

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ανάπτυξη Μοντέλου Γραμμικού Προγραμματισμού Για
Την Αξιολόγηση Στόχων Αποδοτικότητας Των Μονάδων
Υγείας Με Την Χρήση D.E.A. Και Οικονομετρικών
Προτύπων»

Άγγελος Φράγκος

Εποπτεύων Καθηγητής: Ιωάννης Μητρόπουλος

ΠΑΤΡΑ 2007

Ευχαριστώ θερμά

*τον καθηγητή μου, κ Χρυσόστομο Γούναρη για την καθοδήγηση και την βοήθεια
που μου προσέφερε και
την Οικογένεια μου που με στηρίζει στη εξέλιξη της γνώσης μου.*

*Τέλος, τα μέλη με τα οποία συνεργάστηκα από την Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών
ΥΥ&ΚΑ.*

**«Ανάπτυξη Μοντέλου Γραμμικού Προγραμματισμού Για Την
Αξιολόγηση Στόχων Αποδοτικότητας Των Μονάδων Υγείας Με Την
Χρήση D.E.A. Και Οικονομετρικών Προτύπων»**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	i
Πίνακες Αποτελεσμάτων	v
Σχήματα	vii
Ακρώνυμα	viii
Περίληψη	1
Abstract	2
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.1 Εισαγωγή	3
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	6
2.1 Εισαγωγή	6
2.2 Ορισμός Συστήματος Υγείας	6
2.3 Αποδοτικότητα Συστημάτων Υγείας	13
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	16
3.1 Εισαγωγή	16
3.2 Μη Παραμετρικά Μοντέλα Αξιολόγησης.....	16
3.2.1 Data Envelopment Analysis	16
3.3 Παραμετρικά Μοντέλα Αξιολόγησης	24
3.4 Αξιολόγηση βάσει Δεικτών.....	25
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	30
4.1 Εισαγωγή	30
4.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ευρώπη	31
4.2.1 Ισπανία.....	31
4.2.2 Ρουμανία	34
4.2.3 Γερμανία	36

4.2.4	Μεγάλη Βρετανία.....	37
4.2.5	Δανία.....	38
4.2.6	Φινλανδία	41
4.2.7	Πορτογαλία	43
4.2.8	Γαλλία	45
4.2.9	Σουηδία	47
4.3	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	49
4.3.1	Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	50
4.4	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στο Ε.Σ.Υ.....	52
4.4.1	Χωροταξική Κατανομή των Κέντρων Υγείας.....	55
4.4.2	Διάρθρωση Υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας.....	58
4.4.3	Οικονομική Διαχείριση – Δαπάνες.....	60
4.4.4	Αστικά Κέντρα Υγείας.....	63
4.4.5	Εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας.....	67
4.4.6	Στελέχωση – Ανθρώπινο δυναμικό στα Κέντρα Υγείας.....	69
4.4.7	Υφιστάμενο Θεσμικό Πλαίσιο.....	75
4.4.8	Σκοπός και Στόχοι των Κέντρων Υγείας	77
4.4.9	Διοίκηση των Κέντρων Υγείας.....	79
4.4.10	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας	80
4.5	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Από Ασφαλιστικούς Οργανισμούς	85
4.5.1	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)	86
4.5.2	Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης (Ο.Γ.Α.)	90
4.5.3	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)	92
4.5.4	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.)	93
4.5.5	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.)	94
4.5.6	Οικονομικά Στοιχεία Ασφαλιστικών Οργανισμών	95
4.6	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Από Την Τοπική Αυτοδιοίκηση	95
4.7	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Από Τον Ιδιωτικό Τομέα	97
4.8	Ιδιωτική Ασφάλιση Υγειονομικής Περίθαλψης	99
4.9	Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	103

4.10	Αξιολόγηση Προβλημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ε.Σ.Υ.	104
4.11	Η περίπτωση της Κρήτης	109
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	112
5.1	Εισαγωγή	112
5.2	Ανάλυση Δεικτών Κέντρων Υγείας.....	112
5.3	Μαθηματικά Υποδείγματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας.....	115
5.4	Μοντέλα Εισροών - Εκροών	116
5.5	Ανάπτυξη Μαθηματικών Υποδειγμάτων Γραμμικού Προγραμματισμού	118
5.6	Παρουσίαση Μοντέλου I	124
5.6.1	Δείκτες Αποδοτικότητας Μοντέλου I	124
5.6.2	Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο I).....	126
5.6.3	Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο I)	127
5.6.4	Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο I)	129
	Παρουσίαση Μοντέλου II	130
5.6.5	Διερεύνηση Αποδοτικότητας Μοντέλου II.....	130
5.6.6	Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο II)	132
5.6.7	Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο II)	134
5.6.8	Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο II)	135
5.7	Παρουσίαση Μοντέλου III.....	136
5.7.1	Διερεύνηση Αποδοτικότητας Μοντέλου III	136
5.7.2	Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο III)	138
5.7.3	Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο III).....	139
5.7.4	Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο III).....	140
5.7.5	Οικονομετρική Ανάλυση Προσδιοριστικών Παραγόντων Της Μη – Αποδοτικότητας (Μοντέλο III)	141
5.8	Παρουσίαση Μοντέλου IV	144
5.8.1	Διερεύνηση Αποδοτικότητας Μοντέλου IV.....	144
5.8.2	Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο IV).....	146
5.8.3	Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο IV)	147
5.8.4	Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο IV)	149

5.8.5	Οικονομετρική Ανάλυση Προσδιοριστικών Παραγόντων Της Μη – Αποδοτικότητας (Μοντέλο IV)	149
5.9	Συγκριτική Ανάλυση των Μοντέλων DEA.....	152
5.10	Συμπεράσματα Αποδοτικότητας	154
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	156
6.1	Εισαγωγή.....	156
6.2	Περιγραφική Ανάλυση.....	156
6.3	Ανάλυση Κατανομών	158
6.4	Έλεγχος Συσχετίσεων	165
6.5	Έλεγχος Μέσων Τιμών	179
7	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	180
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	185
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	191

Πίνακες Αποτελεσμάτων

Πίνακας 1: Μοντέλα μέτρου τεχνικής αποδοτικότητας για CRS και VRS	22
Πίνακας 2: Μοντέλα DEA για CRS και VRS	23
Πίνακας 3: Κατανομή Μονάδων ΠΦΥ και Μόνιμος Πληθυσμός	57
Πίνακας 4: Κατανομή Κόστους Μισθοδοσίας Προσωπικού των Κέντρων Υγείας	61
Πίνακας 5: Παρεχόμενες Υπηρεσίες Αστικών Κέντρων Υγείας	65
Πίνακας 6: Κατανομή Εξοπλισμού Κέντρων Υγείας	68
Πίνακας 7: Κατηγορίες Κέντρων Υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης.....	69
Πίνακας 8: Ανάλυση Προσωπικού Κέντρων Υγείας.....	71
Πίνακας 9: Ανάλυση Αγροτικών και Γενικών Ιατρών απασχολούμενων στα Κέντρα Υγείας.....	72
Πίνακας 10: Ποσοστό Κάλυψης Θέσεων Ανθρωπίνου Δυναμικού στα Κέντρα Υγείας	73
Πίνακας 11: Μονάδες Ψυχικής Υγείας.....	81
Πίνακας 12: Μονάδες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια	84
Πίνακας 13: Αριθμός Υποκαταστημάτων και Παραρτημάτων του ΙΚΑ	87
Πίνακας 14: Αριθμός Υπαλλήλων ανά Κατηγορία	87
Πίνακας 15: Παροχές Ασθενειών.....	89
Πίνακας 16: Παροχές Ασθενειών ανά Περιφέρεια (Έτος 2003).....	90
Πίνακας 17: Αριθμός Ασφαλισμένων Συνταξιούχων του ΟΑΕΕ (Έτος 2002)	93
Πίνακας 18: Οικονομικά Στοιχεία Μεγαλύτερων Ασφαλιστικών Οργανισμών.....	95
Πίνακας 19: Κατανομή των Διαγνωστικών Κέντρων και Εργαστηρίων	97
Πίνακας 20: Κατανομή Ιδιωτικών Κλινικών	98
Πίνακας 21: Παραγωγή Ασφαλιστρών Κλάδων Ζωής (Έτος 2005)	100
Πίνακας 22: Δημογραφικά Στοιχεία Κρήτης.....	109
Πίνακας 23: Κατανομή μονάδων ΠΦΥ Κρήτης.....	110
Πίνακας 24: Κατανομή Προσωπικού Κέντρων Υγείας Κρήτης.....	110
Πίνακας 25: Αναλογίες κατοίκων και προσωπικού.....	111
Πίνακας 26: Ανάλυση Δεικτών Κέντρων Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.	112
Πίνακας 27: Στοιχεία δείγματος πληθυσμού ευθύνης	122
Πίνακας 28: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο I)	124
Πίνακας 29: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο I)	125
Πίνακας 30: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομικών Κλίμακας (Μοντέλο I)	126
Πίνακας 31: Συσχέτιση οικονομικών κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο I) .	127
Πίνακας 32: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο I)	128
Πίνακας 33: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο I)	129
Πίνακας 34: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο II).....	131
Πίνακας 35: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο II)	131

Πίνακας 36: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο II)	132
Πίνακας 37: Συσχέτιση οικονομιών κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο II)	133
Πίνακας 38: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο II).....	134
Πίνακας 39: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο II).....	135
Πίνακας 40: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο III)	136
Πίνακας 41: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο III)	137
Πίνακας 42: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο III).....	138
Πίνακας 43: Συσχέτιση οικονομιών κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο IV)	139
Πίνακας 44: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο III)	140
Πίνακας 45: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο III)	140
Πίνακας 46: Αποτελέσματα TOBIT (Μοντέλο III)	142
Πίνακας 47: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο IV).....	144
Πίνακας 48: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο IV).....	145
Πίνακας 49: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο IV)	146
Πίνακας 50: Συσχέτιση οικονομιών κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο IV)	147
Πίνακας 51: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο IV)	148
Πίνακας 52: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο IV)	149
Πίνακας 53: Αποτελέσματα TOBIT (Μοντέλο IV)	150
Πίνακας 54: Scatter plots Μοντέλων DEA	152
Πίνακας 55: Πρότυπα Κέντρα Υγείας των Μοντέλων DEA.....	153
Πίνακας 56: Περιγραφικά στοιχεία μεταβλητών.....	156
Πίνακας 57: Έλεγχος διαφοροποίησης μέσων τιμών ιατρικού προσωπικού ως προς το μέγεθος πληθυσμού ευθύνης	179
Πίνακας 58: Στατιστικά στοιχεία ανά Νομό	192
Πίνακας 59: Ανάλυση λειτουργικών δεικτών ανά Διοικητική Περιφέρεια	194
Πίνακας 60: Οικονομικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού	195
Πίνακας 61: Γενικά στοιχεία πρότυπων κέντρων υγείας	196
Πίνακας 62: Στατιστικά στοιχεία ανά Διοικητική Περιφέρεια	197
Πίνακας 63: Στατιστικά στοιχεία Ι.Κ.Α.	201
Πίνακας 64: Κατηγορίες προβλημάτων Π.Φ.Υ. ανά Δ.Υ.ΠΕ.	202
Πίνακας 65: Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα Αποδοτικότητας Μοντέλων DEA	206
Πίνακας 66: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο I)	212
Πίνακας 67: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο II)	217
Πίνακας 68: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο III).....	221
Πίνακας 69: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο IV)	225
Πίνακας 70: Στοιχεία Κέντρων Υγείας.....	229

Σχήματα

Σχήμα 1: Σχέσεις ανάμεσα στις λειτουργίες και στα αντικείμενα ενός συστήματος υγείας.....	9
Σχήμα 2: Οι πολλαπλοί ρόλοι των ανθρώπων στα συστήματα υγείας	12
Σχήμα 3: Απεικόνιση των όρων της αποδοτικότητας.....	15
Σχήμα 4: Γραφική Παράσταση των υποθέσεων της DEA.....	17
Σχήμα 5: Γραφική Παράσταση της κατανομής των DMUs	19
Σχήμα 6: Ανάλυση Όρων Αποδοτικότητας.....	20
Σχήμα 7: Χωροταξική Κατανομή των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα	52
Σχήμα 8: Αναλογία Δικαιούχων Περιθαλψης ανά Υπάλληλο κάθε Κατηγορίας	88
Σχήμα 9: Κατανομή Ιδιωτικών Κλινικών ανά Είδος	98
Σχήμα 10: Κέρδη / Ζημιές Χρήσεως (προ φόρων)	101
Σχήμα 11: Προβλήματα Κέντρων Υγείας.....	107
Σχήμα 12: Κατανομή κέντρων υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.....	123
Σχήμα 13: Γεωγραφική θέση των κέντρων υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.....	191

Ακρώνυμα

CRS	Constant Returns of Scale
DEA	Data Envelopment Analysis
DMU	Decision Making Unit
SFA	Stochastic Frontier Model
VRS	Vertical Returns of Scale
WHO	World Health Organization
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Περίληψη

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας αποτελεί το εργαλείο χάραξης της στρατηγικής κάθε Συστήματος Υγείας. Η παρούσα εργασία αναλύει την υφιστάμενη κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα.

Με τον όρο «Πρωτοβάθμια» συνεπάγεται η πρώτη επαφή του ασθενή με το Σύστημα Υγείας, το πρώτο επίπεδο της φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσδιορίζει ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και χαρακτηρίζεται ως η βάση της πυραμίδας ενός Συστήματος Υγείας.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η αξιολόγηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα και η ανάπτυξη της ώστε να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πολιτών. Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, βασίζεται σε μεθόδους συγκριτικής αξιολόγησης, όπως την ανάλυση των δεικτών και τη μέθοδο των Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας (DEA).

Οι άνθρωποι, οικονομικοί και τεχνολογικοί πόροι δεν είναι κατανομημένοι με τον βέλτιστο τρόπο και, λόγω της έλλειψης συντονισμού, το σύστημα υγείας δεν έχει συνέπεια στην φροντίδα. Η ανακατανομή των ήδη υπάρχοντων πόρων μπορεί να οδηγήσει σε ένα καλύτερο επίπεδο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η χαμηλή αποδοτικότητα οφείλεται στην λειτουργία των μονάδων υγείας σε μη παραγωγικό επίπεδο διότι αρκετά περιστατικά ΠΦΥ, εξετάζονται στα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων. Το παραπάνω γεγονός παρατηρείται σε μεγαλύτερο βαθμό στις αστικές περιοχές της χώρας, διότι ο πληθυσμός που κατοικεί σε αστικές περιοχές έχει λανθασμένη αντίληψη για τον χαρακτήρα της ΠΦΥ.

Μία άλλη διάσταση που επισημαίνει την ανάγκη για συνέπεια και συντονισμό της ΠΦΥ είναι η αυξανόμενη σημασία της πρόληψης, που αναμένεται να προσφέρει μεγάλο όφελος στην ποιότητα ζωής και στο προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών. Το σύστημα υγείας πρέπει να ασχολείται συστηματικά με τα συμπτώματα από τα αρχικά στάδια των νόσων και να αναγνωρίζει τους παράγοντες που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την υγεία των πολιτών.

Η ανάγκη για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας γεννιέται όχι μόνο από την δυσαρέσκεια των πολιτών για την ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και από την έλλειψη ουσιαστικών δράσεων για την προαγωγή και την αντιμετώπιση των κινδύνων της υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Αποδοτικότητα, DEA, Κέντρο Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σύστημα Υγείας.

Abstract

The evaluation of efficiency of health units constitutes the tool of mapping out the strategic of Health System. The present work analyzes the existing situation of Primary Health Care (PHC) in Greece.

With the term "Primary" involves the first contact of patient with the Health System, the first level of care of health. The Primary Health Care allocates a completed system of benefit of health services and is characterized as the base of pyramid of Health System.

The aim of this work is the evaluation of PHC in Greece and the growth so that it corresponds in the altered needs of citizens. The evaluation of efficiency of units of primary health services, is based on comparative evaluation methods, as the analysis of indicators and the method of Data Envelopment Analysis (DEA).

Human, economic and technological resources are not distributed with the most optimal way and, because the lack of co-ordination, the health system do not have consequence in the care. The redeployment of already existing resources can lead to a better level of benefit of primary health services. The low efficiency is owed in the operation of health units in not productive level because enough incidents of PHC, are examined in the exterior and afternoon surgeries of hospitals. This fact is observed in bigger degree in the urban regions of country, because the population that lives in urban regions has erroneous perception for the character of PHC.

Another dimension that points out the need for consequence and co-ordination of PHC is the increasing importance of prevention, which is expected to offer big profit in the quality of life and in expected survival of citizens. The health system should deal systematically with the symptoms from the initial stages of illnesses and recognize the factors that are considered high danger for the health of citizens.

The need for the rearrangement of health system is given birth not only by the dissatisfaction of citizens for responsiveness the provided services of health but also by the lack of essential action for the promotion and the confrontation of dangers of health.

Key-words: Efficiency, DEA, Health Centre, Primary Health Care, Health System.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν ότι ο Ασκληπιός, ο Θεός της Ιατρικής, είχε δύο κόρες. Η μία ήταν η Υγεία, η οποία ήταν υπεύθυνη για την πρόληψη και η άλλη ήταν η Πανάκεια, η οποία ήταν υπεύθυνη για την φροντίδα-θεραπεία.

Πλήθος ερμηνειών έχουν αποδοθεί από την απόπειρα του εννοιολογικού προσδιορισμού της έννοιας **Υγεία**. Μία προσπάθεια με έναρξη από τη θεωρία του Αναξίμανδρου «περί εναντίων δυνάμεων» (η υγεία είναι αρμονία και ισορροπία των αντιμαχόμενων μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό αντιθέτων δυνάμεων θερμού και ψυχρού, ξηρού και υγρού κ.τ.λ.) που απολήγει στον εμπνευσμένο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ορισμό της υγείας ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου σε ισορροπία και σχέση με το περιβάλλον του. Επομένως, η υγεία είναι φυσικό και κοινωνικό αγαθό πρωταρχικής σημασίας για κάθε άνθρωπο.

Παράλληλα, στο προσκήνιο της ανταλλαγής απόψεων, προκειμένου να ολοκληρωθεί η διαδικασία υιοθέτησης της άποψης που ανταποκρίνεται στο περιεχόμενο της έννοιας «Υγεία», δεσπόζουν δύο ερμηνείες: η αναφερόμενη στο βιοϊατρικό μοντέλο και η αφορούσα την ολιστική θεώρηση της υγείας. Η αρχή που διέπει το πρώτο μοντέλο είναι η εκτίμηση ότι η άρρωστη υγεία (ill health), η ασθένεια, αποτελεί μία αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση. Με άλλα λόγια, μπορεί να προσδιοριστεί μέσα σε συγκεκριμένο αντικειμενικό πλαίσιο μέτρησης των διαφόρων βιοχημικών δεδομένων, με βασικό κριτήριο την αναγνώριση και καταγραφή συγκεκριμένων συμπτωμάτων.

Ειδικότερα, στο βιοϊατρικό μοντέλο η ασθένεια ορίζεται με γνώμονα την ύπαρξη της νόσου και συνεκτίμηση της άποψης ότι η κακή υγεία είναι αποτέλεσμα ανωμαλίας. Αντίθετα, η ερμηνεία της υγείας στην ολιστική θεώρηση είναι τρισυπόστατη καθώς περιλαμβάνει την έλλειψη νόσου, μία θετική κατάσταση ευεξίας και ένα απόθεμα ολικής υγείας, το οποίο καθορίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από επιμέρους ιδιαίτερα συστατικά.

Η αποσαφήνιση εννοιών με κέντρο αναφοράς τους την περίθαλψη μπορεί να ολοκληρωθεί στην παρούσα φάση με τους όρους **Νόσος** και **Αρρώστια**: Ο πρώτος συνιστά περιορισμένη και επιστημονική έκφανση της ασθένειας ενώ ο δεύτερος αφορά την υποκειμενική εμπειρία του ασθενή, της άρρωστης υγείας, και προκύπτει από τα αναφερόμενα συμπτώματα (διαφέρουν από τα σημεία) και τους υποκειμενικούς υπολογισμούς σε όρους πόνου, εξάντλησης, καταπόνησης κ.α.

Από την άλλη πλευρά, την αναγκαιότητα των προαναφερθέντων διευκρινίσεων ενισχύει η εξέχουσα θέση των αναγκών του ατόμου, για πρόληψη της ασθένειας, αποκατάσταση, βελτίωση ή διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας αλλά και για ύπαρξη των ανάλογων υπηρεσιών κάλυψής τους, στην ανθρώπινη κλίμακα αξιών. Εξάλλου, η απομύζηση κάθε είδους και μορφής ανθρώπινης δραστηριότητας στο όνομα της ικανοποίησης των αναγκών αυτών και για όσο χρονικό διάστημα αυτές παραμένουν ανικανοποίητες (Σιγάλας, 1998) αρκεί για να καταδείξει τη σημασία των προηγηθέντων αποσαφηνίσεων.

Οι Μονάδες παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας και συνακόλουθα οι λειτουργοί τους (γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί κ.τ.λ.) αναλώνονται καθημερινά και καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου (αυξημένη προσπελασιμότητα) στην πραγμάτωση του κύριου σκοπού τους, ο οποίος δεν είναι άλλος από την οργανωμένη, έγκαιρη και αποτελεσματική ικανοποίηση βασικών βιολογικών αναγκών των ανθρώπων. Κατά συνέπεια, την κύρια προτεραιότητα στο τρόπο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας των συγκεκριμένων ιδιαίτερων Οργανισμών κατέχει ο ασθενής, με τις προσωπικές μοναδικές του ανάγκες. Οι προαναφερθείσες παράμετροι αιτιολογούν το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον αναφορικά με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την τάση να «μπολιαστεί» το μοντέλο αξιολόγησής τους, πέρα από τις παραδοσιακές τεχνικές βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου, με τα «εργαλεία» της υποκειμενικής εμπειρίας των ασθενών.

Σε βασική παράμετρο του φάσματος της σύγχρονης προβληματικής για τα συστήματα υγείας ανήγαγε, από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, την ΠΦΥ, η διαρκώς αυξανόμενη αμφισβήτηση του αξιακού περιεχομένου και του ρόλου της ιατρικής, αναφορικά με τη συμβολή της τελευταίας στη βελτίωση και την προαγωγή του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Το επίκεντρο των επικριτών, στο οικοδόμημα των υπαρχουσών αντιλήψεων, καταλάμβαναν τα αναθέματα στην υψηλή τεχνολογία, την υπερεξειδίκευση και την παροχή ιατρικής περίθαλψης με άξονα αναφοράς το Νοσοκομείο.

Η πτυχιακή εργασία αναπτύσσεται σε επτά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει εισαγωγικές έννοιες της και αποτυπώνει την δομή της έρευνας. Η εργασία χωρίζεται σε δύο βασικά μέρη. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια που εμπεριέχουν τη βιβλιογραφική επισκόπηση των ζητημάτων που περιλαμβάνονται στην εργασία. Το ειδικό μέρος αποτελείται από δύο κεφάλαια, στα οποία παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει την διοίκηση των συστημάτων υγείας. Δίνεται ο ορισμός του συστήματος υγείας και παρουσιάζονται οι βασικοί στόχοι του. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας, η οποία βελτιώνεται με την καλύτερη διαχείριση του συστήματος υγείας. Αναλύονται οι

διαστάσεις της αποδοτικότητας και ορίζεται η αποδοτικότητα και αναφέρονται οι κυριότερες έννοιες της.

Το τρίτο κεφάλαιο επεκτείνει την ανάλυση της αποδοτικότητας, παρουσιάζοντας κάποιες μεθοδολογίες της. Στα μη – παραμετρικά μοντέλα αξιολόγησης αναλύεται η συγκριτική μέθοδος των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας», γνωστή στη διεθνή βιβλιογραφία ως “Data Envelopment Analysis”, παρουσιάζονται οι μαθηματικοί τύποι και οι γραφικές παραστάσεις της μεθόδου. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στα παραμετρικά μοντέλα αξιολόγησης (Parametric Stochastic Frontier Models). Το κεφάλαιο κλείνει με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας βάσει κατάλληλων Δεικτών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί το βασικό θεωρητικό κεφάλαιο της εργασίας. Παρουσιάζεται το επίπεδο της ΠΦΥ σε εννέα Ευρωπαϊκές χώρες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών υγείας. Το υπόλοιπο κεφάλαιο αποτυπώνει την υφιστάμενη κατάσταση της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από το Ε.Σ.Υ. κυρίως από τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από τα ιατρεία και τις κλινικές των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών, από την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα κέντρα υγείας της Ελλάδας με κυριότερο πρόβλημα την έλλειψη ανθρωπίνων πόρων και ακολουθεί η περίπτωση της Κρήτης, στην οποία τα κέντρα υγείας της λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς εποπτείας από τα κέντρα υγείας της υπόλοιπης Ελλάδας.

Το πέμπτο κεφάλαιο εκτιμά την αποδοτικότητα των κέντρων υγείας. Παρουσιάζεται η ανάλυση των δεικτών των κέντρων υγείας που αναλύθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα μαθηματικά υποδείγματα αξιολόγησης της αποδοτικότητας της DEA και αναλύονται τα τέσσερα μοντέλα εισρών – εκρών. Η ανάλυση περιλαμβάνει την διερεύνηση της αποδοτικότητας και των οικονομιών κλίμακας, τα πρότυπα κέντρα υγείας (benchmarks), τους στόχους εξοικονόμησης πόρων, καθώς και την οικονομετρική ανάλυση TOBIT για τα οικονομικά μοντέλα.

Το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των κυριοτέρων μεταβλητών των κέντρων υγείας, την ανάλυση των κατανομών (boxplots) των βασικότερων λειτουργικών δεικτών που εμφανίζονται στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και προχωρά στην ανάλυση των αποτελεσμάτων των ελέγχων συσχετίσεων των παραπάνω μεταβλητών και λειτουργικών δεικτών. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τον έλεγχο διαφοροποίησης των μέσων τιμών των μεταβλητών του δείγματος.

Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας που απορρέουν από τα παραπάνω αποτελέσματα και προτάσεις για την καλύτερη ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Το Σύστημα Υγείας είναι υπεύθυνο για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό κάθε χώρας. Οι βασικοί στόχοι κάθε σωστά δομημένου συστήματος υγείας είναι η συνεχής βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, η ανταπόκριση στις ανάγκες και στις προσδοκίες των ασθενών και η παροχή οικονομικής «προστασίας» από τα κόστη ασθένειας. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύεται ο ανθρωποκεντρικός ρόλος του ανθρώπου μέσα στο σύστημα υγείας και οι σχέσεις ανάμεσα στις λειτουργίες και στα αντικείμενα ενός συστήματος υγείας.

Επιπρόσθετα, αναλύεται η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας με την οποία συγκροτείται ένα υπόδειγμα εκτίμησης του τρόπου διοίκησης κάθε συστήματος υγείας. Η μέτρηση της αποδοτικότητας ανήκει στα ισχυρά διοικητικά εργαλεία διότι τοποθετεί τα θεμέλια για την διαμόρφωση μιας πολιτικής που συμβάλει στην ορθολογική κατανομή των πόρων

2.2 Ορισμός Συστήματος Υγείας

Είναι δύσκολο να οριστεί τι είναι σύστημα υγείας, από τι αποτελείται και ποια είναι τα όρια του. Στις περισσότερες χώρες το σύστημα υγείας απασχολεί έναν μεγάλο αριθμό εργαζομένων και οι δαπάνες για την υγεία βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα. Είναι δεδομένο ότι ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλες τις λειτουργίες, οι οποίες έχουν ως βασικό σκοπό να προάγουν και να διατηρούν την Υγεία. Κάθε σύστημα υγείας διαθέτει διαφορετική λειτουργική δομή και οργάνωση. Οι πληροφορίες που αφορούν τα συστήματα υγείας αναφέρονται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας και στις επενδύσεις που πραγματοποιούνται για την καλύτερη ανάπτυξη του συστήματος υγείας. Στις λειτουργίες ενός συστήματος υγείας περιλαμβάνεται η πρόληψη, η θεραπεία και η υποστήριξη που παρέχεται στον ασθενή.

Επίσης, χρειάζονται σημαντικές προσπάθειες για να ποσοτικοποιηθούν και να αξιολογηθούν οι διεργασίες που πραγματοποιούνται εκτός συστήματος υγείας και ασκούν επιρροή σε αυτό. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ του 1966 και του 1979 η εισαγωγή μιας πληθώρας χαρακτηριστικών ασφαλείας στον σχεδιασμό των αυτοκινήτων (αερόσακοι, ζώνες ασφαλείας, πολυστρωματικά μπροστινά τζάμια, μαλακά υλικά κατασκευής εσωτερικού χώρου, συστήματα διαρροής καυσιμίων, προφυλακτήρες μεγαλύτερης αντοχής, ισχυρότερα υλικά στις πόρτες, καλύτερα φρένα κ.ά) μείωσε τα ποσοστά θνησιμότητας από τα τροχαία ατυχήματα κατά 40%. Από το 1975 μέχρι το 1998 σώθηκαν περισσότεροι από 112.000 άνθρωποι στις

Ηνωμένες Πολιτείες επειδή φορούσαν ζώνες ασφαλείας. Όμως, μόνο για το έτος 1998, 9.000 άνθρωποι πέθαναν λόγω του ότι δεν φορούσαν ζώνη ασφαλείας. Το κόστος βελτίωσης της ασφάλειας των αυτοκινήτων μπορεί να είναι υψηλό, αναλογικά με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται στον κλάδο της υγείας, αλλά τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά. Η αποδοτικότητα των αλλαγών στον τρόπο ασφάλειας μπορεί να αυξηθεί περισσότερο αν συνδυαστούν με κάποιες αλλαγές στην συμπεριφορά των πολιτών, όπως η χρήση της ζώνης ασφαλείας και η τήρηση των ορίων ταχύτητας, τα οποία δεν κοστίζουν.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) τα συστήματα υγείας αντιπροσωπεύουν ένα από τους μεγαλύτερους τομείς της παγκόσμιας οικονομίας. Το κόστος για όλες τις χώρες που δαπανάται για την φροντίδα υγείας αγγίζει τα \$ 3.000 δισεκατομμύρια ετησίως, ή σχεδόν το 8% του παγκοσμίου ΑΕΠ. Εκτιμάται ότι υπήρχαν 35 εκατομμύρια εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας την προηγούμενη δεκαετία, ενώ η τωρινή εκτίμηση έχει αυξηθεί (International Labour Organisation). Από αυτό γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι μια βασική σχέση που ξεκίνησε πριν από αιώνες, στην οποία τον ασθενή τον φρόντιζαν μέλη της οικογένειας ή κάποιοι θεραπευτές, εξελίχθηκε τους τελευταίους δύο αιώνες σε ένα πολύπλοκο και πολυεπίπεδο δίκτυο που αποτελεί το σύστημα υγείας.

Οι πόροι που χρησιμοποιούνται στα συστήματα υγείας δεν είναι κατανομημένοι σωστά. Το συνολικό εισόδημά των χαμηλά και μεσαίων εισοδηματικών στρωμάτων κατέχει το 18% του παγκοσμίου εισοδήματος και το 11% των παγκοσμίων δαπανών για την υγεία (περίπου \$250 δισεκατομμύρια). Το 84% των ανθρώπων των φτωχών χωρών αντιμετωπίζει το 93% των ασθενειών (WHO,2000). Οι χώρες αυτές αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες για να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Οι Κυβερνήσεις των ανεπτυγμένων χωρών έχουν βασικό στόχο την κοινωνική πολιτική και την αποδοτική φροντίδα υγείας. Εντούτοις, στις χαμηλά ανεπτυγμένες χώρες που τα δημόσια έσοδα είναι χαμηλά, η χρηματοδότηση και η παροχή των υπηρεσιών υγείας παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Δυστυχώς, αρκετοί πληθυσμιακές ομάδες που βρίσκονται στα όρια της φτώχειας δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Τα συστήματα υγείας εμφανίζουν σήμερα, ως συνέπεια των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και της σύνδεσης των προβλημάτων με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, μία ποικιλότητα. Οι άνθρωποι έρχονται σε άμεση επαφή με το σύστημα υγείας ως ασθενής περίπου δύο φορές τον χρόνο και συχνότερα για την συνταγογράφηση των εξετάσεων και των φαρμάκων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι βασικότεροι στόχοι των συστημάτων υγείας είναι οι εξής:

- § Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης
- § Η ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών
- § Η παροχή οικονομικής «προστασίας» από τα κόστη ασθένειας.

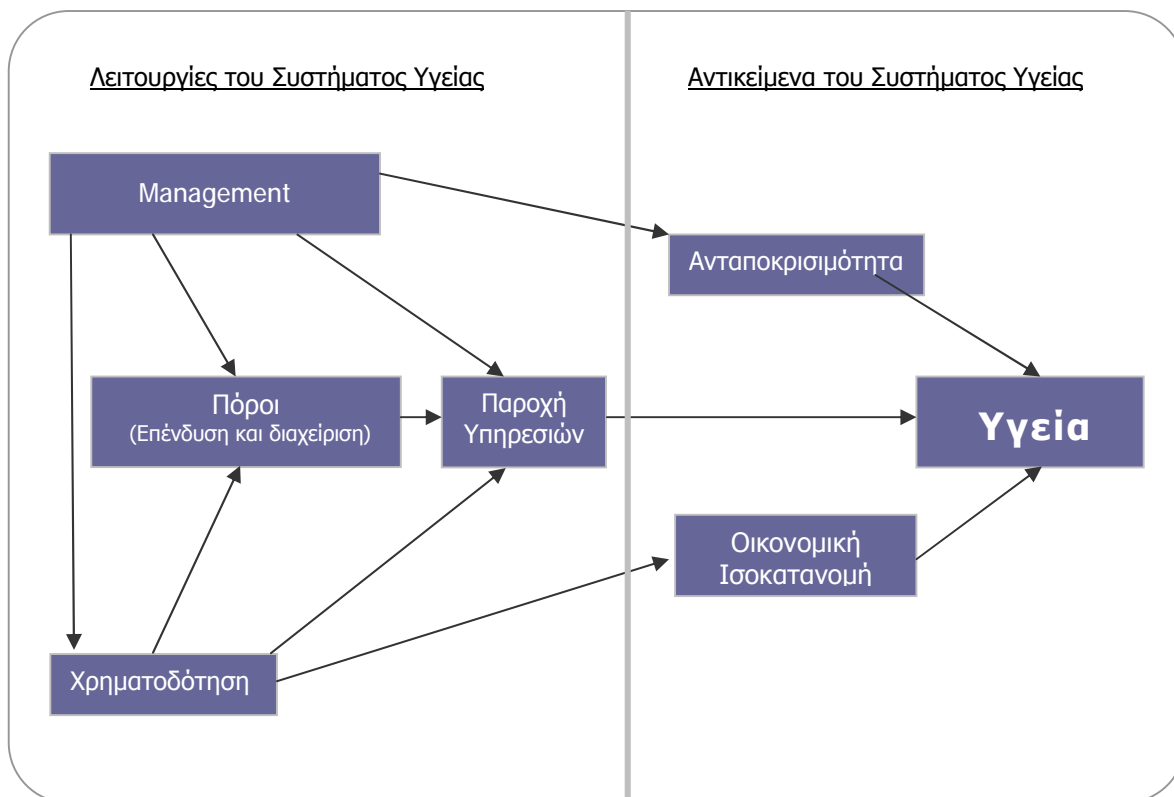
Λόγω του ότι οι παραπάνω στόχοι δεν υλοποιούνται πουθενά στον κόσμο, η δυσαρέσκεια για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας βρίσκεται σε ανοδική κλίμακα. Επιπρόσθετα, η αδιαφορία που δείχνει ένα μέρος του ανθρώπινου δυναμικού λόγω των άσχημων συνθηκών εργασίας, έχει ως αποτέλεσμα τις καθυστερήσεις και τις λάθος διαγνώσεις, οι οποίες αυξάνουν την δυσαρέσκεια των πολιτών.

Κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, υπήρξαν τρεις χρονικές περίοδοι αναθεωρήσεων σχετικά με τα συστήματα υγείας. Οι περίοδοι αυτές χαρακτηρίστηκαν από λάθους χειρισμούς στα θέματα υγείας αλλά και από την ανάγκη για μεγαλύτερη αποδοτικότητα και υπευθυνότητα στις προσδοκίες του πληθυσμού από τα συστήματα υγείας. Η πρώτη περίοδος θεμελίωσε τα εθνικά συστήματα φροντίδας υγείας και την προέκταση της κοινωνικής ασφάλισης στις μεσαιές εισοδηματικές χώρες. Στα τέλη της δεκαετίας του '60 υπήρξε μια αύξηση στα κόστη με αποτέλεσμα οι ιατρικές υπηρεσίες να δινόντουσαν σε αυτούς που βρισκόντουσαν σε καλή οικονομική κατάσταση. Οι άνθρωποι πλήρωναν τις χαμηλά ποιοτικές υπηρεσίες από ιδίου πόρους. Η ανάγκη για αλλαγή ήταν μεγάλη και τα συστήματα υγείας έπρεπε να γίνουν πιο αποδοτικά και προσβάσιμα. Η δεύτερη περίοδος εισήγαγε την προαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σε πολλές χώρες η ΠΦΥ λειτούργησε θετικά (Αφρική, Ιράν, πρώην Γιουγκοσλαβία, Κίνα, Κούβα, Νιγηρία, Ινδονησία) και συντέλεσε στα πολύ καλά αποτελέσματα υγείας όπως, χαμηλό κόστος και αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά 20 χρόνια. Σε κάθε περίπτωση, η ΠΦΥ ήταν το κλειδί για την διασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου υπηρεσιών υγείας, διατροφής και εκπαίδευσης μαζί με την ικανοποιητική προσφορά της βασικής υγιεινής και του πόσιμου νερού. Η ΠΦΥ προσαρμόστηκε στην στρατηγική για την εκπλήρωση του «Υγεία για Όλους» που συμφωνήθηκε στην Διεθνή Συνεδρίαση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF το 1978 που διεξάχθηκε από την Alma-Ata.

Με τον όρο «Πρωτοβάθμια» συνεπάγεται η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας, το πρώτο επίπεδο της φροντίδας υγείας, οι απλές ιατρικές συμβουλές και οι υπηρεσίες που παρέχονται στα έκτακτα περιστατικά. Στα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, η ΠΦΥ είναι καλύτερα ανεπτυγμένη μέσα στο σύστημα υγείας, πιθανώς επειδή σχετίζεται περισσότερο με την πρόληψη και τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Για να μην αποτύχει το υποσύστημα της ΠΦΥ σε μια χώρα πρέπει να δίνεται βαρύτητα στις ανάγκες των πολιτών για ποιοτική και υπεύθυνη φροντίδα υγείας. Η φτώχεια είναι ένας λόγος που η ανάγκη για φροντίδα υγείας δεν εκφράζεται από κάποιες πληθυσμιακές ομάδες. Η λύση σε αυτό το πρόβλημα μπορεί να δοθεί με την

προσφορά υγείας σε χαμηλό κόστος, όχι μόνο σε χρήματα αλλά και σε χρόνο. Όσο αφορά την ζήτηση, οι περισσότερες αλλαγές πραγματοποιήθηκαν στην τρίτη περίοδο της αναθεώρησης των συστημάτων υγείας. Αν και συχνά η οργανωτική δομή και η ποιότητα της ΠΦΥ δεν εκπληρώνει τα προσδοκόμενα, πολλά από τα βασικά μέρη του υποσυστήματος παραμένουν ενεργά και αποτελεσματικά. Κάτι τέτοιο είναι σημαντικό γιατί συγκλίνει με αυτό που ο WHO καλεί «νέος συνιβεραλισμός» εννοώντας το υψηλό επίπεδο ποιότητας στην παροχή φροντίδας με το κριτήριο κόστος-αποτέλεσμα προκειμένου να δοθούν σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

Η καλύτερη υγεία είναι αδιαμφισβήτητα ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας. Στους βασικούς στόχους βρίσκεται η οικονομική ισοκατανομή και η εκπλήρωση των προσδοκιών του πληθυσμού. Αν τα συστήματα υγείας δεν προσπαθούσαν συνεχώς για την βελτίωση και την προστασία της υγείας δεν θα υπήρχε λόγος ύπαρξης αυτών. Όσο περισσότερο προσβάσιμο είναι ένα σύστημα υγείας, τόσο περισσότερο οι ασθενείς το χρησιμοποιούν για την βελτίωση της υγείας τους. Για να γίνει κατανοητό πως αποδίδουν τα συστήματα υγείας θα πρέπει να εξεταστεί το τι αποτελέσματα έχουν και το τι κάνουν για να τα επιτύχουν. Το παρακάτω σχήμα δείχνει πως οι 4 λειτουργίες (παροχή ατομικών και μη υπηρεσιών υγείας, κατανομή των οικονομικών πόρων για την υλοποίηση αυτών των υπηρεσιών, επενδύσεις σε κτιριακές υποδομές, προσωπικό και εξοπλισμό, και εκτέλεση της συνολικής διοίκησης των πόρων) σχετίζονται μεταξύ τους και με τα αντικείμενα του συστήματος.



Σχήμα 1: Σχέσεις ανάμεσα στις λειτουργίες και στα αντικείμενα ενός συστήματος υγείας

Πηγή: (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2000)

Για την αποτίμηση ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να μετρηθούν 5 **ενότητες**:

- § Το επίπεδο της υγείας.
- § Η κατανομή των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.
- § Το συνολικό επίπεδο ανταποκρισιμότητας (*responsiveness*).
- § Η κατανομή της ανταποκρισιμότητας.
- § Η κατανομή της οικονομικής συνεισφοράς.

Για κάθε ένα ξεχωριστά, ο WHO έχει χρησιμοποιήσει συγκεκριμένους πόρους ή δεδομένα για να υπολογίσει το πόσο συνεισφέρουν τα παραπάνω στις χώρες εκείνες που υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες. Η Υγεία είναι το ζητούμενο σε κάθε σύστημα υγείας. Αυτό σημαίνει πως η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού πρέπει να γίνει όσο καλύτερη γίνεται, λαμβάνοντας υπόψη την πρόωρη θνησιμότητα και την αναπηρία.

Η *ανταποκρισιμότητα* (*responsiveness*) δεν ανήκει στη μέτρηση του πόσο το σύστημα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού, αλλά στο πόσο το σύστημα αποδίδει σε συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως αν ικανοποιεί ή όχι τις προσδοκίες των ασθενών και αν το σύστημα υγείας αποδίδει σε πλευρές που δεν ανήκουν στο σύστημα υγείας. Το Σοβιετικό σύστημα υγείας ήταν απρόσωπο εξατομικευμένο. Ένα κοινό παράπονο σε πολλές χώρες για το ανθρώπινο προσωπικό φροντίδας που απασχολείται στον δημόσιο τομέα εστίαζε στην αγένεια και στην έλλειψη φιλικότητας με τους ασθενείς. Ο σεβασμός για τους πολίτες περιλαμβάνει:

- § Υπόληψη της αξιοπρέπειας κάθε πολίτη. Δεν πρέπει να γίνονται πράγματα που να παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα (π.χ. απομόνωση ασθενών με μεταδοτικές ασθένειες).
- § Εμπιστευτικότητα. Η πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους του ασθενή πρέπει να γίνεται από συγκεκριμένους ανθρώπους.
- § Αυτονομία στην επιλογή που σχετίζονται με την υγεία ενός ασθενή (ποια θεραπεία θέλει να ακολουθήσει).

Η *οικονομική ισοκατανομή* (*fair financial contribution*) στα συστήματα υγείας σημαίνει ότι ο κίνδυνος που αντιμετωπίζει κάθε νοικοκυριό λόγω του ότι το κόστος του συστήματος υγείας είναι καταμεμημένο σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής προκειμένου να μην υπάρχει ο κίνδυνος της ασθένειας. Ένα δίκαιο οικονομικό σύστημα διασφαλίζει την οικονομική προστασία για όλους. Η πληρωμή για τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι άδικη από δύο διαφορετικές πλευρές. Η πρώτη άποψη αναφέρει ότι η πληρωμή των υπηρεσιών υγείας εκθέτει τις οικογένειες σε απροσδόκητα έξοδα, που σημαίνει δαπάνες που δεν είχαν υπολογιστεί και πρέπει να πληρωθούν άμεσα. Σύμφωνα με την δεύτερη άποψη, ο ασθενής επιβάλλεται σε

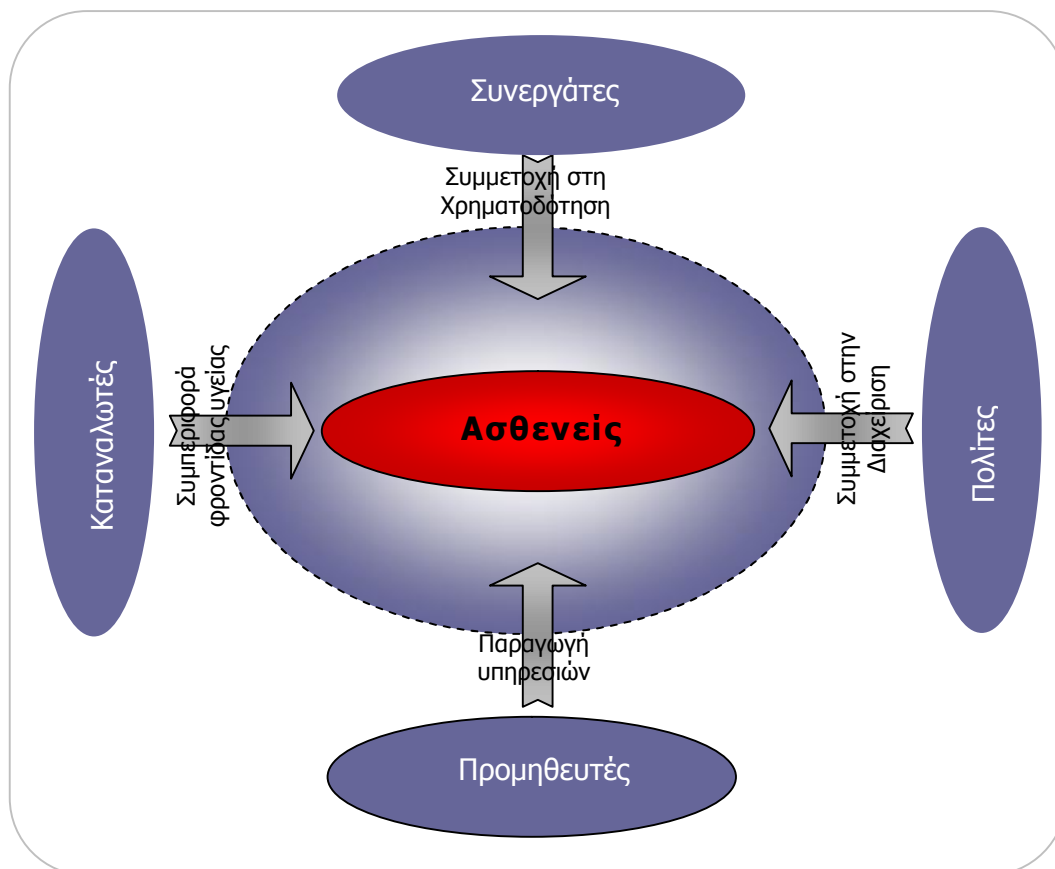
μεγαλύτερες πληρωμές από τους ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, ανάλογα με την πάθηση που έχει. Ένα σύστημα υγείας είναι τέλεια ισορροπημένο αν η αναλογία της συνολικής συνεισφοράς στην υγεία προς τα συνολικά έξοδα που δεν προορίζονται για διατροφή είναι ακριβώς ίδια σε όλα τα νοικοκυριά, ανεξάρτητα από το εισόδημα, την κατάσταση της υγείας τους και τις επισκέψεις στο σύστημα υγείας.

Ο γενικός δείκτης επίτευξης είναι ένα καλό μέτρο σύγκρισης για την αποδοτικότητα κάθε συστήματος γιατί δείχνει το πόσο καλά μία χώρα έχει πετύχει τους στόχους της, αλλά δεν δείχνει τίποτε για το πώς τα αποτελέσματα αυτά επιτεύχθηκαν με τους συγκεκριμένους πόρους κάθε χώρας. Παραδείγματος χάριν, η Σουηδία έχει καλύτερο επίπεδο υγείας από την Ουγκάντα (η προσδοκώμενη ζωή είναι σχεδόν διπλάσια) και ο λόγος είναι ότι η Σουηδία δαπανά 35 φορές περισσότερα χρήματα ανά κεφαλή στο σύστημα υγείας. Το Πακιστάν δαπανά σχεδόν το ίδιο κατά κεφαλή με την Ουγκάντα, αλλά η προσδοκώμενη ζωή είναι 25 χρόνια μεγαλύτερη. Αυτό που έχει σημασία είναι οι δαπάνες για την υγεία και όχι το συνολικό εισόδημα της χώρας, επειδή μια χώρα επιλέγει να δαπανήσει μεγαλύτερο μέρος από το συνολικό εισόδημα της στο σύστημα υγείας της από μία άλλη χώρα. Τα αποτελέσματα της υγείας σχετίζονται με τις εισροές του συστήματος όπως είναι το ιατρικό προσωπικό, η εγκατεστημένη τεχνολογία και οι υποδομές υγείας. Η προσέγγιση αυτή δείχνει το τι πραγματικά παράγουν οι εισροές αυτές. Η μέτρηση της αποδοτικότητας απαιτεί μια ιεράρχηση, στην οποία τα μέγιστα σημεία θα ανήκουν σε ένα 'σύνορο' που θα αποτυπώνει τα μέγιστα αποτελέσματα που μπορούν να αποδοθούν από το σύστημα υγείας. Το σύνορο αυτό είναι διαφορετικό για κάθε χώρα και προκύπτει από την χρησιμοποίηση των πληροφοριών που υπάρχουν για τις χώρες με μια συγκεκριμένη βαρύτητα για κάθε χώρα που εξαρτάται από τις δυνατότητες της. Επίσης, είναι απαραίτητο να υπάρχει το σύνορο που δείχνει τα κατώτερα σημεία που μπορούν να ζητηθούν από το σύστημα υγείας.

Ο WHO έχει εκτιμήσει ότι υπάρχουν 2 σχέσεις ανάμεσα στα αποτελέσματα και στους πόρους του συστήματος υγείας. Η πρώτη σχέση σχετίζει τους πόρους με την μέση κατάσταση της υγείας, η οποία συγκρίνει προηγούμενες αναλύσεις της απόδοσης της υγείας. Η δεύτερη σχέση σχετίζει τους πόρους με τον γενικό δείκτη επίτευξης που βασίζεται στις 5 ενότητες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Παρατηρείται ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται και στις 2 σχέσεις για όλες τις χώρες επειδή δεν υπάρχει η δυνατότητα να υπολογιστούν οι ακριβείς δαπάνες που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας.

Οι άνθρωποι είναι το βασικό συστατικό στις υπηρεσίες υγείας και κατέχουν αρκετούς σημαντικούς ρόλους στα συστήματα υγείας. Στο κέντρο της παροχής υπηρεσίας είναι ο ασθενής ή γενικά ο πληθυσμός που πάσχει από κάποια ασθένεια. Ένας ρόλος που κατέχουν οι άνθρωποι είναι αυτός του *καταναλωτή (consumer)*, αφού

συμπεριφέρονται με τρόπους που επηρεάζουν την υγεία τους και επιλέγουν αν θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Οι άνθρωποι κατέχουν επίσης τον ρόλο του *συνεργάτη* (*contributor*) στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, την στιγμή που εκατομμύρια άνθρωποι πληρώνουν τις υπηρεσίες όταν είναι άρρωστοι. Επίσης, σαν *πολίτες* (*citizens*) που συμμετέχουν στην διαχείριση του συστήματος και σαν *προμηθευτές* (*provider*) αφού οι άνθρωποι εφοδιάζουν το σύστημα υγείας. Τα παραπάνω 4 στοιχεία πρέπει να εκπληρωθούν μέχρι τέλους για να αποδώσει το σύστημα αποδοτικά. Το σχήμα 2 δείχνει τους πολλαπλούς ρόλους του ανθρώπου στο σύστημα υγείας.



Σχήμα 2: Οι πολλαπλοί ρόλοι των ανθρώπων στα συστήματα υγείας
Πηγή: (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2000)

2.3 Αποδοτικότητα Συστημάτων Υγείας

Η αποδοτική φροντίδα υγείας απαιτεί τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για να διασφαλισθεί ισορροπία ανάμεσα στις εισροές που χρησιμοποιούνται στο επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Ένα μέρος που ανήκει στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό υποχρησιμοποιείται λόγω του ότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές και ο απαραίτητος εξοπλισμός. Ο σχεδιασμός της κατανομής των πόρων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις επενδύσεις σε νέες υποδομές και σε σύγχρονο εξοπλισμό. Ο σχεδιασμός αυτός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των γεωγραφικών περιοχών. Οι νέες επενδυτικές επιλογές πρέπει να γίνονται προσεκτικά για να μειωθεί η πιθανότητα κινδύνου από μελλοντική ανισοκατανομή των πόρων. Η επένδυση είναι η βασική διαδικασία για να ρυθμιστεί το απόθεμα κεφαλαίου που έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία νέων και παραγωγικών περιουσιακών στοιχείων. Από τις χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για επενδύσεις σε υποδομές και εξοπλισμό αγγίζουν περίπου το 5% των συνολικών ετήσιων δαπανών για την φροντίδα υγείας, σε αντίθεση πριν από μια 15ετία που ήταν περισσότερο.

Το πιο καθοριστικό στοιχείο για το πόσο δίκαιη και ισόρροπη είναι η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας είναι το μερίδιο εσόδων που προκαταβάλλεται για την κάλυψη των συνολικών δαπανών. Η εκάστοτε Κυβέρνηση κάθε χώρας πρέπει να είναι αρμόδια για την διαχείριση των εθνικών πόρων, κρατώντας τους σε αυξανόμενα επίπεδα για το όφελος των πολιτών. Στον τομέα της υγείας, αυτό μεταφράζεται σε υπεύθυνη και προσεκτική διαχείριση. Η διαχείριση του τομέα της υγείας είναι πολύ βασική υπευθυνότητα για κάθε Κυβέρνηση που θέλει να επιτύχει σωστά τους στόχους της, καταρτίζοντας ένα δίκαιο και ίσο σύστημα υγείας. Η πολιτική υγείας και η στρατηγική που θα χαραχτεί χρειάζεται να αναλύσει όχι μόνο την δημόσια αλλά και την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας και την χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα. Με αυτόν τον τρόπο τα συστήματα επιτυγχάνουν αποδοτικότερα τους στόχους που έχουν τεθεί και η αύξηση της αποδοτικότητας πατάει σε σωστά θεμέλια.

Η βελτίωση της αποδοτικότητας απορρέει από την καλύτερη διαχείριση του συστήματος υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η σωστή διαχείριση απαιτεί, εκτός της σωστής κατανομής των πόρων, ένα πληροφοριακό σύστημα ανεπτυγμένο για τις βασικές ενότητες της υγείας για τις σημαντικές πληθυσμιακές κατηγορίες (εισόδημα, ηλικία, φύλο, εθνικότητα). Με την ύπαρξη ενός οργανωμένου πληροφοριακού συστήματος που θα ενημερώνεται συχνά η βάση πληροφοριών του, η ποιοτικότερη φροντίδα υγείας είναι πιο εύκολη να επιτευχθεί. Επίσης, η δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου είναι απαραίτητη για την σωστή ανταλλαγή των πληροφοριών που χρειάζεται το σύστημα υγείας να γνωρίζει για την σωστή αντιμετώπιση κάθε ασθενή. Η συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων βοηθά στην διενέργεια συγκρίσεων σε χρονικό και διακρατικό επίπεδο για την εξέλιξη της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

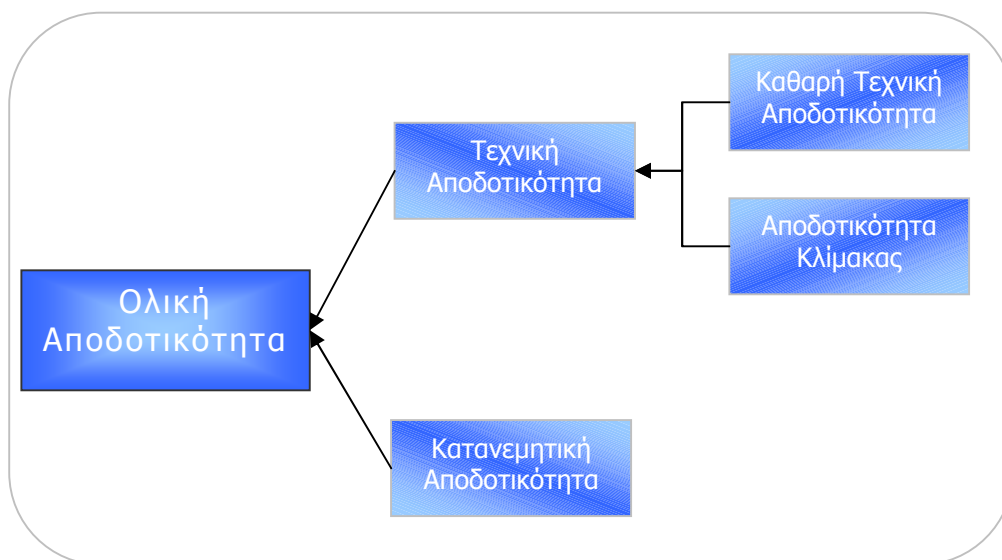
Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Πληροφοριών Υγείας του Καναδά, οι διαστάσεις της απόδοσης των συστημάτων υγείας αναλύονται παρακάτω:

- § **Καταλληλότητα** (appropriateness): Η παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης του ασθενή, σύμφωνα με τεκμηριωμένες οδηγίες.
- § **Αποδοτικότητα** (efficiency): Η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων.
- § **Προσβασιμότητα** (accessibility): Η δυνατότητα που έχουν οι χρήστες του συστήματος να δέχονται φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, ανάλογα με τις ανάγκες τους.
- § **Ικανότητα** (competence): Οι κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος για την παροχή κατάλληλης φροντίδας υγείας.
- § **Αποδοχή** (acceptability): Η ικανοποίηση των προσδοκιών όλων των μελών που απαρτίζουν το σύστημα υγείας από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.
- § **Αποτελεσματικότητα** (effectiveness): Η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- § **Συνέχεια** (continuity): Η δυνατότητα παροχής συντονισμένης φροντίδας μέσω διαφορετικών προγραμμάτων υγείας αλλά και επιπέδων υγείας.
- § **Ασφάλεια** (safety): Η ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας θεραπείας.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας ανήκει στα ισχυρά διοικητικά εργαλεία και τοποθετεί τα θεμέλια για την διαμόρφωση μιας πολιτικής που συμβάλει στην ορθολογική κατανομή των πόρων και στην κατάλληλη πληροφόρηση για το πόσο επιτυχημένες είναι οι δυναμικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε κάθε μονάδα υγείας. Τα κράτη μέλη που ανήκουν στον WHO και στον ΟΟΣΑ έθεσαν συγκεκριμένους στόχους για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και την αύξηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας τους. Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων που ικανοποιούν την ζήτηση των πολιτών.

Γενικά, η αποδοτικότητα ορίζεται ως η αναλογία του παρατηρηθέντος επιπέδου επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο που μπορεί να επιτευχθεί με τους διαθέσιμους πόρους (λόγω του ότι η αποδοτικότητα προσανατολίζεται στις εισροές ή στις εκροές, ονομάζεται αποδοτικότητα εισροής ή αντίστοιχα εκροής). Η σύγκριση μπορεί να γίνει σε όρους ποσοτήτων-εισροών και εκροών – ή σε όρους αξιών - κόστους, εσόδων ή κέρδους (Evans D. et al, 2001).

Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται τουλάχιστον πέντε κύριες έννοιες της αποδοτικότητας, οι οποίες αποτυπώνονται στο παρακάτω σχήμα.



Σχήμα 3: Απεικόνιση των όρων της αποδοτικότητας

Οι πρώτες μελέτες για την μέτρηση της αποδοτικότητας πραγματοποιήθηκαν το 1951 από τον Koorman και τον Debreu. Ο Koorman καθόρισε πρώτος την τεχνική αποδοτικότητα και ο Debreu πρόσφερε το πρώτο μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας ορίζοντάς το ως "ο συντελεστής της χρησιμοποίησης των πόρων".

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για την μέτρηση της αποδοτικότητας εκδηλώθηκε αρκετά χρόνια αργότερα και οι πρώτες μελέτες πραγματοποιήθηκαν το 1977 από τους Charnes, Cooper, Aigner, Lovell και Schmidt.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει τα παραμετρικά και τα μη – παραμετρικά μοντέλα αξιολόγησης της αποδοτικότητας και την αξιολόγηση των μονάδων βάσει δεικτών. Στα μη – παραμετρικά μοντέλα παρουσιάζεται η μέθοδος των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας» (DEA), η οποία είναι μέθοδος συγκριτικής αξιολόγησης και υπολογίζει την σχετική αποδοτικότητα. Παρακάτω, αναλύεται η τεχνική, η κατανομή και η ολική αποδοτικότητα, καθώς επίσης και η κατανομή Decision Making Unit. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα μοντέλα DEA για σταθερές οικονομίες κλίμακας (CRS) και μεταβλητές οικονομίες κλίμακας (VRS).

Η αξιολόγηση βάσει δεικτών κατέχει σημαντικό ρόλο σε κάθε σύστημα υγείας διότι αξιολογεί συγκριτικά κάθε μονάδα υγείας με τις υπόλοιπες μονάδες με γνώμονα τους χρησιμοποιημένους πόρους και το αποτέλεσμα αυτών (εκροές).

3.2 Μη Παραμετρικά Μοντέλα Αξιολόγησης

3.2.1 Data Envelopment Analysis

Η μέθοδος των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας», γνωστή στην διεθνή βιβλιογραφία ως «Data Envelopment Analysis», εφαρμόζεται για τον υπολογισμό της σχετικής αποδοτικότητας και βοηθά στην συγκριτική αξιολόγηση. Ο βασικός θεμελιωτής της μεθόδου DEA ήταν ο Farrell το 1957 και αναπτύχθηκε εκτενέστερα από τους A. Charnes, W.W. Cooper και E. Rhodes το 1978. Η μέθοδος αυτή στοχεύει στο να διαχωρίσει τις αποδοτικές μονάδες από τις μη αποδοτικές.

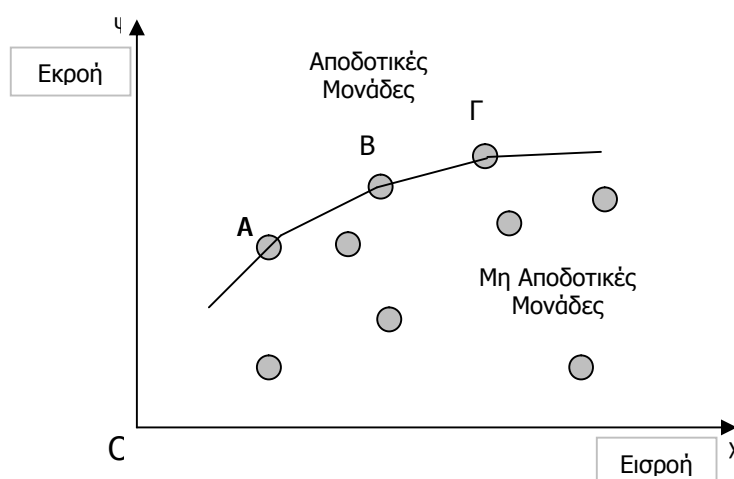
Οι μονάδες που θα τεθούν σε συγκριτική αξιολόγηση, οι οποίες ονομάζονται decision-making units (DMUs), αποτυπώνονται πάνω στον χώρο ενός συστήματος αξόνων. Για να εφαρμοστεί σωστά η DEA, οι μονάδες που θα συγκριθούν θα πρέπει να είναι ομοιογενείς, δηλαδή να χρησιμοποιούν τις ίδιες κατηγορίες για να παράγουν παρόμοιες εκροές (M. Rosko). Η DEA στηρίζεται σε μοντέλα εισροών – εκροών. Ως εισροές χαρακτηρίζονται οι ανθρώπινοι πόροι, το κεφάλαιο που επενδύεται και γενικά οι οικονομικοί πόροι κ.ά. Ως εκροές χαρακτηρίζονται ο αριθμός των προϊόντων που παράγονται, ο αριθμός πελατών κ.ά. Ο άξονας O_x δείχνει την ποσότητα που χρησιμοποιείται από μια εισροή και ο άξονας O_y δείχνει την ποσότητα που προκύπτει από μία εκροή. Οι αποδοτικές μονάδες παρουσιάζουν τον βέλτιστο συνδυασμό εισροών – εκροών και από την ένωση των σημείων αυτών προκύπτει το σύνορο αποδοτικότητας ή αλλιώς το κέλυφος των προτύπων αποδοτικότητας (efficient

frontier). Το κέλυφος αυτό σχηματίζεται από τις μονάδες που χρησιμοποιώντας τις ελάχιστες εισροές παράγουν συγκεκριμένες εκροές ή από τις μονάδες που χρησιμοποιώντας συγκεκριμένο μέγεθος εισροών παράγουν τις μέγιστες εκροές. Οι μονάδες που δεν ανήκουν στο κέλυφος αποδοτικότητας και εσωκλείονται σε αυτό χαρακτηρίζονται ως μη αποδοτικές.

Η DEA μετρά την τεχνική αποδοτικότητα των μονάδων εφαρμόζοντας μία από τις δύο παρακάτω κύριες κατευθύνσεις (Burgess, Wilson 1996) :

1. Βάσει μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού προσανατολισμένα στην ελαχιστοποίηση των εισροών που χρησιμοποιούν (βαθμός χρησιμοποίησης των πόρων). Σύμφωνα με τα μοντέλα αυτά υπολογίζεται το πόσο μπορεί να μειωθεί το μέγεθος των εισροών για να παραχθεί μια συγκεκριμένη ποσότητα εκροών.
2. Βάσει μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού προσανατολισμένα στην μεγιστοποίηση των εκροών (παραγωγικότητα). Σύμφωνα με τα μοντέλα αυτά υπολογίζεται το πόσο μπορεί να αυξηθεί η παραγωγή χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη ποσότητα εισροών.

Η τεχνική αποδοτικότητα δεικνύει αν οι μονάδες χρησιμοποιούν τον βέλτιστο συνδυασμό εισροών για την παραγωγή μίας μονάδας εκροής ή παράγουν το βέλτιστο επίπεδο εκροών με την χρήση μίας μονάδας εισροής.



Σχήμα 4: Γραφική Παράσταση των υποθέσεων της DEA
(Πηγή: Γούναρης Χ.)

Η DEA είναι μη-παραμετρική μέθοδος χρησιμοποιώντας λιγότερες περιοριστικές παραδοχές από τις οικονομετρικές μεθόδους. Η βασική διαφορά των μεθόδων είναι η μαθηματική διατύπωση. Στα οικονομετρικά μοντέλα ο καθορισμός της παραγωγικής σχέσης απαιτεί τον προκαθορισμό των παραμετρικών συναρτήσεων και των οικονομικών υποθέσεων (Γούναρης Χ.) Αντιθέτως η DEA δεν απαιτεί κάτι τέτοιο και

υπολογίζει την μέγιστη απόδοση για κάθε DMU συγκριτικά με τις υπόλοιπες DMUs, με την προϋπόθεση ότι κάθε DMU βρίσκεται στο σύνορο αποδοτικότητας ή κάτω από αυτό.

Το μοντέλο CCR (που προήλθε από τους Charnes, Cooper και Rhodes) είναι μία προέκταση του κλασσικής αναλογίας της αποδοτικότητας. Η μέτρηση της αποδοτικότητας κάθε DMU προκύπτει ως η μεγιστοποίηση του κλάσματος με αριθμητή τις σταθμισμένες εκροές και παρονομαστή τις σταθμισμένες εισροές, υπό τον περιορισμό ότι το κλάσμα για κάθε DMU είναι μικρότερο ή ίσο από την μονάδα.

Αναλυτικότερα:

$$\frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1 \quad j=1, \dots, n$$

Subject to:

$$u_r, v_i \geq 0$$

$$r=1, \dots, s$$

$$i=1, \dots, m$$

Όπου:

n: ο αριθμός των DMUs

s: ο αριθμός των εκροών

m: ο αριθμός των εισροών

y_{rj}, x_{ij} : (θετικά) οι δοσμένες εκροές και εισροές τις $j^{\text{ης}}$ DMU

$u_r, v_i \geq 0$ οι σταθμισμένες μεταβλητές που δίνονται από την λύση του προβλήματος.

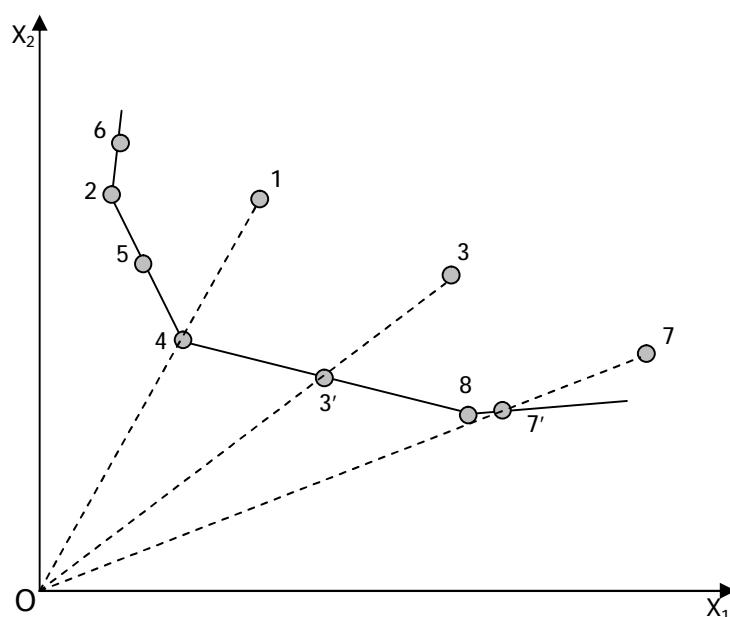
Οι τιμές των εισροών και των εκροών προκύπτουν από την συλλογή πληροφοριών που προήλθαν από τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν και από τις εκροές που παρήχθησαν παλαιότερα.

Κατανομή DMUs

Οι DMUs μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την θέση που κατέχουν στο κέλυφος αποδοτικότητας ή εσωτερικά από αυτό. Σύμφωνα με τον Charnes et al. (1986) όλες οι DMUs ανήκουν σε δύο κύριες ομάδες, τις αποδοτικές (RE) και τις μη αποδοτικές (N). Η πρώτη ομάδα διαχωρίζεται στις κατηγορίες E, E', και F. Η κατηγορία E περιλαμβάνει τις αποδοτικές DMUs και είναι οι κορυφές του συνόρου αποδοτικότητας.

Οι DMUs που ανήκουν στην κατηγορία E' βρίσκονται στο σύνορο αλλά μπορούν να προσδιοριστούν σαν ένας συνδυασμός από DMUs που ανήκουν στην E κατηγορία. Οι DMUs που βρίσκονται στην κατηγορία F έχουν μία επιβράδυνση στον ρυθμό και για αυτόν τον λόγο ανήκουν στην προέκταση του συνόρου.

Η ομάδα N διαχωρίζεται στις κατηγορίες NE , NE' και NF . Οι DMUs στην NE προβάλλονται στα σημεία του συνόρου αποδοτικότητας που ανήκουν στην ομάδα E . Οι μη αποδοτικές DMUs που ανήκουν στην NE' αν προεκταθούν ανήκουν στα σημεία της E' και οι προεκτάσεις των DMUs της κατηγορίας NF αποτυπώνονται πάνω στην προέκταση του συνόρου αποδοτικότητας. Το παρακάτω σχήμα αποτελείται από 8 DMUs οι οποίες περιλαμβάνονται στις παραπάνω ομάδες. Για κάθε DMU αναλώθηκαν 2 εισροές x_1 , x_2 για την παραγωγή μίας εκροής. Οι δύο εισροές διαιρέθηκαν με την εκροή για να υπάρχει η αναλογία εισροές ανά μονάδα εκροής.

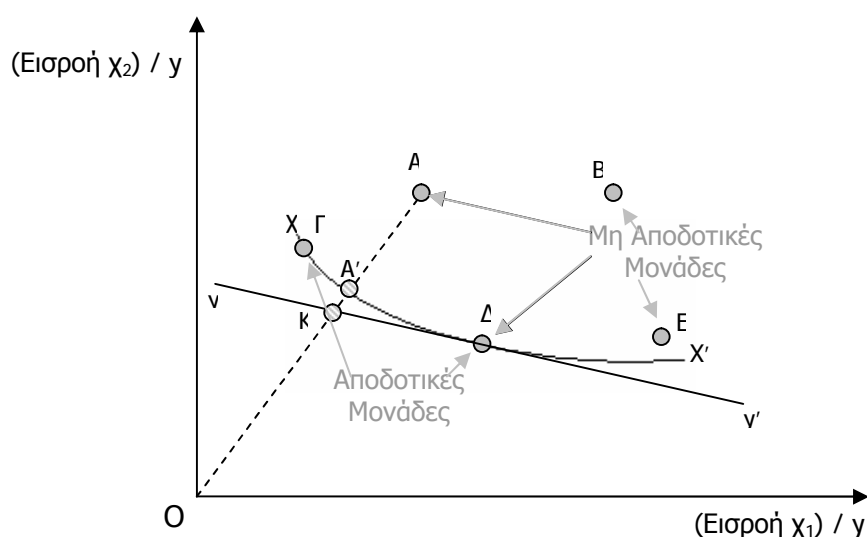


Σχήμα 5: Γραφική Παράσταση της κατανομής των DMUs
(Πηγή: Amit Kabnurkar, 2001)

Από το σχήμα 5 παρατηρείται ότι:

- § Οι DMUs 2, 4 και 8 ανήκουν στην ομάδα E .
- § Η DMU 5 ανήκει στην ομάδα E' , διότι μπορεί να εκφραστεί σαν συνδυασμός του 2 και του 4.
- § Η DMU 6 στην ομάδα F .
- § Η DMU 1 περιλαμβάνεται στην NE , η 3 στην NE' και η 7 στην NF .

Το κέλυφος των αποδοτικών μονάδων για την ελαχιστοποίηση των εισροών χαράζεται από τις μονάδες όπου η σχετική τεχνική αποδοτικότητα τους είναι ίση με 1. Οι μονάδες αυτές χρησιμοποιούν τις ελάχιστες εισροές για την παραγωγή ενός δοσμένου ύψους εκροών. Οι μη αποδοτικές μονάδες περικλείονται από το κέλυφος αποδοτικότητας επειδή χρησιμοποιεί περισσότερες εισροές για την παραγωγή μίας μονάδας εκροής, συγκριτικά με τις υπόλοιπες μονάδες. Το παρακάτω σχήμα έχει αποτυπωθεί με την παραδοχή ότι υπάρχουν δύο εισροές x_1 , x_2 για την παραγωγή μίας μονάδας εκροής y .



Σχήμα 6: Ανάλυση Όρων Αποδοτικότητας

(Πηγή: Γούναρης Χ., Αθανασόπουλος Α.)

Η μονάδα Α είναι μη αποδοτική για το λόγο ότι καταναλώνει περισσότερες εισροές για την παραγωγή μίας μονάδας εκροής. Για να γίνει αποδοτική θα πρέπει να μειώσει τις χρησιμοποιούμενες εισροές της κατά $(1-OA'/OA)$, δηλαδή να μειώσει ακτινικά τις εισροές κατά OA'/OA , το οποίο ισούται με την τεχνική αποδοτικότητα της μονάδας. Η μονάδα Α συγκρίνεται με τις αποδοτικές μονάδες Γ και Δ και η αποδοτικότητα που υπολογίζεται είναι σχετική και όχι απόλυτη. Η τεχνική αποδοτικότητα για τις DMUs που ανήκουν στο σύνορο αποδοτικότητας ισούται με το 1 και για τις DMUs που εσωκλείονται σε αυτό είναι μικρότερη από 1 (Αθανασόπουλος 1995).

Η καμπύλη $χχ'$ αποτελεί το σύνορο αποδοτικότητας και την συνάρτηση παραγωγής για το μοντέλο εισροών – εκροών. Οι μονάδες Γ, Δ και Ε ανήκουν σε αυτό διότι χρησιμοποιούν τις ελάχιστες δυνατές εισροές. Η γραμμή $υυ'$ αποτυπώνει το ελάχιστο κόστος για τους διαφορετικούς συνδυασμούς εκροών. Με την βοήθεια του παραπάνω σχήματος και της μη αποδοτικής μονάδας Α, θα οριστεί η τεχνική, καταναμητική και ολική αποδοτικότητα.

Η τεχνική αποδοτικότητα ορίζεται ως το πηλίκο του αποδοτικού μίγματος εισροών προς το πραγματικό μίγμα εισροών. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, αξιολογεί την

ικανότητα ενός παραγωγικού συστήματος να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα απώλειας παραγωγής, παράγοντας τη μέγιστη δυνατή εκροή ή αναλώνοντας την ελάχιστη δυνατή εισροή. Για την DMU A δίνεται από το κλάσμα OA'/OA και εκφράζει κατά πόσο η DMU χρησιμοποιεί το αποδοτικό επίπεδο πόρων για να παράγει την εκροή.

Η κατανομητική αποδοτικότητα ορίζεται από το κλάσμα OK/OA' εκφράζοντας το κατά πόσο η DMU χρησιμοποιεί το αποδοτικό μίγμα εισροών x_1, x_2 , αυξάνοντας το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών.

Η ολική αποδοτικότητα, η οποία προκύπτει από τον συνδυασμό της τεχνικής και της κατανομητικής αποδοτικότητας, δίνεται από το κλάσμα OK/OA και δείχνει κατά πόσο η DMU λειτουργεί με το ελάχιστο κόστος εισροών για να παράγει την εκροή.

Προκύπτει ότι η κατανομητική αποδοτικότητα της DMU_j ισούται με την ολική αποδοτικότητα της DMU_j προς την τεχνική αποδοτικότητα της DMU_j που αντιστοιχεί στην τιμή της αντικειμενικής συνάρτησης του μοντέλου DEA. Οι Linna και Häkkinen έδειξαν ότι στη DEA είναι εφικτό να διαχωριστεί το ολικό κόστος αποδοτικότητας (overall cost efficiency) στην τεχνική και την κατανομητική αποδοτικότητα. Εκτός από την μέθοδο DEA, η οποία ανήκει στα μη – παραμετρικά μοντέλα, ο διαχωρισμός του ολικού κόστους αποδοτικότητας πραγματοποιείται με την εφαρμογή των στοχαστικών μοντέλων, τα οποία ανήκουν στα παραμετρικά μοντέλα.

Η DEA εφαρμόζει τεχνικές Επιχειρησιακής Έρευνας και γραμμικού προγραμματισμού. Το σύνολο αποδοτικότητας αποτυπώνεται με την εφαρμογή του γραμμικού προγραμματισμού και με την χρήση σταθμισμένων τιμών με συγκεκριμένες βαρύτητες που υποδηλώνουν την σχέση εισροών – εκροών (weight restriction DEA models). Η εφαρμογή της βαρύτητας συνεισφέρει στην μείωση των ακραίων τιμών. Κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων και την βέλτιστη πρόβλεψη του μοντέλου, διότι ο βαθμός ευαισθησίας της αποδοτικότητας είναι σε υψηλά επίπεδα συγκριτικά με τα όρια της βαρύτητας.

Το μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας (ϕ) αντανακλά την αναλογία εκείνη όπου κάθε DMU κατασκευάσει το διάλυμα των εκροών σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους. Προκύπτει από τα μοντέλα Σταθερών Οικονομιών Κλίμακας (Constant Returns of Scale, CRS) και Μεταβλητών Οικονομιών Κλίμακας (Variable Returns of Scale, VRS). Το μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας σε συνδυασμό με τα μοντέλα CRS και VRS εκφράζουν την αποδοτικότητα κλίμακας. Η αποδοτικότητα κλίμακας προσδιορίζει πόσο κοντά η DMU λειτουργεί στο παραγωγικότερο μέγεθος κλίμακας. Ορίζεται ως ο λόγος του μέτρου της τεχνικής αποδοτικότητας εκτιμημένο με σταθερές οικονομίες κλίμακας (ϕ_{CRS}) προς το μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας εκτιμημένο με μεταβλητές οικονομίες κλίμακας (ϕ_{VRS}).

Τα μοντέλα για τον υπολογισμό του μέτρου της τεχνικής αποδοτικότητας ϕ_{CRS} και ϕ_{VRS} υπολογίζονται από τους παρακάτω τύπους:

CRS	VRS
$\max_{\phi, \lambda} \phi$	$\max_{\phi, \lambda} \phi$
$Y \times A_j \times \lambda_k - \phi \times Y_k \times A_{jk} \geq 0$	$Y \times \lambda_k - \phi \times Y_k \times A_{jk} \geq 0$
$X \times \lambda_k \leq X_k$	$X \times \lambda_k \leq X_k$
$\lambda_k \geq 0$	$I \times \lambda_k = 1$
	$\lambda_k \geq 0$

Πίνακας 1: Μοντέλα μέτρου τεχνικής αποδοτικότητας για CRS και VRS

(Πηγή: Γούναρης Χ.)

Όπου:

X το διάνυσμα εισροών, Y το διάνυσμα εκροών, X_k, Y_k το διάνυσμα εισροών και εκροών αντίστοιχα για την k DMU, λ_k το διάνυσμα των συντελεστών έντασης της παραγωγής, I το μοναδιαίο διάνυσμα και A ο συνθετικός δείκτης συγκεκριμένης πληθυσμιακής κατάστασης (π.χ. κατάσταση υγείας μίας περιοχής).

Μία DMU είναι μη αποδοτική αν η αποδοτικότητα κλίμακας (AK) ξεπερνά (αύξουσες οικονομίες κλίμακας) ή υπολείπεται (φθίνουσες οικονομίες κλίμακας) του βέλτιστου παραγωγικού μεγέθους κλίμακας. Συνεπάγεται ότι, $0 < AK_{DMU} \leq 1$ λόγω του ότι $\phi_{CRS} \leq \phi_{VRS} \leq 1$. Αν $AK_{DMU} = 1$ τότε η μονάδα είναι αποδοτική βάσει τις οικονομίες κλίμακας. Αν $AK_{DMU} < 1$ τότε η μονάδα είναι μη αποδοτική βάσει τις οικονομίες κλίμακας. Αν το άθροισμα των συντελεστών βαρύτητας λ είναι μικρότερο από ένα χαρακτηρίζεται από αύξουσες οικονομίες κλίμακας. Αντιθέτως, αν το άθροισμα των συντελεστών βαρύτητας λ είναι μεγαλύτερο από ένα χαρακτηρίζεται από φθίνουσες οικονομίες κλίμακας. Στην περίπτωση που το άθροισμα των συντελεστών βαρύτητας ισούται με ένα, η DMU χαρακτηρίζεται από σταθερές οικονομίες κλίμακας (Γούναρης, Μητρόπουλος, Αθανασόπουλος, Σισσούρας).

Παρακάτω, αναλύονται τα μοντέλα υπολογισμού της τεχνικής αποδοτικότητας και αποδοτικότητα κλίμακας βάσει των οικονομιών κλίμακας (Dusanski R., Wilson P.W.).

CRS	VRS
Αντικειμενική Συνάρτηση	Αντικειμενική Συνάρτηση
$\min W_k$	$\min W_k$
subject to:	subject to:
$X \times q_k \leq W_k \times x_k$	$X \times q_k \leq W_k \times x_k$
$Y \times q_k \geq y_k$	$Y \times q_k \geq y_k$
$q_k \in \mathfrak{R}_+$	$C \times q_k = 1$
	$q_k \in \mathfrak{R}_+$

Πίνακας 2: Μοντέλα DEA για CRS και VRS

(Πηγή: Γούναρης Χ.)

Οι z DMU παράγουν j εκροές αναλώνοντας i εισροές. Το q_k είναι ένα διάνυσμα τάξης $(z \times 1)$ των συντελεστών βαρύτητας της k DMU, το W_k είναι το ακτινικό μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας όπου ισχύει $0 < W_k \leq 1$. Το x_k αντιπροσωπεύει το διάνυσμα των εισροών τάξης $(i \times 1)$ και y_k το διάνυσμα των εκροών τάξης $(j \times 1)$ για την k DMU. Ο $X = [x_1, x_2, \dots, x_z]$ είναι ο πίνακας $(i \times z)$ των παρατηρούμενων εισροών, $Y = [y_1, y_2, \dots, y_z]$ είναι ο πίνακας $(j \times z)$ των παρατηρούμενων εκροών και C είναι ο μοναδιαίος πίνακας $(1 \times z)$.

Ο υπολογισμός της αποδοτικότητας κλίμακας προκύπτει από τον τύπο:

$$S_k^w = W_k^{CRS} / W_k^{VRS}$$

Λόγω του ότι $W_k^{CRS} \leq W_k^{VRS} \leq W_k$, προκύπτει ότι το S_k^w παίρνει τιμές από το διάστημα $(0, 1]$. Αν το $S_k^w = 1$, τότε η k DMU είναι αποδοτική βάσει των οικονομιών κλίμακας. Στην περίπτωση που το $S_k^w < 1$, τότε η k είναι μη αποδοτική και χαρακτηρίζεται από το άθροισμα των συντελεστών βαρύτητας $\sum q_k$ ως αύξουσα οικονομία κλίμακας αν το άθροισμα είναι < 1 και ως φθίνουσα οικονομία κλίμακας αν το άθροισμα είναι > 1 .

3.3 Παραμετρικά Μοντέλα Αξιολόγησης

Τα παραμετρικά στοχαστικά μοντέλα (Parametric Stochastic Frontier Models) θεμελιώθηκαν από τους Aigner et al, Meeseun και Broeck το 1977. Ο γενικός τύπος του μοντέλου, όπως παρατίθεται από τον P. Wilson, είναι η παρακάτω συνάρτηση:

$$y = g(\chi|\beta) e^\varepsilon$$

$$y \in \mathfrak{R}_+$$

$$\text{όπου } \varepsilon = u - v$$

$$u \sim N(0, \sigma_u^2)$$

$$v \sim N^+(0, \sigma_v^2)$$

Ο βασικός μηχανισμός των παραμετρικών μοντέλων είναι η χρήση των συναρτήσεων κέρδους ή κόστους. Οι συναρτήσεις ενισχύουν την συγκριτική αξιολόγηση συσχετίζοντας τις αποδοτικές εισροές που αναλώνονται με τις υπάρχουσες ανάγκες. Τα στοχαστικά μοντέλα απορρέουν από τον καθορισμό της συνάρτησης κατανομής της πιθανότητας συγκριτικά με το σφάλμα, με αποτέλεσμα η κατανομή που ακολουθεί το σφάλμα να παίζει καθοριστικό ρόλο. Τα στοχαστικά μοντέλα είναι υποσύνολο των οικονομετρικών υποδειγμάτων. Τα οικονομετρικά υποδείγματα στοιχειοθετούν τα παραμετρικά μοντέλα με την εφαρμογή της μεθόδου των ελάχιστων τετραγώνων (Ordinary Least Square, OLS) και την ανάλυση των στοχαστικών μοντέλων (Stochastic Cost Frontier Analysis, SFA).

Η βασική συνάρτηση που ορίζει το οικονομετρικό μοντέλο (Γούναρης Χ.) είναι η $y_i = a + \beta\chi_i + \varepsilon_i$ με $i=1,2,\dots,n$.

Όπου:

y_i : το συνολικό κόστος παραγωγής ή το παραγόμενο προϊόν της DMU_i

a : σταθερά

β : το άνωμα των άγνωστων παραμέτρων

χ_i : το άνωμα μετασχηματισμού των εισροών και των εκροών της DMU_i

ε_i : η απόκλιση μεταξύ των παρατηρούμενων δεδομένων και των προβλέψεων που προκύπτουν από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (σφάλμα).

Το πλεονέκτημα της SFA έναντι της μεθόδου OLS είναι ότι η πρώτη μέθοδος κατανέμει την δεύτερη σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αντιπροσωπεύει τη μη – αποδοτικότητα και το δεύτερο μέρος τον τυχαίο θόρυβο (random noise). Η τεχνική αυτή της SFA έχει ως αποτέλεσμα την βέλτιστη διερεύνηση της μη – αποδοτικότητας.

3.4 Αξιολόγηση βάσει Δεικτών

Οι δείκτες αποτελούν το εργαλείο χάραξης της πολιτικής/στρατηγικής υγείας που πρέπει να ακολουθήσει κάθε σύστημα υγείας. Τα συνεχώς αυξανόμενα ποσά που δαπανώνται στον χώρο της υγείας έχουν αυξήσει την ευθύνη για αποδοτικότερη πολιτική υγείας σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ. Ένας από τους βασικούς σκοπούς που πραγματοποιείται το παραπάνω είναι η αύξηση της ανταποδοτικότητας των πόρων που έχουν διατεθεί σε όρους αποτελέσματος υγείας, κοινώς “value for money”.

Για την επίτευξη της συγκριτικής αξιολόγησης της κάθε μονάδας υγείας με τις υπόλοιπες μονάδες (ή ακόμα και με την ίδια σε χρονικό επίπεδο) είναι απαραίτητο να οριστούν οι δείκτες οι οποίοι θα αποτελούν πρότυπα αναφοράς για τον έλεγχο της αποδοτικότητας.

Οι δείκτες εφαρμόζονται για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας διαχρονικά, είτε με την σύγκριση διαφορετικών μονάδων είτε μεταξύ των τμημάτων της μονάδας. Η διαδικασία σύγκρισης διαφορετικών μονάδων απορρέει από τις πραγματικές εκροές των μονάδων ή το κόστος που δαπανάται για συγκεκριμένες διαδικασίες υγείας. Παράλληλα, γίνονται έρευνες για τον έλεγχο επίδρασης πιθανών εξωγενών παραγόντων (Folland et al., 1997) (προσδιοριστικοί παράγοντες). Αναμφισβήτητα, η μέτρηση της αποδοτικότητας αποτελεί την αρχή στην αξιολόγηση κάθε οργανισμού για την λειτουργία του και την απόδοση του. Επίσης, αποτελεί το βασικό εργαλείο για την ορθολογική κατανομή των πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων), διότι σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό χρησιμοποίησης των πόρων που αναλώνονται για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης και την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας. Η παραγωγικότητα ισούται με τις μονάδες του παραγόμενου προϊόντος που αναλογούν σε μία μονάδα εισροής. Η εξέλιξη της παραγωγικότητας των διατιθέμενων πόρων συνεισφέρει στην αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας με κεντρικό στόχο την πρόοδο της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

Η ομαδοποίηση των δεικτών έγινε με βάση τις διαστάσεις απόδοσης των συστημάτων υγείας. Αναφορικά οι διαστάσεις αποτελούνται από την καταλληλότητα, αποδοτικότητα, προσβασιμότητα, ικανότητα, αποδοχή, αποτελεσματικότητα, συνέχεια και ασφάλεια. Ο έλεγχος μίας συγκεκριμένης ομάδας δεικτών, η οποία θα εκφράζει τα πιθανά προβλήματα που δημιουργούνται, την ορθολογική θέσπιση προτεραιοτήτων και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, έχει ως αποτέλεσμα την ορθολογική λήψη αποφάσεων που αφορούν το σύστημα υγείας και ειδικότερα την ΠΦΥ.

Η αναθεώρηση των στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας και της αξιολόγησης της αποδοτικότητας εφαρμόστηκε από τα περισσότερα κράτη-μέλη του WHO και του ΟΟΣΑ. Οι στόχοι που τέθηκαν για την εξέλιξη των στρατηγικών παρουσιάζονται παρακάτω (Arah et al, 2003):

- § Εστίαση στον ασθενή (patient orientation).
- § Έγκαιρη χρονική ανταπόκριση του συστήματος (timeliness).
- § Αποτελεσματική δομή κατάλληλης φροντίδας υγείας (effective delivery of appropriate health care).
- § Καταλληλότητα παρεχόμενης φροντίδας (appropriateness).
- § Βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας (health outcomes improvement).
- § Οικονομική αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας (efficiency of health services).
- § Αποδοχή του συστήματος υγείας από τους ασθενείς (acceptability).
- § Ισότιμη πρόσβαση στο σύστημα υγείας (fair access).
- § Ασφάλεια και συνέχεια της φροντίδας υγείας (safety and continuity of care).
- § Ανταποκρισιμότητα του συστήματος στις απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας (responsiveness).

Σε αρκετές περιπτώσεις η σύγκριση της ποιότητας των υπηρεσιών δεν είναι εφικτή. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει το είδος των στοιχείων που συλλέγονται, καθώς και η διεθνής εναρμόνιση των δεικτών αποδοτικότητας, να εξεταστούν προσεκτικά για την ύπαρξη του βέλτιστου αποτελέσματος (Commonwealth Fund, 2004). Επιπρόσθετα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αρκετές χώρες στην συλλογή των στοιχείων βοηθούν δυσχεραίνουν την κατάσταση. Για παράδειγμα, η ελλιπής πληροφοριακή υποδομή στα κέντρα υγείας συνεισφέρει στην ελλιπή τήρηση βασικών δεδομένων (π.χ. ετήσιος αριθμός ιατρικών εξετάσεων και συνταγογραφήσεων). Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων είναι αναγκαία και θα διευκολύνει την τήρηση, την συλλογή και την εναρμόνιση των πραγματικών στατιστικών στοιχείων των μονάδων υγείας. Παράλληλα, επιβάλλεται η εκπαίδευση του προσωπικού που θα διαχειρίζεται τα δεδομένα αυτά.

Πριν την αναθεώρηση, οι δείκτες που εφαρμόζοντουσαν στον τομέα της υγείας συνδέονταν με τα μέτρα εκτίμησης του πληθυσμιακού επιπέδου υγείας (όπως βρεφική θνησιμότητα και προσδόκιμο ζωής). Λόγω του ότι οι περισσότεροι δείκτες επηρεάζοντουσαν και από άλλους παράγοντες (όπως κοινωνικοοικονομικούς, περιβαλλοντικούς κ.ά.) που δεν σχετιζόντουσαν με το σύστημα υγείας, η σύγκριση των δεικτών και της ποιότητας γινόταν ασαφής. Οι προσπάθειες ανάπτυξης κοινού μεθοδολογικού πλαισίου είναι επιτακτικές και εφαρμόζονται από τον WHO και τον

ΟΟΣΑ (OECD Health Care Quality Indicators Project), αλλά και από άλλους επιστημονικούς φορείς.

Η ορθολογικότερη κατανομή των πόρων της υγείας στηρίζεται όχι στην ύπαρξη συγκεκριμένου για παράδειγμα αριθμού ιατρών αλλά από την αναλογία προς τον πληθυσμό. Από την εξέταση των δεικτών είναι δυνατόν να αναζητηθούν περιοχές όπου ο λόγος συγκεκριμένων ειδικοτήτων ή συνόλου ιατρών προς τον πληθυσμό είναι ιδιαίτερα χαμηλός.

Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπόψη, η ανάγκη αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας οδήγησε στην ανάπτυξη συγκεκριμένων δεικτών. Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί βασική συνισταμένη του ερευνητικού ενδιαφέροντος σε εθνικό αλλά και διακρατικό επίπεδο με την χρήση συγκεκριμένου μεθοδολογικού πλαισίου. Επιπλέον, η υποδομή των υπηρεσιών υγείας (ξενοδοχειακή υποδομή, κατάσταση και είδος ιατρικού εξοπλισμού) αποτελεί σημαντική παράμετρο. Πολλές φορές, η εκτίμηση παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών κατέχει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του συστήματος υγείας από τον ασθενή. Ο λόγος που γίνεται κάτι τέτοιο είναι ότι οι ασθενείς μπορούν πιο εύκολα να ελέγξουν το ξενοδοχειακό επίπεδο σε σχέση με το ιατρικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Το βασικό μειονέκτημα των δεικτών είναι ότι η σχέση εισροών – εκροών είναι ένα προς ένα. Για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η επιλογή μίας ομάδας δεικτών που θα επιτρέψει την μέτρηση της αποδοτικότητας και η εκτενής ανάλυση αυτών. Διαφορετικά, η μέτρηση της αποδοτικότητας με την εφαρμογή των δεικτών θα είναι ελλιπής και τα αποτελέσματα των δεικτών για την ίδια μονάδα υγείας θα είναι αντικρουόμενα.

Παρακάτω αναλύονται ορισμένοι δείκτες που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

Αριθμός επισκέψεων ανά ιατρικό προσωπικό: Ο δείκτης αντανakλά την επάρκεια στελέχωσης των κέντρων υγείας με ιατρικό προσωπικό. Υπολογίζεται ως ο λόγος του σύνολο των ιατρικών επισκέψεων προς το καλυπτόμενο ιατρικό προσωπικό (μαζί με τους αγροτικούς ιατρούς). Με τον δείκτη αυτό αποτυπώνεται η αναλογία των ιατρών αλλά και οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές.

Αριθμός επισκέψεων ανά νοσηλευτικό προσωπικό: Ο δείκτης αυτός εκφράζει την επάρκεια και ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Ο δείκτης προκύπτει από τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων του κάθε κέντρου υγείας προς το καλυπτόμενο νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχος του δείκτη αποτελεί η εκτίμηση της επάρκειας και οι αποδοτικές υποστηρικτικές και βοηθητικές εργασίες προς το ιατρικό προσωπικό.

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων ανά ιατρικό προσωπικό: Ο δείκτης αντανακλά την επάρκεια στελέχωσης των κέντρων υγείας με ιατρικό προσωπικό. Υπολογίζεται ως ο λόγος του σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων προς το καλυπτόμενο ιατρικό προσωπικό (μαζί με τους αγροτικούς ιατρούς). Με τον δείκτη αυτό αποτυπώνεται η αναλογία των ιατρών αλλά και οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές.

Αριθμός εμβολιασμών ανά ιατρικό προσωπικό: Ο δείκτης αντανακλά την επάρκεια στελέχωσης των κέντρων υγείας με ιατρικό προσωπικό. Υπολογίζεται ως ο λόγος του σύνολο των εμβολιασμών προς το καλυπτόμενο ιατρικό προσωπικό (μαζί με τους αγροτικούς ιατρούς). Με τον δείκτη αυτό αποτυπώνεται η αναλογία των ιατρών αλλά και οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές.

Αριθμός εμβολιασμών ανά νοσηλευτικό προσωπικό: Ο δείκτης αυτός εκφράζει την επάρκεια και ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Ο δείκτης προκύπτει από τον αριθμό των εμβολιασμών του κάθε κέντρου υγείας προς το καλυπτόμενο νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχος του δείκτη αποτελεί η εκτίμηση της επάρκειας και οι αποδοτικές υποστηρικτικές και βοηθητικές εργασίες προς το ιατρικό προσωπικό (π.χ. μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι κ.ά.).

Ποσοστό κάλυψης κλινών βραχείας νοσηλείας: Η πληρότητα των κλινών βραχείας νοσηλείας είναι μία ένδειξη για την σύνδεση της Πρωτοβάθμιας με την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας που πραγματοποιείται με τις διακομιδές. Ορίζεται ως το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών στο σύνολο των διαθέσιμων κάθε κέντρου υγείας. Το βέλτιστο αποτέλεσμα για το ποσοστό κάλυψης ενός κέντρου υγείας να είναι μηδενικό.

Μέγιστος χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία: Ο δείκτης παρακολουθεί τον βαθμό ανταπόκρισης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Αφορά τις προγραμματισμένες επισκέψεις και προκύπτει από τον μέγιστο αριθμό ημερών που μεσολαβεί από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την εξέταση του ασθενή. Ο δείκτης στοχεύει στην μείωση των ημερών αναμονής. Πιθανές λύσεις θα μπορούσαν να είναι η πληρότητα των θέσεων και οι υποδομές (First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators, 2004).

Ιατρικό προσωπικό ανά 1000 κατοίκους: Ένα από τα σημαντικά ζητήματα για την αποδοτική λειτουργία των κέντρων υγείας είναι η επάρκεια των ιατρών και αν καλύπτουν τον πληθυσμό ευθύνης. Ο δείκτης υπολογίζει το λόγο που αποτελείται από το καλυπτόμενο ιατρικό προσωπικό προς 1000 κατοίκους. Τα κέντρα υγείας που έχουν αυξημένο τον δείκτη, είναι αποδοτικότερα από τα υπόλοιπα λόγω του ότι η εξυπηρέτηση των ασθενών είναι αποδοτικότερη και ποιοτικότερη.

Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 κατοίκους: Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από τις νοσηλεύτριες. Ο δείκτης προκύπτει από το καλυπτόμενο νοσηλευτικό προσωπικό προς 1000 κατοίκους. Αντανακλά την ποιότητα των υπηρεσιών και είναι εύκολα κατανοητό ότι όσο πιο μεγάλο είναι το αποτέλεσμα, τόσο πιο αποδοτική και ποιοτική είναι η παροχή των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.

Αριθμός διακομιδών ανά πληθυσμό Ευθύνης: Η αξιολόγηση του αριθμού διακομιδών ανά πληθυσμό ευθύνης οδηγεί στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων λόγω του ότι συνδέει την Πρωτοβάθμια με την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο δείκτης υπολογίζει το ποσοστό του πληθυσμού ευθύνης που εισέρχεται σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα μέσω του κέντρου υγείας.

Μέσος ημερήσιος όρος εξυπηρέτησης ανά πληθυσμό ευθύνης: Ο δείκτης είναι σημαντικός για τον χρονοπρογραμματισμό των κέντρων υγείας και για την αξιολόγηση των μονάδων ΠΦΥ. Ο συγκεκριμένος δείκτης σε συνδυασμό με άλλους (μέσος χρόνος εξυπηρέτησης, μέγιστος χρόνος αναμονής) αναδεικνύει την αναγκαιότητα του προγραμματισμού για να μην υπάρχει συσσώρευση ασθενών. Για καλύτερη αξιολόγηση προτείνεται να λαμβάνεται υπόψη η σύνθεση και η βαρύτητα του κάθε περιστατικού (με τα σημερινά δεδομένα κάτι τέτοιο κρίνεται ανέφικτο). Ο δείκτης υπολογίζει τον λόγο του ημερήσιου αριθμού εξεταζόμενων προς πληθυσμό ευθύνης. Ο δείκτης στοχεύει στη μείωση του ημερήσιου εξεταζόμενου πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από το Ε.Σ.Υ. μέσω των Κέντρων Υγείας, των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων, των Εξεταστηρίων, των Εξωτερικών και Απογευματινών Ιατρείων των Νοσοκομείων.

Η παροχή ΠΦΥ από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς πραγματοποιείται μέσω των πολυιατρείων και ιατρείων του ΙΚΑ αλλά και τις μονάδες υγείας των υπόλοιπων μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών της χώρας (Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ., Ο.Α.Ε.Ε., Ν.Α.Τ.).

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση παρέχει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας μέσω των Δημοτικών Ιατρείων και των Υπηρεσιών Πρόνοιας.

Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ιδιωτικού Τομέα προσφέρονται από τους Ιδιώτες Ιατρούς, από τα Ιδιωτικά Διαγνωστικά, Μικροβιολογικά και Ακτινολογικά Κέντρα, από τις Ιδιωτικές Κλινικές, από τα Ιδιωτικά Εργαστήρια και από τους Ιδιωτικούς Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τις μονάδες ΠΦΥ του Ε.Σ.Υ. και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία (εξαιρέση αποτελούν οι μεγάλοι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες από δικό τους δίκτυο).

Στο κεφάλαιο γίνεται η αποτύπωση του χάρτη υγείας της ΠΦΥ από το Ε.Σ.Υ. Παρουσιάζεται η χωροταξική κατανομή των κέντρων υγείας η οποία πραγματοποιείται με βάση γεωγραφικά, πληθυσμιακά, οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια αλλά και βάσει της προσπελασιμότητας και της τουριστικής ανάπτυξης της περιοχής. Η βασική αρχή της στελέχωσης των κέντρων υγείας είναι ότι πρέπει να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα για να είναι ικανή να φέρει εις πέρας το πολύτιμο έργο της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της χώρας. Για να επιτευχθεί το παραπάνω θα πρέπει η διοικητική οργάνωση κάθε κέντρου υγείας να γίνει με τον βέλτιστο τρόπο.

Επιπλέον, παρουσιάζονται οι δαπάνες και η οικονομική διαχείριση των κέντρων υγείας. Υπεύθυνα για τα οικονομικά στοιχεία είναι τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είναι οι εποπτευόμενοι φορείς των κέντρων υγείας. Αναλύεται το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία των κέντρων υγείας από το 1983 που έγινε η ψήφιση του Νόμου 1397, με τον οποίο ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και προχώρησε η σύσταση των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες των νοσοκομείων του Νομού και των περιφερειακών ιατρείων ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.

Παρουσιάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας και οι λειτουργίες της μέσα στο σύστημα υγείας. Αναφορικά, στις λειτουργίες περιλαμβάνεται η πρόληψη και η

προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρώιμη διάγνωση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, η συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών, η ευαισθητοποίηση και αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την ψυχική υγεία καθώς και η διάχυση των γνώσεων στον πληθυσμό.

Η στελέχωση του ανθρώπινου δυναμικού κάθε κέντρου υγείας είναι ζήτημα ζωτικής σημασίας. Για να είναι αποτελεσματικό το σύστημα υγείας θα πρέπει να γίνει ορθολογική κατανομή στο προσωπικό των μονάδων υγείας. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα με την επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ που παρέχεται από το Ε.Σ.Υ. Μόνο το 60,41% των οργανικών θέσεων καλύπτεται από προσωπικό με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σημαντικές δυσκολίες στην λειτουργία των κέντρων υγείας αλλά και των περιφερειακών ιατρείων που συνήθως βρίσκονται σε άγονες και απομακρυσμένες περιοχές.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ αποτυπώνονται παρακάτω και ενισχύεται το γεγονός ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις στο ανθρώπινο δυναμικό που επανδρώνει τα κέντρα υγείας. Είναι αξιοσημείωτο ότι το 90% των κέντρων υγείας αναφέρει ότι οι ανθρώπινοι πόροι δεν επαρκούν.

Το κεφάλαιο 4 ολοκληρώνεται με την περίπτωση της Κρήτης, στην οποία τα 14 κέντρα υγείας που εδρεύουν δεν εποπτεύονται από νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. αλλά ο εποπτευόμενος φορέας τους είναι η Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης.

4.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ευρώπη

4.2.1 Ισπανία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ισπανία έχει εισαχθεί από το 1984 ως μία εκτενής διαδικασία της θεσμικής μεταρρύθμισης και της δημιουργίας υποδομής στον κλάδο της Υγείας. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τα κέντρα υγείας και από ομάδες που αποτελούνται από ιατρούς με διαφορετικές ειδικότητες. Οι ιατροί που δεν έχουν μια από τις βασικές ειδικότητες δεν υπάρχουν σε αραιοκατοικημένες περιοχές και στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, υπάρχουν κάποιες ομάδες ιατρών στην Ισπανία (εκτός από την Καταλονία) που είναι ανεξάρτητοι και διοικούν αυτόνομα τις κλινικές τους.

Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης της ΠΦΥ προέρχεται από το Δημόσιο. Το προσωπικό που απασχολείται ανήκει στον Δημόσιο τομέα και προσλαμβάνεται μετά από εισαγωγικές εξετάσεις, μέσω των οποίων αποκτούν μια ειδική θέση παρόμοια με αυτή των δημοσίων υπαλλήλων. Ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας συνεργάζονται στον τύπο των κοινοπραξιών υγείας που πραγματοποιούνται στην Καταλονία ύστερα από έγκριση του ιδιωτικού τομέα για ορισμένες γεωγραφικές περιοχές. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στα νοικοκυριά της χώρας δείχνουν ότι η ύπαρξη του ιδιωτικού τομέα στη ΠΦΥ δεν είναι αμελητέα, αν και δεν έχουν πραγματοποιηθεί συστηματικές

έρευνες για το πραγματικό μέγεθος. Σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας το 2004, το 69,8% του πληθυσμού εξετάστηκε στην ΠΦΥ στην χρονική διάρκεια 2003-2004, με μέσο όρο 4,88 επισκέψεις στον δημόσιο τομέα και 3,7 επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τον δημόσιο τομέα είναι περιεκτικές και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως: η γενική ιατρική φροντίδα (συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, του ενήλικου πληθυσμού και των ηλικιωμένων), διαγνωστικές υπηρεσίες, μικροχειρουργικές επεμβάσεις, μαιευτική φροντίδα, πρώτες βοήθειες, συνταγογραφήσεις, πιστοποίηση, 24ωρη διαθεσιμότητα, οικογενειακό προγραμματισμό, επισκέψεις κατ' οίκον, μεταφορά με ασθενοφόρο, νοσηλευτική φροντίδα, συγκεκριμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, υπηρεσίες πρόληψης και υγειονομική αγωγή. Οι γενικοί ιατροί και οι παθολόγοι κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ΠΦΥ λόγω του ότι είναι το πρώτο σημείο επαφής μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγείας. Η κύρια ευθύνη τους είναι να διαγνώσουν το πρόβλημα και να το θεραπεύσουν αν μπορούν. Διαφορετικά, μπορούν να παραπέμψουν τον ασθενή στον κατάλληλο ιατρό. Σε περίπτωση που ο ασθενής θέλει να επισκεφτεί οδοντίατρο, οφθαλμίατρο ή γυναικολόγο, δεν απαιτείται παραπομπή από τον γενικό ιατρό. Ο ασθενής που εξετάστηκε από τον κατάλληλο ιατρό είναι υποχρεωμένος να επιστρέψει στον ιατρό που τον παρέπεμψε, ο οποίος είναι ο αρμόδιος για την συνταγογράφηση και για την μετέπειτα πορεία του ασθενή. Οι περισσότερες πόλεις έχουν εφαρμόσει τις επισκέψεις στο σπίτι συνήθως για συγκεκριμένες παθήσεις. Για παράδειγμα, στην Ανδalousία οι ιατροί επισκέπτονται κατ' οίκον τους ασθενείς με συγκεκριμένες παθήσεις, καθώς επίσης εκείνους που πήραν πρόσφατα εξιτήριο από κάποιο νοσοκομείο και τους ηλικιωμένους με κινητικά προβλήματα που πάσχουν από περισσότερες από μία παθολογικές ασθένειες.

Από το 1986 όπου η Γενική Προστασία Υγείας τέθηκε σε ισχύ, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον γενικό ιατρό που επιθυμούν από την περιοχή κατοικίας τους. Το δικαίωμα αυτό επεκτάθηκε το 1993 και για άλλες περιοχές με την μόνη προϋπόθεση να είναι σύμφωνος και ο εκάστοτε γενικός ιατρός που θα επιλεγόταν από κάποιον πολίτη. Η υπηρεσία αυτή αναπτύχθηκε με το διάταγμα 206/2001, σύμφωνα με το οποίο οι μηνιαίες αποδοχές των ιατρών συνδέονται με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας των ασθενών, προωθώντας με αυτόν τον τρόπο την ελεύθερη επιλογή ιατρού χρησιμοποιώντας το υπάρχων πληροφοριακό σύστημα.

Το 2001 η Ισπανία είχε περίπου 50 γενικούς ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους, ένας από τους χαμηλότερους αριθμούς στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αρκετά μακριά από τα πρότυπα άλλων χωρών όπως η Γαλλία (160 γενικοί ιατροί ανά 100.000 κατοίκους), η Ιταλία (100 γενικοί ιατροί ανά 100.000 κατοίκους) και η Μεγάλη Βρετανία (60 γενικοί ιατροί ανά 100.000 κατοίκους) (ΟΟΣΑ 2005). Σε συγκριτικούς όρους, οι γενικοί ιατροί της Ισπανίας ανταπεξέρχονται αποδοτικότερα στους μεγαλύτερους φόρτους εργασίας

από άλλες χώρες που έχουν περισσότερους ιατρούς και αυτό φαίνεται από τον χρόνο εξέτασης κάθε ασθενή από τον γενικό ιατρό. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Deveugle et al. 2002) σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, βρέθηκε ότι το Βέλγιο και η Ελβετία είχαν τους μεγαλύτερους χρόνους εξέτασης (15 και 15,6 λεπτά αντίστοιχα), ενώ η Γερμανία και η Ισπανία είχαν τους μικρότερους χρόνους (7,6 και 7,8 λεπτά αντίστοιχα).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το 1986 συστήθηκαν ομάδες που μέλη τους είναι ιατροί με διαφορετικές ειδικότητες. Το 2002 στην Καταλονία, ένας Δημόσιος Οργανισμός (the Institute of Health of Catalonia) είναι ο σημαντικότερος πάροχος αυτών των υπηρεσιών. Στην αρμοδιότητές του βρίσκεται η διαχείριση του 78% των ομάδων αυτών και οι υπόλοιπες ομάδες διοικούνται από άλλους παρόχους.

Η συχνότητα των επισκέψεων σε ιατρό γενικής ιατρικής ήταν 5,5 επισκέψεις ανά κάτοικο για έναν χρόνο (με ελάχιστο 3,7 και μέγιστο 8,5 , ανάλογα με την περιοχή κατοικίας) και 5 επισκέψεις σε παιδίατρο. Οι επισκέψεις που δέχονταν καθημερινά κάθε ιατρός της ΠΦΥ ήταν 25,4 επισκέψεις για τους γενικούς ιατρούς, 15,94 για τους παιδίατρους και 28 επισκέψεις για το νοσηλευτικό προσωπικό (περιλαμβάνονται περιπολήσεις τραυμάτων, εμβολιασμοί κ.ά.) (Υπουργείο Υγείας 2004).

Αν και οι αναφορές από κάποιες τοπικές υπηρεσίες υγείας δεν διακρίνουν τις κατ' οίκον επισκέψεις από τις επισκέψεις σε κάποιο κέντρο υγείας ή κάποια άλλη μονάδα ΠΦΥ, η συχνότητα των επισκέψεων διαφέρει σημαντικά από περιοχή σε περιοχή. Γενικά, περιοχές με μεγάλο φόρτο εργασίας για τους γενικούς ιατρούς έχουν επίσης βαρύ φόρτο εργασίας και για τους παιδίατρους. Η μεταβλητότητα στους παιδίατρους η οποία κατανέμεται ανάμεσα στις περιοχές είναι παρόμοια με τη μεταβλητότητα των γενικών ιατρών με συντελεστή απόκλισης 0,18. Αν οι επισκέψεις που δέχονται οι γενικοί ιατροί συγκριθούν με τις επισκέψεις που δέχεται το νοσηλευτικό προσωπικό θα γίνει κατανοητό πως ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι ο ίδιος σε όλες τις περιοχές, ούτε η κατανομή των εργασιών είναι ίδια στις δύο κατηγορίες προσωπικού. Κάποιες περιοχές αναθεώρησαν την ΠΦΥ και όρισαν ως αρμόδιο το νοσηλευτικό προσωπικό για τις κατ' οίκον επισκέψεις και την φροντίδα του ασθενή, αλλάζοντας τον τρόπο προσέγγισης για αυτές τις περιπτώσεις. Αν και οι επισκέψεις που δέχονται οι γενικοί ιατροί είναι πιο συχνές από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, οι πολίτες που ανήκουν στην υψηλή κοινωνικοοικονομική τάξη χρησιμοποιούν τις προληπτικές και τις οδοντιατρικές υπηρεσίες συχνότερα.

Ύστερα από τα 10 χρόνια της αναθεώρησης της ΠΦΥ στην Καταλονία, κάποιες μελέτες δείχνουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία, την αποδοτικότητα και την ικανοποίηση του πληθυσμού (Duran et al. 1999). Εντούτοις, η αξιολόγηση της επιρροής της αναθεωρημένης ΠΦΥ δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμη, πιθανόν λόγω του ότι η πολιτεία δεν την θεωρεί σημαντική. Κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα η

διαδικασία της αναθεώρησης να πραγματοποιηθεί εξ' ολοκλήρου από τους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι κατέχουν μικρό ποσοστό στους συνολικούς ιατρούς της Ισπανίας.

Μια ιδιαίτερος ανησυχητική ένδειξη είναι η υψηλή και αυξανόμενη μερίδα του πληθυσμού που εισάγεται στο σύστημα κατευθείαν από τα επείγοντα ιατρεία των νοσοκομείων. Σύμφωνα με έρευνα της Γενικής Προστασίας Υγείας μόνο το 30% των εσπευσμένων εισαγωγών αναφέρθηκε το έτος 2003 και το 21,5% για το έτος 2004. Με αυτό γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχει ένα διοικητικό ή οργανωτικό πρόβλημα. Το 33% των εισαγωγών πραγματοποιήθηκε τις ώρες που λειτουργούσαν τα κέντρα υγείας. Ο βασικός λόγος που οι ασθενείς αποφασίζουν να εξεταστούν κατευθείαν σε κάποιο νοσοκομείο, διαπερνώντας το φίλτρο της ΠΦΥ είναι ότι το 37,3% του πληθυσμού πιστεύει πως οι νοσοκομειακές μονάδες είναι καλύτερα εξοπλισμένες και ότι θα γίνουν υγιείς με αποδοτικότερο τρόπο, σύμφωνα με την προαναφερόμενη έρευνα. Το 32,8% των ερωτηθέντων δεν ήθελε να περιμένει την παραπομπή του γενικού ιατρού. Δοθέντος ότι οι γενικοί ιατροί έπρεπε να πληρώνουν κάποιο φόρο και οι μηνιαίες αποδοχές τους μειωνόντουσαν, άρχισαν να μειώνουν τους ασθενείς που κατοικούσαν σε διαφορετικές περιοχές από την έδρα τους.

4.2.2 Ρουμανία

Μέχρι το 1999, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ρουμανία παρεχόταν σε όλη τη χώρα μέσω ενός δικτύου περίπου 6.000 κλινικών όπου επεβλεπόντουσαν από το Υπουργείο Υγείας. Οι εποπτευόμενοι φορείς των κλινικών ήταν τα τοπικά νοσοκομεία τα οποία κατείχαν τις χρηματοδοτήσεις της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι κλινικές παρείχαν υπηρεσίες υγείας στα παιδιά άνω των 5 ετών, στις νοικοκυρές, στους συνταξιούχους και στους άνεργους που κατοικούσαν σε συγκεκριμένες περιοχές. Υπήρχαν επίσης κλινικές που παρείχαν υπηρεσίες ΠΦΥ στους εργαζομένους συγκεκριμένων επιχειρήσεων και κλινικές που λειτουργούσαν σε σχολεία οι οποίες παρείχαν φροντίδα υγείας σε εκείνους που εργάζονταν στην πλήρη εκπαίδευση. Οι ασθενείς δεν επέλεγαν την κλινική που επιθυμούσαν γιατί εξαρτιόταν από τον τόπο κατοικίας ή εργασίας. Από το 1998 οι ασθενείς είχαν το δικαίωμα να επιλέξουν την κλινική που ήθελαν να εξεταστούν, καθώς και τον οικογενειακό ιατρό τους. Η ψήφιση του νόμου έθετε σαν όρο ότι ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να αλλάζει υστέρη από το ελάχιστο όριο των τριών μηνών που ο ασθενής έκανε την σύμβαση με αυτόν τον ιατρό.

Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία η οποία σχετίζεται με την εφαρμογή του ασφαλιστικού συστήματος υγείας, οι γενικοί ιατροί παύουν να είναι μόνιμοι υπάλληλοι και μετατρέπονται σε ανεξάρτητους ιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία του δημόσιου και λειτουργούν το δικό τους ιδιωτικό ιατρείο.

Λειτουργούν και άλλα δίκτυα με κλινικές τα οποία εποπτεύονται από άλλα Υπουργεία και προορίζονται για τους στρατιωτικούς, τους σιδηροδρόμους και τους λιμενικούς.

Από το 1990 λειτουργούν τα ιδιωτικά ιατρεία (private medical offices) που στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Οι ιατροί που απασχολούνται σε αυτά συνήθως εργάζονται και στον δημόσιο τομέα. Για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, οι κλινικές παρέχουν μαιευτική φροντίδα (πριν και μετά την γέννα), κάποια δημόσια φροντίδα υγείας και εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας. Επίσης, παρέχουν πιστοποιητικά υγείας για γάμο, για ανικανότητα εργασίας και πιστοποιητικά θανάτου.

Η αναθεώρηση της ΠΦΥ ξεκίνησε πιλοτικά σε 8 περιφέρειες (από τις 41) με ένα νέο χρηματοδοτικό σύστημα, μετακινώντας την ευθύνη από τα νοσοκομεία στις περιφερειακές διευθύνσεις υγείας. Οι διευθύνσεις υγείας είναι αρμόδιες για τις συμβάσεις με τους γενικούς ιατρούς (ατομικές ή ομαδικές συμβάσεις). Η αναθεώρηση δίνει στους γενικούς ιατρούς τον ρόλο των φρουρών του συστήματος υγείας και εισάγει ανταγωνιστικά στοιχεία μέσα από την ελεύθερη επιλογή του ασθενή και τους νέους τρόπους πληρωμής. Το μισθολογικό σύστημα των γενικών ιατρών αντικαταστάθηκε με ένα νέο όπου βασίζεται στην πληρωμή ανά επίσκεψη. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον γενικό ιατρό που επιθυμούν επιλέγοντας κάποιον άλλο κάθε τρίμηνο εφόσον το επιθυμούν.

Η πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στα νοσοκομεία ειδικών παθήσεων πρέπει να γίνεται ύστερα από την παραπομπή του οικογενειακού ιατρού, αλλά από το 1989 το σύστημα παραπομπών δεν λειτουργεί σωστά και οι επισκέψεις στην ΠΦΥ μειώνονται σταδιακά. Ο μέσος όρος των επισκέψεων στην ΠΦΥ για το 1998 ήταν 2,3 επισκέψεις τον χρόνο (το 1996 ήταν 2,7 επισκέψεις). Μετρώντας και τις επισκέψεις σε ειδικευμένους ιατρούς, ο αριθμός των επισκέψεων των Ρουμάνων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων βρίσκεται κοντά στο μέσο συγκρίνοντας με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Κατά την διάρκεια του '90, ο αριθμός αυτός παρέμεινε σταθερός γύρω στις 8 επισκέψεις ετησίως.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1998 από το InterHealth Institute για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας έδειξε ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ είναι ποιοτικά χαμηλές. Λίγες κλινικές είναι αυτές που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε 24ωρη βάση. Ο εξοπλισμός που επανδρώνει τις δομές ΠΦΥ είναι παλιός, με εξαίρεση την οδοντιατρική φροντίδα στις μεγάλες κλινικές. Η ΠΦΥ στη Ρουμανία ήταν για αρκετό καιρό θέμα χαμηλής σημασίας και η αναθεώρησή της πρέπει να γίνει με προσεκτικό τρόπο.

Η ΠΦΥ παρέχεται επίσης από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες ιατρούς. Τα προηγούμενα χρόνια οι υπηρεσίες ΠΦΥ δινότουσαν από τις πολυκλινικές οι οποίες είχαν ως έδρα μόνο αστικές περιοχές (ενώ

οι κλινικές έχουν ως έδρα και αγροτικές περιοχές). Οι περισσότερες πολυκλινικές παρείχαν δωρεάν τις υπηρεσίες τους εκτός από λίγες που τις χρέωναν. Εκτός από τα επείγοντα περιστατικά οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονταν μόνο σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες μέχρι το 1998. Οι περισσότερες πολυκλινικές μετατράπηκαν σε διαγνωστικά θεραπευτικά και κέντρα. Επίσης, κάποιες διαχωρίστηκαν σε ανεξάρτητα ειδικευμένα ιατρεία με έδρα αστικές περιοχές και πόλεις. Οι ιατροί που εξετάζαν σε αυτά, εξετάζαν ασθενείς και στον δημόσιο τομέα. Στατιστική μελέτη εκτιμούν ότι το 15% των ιατρών προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στους δύο τομείς (Κέντρο Πολιτικών Υγείας και Υπηρεσιών, 1999). Οι ιατροί των ιδιωτικών ιατρείων χρειάζονται να έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και μια έγκριση για εργασία σε μονάδα υγείας. Με αυτόν τον τρόπο πιστοποιούνται όλες οι ειδικότητες και οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή ιατρού. Ο μεγαλύτερος φόρτος εργασίας για τους ιατρούς και το προσωπικό υγείας παρατηρείται στις αστικές κλινικές. Τα κέντρα υγείας που αντιμετωπίζουν τις επείγουσες καταστάσεις έχουν τον μικρότερο φόρτο εργασίας, ενώ οι αγροτικές κλινικές και οι πολυκλινικές βρίσκονται κοντά στον μέσο όρο. Επιπρόσθετα, ο γενικός φόρτος εργασίας ανα ιατρό δεν είναι κατανομημένος εξίσου στις συνιστώσες του συστήματος υγείας και ο συνολικός μέσος αριθμός των ασθενών ανα ιατρό δεν υπερβαίνει τους 14 ανά εργάσιμη μέρα (και μικρότερο από 5 ασθενείς ανά εργάσιμη ημέρα για το σύνολο του προσωπικού).

4.2.3 Γερμανία

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στην Γερμανία κυρίως από ιδιωτικούς παρόχους, στους οποίους συγκαταλέγονται οι παθολόγοι, οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές, φαρμακοποιοί, λογοθεραπευτές, ορθοπεδικοί κ.ά. Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που απασχολούνται νοσηλεύτριες, βοηθοί νοσοκόμων, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτικό προσωπικό για τους ηλικιωμένους.

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον ιατρό που επιθυμούν (από το 1999). Επίσης, μπορούν να επιλέξουν και το νοσηλευτικό προσωπικό που επιθυμούν αλλά η αποζημίωση για αυτή την περίπτωση είναι διαθέσιμη μόνο αν υπάρχει αναφορά του ιατρού. Οι οικογενειακοί ιατροί στην Γερμανία δεν παίζουν τον ρόλο του φρουρού του συστήματος υγείας, αν και η ικανότητα της συνεργασίας έχει αναπτυχθεί τα τελευταία.

Από τους 304.100 ενεργούς ιατρούς το 2003, οι 132.400 απασχολούνται στην ΠΦΥ. Από αυτούς, οι 6.600 εργάζονται μεμονωμένα για προσωπικούς ασθενείς, οι 117.600 επανδρώνουν τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και οι 8.200 είναι μισθωτοί ιατροί. Η πλειοψηφία των ιατρών έχουν μία ειδικότητα. Μόνο περίπου το 25% ειδικεύεται σε περισσότερες ειδικότητες. Όλα τα λειτουργικά έξοδα (εξοπλισμός, βοηθητικό

προσωπικό κ.ά) καλύπτονται από τους ίδιους τους ιατρούς. Η απόσβεση της αποζημίωσης πραγματοποιείται από την αποζημίωση που προέρχεται από τα κεφάλαια ασθενείας, από τους ιδιωτικούς ασφαλιστές υγείας και ένα μικρό αλλά αυξανόμενο ποσό από τους ασθενείς κατευθείαν.

Μόνο λίγες πολυκλινικές παρέμειναν στο ανατολικό τμήμα της χώρας μετά την επανένωση ως εξαίρεση. Η πολύπλευρη φροντίδα επανεντάχθηκε στα «ιατρικά κέντρα» το 2004, τα οποία ανήκουν σε εταιρίες ή σε ιατρούς, έχουν επικεφαλής έναν ιατρό και τηρούν τους κανονισμούς σαν μέλη της τοπικής ιατρικής ένωσης. Η ΠΦΥ προσφέρει σχεδόν όλες τις ειδικότητες. Οι ιατροί με την μεγαλύτερη ζήτηση είναι οι γυναικολόγοι, οι οφθαλμίατροι, οι ψυχίατροι, οι ορθοπεδικοί, οι ωτορινολαρυγγολόγοι, οι δερματολόγοι και οι χειρουργοί.

4.2.4 Μεγάλη Βρετανία

Η Μεγάλη Βρετανία διαθέτει ένα υψηλά ανεπτυγμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχεται μέσω των γενικών ιατρών (GPs) και σχετικού προσωπικού υγείας (π.χ. νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας κλπ) και λειτουργεί σαν υποσύστημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) της χώρας

Πάνω από το 99% του πληθυσμού είναι εγγεγραμμένοι σε γενικούς ιατρούς οι οποίοι παρέχουν 24ώρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών, και θεραπευτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (ο πληθυσμός που δεν είναι εγγεγραμμένος σε γενικό ιατρό (1%) είναι συνήθως άστεγος ή δεν διαθέτει μόνιμη κατοικία). Περίπου το 90% των επαφών των πολιτών με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) πραγματοποιούνται μέσω των γενικών ιατρών. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή ιατρού, η οποία όμως περιορίζεται από γεωγραφικές παραμέτρους. Το ποσοστό όπου οι ασθενείς αλλάζουν ιατρό (εκτός από περιπτώσεις μετακόμισης) είναι χαμηλό και σε γενικές γραμμές οι πολίτες διατηρούν μακροχρόνια σχέση με τους οικογενειακούς ιατρούς τους.

Οι παραπομπές ασθενών σε δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας πραγματοποιούνται από τους γενικούς ιατρούς. Ο ρόλος των γενικών ιατρών ως «ανάχωμα» για τις δευτεροβάθμιες μονάδες είναι σημαντικός για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Σε αντίθεση με άλλες χώρες, οι ασθενείς του Συστήματος Υγείας δεν έχουν άμεση πρόσβαση στις δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας, εκτός εξαιρετικών περιπτώσεων (π.χ. επείγοντα περιστατικά κ.α).

Από την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), το 1948, οι γενικοί ιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) με σύμβαση. Παράγοντας που δίνει στο θεσμό σημαντική αυτονομία. Οι όροι της σύμβασης των οικογενειακών ιατρών διαπραγματεύονται σε εθνικό επίπεδο μεταξύ εκπροσώπων των ιατρών και της

κυβέρνησης. Η τελευταία έκδοση της εθνικής σύμβασης (1990) σχεδιάστηκε με στόχο την προώθηση των επιλογών του ασθενή. Προϋποθέτει την παροχή αναλυτικών πληροφοριών από τους ιατρούς σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχουν και την σύνδεση των πληρωμών με την εκπαίδευση. Η κεντρική επιτροπή (Central Medical Practices Committee) έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση και τον έλεγχο των ιατρείων που λειτουργούν οι γενικοί ιατροί στην χώρα.

Εκτός των γενικών ιατρών, στην παροχή Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας εμπλέκονται πολλοί άλλοι επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα, νοσηλεύτριες, αποκλειστικές νοσοκόμες, επισκέπτες/τριες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α. Οι νοσηλεύτριες προσλαμβάνονται από τους γενικούς ιατρούς για εργασία εντός των ιατρείων. Αναλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών όπως πρόληψη, χρόνιες παθήσεις κλπ. Οι αποκλειστικές νοσοκόμες είναι εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες όπου προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς κατ' οίκον. Οι μαίες είναι εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες με εξειδίκευση σε μαιευτικά και γυναικολογικά θέματα και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε εγκύους και νεότοκες γυναίκες. Οι επισκέπτες/τριες υγείας είναι νοσηλεύτριες που κατόπιν ειδικής εκπαίδευσης επισκέπτονται οικογένειες με μωρά και παιδιά μικρής ηλικίας. Παρέχουν συμβουλές και επικεντρώνονται στην πρόληψη ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας.

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες παρέχονται από φαρμακεία που προμηθεύουν φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό που συνταγογραφείται από τους γενικούς ιατρούς. Παράλληλα, διενεργούνται πιλοτικά προγράμματα όπως η επέκταση των συμβουλών που παρέχονται από τους φαρμακοποιούς σε ασθενείς με προβλήματα στην φαρμακευτική αγωγή. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) από το 1997 παρέχει στις Υγειονομικές Αρχές μεγαλύτερη ευελιξία στην παροχή περαιτέρω φαρμακευτικών υπηρεσιών. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας από επαγγελματίες που συνάπτουν συμβάσεις με τις Υγειονομικές Υπηρεσίες. Ο ιδιωτικός τομέας έχει πολύ μικρό μερίδιο στην ΠΦΥ στην Μεγάλη Βρετανία.

4.2.5 Δανία

Η ΠΦΥ στην παρέχεται κυρίως από ιδιώτες ιατρούς και τα δημοτικά κέντρα υγείας. Οι γενικοί ιατροί παίζουν σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας της Δανίας αφού αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής και το «ανάχωμα» προς τα νοσοκομεία, τους εξειδικευμένους ιατρούς και τους φυσιοθεραπευτές. Επομένως, οι γενικοί ιατροί παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή νοσοκομείου για τους ασθενείς. Μετά την παραπομπή του ασθενή στο νοσοκομείο, οι γενικοί ιατροί δεν έχουν επιρροή στην θεραπεία και την φροντίδα του, ωστόσο οι νοσοκομειακοί ιατροί είναι υποχρεωμένοι να αναφέρουν στους γενικούς ιατρούς σχετικά με την εξαγωγή των ασθενών τους.

Από το 1973 οι Δανοί άνω των 16 ετών έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν μεταξύ δύο προσεγγίσεων. Οι πολίτες που ακολουθούν την πρώτη προσέγγιση, εγγράφονται σε έναν γενικό ιατρό σε ακτίνα 10 χμ από τον τόπο κατοικίας τους, και έχουν δωρεάν πρόσβασης σε γενικές προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Οι ασθενείς μπορούν να συμβουλευθούν Ωτορινολαρυγγολόγους και οφθαλμιάτρους χωρίς παραπεμπτικό, αλλά πρέπει να παραπεμφθούν από τον ιατρό τους για να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και νοσοκομειακή φροντίδα. Οι ασθενείς αυτής της επιλογής που επισκέπτονται ειδικούς, πληρώνουν το σύνολο του ποσού για την επίσκεψη. Ο αριθμός των ασθενών που μπορεί να είναι εγγεγραμμένοι σε έναν γενικό ιατρό είναι περιορισμένος και ρυθμίζεται από διαπραγματεύσεις μεταξύ του Οργανισμού Γενικών Ιατρών (Organization of General Practitioners) και το Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αλλάξουν γενικό ιατρό κάθε έξι μήνες.

Οι πολίτες που πραγματοποιούν την δεύτερη επιλογή είναι ελεύθεροι να επισκεφθούν οποιονδήποτε γενικό ιατρό και ειδικό επιθυμούν χωρίς παραπομπή, αλλά χρεώνονται για όλες τις υπηρεσίες που τους παρέχονται εκτός της νοσηλείας του. Πολλοί λίγοι πολίτες στην Δανία κάνουν αυτή την επιλογή (μόνο το 1.7% του πληθυσμού), κυρίως λόγω της γενικότερης ικανοποίησης από το σύστημα παραπομπών και στο γεγονός ότι η δεύτερη επιλογή είναι ακριβότερη.

Κατά την πλειοψηφία τους οι γενικοί ιατροί διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία είτε μόνοι τους (σχεδόν το ένα τρίτο των ιατρών) ή σε συνεργασία με άλλους ιατρούς. Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ιδιωτικών ιατρείων με ένα μόνο ιατρό τείνει να φθίνει ενώ αυξάνεται ο αριθμός των πολυιατρείων. Το Υπουργείο Υγείας ενθαρρύνει αυτή την τάση έτσι ώστε να ενδυναμώσει την συνεργασία μεταξύ των ιατρών με στόχο την αύξηση της γνώσης και της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ένα αποτέλεσμα της συνεργασίας των γενικών ιατρών είναι η 24ώρη λειτουργία των ιατρείων που εξασφαλίζει μεγαλύτερη ευελιξία στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι γενικοί ιατροί πληρώνονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ανάλογα με την κλίμακα συμφωνημένων τιμών μεταξύ του Οργανισμού Γενικών Ιατρών (Organization of General Practitioners) και του Συστήματος (NHS). Οι γενικοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για το λειτουργικό κόστος των ιατρείων (υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό). Η πληρωμή των ιατρών είναι ένα μίγμα από τις κατά κεφαλήν επισκέψεις και τις υπηρεσίες που παρέχουν (ανά επίσκεψη, εξέταση, επέμβαση, κλπ), και συμπεριλαμβάνει επισκέψεις εκτός ωραρίου, τηλεφωνικές συμβουλές και κατ' οίκον επισκέψεις, κλπ.

Έτσι ώστε να λαμβάνουν αμοιβή από το Ε.Σ.Υ., οι γενικοί ιατροί πρέπει να είναι εγκεκριμένοι από το Σύστημα. Ο αριθμός των γενικών ιατρών περιορίζεται από το κράτος (μέσω διαπραγματεύσεων) έτσι ώστε να ελέγχεται το κόστος. Χάρη στον ΕΣΥ

και στο γεγονός ότι η Δανία παράγει πολλούς ιατρούς, υπάρχει ίση κατανομή ιατρών στην έκταση της χώρας, με μικρές αποκλίσεις στον αριθμό κατοίκων ανά ιατρό. Το 1998 ο αριθμός έφθανε περίπου τους 1507-1610 κατοίκους ανά γενικό ιατρό. Με τον τρόπο αυτό, έχει επιτευχθεί η ελαχιστοποίηση των αποστάσεων και η ισότητα πρόσβασης προς τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι ιδιώτες εξειδικευμένοι ιατροί με άδεια από το Σύστημα Υγείας αμείβονται από το Σύστημα ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχουν σε ασθενείς που παραπέμπονται από τους γενικούς ιατρούς. Από το 1998 ο αριθμός των εξειδικευμένων ιατρών έφθανε τους 787 ιατρούς πλήρους απασχόλησης σε ειδικότητες όπως δερματολογία, ωτορινολαρυγγολογία, οφθαλμιατρική, κλπ. 335 ιατροί εργάζονται με σχέση μερικής απασχόλησης ενώ παράλληλα απασχολούνται σε κάποιο νοσοκομείο. Ένας μικρός αριθμός ιατρών (166) που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία έχουν άδεια να παρέχουν επιπλέον υπηρεσίες φροντίδας στο νοσοκομείο και πληρώνονται από το Σύστημα Υγείας ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχουν. Παλαιότερα, αυτή η πρακτική ήταν συχνότερη, αλλά το σύστημα προσπάθησε να μειώσει τον αριθμό αυτό έτσι ώστε να αυξήσει τις ενδονοσοκομειακές εξειδικευμένες υπηρεσίες και να μειώσει το κόστος. Μία μικρή μερίδα ιατρών εργάζονται εξολοκλήρου ως ιδιώτες χωρίς να διαθέτουν άδεια από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και εξαρτώνται από την άμεση πληρωμή των ασθενών. Δεν υπάρχει περιορισμός στην ποσότητα της ιδιωτικής εργασίας που παρέχουν στον ελεύθερο τους χρόνο οι ιατροί που απασχολούνται σε δημόσια νοσοκομεία, πιθανώς λόγω του ότι ο αριθμός των περιπτώσεων αυτών είναι μικρός.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) προβλέπει μερικές πληρωμές για συγκεκριμένες υπηρεσίες που παρέχονται από φυσιοθεραπευτές, οδοντίατρους, ψυχολόγους για τους οποίους υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα συνδρομής από τους ασθενείς. Ο αριθμός των εξωτερικών ασθενών είναι κοντά στο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (WHO). Σύμφωνα με εθνικά στοιχεία, οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία φθάνουν στο 0.8 ανά κάτοικο, και οι επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς ανέρχονται σε 6 ανά κάτοικο ετησίως. Οι εξωτερικοί ασθενείς έχουν αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες σαν αποτέλεσμα των πρωτοβουλιών για αύξηση της αποδοτικότητας στην παραμονή των ασθενών στα νοσοκομεία. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη και περισσότερες διαγνώσεις και θεραπείες πραγματοποιούνται σε εξωτερικά ιατρεία. Οι επισκέψεις των γενικών ιατρών και εξειδικευμένων ιατρών έχουν αυξηθεί.

Οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Δανία, όπως γηροκομεία, αποκλειστικές νοσοκόμες, επισκέπτες/τριες υγείας, και οδοντίατρους. Οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην παροχή των υπηρεσιών αυτών πληρώνονται με σταθερό μισθό. Τα γηροκομεία είναι κατηγοριοποιούνται ως κοινωνικές υπηρεσίες και ο αριθμός τους έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Τα κέντρα αυτά παρέχουν ημερήσια φροντίδα άλλα φροντίζουν και οικότροφους

ασθενείς, υπηρεσίες που συνδυάζονται με κατ' οίκον φροντίδα και υποστήριξη γενικής ιατρικής που καθιστούν δυνατό για πολλούς χρόνιους ασθενείς να μένουν στην κατοικία τους και να αποφεύγουν την ιδρυματοποίηση.

Οι επισκέπτριες νοσοκόμες παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης σε ασθενείς και παιδιά, πραγματοποιώντας περιοδικές επισκέψεις κατά το πρώτο έτος της ζωής τους και σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Οι Νοσηλευτές/τριες Δημόσιας Υγείας και οι σχολικοί ιατροί ή Δημοτικοί ιατροί παρέχουν ιατρικές εξετάσεις για όλα τα παιδιά κατά την έναρξη του σχολείου. Παράλληλα, οι Νοσηλευτές/τριες Δημόσιας Υγείας προσφέρουν στα παιδιά σχολικής ηλικίας περιοδικούς ελέγχους ανά έτος. Οι Δημοτικοί οδοντίατροι παρέχουν δωρεάν προληπτική και θεραπευτική φροντίδα σε παιδιά, νέους κάτω των 18 και ανθρώπους με ειδικές ανάγκες.

4.2.6 Φινλανδία

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εισάχθηκε το 1972 στο Φινλανδικό Σύστημα Υγείας από τον Οργανισμό (act) της ΠΦΥ, η οποία στάθηκε ορόσημο στο σύστημα υγείας. Βασικός στόχος της ΠΦΥ στην Φινλανδία είναι η πρόληψη και η δημόσια φροντίδα υγείας. Οι Δήμοι είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους τους από τα κέντρα υγείας.

Το κέντρο υγείας μπορεί να οριστεί ως μια λειτουργική μονάδα ή ως ένας οργανισμός που παρέχει πρωτοβάθμια θεραπεία και προληπτικές υπηρεσίες στον πληθυσμό ευθύνης του. Δεν είναι αναγκαίο οι υπηρεσίες της ΠΦΥ να προσφέρονται μόνο στο κέντρο υγείας, αλλά κάποιες υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται και κάπου αλλού από τους ιατρούς που απασχολούνται σε ένα κέντρο υγείας (π.χ. παιδιατρικός έλεγχος, εμβολιασμοί). Κάθε κέντρο υγείας ανήκει στο Δήμο που εδρεύει ή μπορεί να ανήκει και σε περισσότερους Δήμους. Στην χώρα λειτουργούν περίπου 270 κέντρα υγείας, τα οποία είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί δημοσίου δικαίου. Στις αραιοκατοικημένες περιοχές (όπως το Lapland), τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόσταση από ότι στις πιο πυκνοκατοικημένες περιοχές. Το μέγεθος κάθε κέντρου υγείας εξαρτάται από τον πληθυσμό που εξυπηρετεί. Η πρώτη εντύπωση ήταν ότι ο πληθυσμός ευθύνης κάθε κέντρου υγείας θα ήταν περίπου 10.000 κάτοικοι. Στην πραγματικότητα όμως τα περισσότερα κέντρα υγείας εξυπηρετούσαν λιγότερους κατοίκους.

Το ανθρώπινο δυναμικό κάθε κέντρου υγείας εξαρτάται από το μέγεθος του πληθυσμού και αποτελείται από γενικούς ιατρούς, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς, οδοντίατρος, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, διοικητικό προσωπικό και λοιπό προσωπικό. Η αναλογία των κατοίκων ανά ιατρικό προσωπικό του κέντρου υγείας ποικίλει με μέσο όρο 1500 – 2000 κάτοικοι. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες κάθε κέντρου υγείας

καλύπτουν μεγάλο εύρος όπως φροντίδα ασθενή, προληπτικές υπηρεσίες, οδοντιατρική φροντίδα, μαιευτική φροντίδα, φροντίδα υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας και σε ηλικιωμένους και οικογενειακός προγραμματισμός. Η νομοθεσία δεν καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα παρέχονται, για αυτό τον λόγο ο κάθε Δήμος το αποφασίζει.

Ο εξοπλισμός των κέντρων υγείας είναι αρκετά καλός. Εκτός από τον εξοπλισμό που υπάρχει στα εξεταστήρια, υπάρχει ακτινολογικό μηχάνημα, μικροβιολογικό εργαστήριο, εξοπλισμός για μικροχειρουργικές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογράφος και υπέρηχος. Το 50% του συνολικού ιατρικού προσωπικού είναι απόφοιτοι της ιατρικής σχολής, καθότι δεν είναι υποχρεωτικό να ειδικευτούν για να απασχοληθούν σε κάποιο κέντρο υγείας. Κάποια κέντρα υγείας κλείνουν ραντεβού με ιατρούς που ανήκουν στο κοντινό νοσοκομείο λόγω του ότι έχουν μεγαλύτερη εμπειρία (π.χ. ένας ακτινολόγος για να εξηγήσει την ακτινογραφία).

Στα κέντρα υγείας υπάρχουν κλίνες νοσηλείας οι οποίες συνήθως αποτελούνται από 30 έως 60 κρεβάτια. Η πλειοψηφία των ασθενών που τα χρησιμοποιούν είναι οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Οι νοσηλεύτριες κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ΠΦΥ της Φινλανδίας. Υπάρχουν νοσηλεύτριες που κατέχουν την βασική εκπαίδευση οι οποίες βοηθάνε τους ιατρούς, με ξεχωριστό ωράριο για τους εμβολιασμούς και τις άλλες υπηρεσίες που προσφέρουν. Οι δημόσιες νοσοκόμες αποτελούν μια ανώτερη κατηγορία οι οποίες είναι αρμόδιες για την φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, για την κατ' οίκον νοσηλεία, για την φροντίδα των παιδιών σχολικής ηλικίας και όλων των υπηρεσιών που προάγουν την δημόσια υγεία.

Οι φυσιοθεραπείες και η αποκατάσταση στα κέντρα υγείας επιτυγχάνονται κυρίως από τους φυσιοθεραπευτές μετά από την ιατρική γνωμάτευση και παραπομπή. Οι φυσιοθεραπευτές παρέχουν την θεραπεία στους ασθενείς και δίνουν οδηγίες και ασκήσεις στους πολίτες που πάσχουν από τις συνηθέστερες δυσλειτουργίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα που έχουν οι ασθενείς και οι ψυχολόγοι προσπαθούν να αναπτύξουν στους πολίτες την πρόληψη, με βαρύτητα στις μικρότερες ηλικίες. Εντούτοις, η ψυχολογική υποστήριξη είναι καλύτερα οργανωμένη στα ειδικά τμήματα των ψυχιατρικών κλινικών.

Τα κέντρα υγείας παρέχουν μόνο την συνταγογράφηση για τα φάρμακα. Τα φάρμακα που υπάρχουν σε κάθε κέντρο υγείας χρησιμοποιούνται για τις πρώτες ανάγκες των ασθενών μέχρι να αγοράσουν τα φάρμακα από κάποιο φαρμακείο. Η διοίκηση των κέντρων υγείας ποικίλει. Συνήθως, ο διοικητής του κέντρου υγείας είναι ο προϊστάμενος του ιατρικού προσωπικού, αλλά στα μεγάλα κέντρα υγείας στην διοίκηση βρίσκεται ο ιατρικός διευθυντής, ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού τμήματος και ο διευθυντής οικονομικών.

Το ραντεβού κλείνεται από τον ιατρό που επιθυμεί ο ασθενής ή περιμένοντας στην σειρά για να εξεταστεί από τον πρώτο διαθέσιμο ιατρό. Η επιλογή του ιατρού δεν είναι πάντα διαθέσιμη λόγω του ότι οι μικρές μονάδες έχουν λίγους ιατρούς.

Στον δημόσιο τομέα, οι ασθενείς για να εισαχθούν στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να έχουν χαρτί ιατρού κέντρου υγείας ή ιδιώτη ιατρού. Περίπου το 5% των επισκέψεων είναι για το χαρτί ιατρού. Το 35% των ασθενών που χρειάζεται δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας εξυπηρετείται από το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει απευθείας πρόσβαση στους ειδικευμένους ιατρούς και είτε οι ίδιοι είτε οι γενικοί ιατροί μπορούν να παραπέμψουν σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Οι ασθενείς δεν έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν το νοσοκομείο που θα θεραπευτούν. Το 33% των ιατρών που απασχολούνται στο δημόσιο σύστημα υγείας, απασχολείται και στον ιδιωτικό τομέα (το 8% των ιατρών απασχολείται μόνο στον ιδιωτικό τομέα, 1999).

4.2.7 Πορτογαλία

Στην Πορτογαλία η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Στον δημόσιο τομέα η ΠΦΥ παρέχεται από τα κέντρα υγείας που είναι 390 με πληθυσμό ευθύνης 28.000 κατοίκους ανά κέντρο υγείας (υπάρχουν επίσης κάποια κέντρα υγείας με πληθυσμό ευθύνης περισσότερο των 100.000 κατοίκων και άλλα με λιγότερους από 5.000 κατοίκους). Λειτουργούν επίσης διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα που στο σύνολο τους είναι 1126 υγειονομικές μονάδες. Το ανθρώπινο δυναμικό για την ΠΦΥ αγγίζει τις 30.000 από το οποίο το 25% είναι ιατροί (κυρίως γενικοί ιατροί) και το 20% είναι νοσηλεύτριες. Ο μέσος όρος των κέντρων υγείας απασχολεί 80 επαγγελματίες σε κάθε κέντρο υγείας, αν και κάποια φτάνουν τους 200 επαγγελματίες και λίγα που αποτελούνται από πολύ λιγότερους. Τα κέντρα υγείας δεν έχουν οικονομική και διοικητική αυτονομία και εποπτεύονται από τις τοπικές διοικήσεις υγείας. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει κάποιο κεφάλαιο στις τοπικές διοικήσεις οι οποίες καθορίζουν τον προϋπολογισμό του κάθε κέντρου υγείας με γνώμονα τα λειτουργικά και τα ιστορικά κόστη. Οι γενικοί ιατροί (οικογενειακοί ιατροί) μαζί με τις νοσηλεύτριες παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της ΠΦΥ. Κάποια κέντρα υγείας παρέχουν επίσης εξειδικευμένες υπηρεσίες λόγω του ότι ενοποιήθηκαν οι υπηρεσίες κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στις αρχές του 1980. Οι ειδικευμένοι (παιδίατροι, δερματολόγοι, ψυχίατροι, γυναικολόγοι, μαιευτήρες και χειρουργοί) που εργαζόντουσαν στο τμήμα κοινωνικής αλληλεγγύης μεταφέρθηκαν με συμβάσεις στα νέα για την εποχή κέντρα υγείας.

Το εύρος των καλυπτόμενων υπηρεσιών υγείας που παρέχουν οι γενικοί ιατροί είναι το ακόλουθο: γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικους, φροντίδα για τις έγκυες γυναίκες, παιδική φροντίδα, οικογενειακός προγραμματισμός, πρώτες βοήθειες,

πιστοποιητικά για ανικανότητα εργασίας, επισκέψεις κατ' οίκον και προληπτικές υπηρεσίες. Οι ασθενείς πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι σε κάποιον γενικό ιατρό, έχοντας το δικαίωμα να επιλέξουν όποιον επιθυμούν που εδρεύει στην περιοχή που κατοικούν. Η λίστα του κάθε γενικού ιατρού αριθμεί περίπου 1.500 ασθενείς. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής επιθυμεί να αλλάξει γενικό ιατρό θα πρέπει να συντάξει μία έκθεση όπου θα αναφέρει τους λόγους και να την καταθέσει στην τοπική διοίκηση υγείας. Δεν υπάρχει κάποιο όριο για το πόσο συχνά θα γίνεται αυτή η διαδικασία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων ήταν 3,4 ανά κάτοικο, το οποίο ανήκει στους χαμηλότερους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αρκετοί ασθενείς προτιμούν να πηγαίνουν κατευθείαν στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων ή στον ιδιωτικό τομέα που προσφέρονται όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις σε λίγες ώρες. Το αποτέλεσμα είναι η υπερβολική ζήτηση των επειγόντων ιατρικών και η αλόγιστη σπατάλη των πόρων των επειγόντων ιατρικών από περιστατικά που δεν είναι κρίσιμα. Οι Πορτογάλοι το 2002 είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό απόλυτης φτώχειας (22% του πληθυσμού), κυρίως στο Νότιο τμήμα της χώρας. Οι φτωχοί και οι γεωγραφικά απομονωμένοι κάτοικοι έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, επειδή υπάρχουν λιγότερα νοσοκομεία από ότι κέντρα υγείας και μετακομίζουν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ της Πορτογαλίας είναι τα εξής: άνιση κατανομή των πόρων υγείας (έλλειψη προσωπικού), δύσκολη πρόσβαση από την ΠΦΥ σε τμήμα επειγόντων λόγω αλόγιστης χρήσης, ελάχιστες παροχές υπηρεσιών στην ανάρρωση, κακή φήμη της ΠΦΥ (30% πιστεύει πως υπάρχει έλλειψη αξιοπιστίας), ο έλεγχος ποιότητας είναι σπάνιος παρά τις προσπάθειες του Ινστιτούτου Ποιότητας της Υγείας, έλλειψη συνεργασίας ανάμεσα στα κέντρα υγείας και τους ιατρούς των νοσοκομείων, μειωμένη πρόσβαση για τους φτωχούς και τους γεωγραφικά απομονωμένους κατοίκους στις υπηρεσίες υγείας και τέλος, έλλειψη έμπειρου βοηθητικού προσωπικού στα κέντρα υγείας.

Το κράτος ακολούθησε μια σειρά από αναθεωρήσεις στον κλάδο της υγείας με βασικό στόχο την εξάλειψη των παραπάνω προβλημάτων, με το να αυξήσει την προσβασιμότητα, να βελτιώσει τις υπηρεσίες που προσφέρονται στην ανάρρωση του ασθενή, δίνοντας κίνητρο στους γενικούς ιατρούς με ένα νέο μισθολογικό σύστημα και αυξάνοντας την ολική ποιότητα. Στα τέλη της δεκαετίας το '90 εφαρμόστηκαν αρκετά πιλοτικά προγράμματα με μεγαλύτερο ενδιαφέρον το Alpha Project που ξεκίνησε από την Λισσαβόνα, βασισμένο στην ομαδικότητα και την ομαδική εργασία. Βασικά του στοιχεία αποτελούν η αύξηση της ικανοποίησης του προσωπικού της ΠΦΥ, των ασθενών που εξεταζόντουσαν στην ΠΦΥ και η βελτίωση της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας που επιτεύχθηκε με τις ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Το Alpha Project εφάρμοσε πιλοτικά ένα αναθεωρημένο πρότυπο πληρωμής

των γενικών ιατρών με το οποίο ομάδες από γενικούς ιατρούς τους δινόντουσαν υπερωρίες και άλλα κίνητρα για να παρέχουν 24ωρη κάλυψη και να εξετάζουν τους ασθενείς στην ανάρρωση. Η αξιολόγηση του παραπάνω μέτρου υπέδειξε την επιτυχία του, κυρίως γιατί αυξήθηκε η ικανοποίηση και από τις δύο πλευρές (ιατρός-ασθενής).

Ο αριθμός των κέντρων υγείας και των υπόλοιπων δομών ΠΦΥ αυξάνεται κάθε χρόνο. Οι ευκολίες που παρέχει κάθε κέντρο υγείας ποικίλουν αρκετά στην δομή και στην διαρρύθμιση. Κάποια έχουν το σωστό μέγεθος με την σωστή διαρρύθμιση του χώρου και την ύπαρξη δωματίων για ξεχωριστούς σκοπούς. Υπάρχουν κέντρα υγείας (κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα) όπου οι κτιριακές υποδομές είναι παλαιές και δεν είναι φιλικές προς τον ασθενή. Επίσης, στις αγροτικές περιοχές τα κέντρα υγείας συστεγάζονται στα παλαιά κτίρια των νοσοκομείων και των μοναστηριών τις δεκαετίες του '60.

4.2.8 Γαλλία

Η ΠΦΥ στην Γαλλία παρέχεται από αυτοαπασχολούμενους ιατρούς, οδοντιάτρους και βοηθητικό ιατρικό προσωπικό οι οποίοι εργάζονται στα ιατρεία τους και σε μικρότερο βαθμό από προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία και τα ιατρικά κέντρα. Τα περιστατικά των εξωτερικών ιατρείων και των εξετάσεων στα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν μόνο το 15% του συνόλου των εξωτερικών ασθενών. Στην Γαλλία λειτουργούν γύρω στα 1000 κέντρα υγείας που υπάγονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και στα Ασφαλιστικά Ταμεία καθώς επίσης και οργανισμοί που προσφέρουν δωρεάν θεραπεία σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού.

Σχεδόν όλοι οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ένα πλαίσιο εθνικών συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι Εθνικές συμβάσεις έχουν διάρκεια τεσσάρων ή πέντε ετών και καθορίζουν τις προδιαγραφές για τον τρόπο ασκήσεως του επαγγέλματος και τις χρεώσεις που πρέπει να επιβάλλονται. Παρ' όλα αυτά, περίπου το ένα τέταρτο των συμβασιούχων ιατρών είναι εξουσιοδοτημένο να πραγματοποιεί χρεώσεις υψηλότερες από αυτές που προβλέπει η εθνική σύμβαση. Γενικότερα, οι ασθενείς πληρώνουν τους παροχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και κατόπιν αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς τους φορείς σύμφωνα με τα ποσά που περιλαμβάνονται στην σύμβαση.

Η ΠΦΥ παρέχεται από γενικούς και εξειδικευμένους ιατρούς στα ιατρεία τους. Οι περισσότεροι από τους ιατρούς αυτούς εργάζονται μόνοι. Μόνο το 38% των ιατρών εμπλέκονται σε κοινά ιατρεία ή πολυιατρεία. Σε ένα χρόνο, ένας γενικός ιατρός «βλέπει» κατά μέσο όρο 1.400 διαφορετικούς ασθενείς και πραγματοποιεί 4.800 επισκέψεις. Οι Γάλλοι πολίτες έχουν κατά μέσο όρο έχουν 4.7 επαφές με γενικούς ιατρούς το χρόνο. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή ιατρού, ανεξαρτήτου

ειδικότητας και δεν χρειάζεται παραπομπή από γενικό ιατρό έτσι ώστε να επισκεφθούν έναν εξειδικευμένο.

Οι ιατροί είναι ελεύθεροι να επιλέξουν την περιοχή στην οποία επιθυμούν να ασκήσουν το επάγγελμα τους με αποτέλεσμα να εμφανίζονται γεωγραφικές ανισότητες κατά περιόδους. Τέτοιες ανισότητες παρατηρούνται σε μεγαλύτερο βαθμό σε επαρχιακές και αγροτικές περιοχές. Παρ' όλες όμως τις γεωγραφικές ανισότητες, το 84% των Γάλλων ζουν σε περιοχές που καλύπτονται από τουλάχιστον έναν γενικό ιατρό. Το υπόλοιπο 16% του πληθυσμού χρειάζεται να διανύσει απόσταση 7 χμ (8 λεπτά) κατά μέσο όρο για να έχει πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Η προαγωγή της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών απασχόλησε την Γαλλία στα μέσα του 1990. Σε πρακτικούς όρους, το θέμα προσεγγίσθηκε με δύο τρόπους: με την θεσμοθέτηση προδιαγραφών ιατρικής πρακτικής και με την αυξημένη έμφαση στην συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

Μέχρι το 1990, η ιατρική πρακτική ήταν υπό τον έλεγχο των Ασφαλιστικών Ταμείων που ήταν υπεύθυνα να ανακαλύπτουν ανωμαλίες και καταχρήσεις. Από τότε, οι εθνικές συμβάσεις και το διάταγμα του 1996, έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για αξιολόγηση της ιατρικής πρακτικής. Η Εθνική Επιτροπή Επικύρωσης και Αξιολόγησης Υγείας (National Agency for Accreditation and Health Care Evaluation) είναι υπεύθυνη για την έκδοση και διασπορά προδιαγραφών και για την αξιολόγηση των πρακτικών των ιατρών. Η A.N.A.E.S. έχει εκδώσει υποδείξεις σχετικές με την διάγνωση, τη θεραπεία και τη επίβλεψη των ασθενών. Παράλληλα, η .A.N.A.E.S. έχει εκδώσει προδιαγραφές που καθιστούν συστάσεις καλής πρακτικής τις οποίες οι ιατροί πρέπει να ακολουθούν σύμφωνα με την σύμβαση που υπογράφεται μεταξύ των αντιπροσώπων των ιατρών και των Ασφαλιστικών Ταμείων. Αδυναμία προς συμμόρφωση με τις συστάσεις αυτές οδηγεί σε ποινές για τους εμπλεκόμενους ιατρούς.

Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι ένας ακόμα μηχανισμός με στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Προγράμματα ιατρικής εκπαίδευσης αρχικά διενεργούνταν από επαγγελματικούς φορείς, αλλά η σύμβαση του 1990 προέβλεπε την συνεχιζόμενη εκπαίδευση, εξασφαλίζοντας ότι η χρηματοδότηση για εκπαίδευση προέρχεται από πόρους των Ασφαλιστικών Ταμείων και ότι οι ιατροί οι οποίοι συμμετέχουν πληρώνονται με επιπρόσθετα επιδόματα. Το διάταγμα του 1996 επαναπροσδιόρισε την σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης κάνοντας την υποχρεωτική.

Η Οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα παρέχονται 40.500 οδοντίατρους οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες. Μόλις οι 1.500 έχουν ειδικότητα ως ορθοδοντικοί. Σχεδόν το ένα τρίτο των αυτοαπασχολούμενων οδοντιάτρων εργάζονται σε κοινά ιατρεία. Οι

Μαίες αναλαμβάνουν την προγεννητική και μεταγεννητική επίβλεψη των γυναικών, κυρίως σε νοσοκομεία (80% των μαιών στην Γαλλία). 1.900 μαιές διαθέτουν δικά τους ιατρεία και πραγματοποιούν τακτικές εξετάσεις είτε στο ιατρείο ή κατ' οίκον. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται κυρίως από 57.000 αυτοαπασχολούμενους νοσηλευτές/τριες. Η κατ' οίκον νοσηλεία αναπτύχθηκε στην Γαλλία το 1981 και πραγματοποιείται από βοηθούς νοσηλευτές. Μερικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από βοηθητικό ιατρικό προσωπικό όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, οπτικοί κλπ. Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιούνται σε 4.000 εργαστήρια στη χώρα. Παράλληλα πραγματοποιούνται σε νοσοκομεία, όταν υποδεικνύονται από ιατρούς.

4.2.9 Σουηδία

Η ΠΦΥ στην Σουηδία περιλαμβάνει τόσο θεραπευτικές όσο και προληπτικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στους πολίτες μέσω τοπικών Κέντρων Υγείας. Οι κύριοι άξονες για την ΠΦΥ στην Σουηδία περιλαμβάνουν: την ευρεία κάλυψη, την προσβασιμότητα, την συνέχεια, την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών. Στόχος της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας είναι να παρέχει στους πολίτες, χωρίς περιορισμούς, βασική ιατρική κάλυψη, φροντίδα, πρόληψη και αποθεραπεία που δεν χρειάζονται νοσοκομείο ή τεχνολογικά. Η ΠΦΥ ευθύνεται για την καθοδήγηση του ασθενούς στο σωστό επίπεδο του συστήματος υγείας. Μετά από υπουργική απόφαση του 1995, όλοι οι ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να είναι εξειδικευμένοι στην γενική ιατρική. Οι όροι “γενικός ιατρός”, “οικογενειακός ιατρός” και “επισκέπτης ιατρός” ποικίλει ανάλογα με την εκάστοτε πολιτική βούληση και τις οργανωτικές αποφάσεις. Συνήθως οι ασθενείς επισκέπτονται τους ιατρούς τους με ραντεβού. Οι γενικοί ιατροί ασκούν υπηρεσίες συμβουλευτικού χαρακτήρα, πρόληψης και θεραπείας. Άλλοι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ είναι: νοσηλευτές, μαιές, φυσιοθεραπευτές και γυναικολόγοι οι οποίοι στελεχώνουν τα κέντρα υγείας της χώρας.

Οι Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας περιλαμβάνουν προγράμματα εμβολιασμών παιδιών, εξετάσεις εγκυμοσύνης, γενικές εξετάσεις καθώς επίσης και συγκεκριμένα είδη θεραπείας και φροντίδας. Οι γενικοί ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ενήλικες και υπερήλικες με παθολογικά προβλήματα υγείας και λιγότερο με ψυχολογικά προβλήματα. Οι ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας απευθύνονται συνήθως σε δομές ψυχικής υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γενικοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες πρώτων βοηθειών σε παιδιά παρ' όλο που η υπηρεσία αυτή παρέχεται από παιδίατρους και επισκέπτες νοσηλευτές/τριες. Ειδικότερα, τα γυναικολογικά προβλήματα υγείας καλύπτονται από μαιευτήρες, γυναικολόγους και επισκέπτες νοσηλευτές/τριες ή μαιές.

Οι επισκέπτες νοσηλευτές/τριες κατέχουν σημαντικό ρόλο στο σύστημα Π.Φ.Υ. της χώρας, καθώς η πρώτη επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας είναι στην αρμοδιότητά τους. Συχνά πραγματοποιούν την πρώτη εκτίμηση των ασθενών και εάν το θεωρήσουν απαραίτητο τους παραπέμπουν σε κέντρο υγείας ή νοσοκομείο. Παράλληλα, εμπλέκονται στην κατ' οίκον νοσηλεία και πραγματοποιούν επισκέψεις σε κατοικίες ηλικιωμένων πολιτών. Οι επισκέπτες νοσηλευτές/τριες έχουν περιορισμένα δικαιώματα στην συνταγογράφηση φαρμάκων. Ωστόσο, δεν λειτουργούν μόνοι τους, αλλά βρίσκονται υπό την εποπτεία των γενικών ιατρών.

Γενικότερα, είναι θέμα της τοπικής αυτοδιοίκησης να λαμβάνουν αποφάσεις στον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης. Παρ' όλο τον δημόσιο χαρακτήρα της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, λειτουργούν παράλληλα ιδιώτες ιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπρόσθετα των Κέντρων Υγείας και των ιατρείων των οικογενειακών-γενικών ιατρών, ιδιωτών ιατρών και φυσιοθεραπευτών, λειτουργούν κλινικές επισκεπτριών νοσοκόμων και παιδιατρικής και μητρικής φροντίδας. Τα ιδιωτικά Κέντρα Υγείας και οι ιδιώτες ιατροί είναι συχνό φαινόμενο στα μεγάλα αστικά κέντρα και ημιαστικές περιοχές. Το 2003, η Σουηδία διέθετε περίπου 1100 κέντρα υγείας, από τα οποία τα 300 ήταν ιδιωτικά. Εντός του 2003, πραγματοποιήθηκαν πάνω από 12 εκατομμύρια επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το 27% των οποίων πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις. Οι περισσότεροι ιατροί συνάπτουν συμβάσεις με τις τοπικές Αρχές για την πληρωμή τους από δημόσιους πόρους. Πολύ λίγοι γενικοί ιατροί αποζημιώνονται άμεσα από τους ασθενείς. Ο κάθε γενικός ιατρός που σκοπεύει να παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να το αναφέρει στο Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας (National Board of Health and Welfare).

4.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1983 με την ψήφιση του Νόμου 1397/1983 έχοντας ως κύριο σκοπό την παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της χώρας. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το ΕΣΥ κατηγοριοποιούνται σε 3 διακριτά στάδια τα οποία είναι η Πρωτοβάθμια, η Δευτεροβάθμια και η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, τα εξεταστήρια, τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα εξωτερικά και τα απογευματινά ιατρεία των Νοσοκομείων. Εκτός των δομών του ΕΣΥ, η ΠΦΥ παρέχεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας, τα δημοτικά ιατρεία, τα ιδιωτικά ιατρεία και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Abel Smith B. et all 1994).

Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αποτελείται από τα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Η Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες περίθαλψης οι οποίες προσφέρονται από τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και τις κλινικές, καθώς καλύπτει και τις ανάγκες εκπαίδευσης. Επίσης, λειτουργεί και η προνοσοκομειακή φροντίδα υγείας, η οποία παρέχεται κυρίως από τα ασθενοφόρα που διακομίζουν τους ασθενείς στα νοσοκομεία, προσφέροντας τις πρώτες βοήθειες ανάλογα με το είδος της ανάγκης. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη στην πλειοψηφία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας είναι προσβάσιμη μέσω συστημάτων παραπομπής από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ενσαρκώνει το όραμα της εξειδικευμένης περίθαλψης και της αντιμετώπισης σύνθετων προβλημάτων υγείας, προϋποθέτει ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις, την ανάλογη τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία, υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό ενώ αφορά υπηρεσίες που προσφέρονται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και κλινικές.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό στοιχείο και κεντρικό σημείο αναφοράς του συστήματος υγείας γιατί είναι η πύλη εισόδου του ανθρώπου στο σύστημα υγείας. Από τα χαρακτηριστικά που διέπεται, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η προνοσοκομειακή μορφή φροντίδας η οποία διακρίνεται για την προσπελασιμότητα και την ισότητα πρόσβασης των ασθενών. Βρίσκεται εντός της τοπικής κοινωνίας που υπηρετεί και επικεντρώνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (Van der Zee, 1989; Gervas et al., 1994). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται στο πλαίσιο του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών και στις λειτουργίες της. Οι υπηρεσίες αυτές επικεντρώνονται σε κοινά προβλήματα των ασθενών και αποτελούν ένα μίγμα προληπτικών υπηρεσιών, θεραπευτικών υπηρεσιών καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, ενοποιώντας την φροντίδα σε περιπτώσεις που υφίστανται

περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας και οργανώνοντας την ορθολογική ανάπτυξη των βασικών και εξειδικευμένων πόρων του συστήματος υγείας για την υποδοχή του ασθενή σε αυτό (Starfield, 1991).

Τα Κέντρα Υγείας υπάγονται οργανωτικά και διοικητικά στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Η χώρα μας διαθέτει συνολικά 212 Κέντρα Υγείας από τα οποία τα 192 δουλεύουν κανονικά. Τα υπόλοιπα δουλεύουν σαν άτυπα περιφερειακά ιατρεία λόγω μειωμένου ανθρώπινου δυναμικού. Σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό ευθύνης που επιβλέπουν και η βελτίωση της προσβασιμότητας του πληθυσμού αυτού που διαμένει σε ημιαστικές και επαρχιακές περιοχές. Η ανάπτυξη στα αστικά και τα αγροτικά κέντρα υγείας δεν είναι ομοιόμορφη. Τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου δεν έχουν αναπτυχθεί όπως θα έπρεπε παρόλο που η νομοθεσία το προβλέπει. Ένας βασικός λόγος που τα Κέντρα Υγείας στις αστικές και ημιαστικές περιοχές δεν αναπτύχθηκαν όπως στις αγροτικές περιοχές είναι το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά Νοσοκομεία και οι πολίτες εξετάζονται από ιατρούς που δουλεύουν στα εξωτερικά και απογευματινά νοσοκομεία και από τους υπόλοιπους φορείς παροχής υπηρεσιών.

4.3.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η βασική προσέγγιση του όρου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αποδόθηκε από την Διακήρυξη της Alma Ata του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) στην Διεθνής Συνδιάσκεψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τον Σεπτέμβριο του 1978. Η προσέγγιση αυτή εστιάζει στην προστασία και προώθηση της υγείας, στην αλληλεγγύη και στην ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες, καθώς και στην ευρεία συνεργασία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της κοινωνίας (WHO, 1978). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσδιορίζεται ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας όπου προάγει την υγεία του πληθυσμού με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας.

Η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας αφού αποτελεί την βάση της πυραμίδας ενός σωστά δομημένου συστήματος υγείας. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο σημείο επαφής του ανθρώπου με το σύστημα υγείας και λειτουργεί ως πύλη εισόδου σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας στοχεύοντας στην καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή. Στο επίπεδο της ΠΦΥ πραγματοποιείται η διάγνωση των προβλημάτων και των πιθανών κινδύνων υγείας του πληθυσμού, προβλέπεται η μελλοντική ζήτηση και ακολουθεί ορθολογικός προγραμματισμός σε όρους κόστους, τεχνολογίας και ανθρωπίνων πόρων για το σύστημα υγείας. Η διαγνωστική φάση ακολουθείται από θεραπεία σε επίπεδο ΠΦΥ, όπου ανάλογα με το είδος της απαιτούμενης θεραπείας συμμετέχουν και άλλοι φορείς ή πρόσωπα είτε στην Πρωτοβάθμια ή στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας με ενέργειες που εκτείνονται από μία απλή ιατρική συμβουλή έως και την παραπομπή σε κάποιο νοσοκομείο.

Ο ακριβής ορισμός της ΠΦΥ όπως δόθηκε στην Διακήρυξη της Alma Ata το 1978 είναι ο ακόλουθος:

«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να διασφαλίσουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης τους, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού.

Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας.»

Σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma Ata, η ΠΦΥ ερμηνεύεται με 3 βασικές αρχές που είναι οι ακόλουθες:

- § **Πρόληψη:** αποφυγή της ασθένειας με τη δημιουργία συνθηκών υγιεινής διαβίωσης, τόσο σε επίπεδο υποδομών, όσο και σε επίπεδο ατομικής συμπεριφοράς (εμβολιασμοί, προληπτικός έλεγχος κ.ά.)
- § **Προαγωγή Υγείας:** περιλαμβάνει ως έννοια τις δράσεις που σκοπό έχουν τη συνεχή βελτίωση της συνολικής υγείας μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας, νομοθετικών, οργανωτικών και οικονομικών μεταβολών.
- § **Κοινωνική Φροντίδα:** προστασία υπερηλίκων, ατόμων με ειδικές ανάγκες κτλ. από ειδικά υγειονομικά στελέχη και κοινωνικούς λειτουργούς κάτω απ' την καθοδήγηση του γενικού ιατρού.

4.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στο Ε.Σ.Υ.

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ παρέχονται κατά κύρια βάση από τα Κέντρα Υγείας, τα οποία χωρίζονται σε αστικά και αγροτικά. Στην Ελλάδα λειτουργούν 192 Κέντρα Υγείας με σκοπό την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση του πληθυσμού ευθύνης κάθε κέντρου υγείας. Λέγοντας πληθυσμό ευθύνης εννοούμε το σύνολο των πολιτών που ανήκουν στο εκάστοτε κέντρο υγείας.

Ο ρόλος των κέντρων υγείας είναι να παρέχουν ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών ΠΦΥ και λειτουργούν σαν ένα φίλτρο στη φροντίδα υγείας, το οποίο διαχωρίζει τους ασθενείς που θα θεραπεύονται στην ΠΦΥ και αυτούς που θα πρέπει να περάσουν στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας με την διακομιδή τους σε κάποιο νοσοκομείο.



Σχήμα 7: Χωροταξική Κατανομή των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Τα κέντρα υγείας στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, παθολόγους, παιδίατρους, οδοντίατρους, οφθαλμιάτρους, γυναικολόγους, ορθοπεδικούς, χειρουργούς γενικής ιατρικής, ουρολόγους, μικροβιολόγους, ακτινολόγους, ψυχολόγους και φυσιοθεραπευτές. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από νοσηλεύτες, μαιείς και κοινωνικούς λειτουργούς.

Ο αριθμός του ανθρώπινου δυναμικού ποικίλει σε κάθε κέντρο υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης που επιβλέπει. Στην πραγματικότητα όμως είναι δύσκολο να καλυφθούν οι ιατρικές οργανικές θέσεις σε απομακρυσμένες περιοχές από τα αστικά κέντρα γιατί οι συνθήκες διαβίωσης είναι πιο δύσκολες, οι ευκαιρίες άσκησης επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα είναι μειωμένες και οι μισθοί είναι χαμηλότεροι. Για αυτόν το λόγο, τα καλύτερα επανδρωμένα κέντρα υγείας είναι του αστικού τύπου. Οι περισσότεροι ιατροί που εργάζονται στα Κέντρα υγείας (περίπου το 75% του συνόλου) είναι εξειδικευμένοι γιατί υπάρχει έλλειψη γενικών ιατρών. Κάθε Κέντρο Υγείας καλύπτει τις ιατρικές ανάγκες 2.500-35.000 πολιτών.

Εκτός από τα κέντρα υγείας, σημαντικό ρόλο στην ΠΦΥ στο Ε.Σ.Υ. κατέχουν τα 1.468 Περιφερειακά Ιατρεία που εποπτεύονται από τα Κέντρα Υγείας και καταρτίζονται από αγροτικούς ιατρούς, οι οποίοι είναι συνήθως απόφοιτοι της Ιατρικής Σχολής όπου είναι υποχρεωμένοι να εκτίσουν τουλάχιστον θητεία ενός έτους, και από νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το ιατρικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας εκτείνονται σε:

- § Γενική ιατρική για ενήλικες και ηλικιωμένους.
- § Προληπτική ιατρική.
- § Υπηρεσίες αποκατάστασης.
- § Διαγνωστικές υπηρεσίες.
- § Βραχεία νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών σε αποθεραπεία.
- § Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας.
- § Παιδιατρική φροντίδα.
- § Οδοντιατρική φροντίδα.
- § Γυναικολογικά θέματα.
- § Προγεννητικές υπηρεσίες.
- § Εργασιοθεραπεία.
- § Σχολική υγιεινή.
- § Οικογενειακός προγραμματισμός.

- § Πρώτες βοήθειες.
- § Επείγοντα περιστατικά.
- § Εμβολιασμοί.
- § Συνταγογράφηση.
- § Επιδημιολογική έρευνα.
- § Κοινωνική φροντίδα.
- § Φαρμακευτικές υπηρεσίες.
- § Εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού.

Τα κέντρα υγείας δεν μπορούν να αναπτύξουν διοικητικές και οικονομικές πολιτικές διότι υπάγονται στα νοσοκομεία και χρηματοδοτούνται από τους προϋπολογισμούς των εποπτευόμενων φορέων τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία προβλημάτων, όπως η δυσκολία στην εφαρμογή προγραμμάτων που στοχεύουν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας του εκάστοτε πληθυσμού ευθύνης.

Στο Ε.Σ.Υ λειτουργούν 111 εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων τα οποία καταγράφουν πολλά περιστατικά στις αστικές περιοχές της Ελλάδας αφού τα αστικά κέντρα υγείας δεν έχουν αναπτυχθεί σωστά αν και υπάρχει κατάλληλη νομοθεσία και καλύπτουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες. Οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία πραγματοποιούνται κατόπιν ραντεβού με μια ελάχιστη συνδρομή από τον εξεταζόμενο που ανέρχεται στα 3 €.

4.4.1 Χωροταξική Κατανομή των Κέντρων Υγείας

Η παροχή υπηρεσιών Υγείας εμπλέκει συνήθως ένα μεγάλο αριθμό δημοσίων και ιδιωτικών φορέων με διαφορετικές ιδιότητες και αρμοδιότητες και κυρίως με ανισομερή γεωγραφική κατανομή. Ένα μέτρο της ποιότητας της δημόσιας Υγείας είναι η κάλυψη όλων των περιοχών μίας χώρας με ένα επαρκές επίπεδο πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η βασική δομή της ΠΦΥ στο ΕΣΥ είναι τα κέντρα υγείας τα οποία λειτουργούν ως ανάχωμα προς την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας για τις περιοχές ευθύνης τους. Η κατανομή των κέντρων υγείας στην Ελλάδα έχει γίνει με στόχο την ομοιόμορφη παροχή ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλους. Η χωροθέτηση των κέντρων υγείας έγινε βάσει κάποιων κριτηρίων, τα οποία είναι:

- § **Γεωγραφικά:** Η επιλογή της περιοχής ανοικοδόμησης κάθε κέντρου υγείας απορρέει από την γεωφυσική κατάσταση των προτεινόμενων περιοχών και από την τοποθεσία της περιοχής έτσι ώστε να υπάρχει εύκολη πρόσβαση από τις όμορες περιοχές.
- § **Πληθυσμιακά:** Το κάθε κέντρο υγείας εξασφαλίζει την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, το οποίο ανάλογα με τις ιδιομορφίες της περιοχής κυμαίνεται από 2.500 έως 35.000 κατοίκους.
- § **Οικονομικά:** Η οικονομική και η εμπορική δραστηριότητα της περιοχής λαμβάνονται υπόψη στην επιλογή της έδρας του κέντρου υγείας, η οποία επιλέγεται με βάση την καλύτερη δυνατή επιλογή.
- § **Κοινωνικά:** Η απόφαση της περιοχής ίδρυσης κάθε κέντρου υγείας σταθμίζεται επίσης από την κοινωνική και εκπαιδευτική υποδομή των περιοχών που διεκδίκησαν κάλυψη σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.
- § **Προσπελασιμότητα:** Η δυνατότητα πρόσβασης σε κάθε κέντρο υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό ευθύνης πρέπει να είναι εύκολη και η διάρκεια μεταφοράς του ασθενή να μην υπερβαίνει την μισή ώρα. Είναι σημαντικό η θέση του κέντρου υγείας να μπορεί να παρέχει ολοήμερη ιατρική φροντίδα και να περιθάλπει κάθε ασθενή της περιοχής ευθύνης του.
- § **Τουριστική Ανάπτυξη:** Η διακύμανση του πληθυσμού είναι μια μεταβλητή που καθορίζει την χωροταξική κατανομή λόγω του ότι κάθε κέντρο υγείας είναι καλό να βρίσκεται σε κατάσταση ετοιμότητας σε περίπτωση που η ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες αυξηθεί απότομα, κάτι που βοηθά στο να μην γίνει άσκοπη χρήση της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τον Ιούνιο του 2001 άρχισε την διαδικασία κατάρτισης του Χάρτη Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος θα αποτύπωνε την γεωγραφική θέση όλων των μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην χώρα (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, διευθύνσεις Υγιεινής, ΚΑΠΗ, ΕΚΑΒ, ΙΚΑ, ταμεία υγείας, φαρμακεία και ιδιώτες ιατροί). Το πληροφοριακό σύστημα θα βασιζόταν σε ένα Γεωγραφικό Σύστημα Πληροφοριών με τον χάρτη της Ελλάδος και οδικούς χάρτες των μεγάλων αστικών κέντρων όπου θα είχε χαρτογραφηθεί η θέση όλων των φορέων στην πραγματική τους διεύθυνση. Για τους φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα υπήρχε αναλυτική βάση δεδομένων με όλα τα γενικά στοιχεία, τα στοιχεία προσωπικού, νοσηλευτικής κίνησης και υπάρχοντος εξοπλισμού. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) έχει αναλάβει πρωτοβουλία για την δημιουργία ηλεκτρονικών χαρτών για την συλλογή δεδομένων και τον έλεγχο της εξάπλωσης διαφόρων μολυσματικών ασθενειών σε χώρες του τρίτου κόσμου (Βαζούρας, Κογχυλάκης, Πραστάκος, 2001).

Τα Κέντρα Υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες, αναφορικά με την επιχειρησιακή τους ικανότητα.

1. Κέντρα Υγείας που βρίσκονται κοντά σε αστικές περιοχές (30 λεπτά απόσταση). Τα κέντρα αυτά διαθέτουν επαρκείς πόρους και υποδομές. Έχουν μικρό αριθμό επισκέψεων (λόγω των νοσοκομείων που βρίσκονται κοντά) και κατά συνέπεια η λειτουργική τους αποδοτικότητα είναι μικρή.
2. Κέντρα Υγείας που βρίσκονται σχετικά κοντά σε αστικές περιοχές (45 λεπτά απόσταση). Τα κέντρα αυτά διαθέτουν επαρκείς πόρους και υποδομές. Ο πληθυσμός αυτών των περιοχών προτιμά να επισκέπτεται ιδιώτες ιατρούς ή ιατρούς στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Έχουν μέτριο αριθμό επισκέψεων και κατά συνέπεια η λειτουργική τους αποδοτικότητα είναι σχετικά μικρή.
3. Κέντρα Υγείας που βρίσκονται μακριά από τα αστικά κέντρα (πάνω από 60 λεπτά απόσταση). Τα κέντρα αυτά διαθέτουν ελλιπείς πόρους και υποδομές. Έχουν αυξημένο αριθμό επισκέψεων και κατά συνέπεια η λειτουργική τους αποδοτικότητα είναι αυξημένη.

Το προφίλ των τριών αυτών κατηγοριών υποδεικνύει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικής αποδοτικότητας των Κέντρων υγείας με την απόσταση από τα αστικά κέντρα. Παρόλο που μία από τις βασικές αρχές των Κέντρων Υγείας είναι η λειτουργία τους ως ανάχωμα προς την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, η εφαρμογή της αρχής αυτής παρεμποδίζεται από την έλλειψη των γενικών ιατρών. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας υστερεί και η συνέχεια μεταξύ προνοσοκομειακής και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν επιτυγχάνεται.

Είναι γεγονός ότι τα Κέντρα Υγείας έχουν βελτιώσει την πρόσβαση σε Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας. Ωστόσο, οι ανεπαρκείς πόροι και η δυσκολία μετάβασης περιορίζει την αποτελεσματικότητά τους ιδιαίτερα όσον αφορά ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι είναι οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών αυτών.

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει τις μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά διοικητική περιφέρεια και αποτυπώνει τον μόνιμο πληθυσμό που κατοικεί σε αυτές.

Διοικητική Περιφέρεια	Κέντρα Υγείας	Γενικά Νοσοκομεία–Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Εξεταστήρια	Μόνιμος Πληθυσμός
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	14	0	113	312	611.067
Αττική	13	1	21	21	3.761.810
Βόρειο Αιγαίο	7	2	68	98	206.121
Δυτική Ελλάδα	18	0	133	622	740.506
Δυτική Μακεδονία	6	0	89	511	301.522
Ήπειρος	16	0	106	530	353.820
Θεσσαλία	17	0	152	442	753.888
Ιόνια Νησιά	8	0	50	225	212.984
Κεντρική Μακεδονία	31	1	192	510	1.874.214
Κρήτη	14	3	122	574	601.131
Νότιο Αιγαίο	11	3	87	119	302.686
Πελοπόννησος	22	2	187	669	638.942
Στερεά Ελλάδα	15	1	148	432	605.329
ΣΥΝΟΛΟ	192	13	1.468	5.065	10.964.020

Πίνακας 3: Κατανομή Μονάδων ΠΦΥ και Μόνιμος Πληθυσμός
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

4.4.2 Διάρθρωση Υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας

Η βασική αρχή που βασίζεται η στελέχωση των κέντρων υγείας είναι ότι πρέπει να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα για να είναι ικανή να φέρει εις πέρας το πολύτιμο έργο της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της χώρας. Για να γίνει πραγματικότητα ο πολυδύναμος χαρακτήρας θα πρέπει το κέντρο υγείας να διαθέτει όλο το αναγκαίο προσωπικό για να λειτουργήσει σαν αυτόνομη μονάδα. Στο πλαίσιο του πολυδύναμου χαρακτήρα η διοικητική διάρθρωση των κέντρων υγείας περιλαμβάνει τις παρακάτω υπηρεσίες:

§ **Ιατρική Υπηρεσία**

Σε αυτή την κατηγορία εμπεριέχονται οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο εκάστοτε κέντρο υγείας (γενικοί ιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, οδοντίατροι, ακτινολόγοι, μικροβιολόγοι, επισκέπτες ιατροί άλλων ειδικοτήτων), λοιποί Επιστήμονες και φαρμακοποιοί.

§ **Νοσηλευτική Υπηρεσία**

Η υπηρεσία απαρτίζεται από νοσηλευτές – νοσηλεύτριες, μαιές, επισκέπτες υγείας όλων των κατηγοριών και λοιπό βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (βοηθοί νοσοκόμοι, τραυματιοφορείς κ.ά). Στα καθήκοντα της νοσηλευτικής υπηρεσίας περιλαμβάνονται νοσηλευτικές, διοικητικές και εκπαιδευτικές εργασίες.

§ **Διοικητική Υπηρεσία**

Η συγκεκριμένη κατηγορία είναι υπεύθυνη για την οργάνωση, τον σχεδιασμό και την υποστήριξη των ανωτέρω υπηρεσιών. Η διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι η ακόλουθη:

Διοικητικό τμήμα: Το τμήμα αυτό είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των στελεχών στα θέματα διοίκησης και ασφάλειας, την παροχή πληροφοριών, την τακτοποίηση των οικονομικών υποχρεώσεων, την διακίνηση των ασθενών και την αρχειοθέτηση. Συνήθως το προσωπικό του διοικητικού τμήματος απαρτίζεται από τρία έως επτά άτομα.

Τεχνικό τμήμα: Στις υποχρεώσεις του ανήκουν η διαχείριση, η συντήρηση, η βελτίωση της απόδοσης και η ασφάλεια των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού. Οι υπάλληλοι έχουν την υποχρέωση να τηρούν αναλυτικό αρχείο για τις επισκευές που γίνονται στα κέντρα υγείας και να εκπαιδεύουν το προσωπικό στις αρμοδιότητές τους. Το δυναμικό του τεχνικού τμήματος ποικίλει από ένα έως τρία άτομα.

Τμήμα Επιστάσις: Στο πεδίο των αρμοδιοτήτων του τμήματος περιλαμβάνονται η φύλαξη και η διανομή του ιματισμού και των υλικών (εκτός φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού), η καθαριότητα του χώρου, η

τήρηση της τάξης, οι μεταφορές των εγγράφων και η διακίνηση του προσωπικού. Αποτελείται από εννέα έως δεκατέσσερα άτομα για κάθε κέντρο υγείας.

§ **Λοιπά Τμήματα**

Ενσωματώνει τα τμήματα που ανήκουν είτε στην διοικητική είτε στη νοσηλευτική υπηρεσία και αναλύονται ως εξής:

Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας: Αποτελείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς που υπηρετούν σε κάθε κέντρο υγείας για να ενημερώνουν σωστά τον πληθυσμό και να εφαρμόζουν τα προγράμματα υγιεινής.

Τμήμα Επαγγελματιών Υγείας: Σε αυτήν υπάγονται οι εργαζόμενοι όλων των λοιπών κλάδων και κατηγοριών που ασχολούνται στο εκάστοτε κέντρο υγείας. Αναλυτικότερα, συγκροτείται από φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, χειριστές ακτινολογικών μηχανημάτων, παρασκευαστές εργαστηρίων, διαιτολόγους, επόπτες υγείας κλπ.

4.4.3 Οικονομική Διαχείριση – Δαπάνες

Σύμφωνα με διεθνείς συγκρίσεις των δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας, η Ελλάδα ξεδεύει το 9,7% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, τοποθετώντας την χώρα στην 9η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ). Την 1^η θέση κατέχουν οι Ηνωμένες Πολιτείες με 15,3% και την 30^η η Κορέα με 5,6%. Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας μετρούμενες σε PPP (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης) είναι \$ 2.162 κατατάσσοντας την Ελλάδα στην 20η θέση (ΟΟΣΑ Health Sector Statistics, 2005). Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν τα επίπεδα των δαπανών για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Οι ολικές δαπάνες της ΠΦΥ συμπεριλαμβάνουν τα έξοδα των ασφαλιστικών οργανισμών, το μέρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και τα ίδια έξοδα των ασθενών όταν επισκέπτονται τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα).

Οι πηγές χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας περιλαμβάνουν εισροές από άμεση και έμμεση φορολογία (Μόσσιαλος, Δαβάκη, 2005), η οποία διανέμεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και συνεισφορές της κοινωνικής ασφάλισης. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχεται από το ΕΣΥ είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Η διαχείριση των οικονομικών πόρων γίνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου που εποπτεύει το κάθε κέντρο υγείας. Τα νοσοκομεία καθορίζουν τους ετήσιους προϋπολογισμούς τον Ιανουάριο κάθε έτους.

Τα ποσά των προϋπολογισμών απορρέουν με βάση τα ιστορικά κόστη, λαμβάνοντας υπόψη τα ποσά των προηγούμενων ετών που προσαρμόζονται σύμφωνα με τους εκτιμώμενους δείκτες πληθωρισμού. Συνήθως, η ύπαρξη ή η εμφάνιση κάποιων προτεραιοτήτων ή ακόμα μια αύξηση στην αναμενόμενη χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν λαμβάνεται υπόψη στον προϋπολογισμό. Οι προϋπολογισμοί εγκρίνονται από τις Διευθύνσεις Υγείας των τοπικών Νομαρχιών, οι οποίες παρέχουν κρατικές επιχορηγήσεις στα νοσοκομεία (κύρια πηγή του εισοδήματός τους).

Τα νοσοκομεία συνήθως πρέπει να κάνουν μια αναπροσαρμογή των προϋπολογισμών, σύμφωνα με τον προϋπολογισμό των συνολικών κρατικών επιχορηγήσεων. Ο λόγος είναι ότι ο κάθε προϋπολογισμός έχει καθοριστεί προηγουμένως από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με βάση τις δημοσιονομικές προτεραιότητες της Κυβέρνησης.

Σταθερή εθνική πολιτική καθορισμού του ύψους των πόρων που διατίθενται για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν υπήρξε ποτέ στην χώρα, ενώ παράλληλα δεν έχει αναπτυχθεί κάποιος μηχανισμός κατανομής των πόρων μεταξύ δευτεροβάθμιων και πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Αυτός ο παράγοντας συντελεί άμεσα στην άγνοια που υπάρχει γύρω από το κόστος λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το 2006, ένας μέσος

προϋπολογισμός ενός κέντρου υγείας κυμαίνεται στις € 210.000 και εξαρτάται από το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης και την χωροταξική του θέση.

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, θεωρητικά, καθορίζουν τους προϋπολογισμούς των δομών της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και την φαρμακευτική αγωγή που παρέχεται στα μέλη τους. Στην περίπτωση που δεν υπήρχαν χρέη προς τους προμηθευτές, το συνολικό έλλειμμα των νοσοκομείων του ΕΣΥ θα μειωνόταν έως και 30% και οι διαδικασίες του προϋπολογισμού θα βασιζόνταν σε εγκυρότερες εκτιμήσεις. Το βασικότερο πρόβλημα στην συλλογή των οικονομικών στοιχείων βρίσκεται στο ότι οι νοσοκομειακές μονάδες δεν εφαρμόζουν κάποιο σύστημα αναλυτικής λογιστικής που θα είχε ως αποτέλεσμα την βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων και την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

Το κόστος μισθοδοσίας του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στα κέντρα υγείας προκύπτει, όπως και οι προϋπολογισμοί, από τα νοσοκομεία που εποπτεύουν τα κέντρα υγείας. Ο παρακάτω πίνακας αποτυπώνει τα κόστη μισθοδοσίας του προσωπικού των κέντρων υγείας ανά διοικητική περιφέρεια (τα χρηματικά ποσά είναι σε €).

Διοικητική Περιφέρεια	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Επιστημονικό /Παραϊατρικό	Διοικητικό	Τεχνικό Υποστηρικτικό-Λοιπό	ΣΥΝΟΛΟ
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	12.722.959	5.089.706	939.800	1.128.132	1.546.257	21.426.854
Αττική	10.486.899	4.190.113	1.350.905	2.726.454	3.402.353	22.156.724
Βόρειο Αιγαίο	4.225.991	1.308.161	496.979	728.590	1.227.255	7.986.976
Δυτική Ελλάδα	13.673.308	4.215.062	993.291	702.147	3.554.809	23.138.617
Δυτική Μακεδονία	5.588.420	1.937.563	401.671	569.805	1.654.980	10.152.439
Ήπειρος	5.057.854	1.773.885	374.565	260.491	1.851.364	9.318.159
Θεσσαλία	16.594.257	6.940.692	737.405	3.370.313	2.493.587	30.136.254
Ιόνια Νησιά	3.788.516	805.956	108.183	298.995	665.420	5.667.070
Κεντρική Μακεδονία	29.758.270	10.474.711	2.250.404	3.658.567	3.700.899	49.842.851
Κρήτη	4.026.357	992.158	259.722	152.826	410.451	5.841.514
Νότιο Αιγαίο	5.889.898	1.128.603	335.146	563.209	1.177.907	9.094.763
Πελοπόννησος	14.236.770	4.408.817	971.725	1.394.684	3.236.705	24.248.701
Στερεά Ελλάδα	10.520.539	3.216.791	906.828	818.675	2.586.436	18.049.269
ΣΥΝΟΛΟ	136.570.038	46.482.218	10.126.625	16.372.890	27.508.423	237.060.194

Πίνακας 4: Κατανομή Κόστους Μισθοδοσίας Προσωπικού των Κέντρων Υγείας
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Το 38,7% του συνολικού ποσού των ιατρών αποτελεί τις εφημερίες τους. Η υπερωριακή απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού κατέχει το 6,7%, του επιστημονικού/παράϊατρικού και του διοικητικού κυμαίνεται στο 4,5%. Οι υπερωρίες του τεχνικού-υποστηρικτικού και του λοιπού προσωπικού κατέχουν το 11,6% επί των μηνιαίων αποδοχών τους.

4.4.4 Αστικά Κέντρα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, εκτός από τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν στις αγροτικές περιοχές της χώρας, προβλέπει την δημιουργία δομών Κέντρων Υγείας στις αστικές περιοχές. Τα αστικά Κέντρα Υγείας είναι ένας παράγοντας που βοηθά στην αναβάθμιση όχι μόνο της Πρωτοβάθμιας αλλά εμμέσως και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας των αστικών περιοχών έχουν ως κύριο στόχο την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα, στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές οι οποίες εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή της υγείας και την προληπτική ιατρική. Η λειτουργία Κέντρων Υγείας σε αστικές περιοχές καλύπτει πληθυσμό περίπου 100.000 κατοίκων ανά μονάδα και αποτελεί μεγάλη ανάσα για τα νοσοκομεία, καθώς συμβάλλει στην αποσυμφόρση τους, μειώνοντας σημαντικά τον όγκο εργασίας, σε επίπεδο τόσο επειγόντων περιστατικών όσο και τακτικών ιατρείων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει αφενός τα νοσοκομεία και αφετέρου τους ασθενείς, αφού η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας είναι ευκολότερη και η εξυπηρέτηση ταχύτερη και αποτελεσματικότερη. Προκειμένου να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, τα αστικά Κέντρα Υγείας πρέπει να πληρούν τις εξής προδιαγραφές:

Πολεοδομικές προδιαγραφές

Οι πολεοδομικές προδιαγραφές διαμορφώνονται από μια σειρά κριτηρίων (δημογραφικά, γεωγραφικά - συγκοινωνιακά, κοινωνικοοικονομικά, περιβαλλοντικά, επιδημιολογικά κ.ά.), τα οποία αποδίδουν την εικόνα των διοικητικών ενοτήτων ενός πολεοδομικού συγκροτήματος, στα όρια του οποίου θα γίνει η χωροθέτηση μίας μονάδας υγείας.

Κτιριολογικές προδιαγραφές

Οι προδιαγραφές αυτές καθορίζονται από κριτήρια, αναφορικά με την περιγραφή των απαιτούμενων χώρων, του αναγκαίου εξοπλισμού και ενός ενδεικτικού προϋπολογισμού για το κόστος κατασκευής και προμήθειας του εξοπλισμού. Σύμφωνα με το κτιριολογικό πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας, οι βασικότεροι χώροι ενός αστικού κέντρου υγείας περιλαμβάνουν:

- § Εξεταστήρια (χώροι εξέτασης των ασθενών ανά ιατρική ειδικότητα, καθώς και γραφεία ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, χώρος υποδοχής - αναμονής ανά εξεταστήριο).
- § Τμήμα Α' Βοηθειών.
- § Κλίνες βραχείας νοσηλείας.

- § Εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό).
- § Χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (γραφείο κοινωνικού λειτουργού, υποδοχή επισκεπτών, γραφεία προσωπικού, κ.ά.).
- § Χώρους εξυπηρέτησης κοινού και προσωπικού.
- § Χώρους συναφών επαγγελμάτων.
- § Χώρους διοίκησης.
- § Χώρους λοιπού προσωπικού.
- § Βοηθητικούς χώρους (αποθήκες, αίθουσες οργάνων γυμναστικής, χώρους ακαθάρτου ιματισμού, φαρμακείο, χώρους Η/Μ εγκαταστάσεων, χώρους εγκαταστάσεων πυρόσβεσης, κ.ά.).

Λειτουργικές προδιαγραφές

Οι λειτουργικές προδιαγραφές απαρτίζονται από ένα σύνολο κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών στα αστικά Κέντρα Υγείας, την λειτουργική και διοικητική τους οργάνωση, τις ειδικότητες και τον αριθμό του απαιτούμενου προσωπικού για τη στελέχωσή τους.

§ Υπηρεσίες

Τα Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα. Αναλυτικότερα, οι κατηγορίες των παρεχόμενων υπηρεσιών εμφανίζονται στον πίνακα 5.

Υπηρεσίες	
Ιατρικές Υπηρεσίες	Πρόληψη <ul style="list-style-type: none"> • Υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού • Συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας • Υγεία στον χώρο εργασίας • Έγκαιρη διάγνωση • Σχολική υγιεινή (εμβολιασμοί, οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος όρασης, κλπ)
	Διάγνωση και Πρωτοβάθμια Περιθαλψη <ul style="list-style-type: none"> • Συνέντευξη - κλινική εξέταση - διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων • Εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, υπερήχων, οδοντοπροσθετικό)
	A' Βοήθειες <ul style="list-style-type: none"> • Μικροεπεμβάσεις • Προετοιμασία του ασθενή για διακομιδή σε Μονάδα Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας
	Φυσική Ιατρική - Αποκατάσταση <ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας (π.χ. υδροθεραπεία) • Ασκήσεις φυσιοθεραπείας

	<p>Οικογενειακή Ιατρική</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση ιατρών μέσω του διαδικτύου • Δημιουργία αρχείου ιατρικού ιστορικού • Εφαρμογή λογισμικού σχετικού με την ορθή επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ιατρό • Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας • Χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, η τηλεδιάσκεψη και η τηλεϊατρική
	<p>Εκπαίδευση Ιατρών και λοιπού Προσωπικού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιστημονικές προβολές, σεμινάρια, ημερίδες κλπ.
Νοσηλευτικές Υπηρεσίες	<ul style="list-style-type: none"> • Βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης • Θάλαμος απομόνωσης για ειδικά περιστατικά.
Κοινωνικές και Συμβουλευτικές Υπηρεσίες	<ul style="list-style-type: none"> • Πληροφόρηση σε θέματα αγωγής υγείας, αντισύλληψη, αλκοολισμός, ναρκωτικά, αιμοδοσία, κάπνισμα κλπ. • Οικογενειακός προγραμματισμός • Κοινωνική φροντίδα νέων
ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ Υπηρεσίες	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή φαρμάκων • Νοσηλεία στο σπίτι • Προστασία μητρότητας • Παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού • Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού • Οργάνωση τράπεζας αίματος • Τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία
Διοικητικές Υπηρεσίες	<ul style="list-style-type: none"> • Υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων • Γραφείο Πληροφοριών και Προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών - ασθενών

Πίνακας 5: Παρεχόμενες Υπηρεσίες Αστικών Κέντρων Υγείας
(Πηγή: Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

§ **Οργανωτικό Διάγραμμα**

Το Οργανωτικό Σχήμα των Κέντρων Υγείας αστικών περιοχών στοχεύει στην ενίσχυση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι βασικές παράμετροι λαμβάνονται υπόψη για την σχεδίαση των αστικών Κέντρων Υγείας είναι οι ακόλουθες:

- § Ευελιξία διοίκησης και λειτουργίας
- § Σαφής καθορισμός αρμοδιοτήτων Διευθύνσεων και Τμημάτων
- § Αποκέντρωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων
- § Διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και ροής της πληροφορίας
- § Αξιοποίηση και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού
- § Αποτελεσματική χρήση των υφιστάμενων πόρων
- § Λειτουργία σύμφωνα με σύγχρονα διεθνή πρότυπα.

Σύμφωνα με το Μέτρο 1.1 του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» έχουν ενταχθεί οκτώ έργα που αφορούν νέα αστικά Κέντρα Υγείας τα οποία δημιουργούνται στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη. Τα Έργα αυτά είναι τα εξής:

- § Κέντρο Υγείας Αχαρνών Αττικής.
- § Κέντρο Υγείας Καλυβίων Αττικής.
- § Κέντρο Υγείας Περιστερίου Αττικής.
- § Κέντρο Υγείας Κερατσινίου Αττικής.
- § Κέντρο Υγείας Οδού Φράγκων Θεσσαλονίκης.
- § Κέντρο Υγείας Ευόσμου Θεσσαλονίκης.
- § Κέντρο Υγείας Καλλικράτειας.
- § Κέντρο Υγείας Καμένων Βούρλων.

4.4.5 Εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας

Ο εξοπλισμός κάθε μονάδας υγείας κατέχει σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας, επειδή συνεισφέρει στην εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Το επιστημονικό επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού, οι ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας και οι άρτιες υποδομές του συστήματος, εγγυώνται την αποδοχή των μονάδων υγείας και ειδικότερα των κέντρων υγείας.

Για να ανταποκριθούν τα κέντρα υγείας στους παραπάνω στόχους, ο σχεδιασμός και η οργάνωση της απαιτούμενης υποδομής και του εξοπλισμού των κέντρων υγείας, περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- § Εξεταστικούς χώρους.
- § Βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό.
- § Ασθενοφόρο για τη μετακίνηση των ασθενών.
- § Ακτινολογικό εργαστήριο.
- § Μικροβιολογικό εργαστήριο.
- § Μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- § Σηπτικό χειρουργείο.
- § Οδοντιατρείο.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρει κάθε κέντρο υγείας συχνά κρίνεται από την εργαστηριακή υποστήριξη και την σύνδεση με την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (εύκολη πρόσβαση, σύγχρονος εξοπλισμός κ.ά). Η κατανομή του εξοπλισμού παρουσιάζεται στον πίνακα 6.

Περιφέρεια	Ακτινο- διαγνωστικά	Ηλεκτρο- καρδιογράφοι	Οδοντιατρικά	Μικροσκόπια	Φωτόμετρα
Αν. Μακ/νία - Θράκη	14	31	17	13	18
Κεντ. Μακ/νία	17	59	32	30	29
Δυτική Μακ/νία	6	13	7	5	6
Ήπειρος	10	18	12	12	9
Θεσσαλία	18	39	20	17	18
Ιόνια Νησιά	6	11	6	7	5
Δυτική Ελλάδα	20	33	20	22	16

Στερεά Ελλάδα	19	24	19	15	18
Αττική	13	32	18	18	17
Πελοπόννησος	19	39	19	17	18
Βόρειο Αιγαίο	6	13	6	6	5
Νότιο Αιγαίο	12	28	10	16	14
Κρήτη	15	34	12	15	11
Σύνολο:	175	374	198	193	184

Πίνακας 6: Κατανομή Εξοπλισμού Κέντρων Υγείας
(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας)

4.4.6 Στελέχωση – Ανθρώπινο δυναμικό στα Κέντρα Υγείας

Η στελέχωση κάθε κέντρου υγείας βασίζεται στην γενική αρχή ότι θα πρέπει να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα διαθέτοντας το αναγκαίο προσωπικό ώστε να λειτουργεί σαν αυτόνομη μονάδα υγείας που έχει ως βασικό σκοπό την πρωτοβάθμια περίθαλψη του πληθυσμού ευθύνης του. Για τον λόγο αυτό, η διοικητική διάρθρωση των μονάδων αυτών περιλαμβάνει την ιατρική υπηρεσία, την νοσηλευτική υπηρεσία, την διοικητική υπηρεσία και τα λοιπά τμήματα.

Η προβλεπόμενη κατά κατηγορία στελέχωση των κέντρων υγείας αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα:

Υπηρεσία	Ειδικότητα	Αναλογία Πληθυσμού
Ιατρική Υπηρεσία	Γενικοί Ιατροί – Παθολόγοι	ανά 1.800 ενήλικες
	Παιδίατροι	ανά 1.200 - 1.800 παιδιά
	Μικροβιολόγοι	< 7.500 κατοίκους
	Ακτινολόγοι	< 20.000 κατοίκους
	Οδοντίατροι	ανά 6.000 - 6.500 κατοίκους
Νοσηλευτική Υπηρεσία	Νοσηλεύτες/τριες	ανά 2.500 – 3.000 κατοίκους 1-2 σε κάθε Περιφερειακό Ιατρείο
	Μαίες	ανά 5.000 γυναίκες 1 σε κάθε Περιφερειακό Ιατρείο
	Επισκέπτες Υγείας	ανά 2.000 – 3.000 κατοίκους 2-3 σε κάθε Περιφερειακό Ιατρείο
	Τραυματιοφορείς	3-5 ανά Κέντρο Υγείας
Διοικητική Υπηρεσία	Διοικητικό Τμήμα	3-7 ανά Κέντρο Υγείας
	Τεχνικό Τμήμα	1-3 ανά Κέντρο Υγείας
	Τμήμα Επιστάσις	9 - 14 ανά Κέντρο Υγείας
Λοιπά Τμήματα	Κοινωνικοί Λειτουργοί	ανά 7.000 – 10.000 κατοίκους
	Συναφή Επαγγέλματα Υγείας (χειριστές ακτινολογικών μηχανημάτων, παρασκευαστές, διαιτολόγοι, φυσιοθεραπευτές, κ.ά)	ανά 10.000 κατοίκους

Πίνακας 7: Κατηγορίες Κέντρων Υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Παράμετροι όπως η καθοριστική συμβολή του στην παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το υψηλό και ανελαστικό κόστος απασχόλησής του, η μακροχρόνια και εξειδικευμένη εκπαίδευση που προηγείται της ένταξής του στην παραγωγική διαδικασία ανάγουν το ανθρώπινο δυναμικό σε βασικό συστατικό κάθε προσπάθειας που αποβλέπει στην εφαρμογή και υλοποίηση μιας υγειονομικής πολιτικής.

Οι παράγοντες αυτοί αντικατοπτρίζονται άμεσα στο πλαίσιο στελέχωσης των Κέντρων Υγείας, τόσο με τον σημαντικό αριθμό του προβλεπόμενου προσωπικού, όσο και με την εμφανή προσπάθεια να περιληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερα επαγγέλματα υγείας (Ζηλίδης, 1995). Το πλαίσιο στελέχωσης των Κέντρων Υγείας αναλύεται στον πίνακα 7.

Στην περίπτωση, των Κέντρων Υγείας η τάχιστα υλοποίηση τόσο του κτιριολογικού προγράμματος ανέγερσης τους όσο και του εξοπλισμού τους με τα κατάλληλα μηχανήματα δεν συνοδεύτηκε από την ανάλογη στελέχωσή τους με το αναγκαίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τάσεις επιδείνωσης και διόγκωσης στο πρόβλημα πρόσθεσε η ανυπαρξία διαγράμματος ροής εργαζομένων και συνακόλουθα ανατροφοδότησης με αποτέλεσμα να μην έχει εξασφαλιστεί μέχρι τώρα ο «άριστος» για την ομαλή λειτουργία τους αριθμός ανθρώπινου δυναμικού.

Ιατρικό Προσωπικό

Η ιατρική υπηρεσία των Κέντρων Υγείας της χώρας προβλέπει την ύπαρξη 3.485 οργανικών θέσεων ίστων ΕΣΥ διαφόρων ειδικοτήτων. Ο πίνακας 6 παρουσιάζει την κατανομή του προσωπικού αυτού ανά περιφέρεια ενώ παράλληλα εμφανίζει τις καλυμμένες θέσεις εργασίας. Από το σύνολο των προβλεπόμενων θέσεων, είναι καλυμμένες οι 2.135, ένα ποσοστό κάλυψης που αγγίζει το 61,26%. Στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) απασχολούνται 1.668 Αγροτικοί Ιατροί και 813 Αγροτικοί Ιατροί.

Σε περιφερειακό επίπεδο, το ποσοστό κάλυψης του ιατρικού προσωπικού είναι σχετικά υψηλότερο στην Δυτική Μακεδονία με ποσοστό 79,22% ενώ ακολουθούν οι περιφέρειες της Κεντρικής Μακεδονίας και της Αττικής με ποσοστό 70,99% και 70,22% αντίστοιχα. Τα ποσοστά κάλυψης θέσεων ιατρικής ειδικότητας στις υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας κυμαίνονται από 45-60%, ενώ σημαντικές ελλείψεις προσωπικού παρατηρούνται στις περιφέρειες της Ηπείρου (51,83%), της Στερεάς Ελλάδας (49,12%) και της Πελοποννήσου (46,08%).

Πέρα από τις προβλεπόμενες οργανικές θέσεις που είναι κατανομημένες στα Κέντρα Υγείας της χώρας, ο σχεδιασμός τους προβλέπει την κάλυψη των αναγκών τους με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (για τις οποίες δεν προβλέπονται οργανικές θέσεις) μέσω περιοδικών επισκέψεων από ειδικούς ιατρούς που έχουν οργανική θέση σε

νοσοκομείο. Ο θεσμός των επισκεπτών ιατρών δεν έχει αξιοποιηθεί ιδιαίτερα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, αντίθετα φαίνεται ότι σταδιακά ατονεί, με την εφαρμογή του σε συγκεκριμένες μόνο περιφέρειες της χώρας.

Περιφέρεια	Ιατρικό Προσωπικό		Νοσηλευτικό Προσωπικό		Επιστημονικό Παραϊατρικό Προσωπικό		Διοικητικό Προσωπικό		Τεχνικό Λοιπό Προσωπικό		ΣΥΝΟΛΟ	
	Οργανικές	Καλυμμένες	Οργανικές	Καλυμμένες	Οργανικές	Καλυμμένες	Οργανικές	Καλυμμένες	Οργανικές	Καλυμμένες	Οργανικές	Καλυμμένες
Αν. Μακ/νία - Θράκη	335	223	340	231	105	49	50	17	171	104	1001	624
Κεντ. Μακ/νία	624	443	583	433	193	112	208	119	405	249	2013	1356
Δυτική Μακ/νία	154	122	115	80	43	26	32	16	88	64	432	308
Ήπειρος	218	113	232	135	113	37	72	26	240	122	875	433
Θεσσαλία	315	191	320	251	105	62	204	132	171	140	1115	776
Ιόνια Νησιά	177	102	108	54	54	17	29	18	102	48	470	239
Δυτική Ελλάδα	353	211	287	177	119	44	73	44	232	141	1064	617
Στερεά Ελλάδα	283	139	292	149	92	46	82	43	249	144	998	521
Αττική	245	172	320	196	118	58	75	38	156	134	914	598
Πελοπόννησος	332	153	316	185	165	61	79	53	295	154	1187	606
Βόρειο Αιγαίο	67	35	64	46	29	19	33	27	55	44	248	171
Νότιο Αιγαίο	147	85	107	59	49	29	33	22	129	68	465	263
Κρήτη	235	146	190	112	72	34	79	54	166	104	742	450
Σύνολο:	3.485	2.135	3.274	2.108	1.257	594	1.049	609	2.459	1.516	11.524	6.962

Πίνακας 8: Ανάλυση Προσωπικού Κέντρων Υγείας
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Περιφέρεια	Αγροτικοί Ιατροί		Γενικοί Ιατροί	
	Οργανικές	Καλυμμένες	Οργανικές	Καλυμμένες
Αν. Μακεδονία - Θράκη	158	138	97	59
Κεντρική Μακεδονία	4	4	93	67
Δυτική Μακεδονία	55	70	20	23
Ήπειρος	198	188	116	73
Θεσσαλία	114	108	43	32
Ιόνια Νησιά	126	119	82	47
Δυτική Ελλάδα	236	208	36	43
Στερεά Ελλάδα	82	68	61	27
Αττική	254	206	285	197
Πελοπόννησος	133	111	101	76
Βόρειο Αιγαίο	91	77	44	34
Νότιο Αιγαίο	236	200	152	76
Κρήτη	122	171	100	59
Σύνολο:	1.809	1.668	1.230	813

Πίνακας 9: Ανάλυση Αγροτικών και Γενικών Ιατρών απασχολούμενων στα Κέντρα Υγείας
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Νοσηλευτικό Προσωπικό

Η νοσηλευτική υπηρεσία των Κέντρων Υγείας απαρτίζεται από ειδικότητες όπως Νοσηλεύτριες, Νοσοκόμες, Επισκέπτες Υγείας, Μαίες και Τραυματιοφορείς. Στο σύνολο των Κέντρων Υγείας της χώρας, προβλέπεται η ύπαρξη 3.274 θέσεων νοσηλευτικής υπηρεσίας. Από αυτές οι 2.108 είναι καλυμμένες, ποσοστό που ανταποκρίνεται στο 64,39%. Στον παραπάνω πίνακα εμφανίζεται η κατανομή του προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά Περιφέρεια.

Περιφέρεια	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Επιστημονικό Παραϊατρικό Προσωπικό	Διοικητικό Προσωπικό	Τεχνικό Λοιπό Προσωπικό	ΣΥΝΟΛΟ
Αν. Μακ/νία - Θράκη	66,57%	67,94%	46,67%	34,00%	60,82%	62,34%
Κεντ. Μακ/νία	70,99%	74,27%	58,03%	57,21%	61,48%	67,36%
Δυτική Μακ/νία	79,22%	69,57%	60,47%	50,00%	72,73%	71,30%
Ήπειρος	51,83%	58,19%	32,74%	36,11%	50,83%	49,49%
Θεσσαλία	60,63%	78,44%	59,05%	64,71%	81,87%	69,60%
Ιόνια Νησιά	57,63%	50,00%	31,48%	62,07%	47,06%	50,85%
Δυτική Ελλάδα	59,77%	61,67%	36,97%	60,27%	60,78%	57,99%
Στερεά Ελλάδα	49,12%	51,03%	50,00%	52,44%	57,83%	52,20%
Αττική	70,20%	61,25%	49,15%	50,67%	85,90%	65,43%
Πελοπόννησος	46,08%	58,54%	36,97%	67,09%	52,20%	51,05%
Βόρειο Αιγαίο	52,24%	71,88%	65,52%	81,82%	80,00%	68,95%
Νότιο Αιγαίο	57,82%	55,14%	59,18%	66,67%	52,71%	56,56%
Κρήτη	62,13%	58,95%	47,22%	68,35%	62,65%	60,65%
Σύνολο:	61,26%	64,39%	47,26%	58,06%	61,65%	60,41%

Πίνακας 10: Ποσοστό Κάλυψης Θέσεων Ανθρωπίνου Δυναμικού στα Κέντρα Υγείας

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Το ποσοστό στελέχωσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των Κέντρων Υγείας, σε περιφερειακό επίπεδο, παρουσιάζει μικρότερες διακυμάνσεις ανάμεσα στις περιφέρειες σε σύγκριση με την κάλυψη της Ιατρικής Υπηρεσίας των φορέων. Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Διοικητική Περιφέρεια της Θεσσαλίας (78,44%), της Κεντρικής Μακεδονίας (74,27%) και του Βόρειου Αιγαίου (71,88%). Στις υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας το ποσοστό κάλυψης των οργανικών θέσεων κυμαίνεται από 50-70%. Το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται στα Ιόνια Νησιά όπου οι καλυπτόμενες θέσεις αγγίζουν μόλις το 50,00% των προβλεπόμενων.

Επιστημονικό - Παραϊατρικό Προσωπικό

Εκτός του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού, στα Κέντρα Υγείας της χώρας απασχολούνται επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων όπως κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, επόπτες δημόσιας υγείας, βοηθοί μικροβιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων, κλπ. Συνολικά, στα Κέντρα Υγείας προβλέπονται 1,257 θέσεις συναφών επαγγελματών υγείας, από τις οποίες είναι πληρωμένες οι 594 (ποσοστό κάλυψης 47,26%).

Συγκεκριμένα, το ποσοστό κάλυψης της συγκεκριμένης κατηγορίας επαγγελματιών είναι πολύ χαμηλό, με τις περισσότερες από τις Διοικητικές Περιφέρειες να έχουν κάλυψη κάτω του 50,00% των προβλεπόμενων θέσεων. Το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στο Βόρειο Αιγαίο (65,52%), ενώ ακολουθούν οι περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας (60,47%), του Νοτίου Αιγαίου (59,18%), της Θεσσαλίας (59,05%) και της Κεντρικής Μακεδονίας (58,03%).

Διοικητικό Προσωπικό

Η διοικητική υπηρεσία των Κέντρων Υγείας περιλαμβάνει σημαντικό αριθμό διοικητικών υπαλλήλων. Το προβλεπόμενο προσωπικό των Κέντρων Υγείας ανέρχεται στις 1,049 θέσεις, από τις οποίες είναι καλυμμένες οι 609 (58,06%).

Σε περιφερειακό επίπεδο μπορεί να παρατηρηθεί ότι τα ποσοστά κάλυψης της συγκεκριμένης κατηγορίας επαγγελματιών παρουσιάζουν μεγάλη ανομοιογένεια με αποκλίσεις που εκτείνονται από 34,00% (Ανατολική Μακεδονία και Θράκη) έως και 81,82% (Βόρειο Αιγαίο). Η πλειοψηφία των Διοικητικών περιφερειών έχει κάλυψη από 50-70%.

Τεχνικό - Υποστηρικτικό – Λοιπό Προσωπικό

Στα κέντρα Υγείας απασχολούνται ειδικότητες προσωπικού όπως τεχνικοί, οδηγοί, πληρώματα ασθενοφόρων, επιμελητές, προσωπικό καθαριότητας, θυρωροί, μάγειρες κλπ. Ο αριθμός των οργανικών θέσεων που προβλέπονται για τις ειδικότητες αυτές είναι 2.459, ενώ οι καλυμμένες θέσεις ανέρχονται σε 1.516. Το ποσοστό κάλυψης των θέσεων αυτών φθάνει το 61,65%.

Σε περιφερειακό επίπεδο, το ποσοστό κάλυψης του τεχνικού, υποστηρικτικού και λοιπού προσωπικού είναι σχετικά υψηλότερο στην Αττική με ποσοστό 85,90% ενώ ακολουθούν οι περιφέρειες της Θεσσαλίας (81,87%) του Βορείου Αιγαίου (80,00%) και της Δυτικής Μακεδονίας (72,73). Τα ποσοστά κάλυψης θέσεων στις υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας κυμαίνονται από 50-65%, ενώ σημαντικές ελλείψεις προσωπικού παρατηρούνται στην περιφέρεια των Ιονίων Νήσων (47,06%).

4.4.7 Υφιστάμενο Θεσμικό Πλαίσιο

Το 1983 ήταν η χρονιά στην οποία η ψήφιση του Νόμου 1397 ίδρυσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Βασικά του σημεία όπως, ο καθορισμός του σκοπού, της οργάνωσης και της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, η σύνδεση της Πρωτοβάθμιας με την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, η καθιέρωση της Γενικής Ιατρικής και του τομέα της Κοινωνικής Ιατρικής στα Νοσοκομεία μαζί με την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών είναι μερικά που έδωσαν διαφορετικό νόημα στον όρο Υγεία. Παράλληλα, ο Ν. 1397 έβαλε σε εφαρμογή την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, την μελέτη για τις αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού και την διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών επιτυγχάνοντας το με την επικοινωνία πολίτη-πολιτείας.

Με τον Ν. 1397 προχώρησε η σύσταση για Κέντρα Υγείας σε κάθε Νομό ως αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες των Νοσοκομείων του Νομού και των περιφερειακών ιατρείων ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται η έδρα του κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, όπως και για κάθε περιφερειακό ιατρείο του. Παράλληλα, συστήνονται οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων αυτών, οι οποίες προστίθενται στις θέσεις του εποπτευόμενου φορέα του κέντρου υγείας. Η επιλογή της έδρας του κέντρου υγείας γίνεται με βάση τον βαθμό συγκέντρωσης και αύξησης του πληθυσμού της προτεινόμενης περιοχής (πληθυσμιακά δεδομένα), τον ρυθμό ανάπτυξης της περιοχής σε οικονομικά και κοινωνικά θέματα. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή της περιοχής ίδρυσης ενός κέντρου υγείας κατέχει η ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Ως κριτήριο επιλογής της έδρας των περιφερειακών ιατρείων λαμβάνεται η εξασφάλιση παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες που κατοικούν σε αποκεντρωμένα χωριά, όπου η πρόσβαση στο κέντρο υγείας είναι δύσκολη. Τα περιφερειακά ιατρεία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα περιφερειακά ιατρεία τα οποία λειτουργούν με τακτικό ωράριο σε συγκεκριμένες μέρες, ενώ στην δεύτερη κατηγορία εκείνα που λειτουργούν όλο το 24ωρο σε εβδομαδιαία βάση, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες και σε ασθενείς που δεν ανήκουν στον πληθυσμό ευθύνης τους.

Τα περιφερειακά ιατρεία που βρίσκονται σε δύσβατες περιοχές όπου η απόσταση από τα Κέντρα Υγείας είναι μεγάλη και οι ανάγκες του πληθυσμού είναι ιδιαίτερες, έχουν την δυνατότητα να χαρακτηρίζονται ως πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία. Επίσης, τα περιφερειακά ιατρεία που εδρεύουν σε νησί στο οποίο δεν λειτουργεί κέντρο υγείας λέγονται πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία. Λειτουργούν σε καθημερινή βάση επί οκτώωρο και τις υπόλοιπες ώρες εφαρμόζεται πρόγραμμα εφημερίας ετοιμότητας (ορισμός). Ο Διευθυντής του κέντρου υγείας σε επείγουσες καταστάσεις έχει το

δικαίωμα να τοποθετήσει στο πρόγραμμα εφημεριών συμπληρωματικό προσωπικό από το κέντρο υγείας.

Η σύνδεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την Δευτεροβάθμια είχε ως αποτέλεσμα την εξασφάλιση της συνεργασίας κέντρου υγείας και νοσοκομείου. Η διοίκηση των Κέντρων Υγείας εντάχθηκε στα καθήκοντα των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων που τα εποπτεύουν. Το 1992 η ψήφιση του Νόμου 2071 απαλλάσσει από τα καθήκοντα των Νοσοκομείων την εποπτεία των Κέντρων Υγείας και ορίζει ως αρμόδιες τις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιών. Ύστερα από 2 χρόνια, ο Νόμος 2194 επαναφέρει το αρχικό καθεστώς λειτουργίας των Κέντρων Υγείας μετατρέποντας τα πάλι σε αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Νοσοκομείων του Νομού στον οποίο ανήκουν. Με τον Νόμο αυτό ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει το δικαίωμα να αποφασίσει την εποπτεία των κέντρων υγείας από Νοσοκομεία που βρίσκονται σε διαφορετικούς Νομούς. Παράλληλα, οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Σε ότι αφορά το λειτουργικό πλαίσιο, τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτικό οκτάωρο τις καθημερινές και εφημερεύουν τις υπόλοιπες μέρες και ώρες.

Με την ψήφιση του Νόμου 3235 του 2004 καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει κάποιον ιατρό που ανήκει στο ιατρικό προσωπικό του κέντρου υγείας της περιοχής του. Διαφορετικά, έχει την δυνατότητα να επιλέξει από έναν κατάλογο που περιέχει ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στην ίδια ή σε όμορη περιοχή, ύστερα από την έγκριση του ασφαλιστικού τους οργανισμού. Σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός οργανισμός του δικαιούχου έχει κάνει συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς για να ασκούν τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού, ο δικαιούχος υποχρεούται να επιλέξει κάποιον από τους συμβεβλημένους ιατρούς που παρέχει τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην περιοχή του ασφαλισμένου. Οι ιατροί που έχουν το δικαίωμα να ασκήσουν καθήκοντα οικογενειακού ιατρού είναι όσοι έχουν ειδικευτεί στην Γενική Ιατρική, την Παθολογία και την Παιδιατρική. Όταν ο δικαιούχος πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια δίνεται η δυνατότητα από το ασφαλιστικό ταμείο να επιλέξει ιατρό διαφορετικής ειδικότητας από τις παραπάνω.

Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που ανήκουν στην ειδικότητα του, παρακολουθεί την πορεία του ασθενή γνωρίζοντας το ιατρικό ιστορικό και παραπέμπει τον ασθενή στον κατάλληλο ιατρό που χρειάζεται για κάθε πάθηση που αντιμετωπίζει. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται στο ιατρείο του κάθε οικογενειακού ιατρού σε συγκεκριμένο ωράριο που μπορούν να εξυπηρετηθούν μόνο οι δικαιούχοι που τον έχουν επιλέξει. Επίσης, γίνονται και κατ' οίκον επισκέψεις όλο το 24ωρο όποτε κριθεί απαραίτητο.

Με τον Νόμο 2071/1992 συστήθηκαν οι κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την εξυπηρέτηση των αναγκών του πληθυσμού εκείνου που διαμένει σε ορεινές, αγροτικές και νησιωτικές περιοχές. Οι υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν.

Με το άρθρο 9 του Ν. 3235/2004 ψηφίστηκε ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ισχύει για κάθε πολίτη της χώρας και αποτελείται από το ιατρικό ιστορικό του και από κάθε άλλη ιατρική πληροφορία που τον αφορά. Ο φάκελος μπορεί να ενημερωθεί από κάθε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα κέντρα υγείας είναι υποχρεωμένα να αναπτύξουν πληροφοριακά συστήματα και βάσεις δεδομένων για να μπορούν να διαβάζουν και να ενημερώνουν τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο. Στα κέντρα υγείας θα εμφανίζονται όλα τα περιεχόμενα του φακέλου και όχι μόνο αυτά που έχουν εισαχθεί στο Δίκτυο των κέντρων υγείας. Αντίστοιχη υποδομή πρέπει να υπάρχει και στα ιατρεία των οικογενειακών ιατρών οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τον φάκελο για κάθε κίνηση του ασθενή.

Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας έρχεται για να κάνει πιο εύκολη την πρόσβαση στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και στην γρηγορότερη εύρεση ιατρικών πληροφοριών που αφορούν τον κάτοχο της κάρτας. Είναι μοναδική για κάθε πολίτη και αντικαθιστά τα βιβλιάρια και τα συνταγολόγια, με αποτέλεσμα την μείωση της προκλητής ζήτησης.

4.4.8 Σκοπός και Στόχοι των Κέντρων Υγείας

Η ύπαρξη ξεκάθαρων σκοπών και η σταθερή προσήλωση στην υλοποίησή τους, συγκαταλέγονται στον κορμό των κοινών αλλά γενικών συνισταμένων διευκόλυνσης της διοικητικής διαδικασίας. Ο προσδιορισμός ουσιαστών σκοπών και στόχων αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στην πορεία άσκησης της διοίκησης και του απαραίτητου συντονισμού.

Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας, οι άξονες προσανατολίζονται και συγκλίνουν σε κοινό κέντρο αναφοράς το οποίο συνοψίζεται στην επαρκή, αποτελεσματική και αποδοτική κάλυψη του συνόλου των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 15 του Ν.1397/1983 και το άρθρο 16 του Ν.2071/1992 ο σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι:

1. Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους αλλά και σε όσους διαμένουν σε αυτήν προσωρινά.
2. Η νοσηλεία και η παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο.
3. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως την διακομιδή του ασθενή στο Νοσοκομείο.

4. Η διακομιδή ασθενών σε έκτακτες περιπτώσεις στο κέντρο υγείας ή στο Νοσοκομείο.
5. Η οδοντιατρική περίθαλψη.
6. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική ενημέρωση των πολιτών.
7. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
8. Η ιατρική της εργασίας.
9. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
10. Η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
11. Η εκπαίδευση των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.
12. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
13. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους εάν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή, κατόπιν απόφασης της Νομαρχίας.
14. Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
15. Η συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και με τους ιδιώτες ιατρούς της περιοχής για αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και πρόληψης.

Οι αντικειμενικοί στόχοι των Κέντρων Υγείας πρέπει να χαρακτηρίζονται από σταθερότητα, χρονική διάρκεια και προοπτική. Οι στόχοι των Κέντρων Υγείας προσδιορίζουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, υποδεικνύουν τον προσανατολισμό για όλες τις διοικητικές αποφάσεις και καθορίζουν τα πρότυπα με βάση τα οποία θα αξιολογηθούν τα τελικά αποτελέσματα. Τα Κέντρα Υγείας έχουν ως στόχο:

1. Την παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης ιατρικής και οδοντιατρικής στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους.
2. Την μεταφορά των αρρώστων με ασθενοφόρο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο, σε έκτακτες περιπτώσεις στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο και την παροχή πρώτων βοηθειών και νοσηλεία έως τη μεταφορά των αρρώστων στο νοσοκομείο.
3. Τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
4. Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
5. Τον οικογενειακό προγραμματισμό.
6. Την άσκηση προληπτικής και θεραπευτικής οδοντιατρικής περίθαλψης.

7. Την ιατρική της εργασίας και τη σχολική υγιεινή.
8. Την παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή του κέντρου υγείας.
9. Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Αυτές τις παροχές δικαιούνται όλοι οι πολίτες που διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στην περιοχή ευθύνης του κέντρου υγείας. Οι αρμοδιότητες του κέντρου υγείας αναλύονται στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του. Πριν την έκδοση του κανονισμού λειτουργίας οι απαραίτητες κατευθύνσεις δίνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου που το εποπτεύει.

4.4.9 Διοίκηση των Κέντρων Υγείας

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου που εποπτεύει το Νοσοκομείο δεν είναι το μοναδικό όργανο διοίκησης των κέντρων υγείας. Διοικούνται και από τα εσωτερικά όργανα διοίκησης του κέντρου υγείας τα οποία αναλύονται ως εξής:

1. Ο Διευθυντής: Ανήκει στο ιατρικό προσωπικό του κέντρου υγείας ο οποίος εκλέγεται από τους υπόλοιπους ιατρούς, σύμφωνα με τον Ν. 1397/1983 (άρθρο 18, παρ. 5). Είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό και την λειτουργία των ιατρείων, των γραφείων και των περιφερειακών ιατρείων του κέντρου υγείας.
2. Το Συμβούλιο των Υπευθύνων: Ο χαρακτήρας του είναι γνωμοδοτικός και τα μέλη του είναι ο Διευθυντής του κέντρου υγείας (Πρόεδρος του Συμβουλίου) και από τους προϊσταμένους Νοσηλευτικής και Διοικητικής υπηρεσίας.

Ένα βασικό μειονέκτημα στη διοίκηση του κέντρου υγείας είναι ο ελλιπής καθορισμός των αρμοδιοτήτων του Προϊσταμένου του κέντρου υγείας και του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου με αποτέλεσμα την δημιουργία σύγχυσης στις υποχρεώσεις τους.

4.4.10 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας

Οι ψυχικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν τέσσερις από τις δέκα επικρατέστερες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως σύμφωνα με τον WHO, ενώ ο αριθμός των πασχόντων είναι πιθανό να αυξηθεί στο μέλλον, λαμβανομένου υπόψη του γηράσκοντος πληθυσμού, των επιδεινούμενων κοινωνικών προβλημάτων και των κοινωνικών αναταραχών.

Είναι σημαντικό, οι δομές που δημιουργούνται για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών να εξασφαλίζουν την παροχή ενός ευρέους φάσματος υπηρεσιών και ταυτόχρονα εξειδικευμένων, κοντά στην κατοικία του ψυχικά πάσχοντα, οι οποίες κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα, όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα του ασθενή, έτσι ώστε το άτομο να παραμένει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Σημαντικό ρόλο στην οργάνωση των δομών ψυχικής υγείας κατέχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας, η οποία δρα ως φίλτρο ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και την δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια περίθαλψη. Η πρόοδος στην φαρμακολογία, η ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και τεχνικών δίνουν τη δυνατότητα στις δομές πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας να παρεμβαίνουν τόσο στον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης, όσο και στον τομέα της θεραπείας ανάλογα τη βαρύτητα του περιστατικού.

Η φροντίδα στο πρωτοβάθμιο επίπεδο δίνει το πλεονέκτημα της προσβασιμότητας, του τοπικού και οικονομικού χαρακτήρα των υπηρεσιών, τη δυνατότητα στο άτομο να παραμένει μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει τις εξής λειτουργίες:

- § Πρόληψη και προαγωγή ψυχικής υγείας. Η πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν μια ορισμένη νόσο ή ομάδα νόσων, ώστε να ανακοπούν τα αίτια πριν νοσήσει το άτομο. Για παράδειγμα παρεμβάσεις που αφορούν την κατάθλιψη σε μητέρες, όπως προγράμματα αναγνώρισης, εκπαίδευσης και θεραπείας τα οποία βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν τυχόν ανεπιθύμητες εκβάσεις στα παιδιά τους.
- § Πρώιμη διάγνωση. Οι δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, οι προκαθορισμένες λίστες διαγνωστικών συμπτωμάτων, τα πρότυπα διαγνωστικών κριτηρίων επιτρέπουν στους ειδικούς την επίτευξη μεγάλου βαθμού αξιοπιστίας και εγκυρότητας στη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Μια σωστή, αντικειμενική διάγνωση αποτελεί σημαντικό σημείο εκκίνησης για οποιαδήποτε παρέμβαση, και είναι ουσιώδης ώστε να σχεδιαστεί η περίθαλψη του ατόμου και να αποφασισθεί η κατάλληλη θεραπεία.

- § Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων των κατ' οίκον επισκέψεων. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών. Χορήγηση και παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής. Ολοκληρωμένη, συνθετική προσέγγιση.
- § Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν σε: βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση.
- § Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Ειδικά προγράμματα τόσο για νομικούς και ειδικές κατηγορίες (εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ.). Στενή συνεργασία με κοινοτικές υπηρεσίες.
- § Διάχυση γνώσεων - Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας δημόσιου χαρακτήρα (κρατικές και μη κερδοσκοπικές) που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και προσφέρουν Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ή Περίθαλψης απεικονίζονται κατά μορφή και αριθμό στον πίνακα 11.

Μονάδες Ψυχικής Υγείας	Πλήθος
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	25
Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής- Παραρτήματα του Ε.Κ.Ψ.Υ. & Ε.	8
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	10
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	9
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γ.Ν. χωρίς ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	32
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γ.Ν. χωρίς ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	3
Κέντρα Ημέρας	17
Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας	2
Μονάδες Εφήβων	1
Σύνολο Μονάδων/ δομών	107

Πίνακας 11: Μονάδες Ψυχικής Υγείας

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007)

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διακρίνονται σε:

- § **Κέντρα Ψυχικής Υγείας** - Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελούν τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας και κατέχουν κομβικό ρόλο στο δίκτυο των τομεοποιημένων κοινοτικών ψυχιατρικών δομών. Θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ο πρώτος «ηθμός» στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής ενός ψυχικά πάσχοντα. Τα ΚΨΥ είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Γενικών ή Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (Άρθρο 5 Ν.2716/1999), των οποίων σκοπός είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση και η διαφώτιση στην κοινότητα, η πρόληψη, η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη των ψυχικά πασχόντων (Άρθρο 21, Ν.1397/1983).
- § **Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής** - Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής) είναι κοινωφελείς οργανισμοί ιδιωτικού δικαίου του Δημοσίου. Οι σκοποί και η λειτουργία τους συνάδουν με αυτούς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Τα Κέντρα έχουν παραρτήματα σε διάφορες πόλεις της χώρας και στη δομή τους περιλαμβάνονται διαφορετικού τύπου μονάδες οι οποίες καλύπτουν ευρύ φάσμα αναγκών ψυχικής υγείας για όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού.
- § **Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα** - Τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρο (ΙΠΚ) παρέχουν υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες καθώς και ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η φροντίδα παρέχεται μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ' οίκον επισκέψεων, κοινοτικών δράσεων.
- § **Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας** - Η Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) αποτελούν μονάδες των νοσοκομείων ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. (Άρθρο 2 Αριθ.Υ5β/οικ.1662/ΦΕΚ Β'/691 5-6-2001). Οι ΚΜΨΥ παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε κατοίκους περιοχών της αρμοδιότητός τους που έχουν δυσχέρειες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

- § **Κέντρα Ημέρας** - Τα Κέντρα Ημέρας είναι μονάδες που απευθύνονται σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας.
- § **Μονάδες κατ' οίκον Φροντίδας** - Οι Μονάδες κατ' οίκον Φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες σε ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή με διαταραχές συμπεριφοράς, πραγματοποιώντας επισκέψεις κατ' οίκον, προκειμένου να αποφευχθεί η εισαγωγή τους σε μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Απευθύνονται γενικότερα σε άτομα που η κατάστασή τους επιβάλλει την κατ' οίκον παρέμβαση.
- § **Μονάδα Εφήβων** - Οι Μονάδες Εφήβων παρέχουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες εξειδικευμένα σε εφήβους από 13 - 19 ετών και στις οικογένειές τους. Στις θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται: υποστηρικτική-συμβουλευτική παρέμβαση και θεραπευτική παρακολούθηση του παιδιού, του εφήβου και της οικογένειας, βραχείας ή μακράς διάρκειας, ατομική θεραπεία, ομαδική θεραπεία και οικογενειακή θεραπεία.

Η περιφερειακή διάσταση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας εμφανίζεται στον πίνακα 12

Μονάδες Ψυχικής Υγείας	Διοικητικές Περιφέρειες												
	Αττικής	Κεντρικής Μακίνιας	Ανατολικής Μακίνιας	Κρήτης	Θεσσαλίας	Δυτικής Ελλάδας	Πελοποννήσου	Νοτίου Αιγαίου	Βορείου Αιγαίου	Στερεάς Ελλάδας	Ηπείρου	Δυτικής Μακεδονίας	Ιονίων Νήσων
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	5	5	5	2	2	1	1	-	1	1	1	-	-
Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής- Παραρτήματα του Ε.Κ.Ψ.Υ. & Ε.	3	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	7	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	-	2	2	1	-	-	-	3	1	-	-	-	-
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γ.Ν. χωρίς ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	5	4	4	2	3	3	2	1	2	2	2	2	-
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γ.Ν. χωρίς ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Κέντρα Ημέρας	7	6	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Μονάδες Εφήβων	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Σύνολο Μονάδων/ δομών	29	22	12	10	7	5	4	4	4	3	3	2	1

Πίνακας 12: Μονάδες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007)

4.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Από Ασφαλιστικούς Οργανισμούς

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στην Ελλάδα είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με σκοπό την ασφάλιση των εργαζομένων, ενώ παράλληλα κατέχουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο σχεδιασμός των πολιτικών που ακολουθούνται στην δημόσια ασφάλιση γίνεται από την Κυβέρνηση και ειδικότερα από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 30 ασφαλιστικοί οργανισμοί για την παροχή υπηρεσιών υγείας οι οποίοι καλύπτουν το 95% του συνολικού πληθυσμού. Οι περισσότεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί λειτουργούν με διαφορετικά πρότυπα παρέχοντας όχι μόνο υγειονομική κάλυψη αλλά συνταξιοδοτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες πρόνοιας και άλλα οφέλη στους ασφαλισμένους τους. Όλοι οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό σύμφωνα με το είδος του επαγγέλματος που ακολουθούν. Οι τρεις μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί στην χώρα μας είναι το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α.), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.). Το Ι.Κ.Α. καλύπτει την πλειοψηφία των ιδιωτικών υπαλλήλων και των εργατών (50%), ο Ο.Γ.Α. καλύπτει τους πολίτες εκείνους που τουλάχιστον το μισό τους εισόδημα προέρχεται από γεωργικές δραστηριότητες και ο Ο.Α.Ε.Ε. καλύπτει τους ελεύθερους επαγγελματίες, τους εμπόρους και τους μικροεπιχειρηματίες. Τα ασφαλιστικά ταμεία αυτά καλύπτουν περισσότερο από το 80% του ασφαλισμένου πληθυσμού της χώρας. Για τους εργαζομένους που δουλεύουν στον δημόσιο τομέα, στις Δ.Ε.Κ.Ο., στους τραπεζικούς οργανισμούς και στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι αντιπροσωπεύουν το 10% του πληθυσμού της χώρας, λειτουργούν ανεξάρτητα ασφαλιστικά ταμεία.

Η χρηματοδότηση για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς πραγματοποιείται από τις εργοδοτικές εισφορές και από τις κρατήσεις των εργαζομένων στο μηνιαίο εισόδημά τους. Επιπλέον, οι τακτικές εισφορές από τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό, η έμμεση φορολογία και οι πόροι που απορρέουν από τις επενδύσεις της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών οργανισμών βοηθούν στην χρηματοδότηση αυτών.

Ο κάθε ασφαλιστικός οργανισμός ακολουθεί ξεχωριστό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του. Το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών αυξήθηκε την δεκαετία του '80. Από το 1982 ο Ο.Γ.Α. καλύπτει την φαρμακευτική φροντίδα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας βελτιώθηκε αισθητά με την ανάπτυξη των κέντρων υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Ο Ο.Α.Ε.Ε. ανέπτυξε σημαντικά το σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στις αρχές του 1970 ο αριθμός των ασφαλιστικών

ταμείων μειώθηκε στο μισό με αποτέλεσμα κάποια μικρά ασφαλιστικά ταμεία που κάλυπταν συγκεκριμένα επαγγέλματα να απορροφηθούν από το Ι.Κ.Α. Παρ' όλα αυτά οι σημαντικές διαφορές και τα κενά στην επάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης υπάρχουν ακόμα.

Γενικά, οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους του Ο.Π.Α.Δ. και του Ο.Α.Ε.Ε. αλλά και σε αυτούς που ανήκουν σε ανεξάρτητα ασφαλιστικά ταμεία είναι καλύτερες και ποιοτικότερες από αυτές που παρέχονται στο Ι.Κ.Α. και στον Ο.Γ.Α., ειδικότερα όσον αφορά την ελευθερία στην επιλογή του παρόχου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ασφαλισμένοι μπορούν να εξεταστούν όπου επιλέξουν οι ίδιοι (ακόμα και αν ανήκει στον ιδιωτικό τομέα).

Η πλειοψηφία των ασφαλιστικών οργανισμών αποζημιώνει τους ασφαλισμένους για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, την φαρμακευτική αγωγή και την οδοντιατρική περίθαλψη. Μερικά ταμεία αποζημιώνουν επίσης τις διαγνωστικές και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Α.Ε.Ε. και κάποια μικρότερα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν την οδοντιατρική περίθαλψη. Οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. μπορούν να χρησιμοποιούν τα οδοντιατρεία, τα εργαστήρια και τα διαγνωστικά εξεταστήρια των κέντρων υγείας, χωρίς επιπλέον χρέωση. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. και του Ο.Α.Ε.Ε. εξετάζονται από ιδιώτες ιατρούς και κυρίως οδοντίατρος.

4.5.1 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός στην Ελλάδα ο οποίος καλύπτει περίπου το 50% του πληθυσμού της χώρας με 5,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους. Ιδρύθηκε την δεκαετία του '30 έχοντας ως σκοπό την ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα στα μεγάλα αστικά κέντρα, με σταδιακή κάλυψη όλης της επικράτειας. Κατά τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας, που κάλυπτε το ένα τρίτο του πληθυσμού, οι υπηρεσίες του ΙΚΑ ήταν περιορισμένες λόγω των μειωμένων πόρων με αποτέλεσμα η κοινωνική προστασία να απορρέει από την περιορισμένη συνεισφορά της πολιτείας και ανομοιόμορφους παρόχους σε όρους ποιότητας, ποσότητας και είδους παρεχομένων υπηρεσιών.

Το ΙΚΑ διαθέτει ένα αποκεντρωμένο δίκτυο που αποτελείται από 290 ιατρεία και πολυιατρεία (πίνακας 13) τα οποία στελεχώνονται από 8.285 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και από 4.011 νοσηλευτικές και λοιπούς υγειονομικούς υπαλλήλους (πίνακας 14). Η διοίκηση του ασφαλιστικού ταμείου πραγματοποιείται από τους 8.882 υπαλλήλους που αποτελεί το διοικητικό προσωπικό του ΙΚΑ.

Είδος Υποκαταστήματος	31/12/2002	31/12/2003	Μεταβολή (%)
Περιφερειακά υποκαταστήματα	21	21	0
Τοπικά υποκαταστήματα	136	137	0,74
Παραρτήματα υποκαταστήματα	133	132	-0,75
ΣΥΝΟΛΟ	290	290	0

Πίνακας 13: Αριθμός Υποκαταστημάτων και Παραρτημάτων του ΙΚΑ
(Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Στατιστικά 2003)

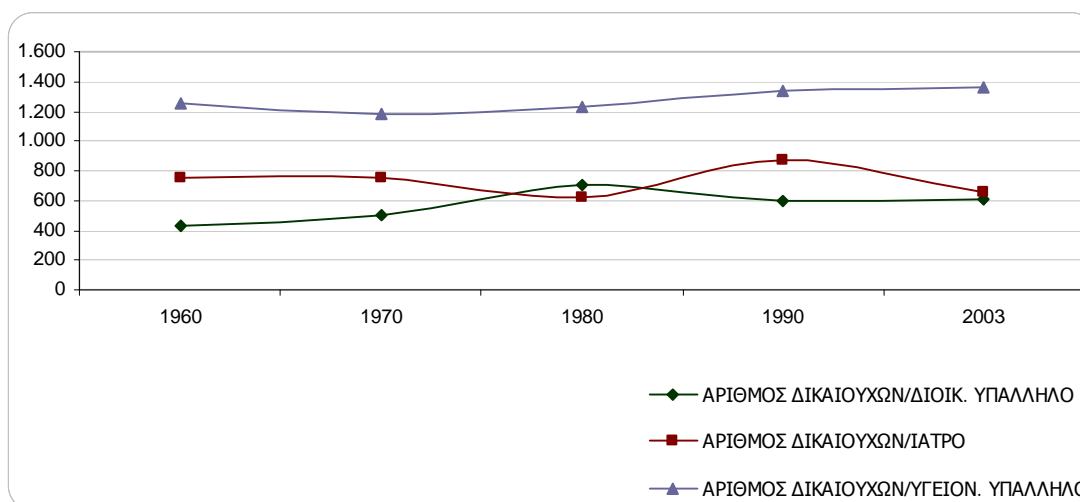
Οι περισσότεροι ιατροί που απασχολούνται στο ΙΚΑ είναι μισθωτοί μερικής απασχόλησης και έχουν στην κατοχή τους ιδιωτικό ιατρείο. Σε απομακρυσμένες περιοχές όπου ο πληθυσμός ευθύνης είναι μικρός και το ΙΚΑ δεν έχει δικές του δομές, γίνονται συμβάσεις με τους αγροτικούς ιατρούς που παρέχουν τις υπηρεσίες τους αμειβόμενοι από το ΙΚΑ με κατά κεφαλήν χρέωση.

Κατηγορία Προσωπικού	31/12/2002	31/12/2003	Μεταβολή (%)
Διοικητικοί Υπάλληλοι			
Τακτικοί	8.536	8.826	3,4
Αορίστου χρόνου	53	52	-1,89
Ορισμένου χρόνου	5	4	-20
Σύνολο	8.594	8.882	3,35
Ιατροί			
Ελεγκτές			
Μόνιμοι θεραπευτές	2.441	2.242	-8,15
Με σύμβαση θεραπευτές	5.486	5.844	6,53
Ιατροί νοσοκομείων	358	199	-44,41
Ιατροί ορισμένου χρόνου			
Σύνολο	8.285	8.285	0
Υγειονομικοί Υπάλληλοι			
Μόνιμοι	3.878	3.996	3,04
Με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου	17	15	-11,76
Σύνολο	3.895	4.011	2,98

Πίνακας 14: Αριθμός Υπαλλήλων ανά Κατηγορία
(Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Στατιστικά 2003)

Το ΙΚΑ ήταν ο πρώτος οργανισμός που εισήγαγε το 1960 την έννοια του οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα, βασισμένο στο Βρετανικό σύστημα υγείας (NHS). Η καινοτομία αυτή στόχευε στη δημιουργία μιας αμφίδρομης σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή για να διασφαλίσει την συνεχή φροντίδα υγείας, να μειώσει τις άσκοπες επισκέψεις των ασθενών στους ειδικευμένους ιατρούς στην περίπτωση που ο οικογενειακός ιατρός έχει την δυνατότητα να δώσει την λύση και να προάγει την πρόληψη αναπτύσσοντας τις συνθήκες φροντίδας υγείας. Ο οικογενειακός ιατρός θα βρισκόταν στην πολυκλινική του ΙΚΑ και στο ιδιωτικό του ιατρείο κάνοντας κατ' οίκον επισκέψεις όποτε κρινόταν απαραίτητο. Το σύστημα εφαρμόστηκε πιλοτικά το ίδιο έτος στην Κρήτη, στην πολυκλινική των Χανίων, και σε διάστημα δύο χρόνων εξαπλώθηκε σε πέντε πολυκλινικές καλύπτοντας 250.000 ασφαλισμένους. Λόγω του ότι εκείνη την χρονική περίοδο η ειδικότητα της γενικής ιατρικής δεν ήταν επίσημα εισαγμένη στην Ελλάδα, το ΙΚΑ έπρεπε να καλύψει το κενό με την πρόσληψη ιατρών άλλων ειδικοτήτων και ανειδίκευτων ιατρών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον μειωμένο ρυθμό ανάπτυξης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και την άρνηση των ιατρών να γίνουν μέρος του συστήματος. Οι υπηρεσίες του ΙΚΑ αναπτύχθηκαν πάνω σε αυτές τις βάσεις με συνέπεια να μην καταφέρει μια αποδοτική προστασία που θα μείωνε την δυσαρέσκεια των πολιτών.

Το παρακάτω σχήμα αποτυπώνει την αναλογία των δικαιούχων περίθαλψης ανά υπάλληλο κάθε κατηγορίας του πίνακα 14 στην χρονική εξέλιξη. Μεγάλο πρόβλημα αντιμετωπίζεται στο υγειονομικό προσωπικό όπου 1.357 ασφαλισμένοι θα πρέπει να εξυπηρετηθούν από έναν υγειονομικό υπάλληλο. Μικρότερο πρόβλημα παρατηρείται στην αναλογία των δικαιούχων ανά ιατρό και υγειονομικό υπάλληλο που κυμαίνεται στους 600 ασφαλισμένους.



Σχήμα 8: Αναλογία Δικαιούχων Περίθαλψης ανά Υπάλληλο κάθε Κατηγορίας

(Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Στατιστικά 2003)

Παροχές Ασθενειών σε Είδος	31/12/2002	31/12/2003	Μεταβολή (%)
Ιατρική Περιθαλψη			
Επισκέψεις σε ιατρεία	21.126.934	21.853.528	3,44
Επισκέψεις κέντρων μάνας	207.388	314.987	51,88
Επισκέψεις κατ' οίκον	426.062	335.812	-21,18
Επισκέψεις αγροτικών ιατρών	262.659	240.130	-8,58
Σύνολο επισκέψεων	22.023.043	22.744.457	3,28
Μικροβιολογικές εξετάσεις	19.761.747	21.180.544	7,18
Ακτινολογικές εξετάσεις	903.591	923.388	2,19
Λοιπές παρακλινικές εξετάσεις	307.098	330.721	7,69
Σύνολο εργαστηριακών εξετάσεων	20.972.436	22.434.653	6,97
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	42.995.479	45.179.110	5,08
Φαρμακευτική Περιθαλψη			
Αριθμός συνταγών	23.794.084	24.934.640	4,79
Αριθμός φαρμάκων	47.890.646	49.332.135	3,01
Προληπτική Δράση (Δαπάνη σε €)	10.088.698	10.772.247	6,78

Πίνακας 15: Παροχές Ασθενειών

(Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Στατιστικά 2003)

Από τον πίνακα 15 παρατηρείται μια ετήσια αύξηση στο σύνολο επισκέψεων και εξετάσεων κατά 5,08%. Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ το έτος 2003 μειώθηκαν κατά 0,18%. Δηλαδή, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έκαναν περισσότερες εξετάσεις το 2003(π.χ. ιός σε έξαρση, επιδημιολογικό κ.ά.).

Το ΙΚΑ παρέχει στα μέλη του μία ευρεία γκάμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, όπως:

- § Υπηρεσίες Γενικής Ιατρικής ενηλίκων και ηλικιωμένων
- § Προληπτικές υπηρεσίες
- § Υπηρεσίες αποθεραπείας
- § Διαγνωστικές Υπηρεσίες
- § Ενέργειες Προαγωγής της Υγείας
- § Παιδιατρική Φροντίδα
- § Οδοντιατρικές Υπηρεσίες
- § Γυναικολογικές & Μεσιτικές Υπηρεσίες
- § Οικογενειακός Προγραμματισμός
- § Πρώτες Βοήθειες

- § Εμβολιασμοί
- § Συνταγογράφηση
- § Επιδημιολογικές Έρευνες
- § Κοινωνική Φροντίδα
- § Φαρμακευτικές Υπηρεσίες

Περιφέρεια	Ιατρικές Επισκέψεις	Εργ/κές Εξετάσεις	Συνταγ/σεις	Φάρμακα	Άμεσα Ασφαλισμένοι
Ανατολική Μακεδονία-Θράκη	1.202.336	1.370.430	1.222.583	2.032.726	79.303
Κεντρική Μακεδονία	4.788.223	3.608.939	4.942.474	9.947.028	317.419
Δυτική Μακεδονία	385.152	364.681	669.013	1.172.031	30.280
Θεσσαλία	1.331.712	944.102	1.370.089	2.705.289	73.497
Ήπειρος	415.545	439.522	538.694	975.775	33.818
Ιόνια Νησιά	373.581	230.355	463.565	799.820	31.787
Δυτική Ελλάδα	1.136.092	1.320.992	1.337.738	2.137.015	70.992
Στερεά Ελλάδα	824.759	758.288	1.122.996	2.122.916	60.324
Πελοπόννησος	706.716	654.444	798.607	2.690.288	55.782
Αττική	9.815.385	11.196.579	10.828.759	21.498.292	1.035.196
Βόρειο Αιγαίο	286.626	217.626	454.172	889.717	21.901
Νότιο Αιγαίο	476.699	353.412	313.463	629.295	53.745
Κρήτη	1.001.631	975.283	872.487	1.731.943	92.834
ΣΥΝΟΛΟ	22.744.457	22.434.653	24.934.640	49.332.135	1.956.878

Πίνακας 16: Παροχές Ασθενειών ανά Περιφέρεια (Έτος 2003)
(Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Στατιστικά 2003)

Στην πράξη, οι υπηρεσίες ΠΦΥ που παρέχονται από το ΙΚΑ περιορίζονται κυρίως στην συνταγογράφηση (45% των περιπτώσεων), και στην παραπομπή σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας (κυρίως σε ηλικιωμένους, οι οποίοι είναι και οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών).

4.5.2 Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης (Ο.Γ.Α.)

Ο Οργανισμός Γεωργικής Ανάπτυξης λειτουργεί από το 1961 και η θεσμοθέτηση του έγινε από τον Νόμο 4169. Σκοπός του είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και η χορήγηση συντάξεων στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Στην χρονική εξέλιξη, ο ΟΓΑ ενδυνάμωσε την ασφαλιστική προστασία με την προσθήκη νέων παροχών όπως φαρμακευτική περίθαλψη, ασφάλιση της οικογένειας του ασφαλισμένου,

νοσοκομειακή περίθαλψη, επιδόματα και ειδικά προγράμματα για άτομα με ειδικές ανάγκες. Το 1998 ο Νόμος 2458/1997 μετατρέπει τον ΟΓΑ σε ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών, διευρύνοντας την ασφαλιστική προστασία. Η χρονική περίοδος που διανύεται τώρα είναι μια μεταβατική περίοδος από το παλιό στο νέο σύστημα και προβλέπεται να ολοκληρωθεί με ομαλό τρόπο χωρίς τα ασφαλιστικά δικαιώματα του ασφαλισμένου να μειωθούν. Οι κατηγορίες επαγγελματιών που καλύπτει ο ΟΓΑ είναι οι ακόλουθες:

- § Οι αγρότες που ασκούν το επάγγελμα για βιοποριστικούς λόγους στην αγροτική οικονομία.
- § Οι επαγγελματίες και οι βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμα σε αγροτικές αραιοκατοικημένες περιοχές με συγκεκριμένους όρους.
- § Οι αλιείς εκείνοι που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση άλλου φορέα.
- § Οι πολίτες που κατοικούν μόνιμα σε περιοχές με λίγες κατοίκους οι οποίοι απασχολούνται με οποιαδήποτε βιοποριστική εργασία, εφόσον δεν είναι ασφαλισμένοι σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό.
- § Οι Μοναχοί και οι Μοναχές, που απασχολούνται με αγροτικές εργασίες.

Ο κοινωνικός ρόλος του ΟΓΑ ενισχύθηκε με τον θεσμό της Αγροτικής Εστίας που στοχεύει στην φροντίδα του αγρότη και στην αναβάθμιση της ποιοτικής ζωής των ασφαλισμένων του.

Ο ΟΓΑ είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός στην Ελλάδα καλύπτοντας το 19.5% του συνολικού πληθυσμού. Η χρηματοδότηση του ΟΓΑ πραγματοποιείται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Με αυτόν τον τρόπο οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προσφέρονται δωρεάν στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ. Οι υπηρεσίες παρέχονται από τα αγροτικά κέντρα υγείας, τα περιφερειακά τους ιατρεία, από τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ αλλά και από τα θεραπευτήρια που είναι συμβεβλημένα με το ασφαλιστικό ταμείο.

Ο ΟΓΑ παρέχει στους ασφαλισμένους του ιατρική φροντίδα, μικροβιολογικές και λοιπές εξετάσεις, συνταγογράφηση φαρμάκων και την χορήγηση αυτών σε περίπτωση χρόνιας πάθησης. Επιπρόσθετα, ορισμένες ειδικές εξετάσεις (υπέρηχοι, σπινθηρογραφήματα, μαστογραφία, test-pap κ.ά) πραγματοποιούνται στα συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια χωρίς να επιβαρυνθούν οικονομικά οι ασφαλισμένοι. Το δίκτυο του ΟΓΑ περιλαμβάνει 8.000 ιδιώτες ιατρούς με κύρια αρμοδιότητα τους την συνταγογράφηση των φαρμάκων. Η πληρωμή τους γίνεται ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων που τους επισκέπτονται.

4.5.3 Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) συστάθηκε με τον Νόμο 2768/1999 έχοντας ως αρμοδιότητα την περίθαλψη των ασφαλισμένων του Δημοσίου. Ο ΟΠΑΔ είναι υπεύθυνος για να οργανώνει και να παρακολουθεί το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχεται στους ασφαλισμένους του, με βασικό του σκοπό την βελτίωση και την αποτελεσματικότητα της ποιότητας. Οι πόροι του ασφαλιστικού οργανισμού απορρέουν από τις επιχορηγήσεις του Τακτικού Προϋπολογισμού. Οι επιχορηγήσεις εξαρτώνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων που είναι το 2,55% επί των αποδοχών τους και τη διπλάσια συνεισφορά από το Δημόσιο. Τα έσοδα του ΟΠΑΔ αυξάνονται από τις επιχορηγήσεις του προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων, εισφορές νομικών και φυσικών προσώπων, δωρεές, κληροδοσίες, τόκους από τα κεφάλαια και κάποιες ακόμα οικονομικές εισροές. Ο ΟΠΑΔ εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τα θέματα υπηρεσιών υγείας και από το Υπουργείο Οικονομικών και Οικονομίας για τα θέματα της οικονομικής διαχείρισης.

Ο ΟΠΑΔ παρέχει στους ασφαλισμένους του μία ευρεία γκάμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών παροχών. Ορισμένες από αυτές είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, η ιατρική, φαρμακευτική και η οδοντιατρική περίθαλψη και η αποκατάσταση της υγείας.

Βασικός στόχος του ΟΠΑΔ είναι η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας κρατώντας τις δαπάνες περίθαλψης σε ένα σημείο χωρίς αξιολογες μεταβολές. Συνεπώς, τα χρήματα τα οποία δαπανώνται για τους ασφαλισμένους θα πρέπει να αποκτήσουν ανταποδοτική αξία σε ποιοτικά υψηλότερες υπηρεσίες πρόληψης και περίθαλψης. Σύμφωνα με το επιχειρησιακό πρόγραμμα του ΟΓΑ, για την πραγματοποίηση του βασικού στόχου θα πρέπει να επιτευχθούν πρώτα κάποιοι ενδιάμεσοι στόχοι όπως:

- § Η εισαγωγή σύγχρονων μορφών οικονομικής διαχείρισης και η ομοιόμορφη κατανομή του κόστους ανά μονάδα προσφοράς.
- § Η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού σε όλα τα επίπεδα.
- § Η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων.
- § Η εφαρμογή ενός πληροφοριακού συστήματος που θα μειώσει τις γραφειοκρατικές διαδικασίες.
- § Η ανάπτυξη μιας νέας πολιτικής που θα κάνει αποδοτικότερη την σχέση με τον προμηθευτή.

§ Η αλλαγή του τρόπου σκέψης των ασφαλισμένων εκείνων που κάνουν αλόγιστη χρήση με αποτέλεσμα την δημιουργία προκλητής ζήτησης σε συνδυασμό με ελεγκτικούς μηχανισμούς.

Οι ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ καλύπτουν το 12,77% του συνολικού πληθυσμού της χώρας με 1,4 εκατομμύρια άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους. Οι συμβεβλημένοι ιατροί του ασφαλιστικού ταμείου ανέρχονται στους 9.378 οι οποίοι αμείβονται ανάλογα με τις επισκέψεις που δέχονται (ΟΠΑΔ, 2006). Το πρότυπο που ακολουθεί ο ΟΠΑΔ για την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η ελεύθερη επιλογή του ιατρού, ο οποίος έχει κάνει σύμβαση ορισμένου χρόνου. Ο ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα αν επιθυμεί να επισκεφτεί κάποιον μη συμβεβλημένο ιατρό. Η εξόφληση της επίσκεψης καταβάλλεται από τον ασφαλισμένο, ο οποίος με την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών (απόδειξη πληρωμής, βιβλιάριο υγείας, παραπεμπτικό κ.ά) παίρνει την προβλεπόμενη αποζημίωση από τον ασφαλιστικό οργανισμό.

4.5.4 Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών ιδρύθηκε με την ψήφιση του Νόμου 2676 του 1999. Ο ΟΑΕΕ είναι συγχωνευμένος οργανισμός και αποτελείται από το Ταμείο Ασφαλίσεως Εμπόρων (Τ.Α.Ε.), το ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (Τ.Ε.Β.Ε.), το Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών (Τ.Σ.Α.), το τακτικό προσωπικό του Τ.Σ.Α., καθώς και από τους ξενοδόχους που η επιχειρηματική τους δραστηριότητα άρχισε μετά την έναρξη του ΟΑΕΕ (προαιρετικά μπορούν να ασφαλιστούν και οι ξενοδόχοι που άρχισαν πριν την έναρξη του ΟΑΕΕ). Στην ασφάλισή του υπάγονται όλα τα πρόσωπα που ήταν ασφαλισμένα στους παραπάνω καταργημένους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

	Τ.Ε.Β.Ε	Τ.Α.Ε.	Τ.Σ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Ασφαλισμένοι	583.476	148.110	74.000	805.586
Συνταξιούχοι	173.302	33.475	47.222	253.999
ΣΥΝΟΛΟ	756.778	181.585	121.222	1.059.585

Πίνακας 17: Αριθμός Ασφαλισμένων Συνταξιούχων του ΟΑΕΕ (Έτος 2002)
(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2004)

Σκοπός του ΟΑΕΕ είναι η ασφαλιστική κάλυψη των ασφαλισμένων του σε περίπτωση ασθένειας, ατυχήματος, γήρατος και άλλων περιπτώσεων καθώς και η ασφάλιση των μελών της οικογένειας των ασφαλισμένων. Ο ΟΑΕΕ περιλαμβάνει τον κλάδο Υγείας και τον κλάδο Σύνταξης με πλήρη οικονομική και λογιστική αυτοτέλεια. Οι πόροι του ΟΑΕΕ αποτελούνται από τα έσοδα των καταργημένων ασφαλιστικών οργανισμών, έσοδα από ατομικές ή άλλες εισφορές, επιχορηγήσεις από τον Κρατικό

Προϋπολογισμό, έσοδα από κοινωνικούς πόρους και από κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από την δραστηριότητά του.

Στον Κλάδο Υγείας του ΟΑΕΕ υπάγονται υποχρεωτικά οι παρακάτω μαζί με τις οικογένειές τους:

- § οι ασφαλισμένοι στον Κλάδο Ασθένειας του Τ.Ε.Β.Ε.
- § οι ασφαλισμένοι στον Κλάδο Ασθένειας του Τ.Α.Ε.
- § οι ξενοδόχοι των οποίων η επιχειρηματική δραστηριότητα αρχίζει μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου (προαιρετικά οι παλαιότεροι ξενοδόχοι).

Η διοίκηση του ΟΑΕΕ αποτελείται από εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο με επικεφαλής τον Διοικητή ως Πρόεδρο του Συμβουλίου. Η θητεία του Δ.Σ είναι τετραετής. Οι αρμοδιότητες του Δ.Σ είναι η διοίκηση των ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ, η διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων, η εν γένει εκπλήρωση των σκοπών και των στόχων του ΟΑΕΕ και η υποβολή προτάσεων στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4.5.5 Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.)

Το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ) ιδρύθηκε το 1861 ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και εποπτεύεται από το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας. Αποτελεί το βασικό ίδρυμα κοινωνικής προστασίας των ναυτικών της χώρας με 38.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους. Αναφορικά, το ΝΑΤ είναι ένας από τους παλαιότερους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη και συστήθηκε με την προτροπή της Βασίλισσας Αμαλίας που είχε ως όραμα έναν πρωτοποριακό εθνικό φορέα ασφάλισης για τους Έλληνες ναυτικούς.

Σκοπός του ΝΑΤ είναι η ασφάλιση των εργαζομένων στη θάλασσα. Οι πόροι του οργανισμού απορρέουν από τις εισφορές των πλοιοκτητών και των ναυτικών (με κρατήσεις από τις μηνιαίες αποδοχές) καθώς και από άλλες περιορισμένες πηγές όπως έκδοση αδειών αλιείας και άρση ναυαγίων. Το ΝΑΤ παρέχει συνταξιοδοτική και επικουρική ασφάλιση στους ναυτικούς αλλά και στα μέλη των οικογενειών τους. Επιπλέον, από τα έσοδα του παρέχει, μέσω του Οίκου Ναύτου, νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους τους. Ο οίκος Ναύτου αποτελεί ίδρυμα κοινωνικής προστασίας και εποπτεύεται από το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας.

Ο ασφαλιστικός οργανισμός προστατεύει τους εργαζόμενους και τους άνεργους ναυτικούς μαζί με τα μέλη των οικογενειών τους καθώς και του συνταξιούχους του ΝΑΤ. Ο Οίκος Ναύτου προσφέρει επίδομα στους άνεργους ναυτικούς, το οποίο προέρχεται από το "Κεφάλαιο Ασθενείας και Ανεργίας" που αποτελεί ειδικό λογαριασμό του Ν.Α.Τ προερχόμενο από τις εισφορές.

4.5.6 Οικονομικά Στοιχεία Ασφαλιστικών Οργανισμών

Ο πίνακας 18 αναφέρει τα οικονομικά στοιχεία των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών για το έτος 2002 που αναλύθηκαν παραπάνω εκτός από τον ΟΠΑΔ που τα οικονομικά του στοιχεία δεν δημοσιεύονται.

Ασφαλιστικός Οργανισμός	Σύνολο Εσόδων (€)	Σύνολο Εξόδων(€)	Συντάξεις* (€)
Ι.Κ.Α.	8.087.800	8.372.975	5.751.224
Ο.Γ.Α.	3.161.224	3.206.466	1.983.276
Ο.Α.Ε.Ε.	2.065.072	2.227.496	1.748.515
N.A.T.	523.527	571.012	552.516

Πίνακας 18: Οικονομικά Στοιχεία Μεγαλύτερων Ασφαλιστικών Οργανισμών
(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2004)

* Οι συντάξεις περιλαμβάνονται στο Σύνολο Εξόδων.

4.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Από Την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση συμβάλει στην ΠΦΥ των πολιτών μέσω των Δήμων. Στους μεγαλύτερους Δήμους έχουν αναπτυχθεί Δημοτικά Ιατρεία που είναι σαν τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία. Σκοπός τους είναι να εξυπηρετούνται οι Δημότες κοντά στον τόπο κατοικίας τους και να εξετάζονται οι οικονομικά αδύνατοι (συνήθως ανασφάλιστοι και μετανάστες) αφού οι υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν. Τα Δημοτικά Ιατρεία εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης για τους πολίτες κάτω από την γενική φιλοσοφία “Υγεία για Όλους”. Στο πλαίσιο αυτό τα δημοτικά ιατρεία συνεργάζονται συχνά με πανεπιστημιακούς και επιστημονικούς φορείς για την υλοποίηση κοινών προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Τα ιατρεία είναι στελεχωμένα με ιατρούς των περισσότερων βασικών ειδικοτήτων και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι δημότες μπορούν να επισκέπτονται τα δημοτικά ιατρεία στην πρωινή ή και στην απογευματινή βάρδια.

Κάθε Δήμος που διαθέτει δημοτικά ιατρεία έχει συγκροτήσει ένα ειδικό τμήμα που είναι υπεύθυνο για την σωστή λειτουργία τους. Σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας των Δήμων, οι αρμοδιότητες του τμήματος αυτού είναι οι εξής:

- § Η επιμέλεια της ομαλής λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων, η διάρθρωση του Διοικητικού Προσωπικού, η διαχείριση υλικού, η φύλαξη των Ιατρείων, η καθαριότητα και η τήρηση βιβλίων επισκέψεων ασθενών.
- § Η κατάρτιση της μηνιαίας στατιστικής περίθαλψης των ασθενών η οποία υποβάλλεται στον αρμόδιο Αντιδήμαρχο.

- § Η σύνταξη των μηνιαίων μισθολογικών καταστάσεων του Υγειονομικού και Διοικητικού προσωπικού.
- § Η μέριμνα για την προμήθεια φαρμακευτικού υλικού των Ιατρείων μέσω της Διευθύνσεως.
- § Ο προγραμματισμός της διάθεσης της Κινητής Διαγνωστικής Μονάδας στα Διαμερίσματα του Δήμου.
- § Η παροχή υποστήριξης, φροντίδας και περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία έχουν ιδιαίτερες ανάγκες.
- § Η πρόσβαση στον Υγειονομικό Έλεγχο αθλητών και αθλητικών σωματείων σε συνεργασία με τον Οργανισμό Νεολαίας και Άθλησης και ο προγραμματισμός που πρέπει να εφαρμοστεί σε συνεργασία με εξειδικευμένους επιστήμονες.

Τα δημοτικά ιατρεία προσφέρουν κυρίως υπηρεσίες πρόληψης και συνταγογράφησης, αλλά και κοινωνικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Δημοτικά Ιατρεία είναι :

- § Γενικής Ιατρικής - Παθολόγου
- § Ορθοπαιδικού
- § Παιδιάτρου
- § Οδοντιάτρου
- § Γυναικολόγου
- § Κυτταρολόγου
- § Καρδιολόγου
- § Μικροβιολόγου
- § Δερματολόγου
- § Χειρουργού
- § Οφθαλμιάτρου
- § ΩΡΛ
- § Μαστολόγου

4.7 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Από Τον Ιδιωτικό Τομέα

Ο ιδιωτικός τομέας κατέχει ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό στην κατανομή των επισκέψεων ΠΦΥ. Στην Ελλάδα λειτουργούν 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια. Η δύναμη του ιδιωτικού τομέα ενισχύεται με 243 διαγνωστικά κέντρα, 310 μικροβιολογικά κέντρα και 43 ακτινολογικά κέντρα. Ο ιατρικός εξοπλισμός που επανδρώνει τα περισσότερα ιδιωτικά κέντρα βρίσκεται σε υψηλότερο τεχνολογικό επίπεδο από αυτόν που υπάρχει στον δημόσιο τομέα. Συνήθως οι ιδιωτικοί πάροχοι ΠΦΥ είναι συμβεβλημένοι με κάποιους ασφαλιστικούς οργανισμούς εξετάζοντας τους δικαιούχους αλλά και αυτούς που δεν έχουν κάποια ασφάλεια υγείας ή σύμβαση. Ο πίνακας 19 εμφανίζει τον καταμερισμό των διαγνωστικών, μικροβιολογικών και ακτινολογικών κέντρων με βάση τις 13 διοικητικές περιφέρειες.

Διοικητική Περιφέρεια	Διαγνωστικά Κέντρα	Μικροβιολογικά Κέντρα	Ακτινολογικά Κέντρα
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	2	2	0
Αττική	94	149	10
Βόρειο Αιγαίο	1	1	1
Δυτική Ελλάδα	16	19	2
Δυτική Μακεδονία	1	3	1
Ήπειρος	3	3	0
Θεσσαλία	15	13	4
Ιόνια Νησιά	2	3	1
Κεντρική Μακεδονία	80	85	21
Κρήτη	10	14	3
Νότιο Αιγαίο	3	2	0
Πελοπόννησος	6	9	0
Στερεά Ελλάδα	10	7	0
ΣΥΝΟΛΟ	243	310	43

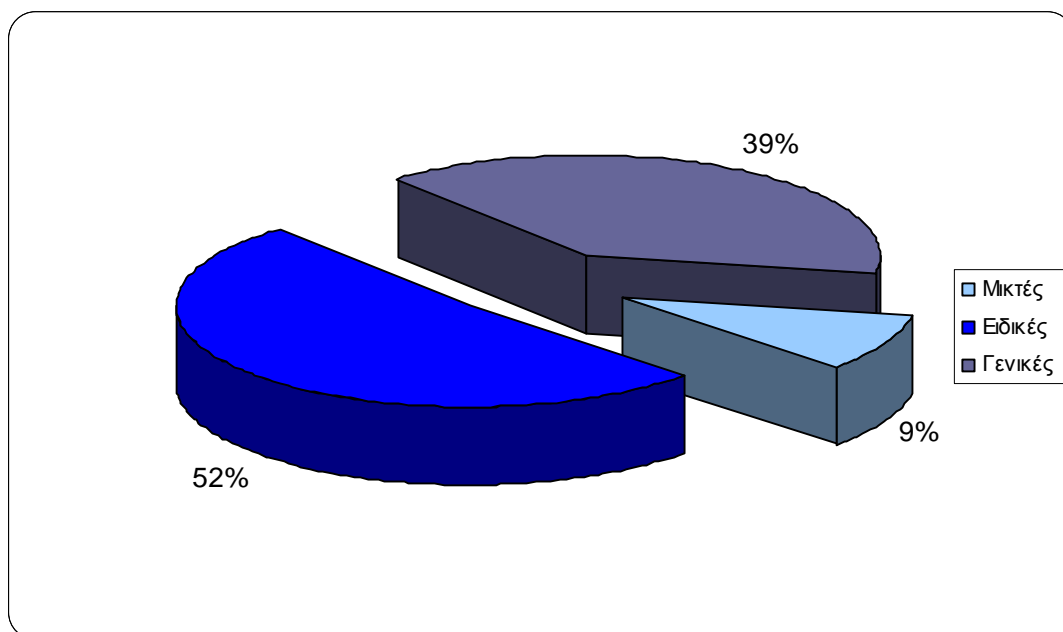
Πίνακας 19: Κατανομή των Διαγνωστικών Κέντρων και Εργαστηρίων
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 19 τα περισσότερα ιδιωτικά κέντρα βρίσκονται στις περιφέρειες που εδρεύουν τα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Λάρισα). Παρόμοια κατανομή παρατηρείται και στις ιδιωτικές κλινικές που χωρίζονται σε μικτές, ειδικές και γενικές, η οποία παρουσιάζεται από τον πίνακα 20.

Διοικητική Περιφέρεια	Μικτές	Ειδικές	Γενικές	Σύνολο
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	1	8	0	9
Αττική	5	31	41	77
Βόρειο Αιγαίο	0	1	2	3
Δυτική Ελλάδα	0	4	4	8
Δυτική Μακεδονία	0	5	1	6
Ήπειρος	0	2	0	2
Θεσσαλία	5	22	6	33
Ιόνια Νησιά	0	0	1	1
Κεντρική Μακεδονία	3	14	10	27
Κρήτη	0	2	7	9
Νότιο Αιγαίο	0	1	0	1
Πελοπόννησος	2	3	0	5
Στερεά Ελλάδα	1	5	1	7
ΣΥΝΟΛΟ	17	98	73	188

Πίνακας 20: Κατανομή Ιδιωτικών Κλινικών
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Η πλειοψηφία των ιδιωτικών κλινικών ανήκει στην κατηγορία των ειδικών λόγω του ότι η ΠΦΥ στον ιδιωτικό τομέα είναι στοχευμένη και οι ασθενείς επισκέπτονται κυρίως κάποια κλινική που έχει εξειδικευτεί στην συγκεκριμένη πάθηση.



Σχήμα 9: Κατανομή Ιδιωτικών Κλινικών ανά Είδος
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Η βασική ασχολία του ιδιωτικού τομέα είναι η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Κατά την δεκαετία του 90, το 90% των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα

αφορούσε βιοϊατρική τεχνολογία. Αυτό αναφερόταν στις απαγορεύσεις του κράτους για την λειτουργία ιδιωτικών νοσοκομείων σε συνάρτηση με την αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την κάλυψη των διαγνωστικών αναγκών του πληθυσμού. Οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι υποδομές οδήγησαν σε αυξημένο αριθμό ασθενών που στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα.

Ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει μεγάλους ρυθμούς ανάπτυξης στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά την τελευταία δεκαετία. Πάνω από 5 εκατομμύρια περιπτώσεις εξετάζονται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ του ιδιωτικού τομέα παρουσιάζουν κέρδη που φτάνουν τα € 153,4 εκατομμύρια.

4.8 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγειονομικής Περιθαλψης

Στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται 95 ιδιωτικές Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις από τις οποίες οι 18 παρουσιάζουν παραγωγή μόνο σε ασφαλίσεις ζωής ενώ οι 13 είναι μικτές (ασφαλίσεις ζωής και ζημιών). Εντός του 2005, οι ασφαλίσεις ζωής έφθασαν τα €1,93 δις. (Σχήμα 9) παρουσιάζοντας αύξηση κατά 11,94% σε σχέση με το 2004. Σαν αποτέλεσμα, το μίγμα προϊόντων των ασφαλίσεων ζωής σε σχέση με τις ασφαλίσεις ζημιών αυξήθηκε κατά 1,62%, καταλαμβάνοντας το 49,32%. Στην Ελλάδα περίπου το 5% είναι ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα υψηλόμισθα στελέχη που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και είναι ασφαλισμένα στο Ι.Κ.Α., είναι παράλληλα ασφαλισμένοι και σε κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία. Η πολιτική των ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών είναι να παρέχουν ξεχωριστό ασφαλιστικό πρόγραμμα σε κάθε πελάτη. Εξαιρείται το 30% των ασφαλισμένων όπου έχουν κάνει ομαδικά συμβόλαια. Η τακτική που ακολουθούν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι να επιλέγουν και να στοχεύουν σε νέους και υγιείς ανθρώπους, με προφανή λόγο την αύξηση των κερδών τους.

Το ποσοστό κάλυψης για τον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα αν και οι ασφαλισμένοι πληρώνουν αρκετά χρήματα στις ασφαλιστικές εταιρίες. Αναλυτές υποστηρίζουν πως ένας πιθανός λόγος που δεν ασφαλίζονται αρκετοί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες είναι ότι αφού θα πληρώσουν τον ιατρό και το ιδιωτικό κέντρο που θα εξεταστούν προτιμούν να τα πληρώσουν οι ίδιοι αναπτύσσοντας την σχέση ασθενή – ιατρού. Οι επιπτώσεις του προαναφερόμενου πολιτιστικού παράγοντα δεν πρέπει να υποτιμηθούν από τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Στα τέλη της δεκαετίας του '80 σε μια προσπάθεια για να προσελκύσουν περισσότερους πελάτες, οι εταιρίες ανέπτυξαν ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης με ένα μεγάλο εύρος από παρόχους υπηρεσιών υγείας

χωρίς κάποιο πλαφόν. Οι εταιρίες έκαναν συμβάσεις κυρίως με ιδιωτικά νοσοκομεία δίνοντας την ευκαιρία στους πελάτες τους να κάνουν απεριόριστη χρήση στις υπηρεσίες υγείας. Σε αντίθεση με την πολιτική αποζημίωσης, οι ασφαλιστικές εταιρίες πλήρωναν κατευθείαν τους παρόχους. Το αποτέλεσμα ήταν να αυξηθούν οι επισκέψεις, οι εργαστηριακές εξετάσεις και γενικότερα οι δαπάνες υγείας.

Ο τομέας των ασφαλίσεων ζωής διακρίνεται στους κλάδους που εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα. Από τον πίνακα αυτόν γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η ζήτηση για υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι περιορισμένη στο 1,62% (Κλάδος Ασφάλισης Υγείας (0,30%) και προγραμμάτων Πρόνοιας (1,32%)). Γεγονός που επιδεικνύει ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως μέσω των δημοσίων ασφαλιστικών οργανισμών.

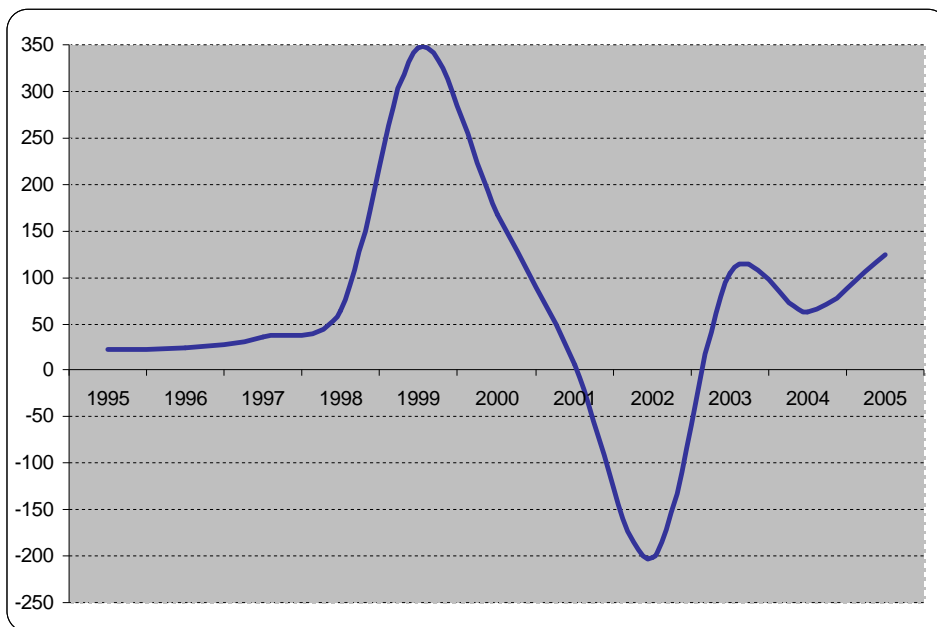
Κλάδοι Ασφάλισης Ζωής	Ποσό (σε €)	Ποσοστό
Κλάδος Ζωής	1.157.600.631,12	59,82%
Κλάδος Ασφάλειας Ζωής με Επενδύσεις	528.896.147,43	27,33%
Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	5.832.984,16	0,30%
Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	407.773,51	0,02%
Κλάδος Διαχείρισης Ομαδικών Συνταξιοδοτικών Κεφαλαίων	216.983.294,40	11,21%
Κλάδος Ομαδικού Προγράμματος Πρόνοιας	25.486.933,17	1,32%
ΣΥΝΟΛΟ	1.935.207.763,79	100,00%

Πίνακας 21: Παραγωγή Ασφαλιστρων Κλάδων Ζωής (Έτος 2005)

(Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδα 2005)

Μετά από αυτό οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ανέλαβαν πάλι τον έλεγχο, κάνοντας πιο αυστηρές τις συνθήκες και εισάγοντας στις αρχές της δεκαετίας του '90 ανώτατα όρια στις δαπάνες. Από το 1998 έχουν καθιερωθεί πρότυπα ιδιωτικής ασφάλισης. Τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης προσφέρουν ένα ολοκληρωμένο πακέτο από υπηρεσίες που όμως απέτυχαν να προσελκύσουν έναν σημαντικό αριθμό ατόμων. Οι κυριότεροι λόγοι είναι ότι ο ασφαλισμένος δεν έχει αρκετές επιλογές για το που θα εξεταστεί και υπάρχουν χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες σε περίπτωση που θα πρέπει να νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο.

Στο σχήμα 10 εμφανίζονται τα κέρδη και οι ζημιές που είχαν οι ασφαλιστικές εταιρίες από το 1995 μέχρι το 2005 σε εκατομμύρια ευρώ.



Σχήμα 10: Κέρδη / Ζημιές Χρήσεως (προ φόρων)
(Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2005)

Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν καλύπτουν τα έξοδα οδοντιατρικής και οφθαλμολογικής περίθαλψης, της πλαστικής χειρουργικής και της εναλλακτικής ιατρικής. Προϋπάρχουσες ασθένειες και χρόνιες παθήσεις εξαιρούνται από το συμβόλαιο και δεν υπάρχει η δυνατότητα αποζημίωσης για αυτές τις ασθένειες (οι ασφαλιστές συντάσσουν ατομικό συμβόλαιο). Η εκτίμηση του ασφαλιστή στην περίπτωση του ατομικού συμβολαίου στηρίζεται στην μεμονωμένη εκτίμηση ρίσκου και στην περίπτωση του ομαδικού συμβολαίου στηρίζεται στην εκτίμηση του κινδύνου για όλη την ομάδα. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση του ρίσκου είναι οι εξής:

- § Ηλικία
- § Φύλο
- § Επάγγελμα
- § Ιατρικό ιστορικό του ατόμου

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στο συμβόλαιο παίζει σημαντικό ρόλο αν ο ασφαλισμένος είναι αριστερόχειρας ή δεξιόχειρας. Στην περίπτωση που είναι αριστερόχειρας τα ποσά αποζημίωσης μειώνονται σημαντικά. Επιπρόσθετα, για να ολοκληρωθεί το συμβόλαιο ο ασφαλιστής θα πρέπει να ενημερωθεί για το ιατρικό ιστορικό όλης της οικογένειας, αν υπάρχουν κληρονομικές ασθένειες, ποιες αρρώστιες έχει περάσει ο πιθανός ασφαλισμένος, ο οποίος θα πρέπει να υποβληθεί σε εκτεταμένες ιατρικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Αν κάποιο από τα αποτελέσματα δεν βρίσκεται στα επιθυμητά πλαίσια η ασφαλιστική εταιρία έχει το δικαίωμα να

απορρίψει το συμβόλαιο ή να θέσει κάποιο όριο ηλικίας μικρότερο από το κανονικό. Το συμβόλαιο λήγει όταν ο ασφαλισμένος φτάσει το 65^ο έτος της ηλικίας του.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν διαθέτουν δικά τους ιατρεία αλλά οι υπηρεσίες παρέχονται από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και του ιδιωτικού τομέα, ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, με βασική προϋπόθεση τα παραπάνω να είναι συμβεβλημένα με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Μόνο οι μεγαλύτερες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες διαθέτουν ιδιόκτητες μονάδες υγείας.

4.9 Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Με την διάταξη του άρθρου 31 του Ν. 2519/1997 καθορίζονται δίκτυα πρωτοβάθμιας υγείας με στόχο τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από τις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας του ΕΣΥ, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα. Όλοι οι πάροχοι οργανώνονται και λειτουργούν ως Δίκτυα παροχής ΠΦΥ και συνεργάζονται επιστημονικά με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η συνεργασία αυτή γίνεται υπό συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις που ορίζονται από τους σχετικούς Υπουργούς. Ένα Δίκτυο μπορεί να συγκροτείται από τα κέντρα υγείας ενός Νομού μαζί με τα περιφερειακά τους ιατρεία και τα νοσοκομεία που τα εποπτεύουν. Η αναγκαία στελέχωση και η τεχνολογική υποδομή ενός Δικτύου απορρέει από τον πληθυσμό ευθύνης και τις ανάγκες της περιοχής. Για την αποδοτικότερη λειτουργία του Δικτύου υπογράφεται σύμβαση μεταξύ Δημοσίου και των παρόχων υπηρεσιών ΠΦΥ στην οποία αναφέρονται οι υποχρεώσεις που έχει κάθε συμβαλλόμενος. Ο προϊστάμενος του Δικτύου πρέπει να έχει βαθμό Διευθυντή και έχει την διοικητική ευθύνη για την βέλτιστη λειτουργία, ενώ ο συντονισμός του επιστημονικού έργου πραγματοποιείται από τον ιατρό Διευθυντή. Σε περίπτωση που το Δίκτυο αποτελείται από περισσότερες μονάδες το Δίκτυο συντονίζεται από την Επιστημονική Επιτροπή η οποία αποτελείται από τους ιατρούς Διευθυντές των μονάδων αυτών.

4.10 Αξιολόγηση Προβλημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ε.Σ.Υ.

Μεγάλο μέρος των πολιτών θεωρούν ότι το δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι αξιόπιστο. Τα αγροτικά κέντρα υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα. Οι στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς των ημιαστικών περιοχών επισκέπτονται τους ιατρούς των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Παράλληλα, οι ασθενείς προτιμούν να επισκέπτονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες οδοντίατρους λόγω του ότι οι λίστες αναμονής του δημοσίου είναι μεγάλες. Από την άλλη πλευρά, χρησιμοποιούν τις ιδιωτικές δομές κυρίως για συνταγογράφηση.

Αποτέλεσμα των προβλημάτων αυτών είναι ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης που συνεισφέρει στην μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Από την ανάλυση του συστήματος ΠΦΥ που λειτουργεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, παρατηρούνται οι ακόλουθες αδυναμίες που μπορούν να αναλυθούν ως εξής:

§ Άνιση κατανομή των ανθρώπινων πόρων

Σημειώνεται μεγάλη έλλειψη γενικών ιατρών κυρίως σε απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές της χώρας. Οι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών δεν επιλέγουν την Γενική Ιατρική ως ειδικότητα. Η ανάγκη γενικών ιατρών στην χώρα ανέρχεται σε 10.000 ενώ απασχολούνται μόνο 1.520 από τους οποίους το 64,8% απασχολείται στο δημόσιο (ΥΥΚΑ 2005).

Παράλληλα, υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα επαρχιακά κέντρα υγείας και στα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων. Οι αστικές και ημιαστικές περιοχές προσελκύουν μεγαλύτερο αριθμό ιατρικού και διοικητικού προσωπικού.

Η λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ δεν διαθέτει κάποιο μηχανισμό συγκέντρωσης αξιόπιστων στοιχείων για την παρακολούθηση της στελέχωσης τους, έτσι ώστε να προκύπτουν οι πραγματικές ανάγκες των μονάδων. Συνεπώς οι προσλήψεις προσωπικού πραγματοποιούνται αυθαίρετα και δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του καλυπτόμενου πληθυσμού.

Σημαντικό πρόβλημα παρουσιάζουν οι διαρκείς αποσπάσεις προσωπικού από τα Κέντρα Υγείας, με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση τους. Με τη λογική αυτή εντοπίζονται μεγάλες ανισότητες στην κατανομή του προσωπικού.

§ Προβλήματα υποδομών των μονάδων ΠΦΥ

Οι παλαιωμένες και σε πολλές περιοχές ανεπαρκείς υποδομές (ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, βιοϊατρική τεχνολογία, κτιριακές υποδομές

κλπ) περιορίζει την λειτουργική ικανότητα των μονάδων ΠΦΥ ενώ παράλληλα οδηγεί τα ασφαλιστικά ταμεία σε περισσότερες συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς.

§ **Έλλειψη επιτελικού σχεδιασμού και συντονισμού**

Η ΠΦΥ διέπεται από συγκεκριμένους στόχους αναφορικά με την πρόληψη, προαγωγή, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, οι οποίοι πρέπει να συνυπάρχουν σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και να προσαρμόζονται σε σχέση με την τοπική κοινωνία. Η λογική ανάπτυξης των στόχων αυτών πρέπει να είναι ενιαία σε όλη την επικράτεια.

§ **Έλλειψη πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας**

Η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη από την θεραπεία αφού οι πολίτες ενημερώνονται για το πως θα προλάβουν μια πιθανή ασθένεια. Οι προσπάθειες που πραγματοποιούνται από τις μονάδες ΠΦΥ αναφορικά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας είναι ελάχιστες και αυτές περιορίζονται σε εμβολιασμούς και σε εκδηλώσεις ενημέρωσης του μαθητικού κόσμου.

§ **Δυσκολία στην πρόσβαση (ειδικότερα για τους ηλικιωμένους)**

Τα κέντρα υγείας δεν προσφέρουν εύκολη πρόσβαση στον πληθυσμό που καλύπτουν (απόσταση, δυσκολία μετακίνησης, ανεπάρκεια πόρων, μεγάλες λίστες αναμονής). Συνεπώς, οι ασθενείς από επαρχιακές και ημιαστικές περιοχές της χώρας καλύπτουν τις ανάγκες τους μέσω των εξωτερικών ιατρείων των μονάδων δευτεροβάθμιας φροντίδας.

§ **Έλλειψη πληροφοριακού συστήματος**

Ο ιατρικός φάκελος κάθε ασθενή μαζί με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας θα είχε ως αποτέλεσμα την αποδοτικότερη και ποιοτικότερη εξέταση των ασθενών. Οι διαθέσιμες πληροφορίες για επισκέψεις ασθενών (ανεπαρκή ιατρικά δεδομένα) και η λειτουργική κατάσταση των δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων ΠΦΥ δεν είναι απαραίτητες. Έτσι, δεν υπάρχει η απαραίτητη αξιολόγηση του συστήματος και κατά συνέπεια δεν υπάρχει αξιοπιστία.

§ **Ελλιπής Εκπαίδευση Προσωπικού**

Η εκπαίδευση του προσωπικού της ΠΦΥ δεν είναι κατάλληλη για την προώθηση προγραμμάτων ΠΦΥ. Ενώ το θεσμικό πλαίσιο του ΕΣΥ προβλέπει την δυνατότητα μετεκπαίδευσης των ιατρών σε νοσοκομεία, δεν πραγματοποιούνται ενέργειες για την μετεκπαίδευση του λοιπού προσωπικού. Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση έχει προαιρετικό χαρακτήρα τόσο ως προς τα πρόσωπα που εκπαιδεύονται όσο και ως προς το γνωστικό αντικείμενο της εκπαίδευσης.

§ Έλλειψη συστήματος παραπομπών προς τα νοσοκομεία

Δεν υφίσταται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με αποτέλεσμα να μην λειτουργεί κάποιο σύστημα παραπομπών των ασθενών προς κέντρα ΠΦΥ ή νοσοκομεία. Η απουσία αυτού του συστήματος δεν επιτρέπει την «συνέχεια» της θεραπείας και αυξάνει την αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

§ Απουσία Κανονισμού Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας υπάγονται στα νοσοκομεία, τα οποία καθορίζουν την λειτουργία τους. Παράλληλα, τα εποπτεύοντα νοσοκομεία είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Έτσι, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ενός μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης που προσαρμόζεται στις εκάστοτε μονάδες ΠΦΥ και αποδίδει αποτελέσματα σχετικά με την ανταπόκριση των μονάδων ΠΦΥ στις πολυδιάστατες και διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του καλυπτόμενου πληθυσμού.

§ Έλλειψη συστήματος διασφάλισης ποιότητας

Δεν υφίστανται διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ή όπου τέτοιες διαδικασίες υπάρχουν είναι αποσπασματικές.

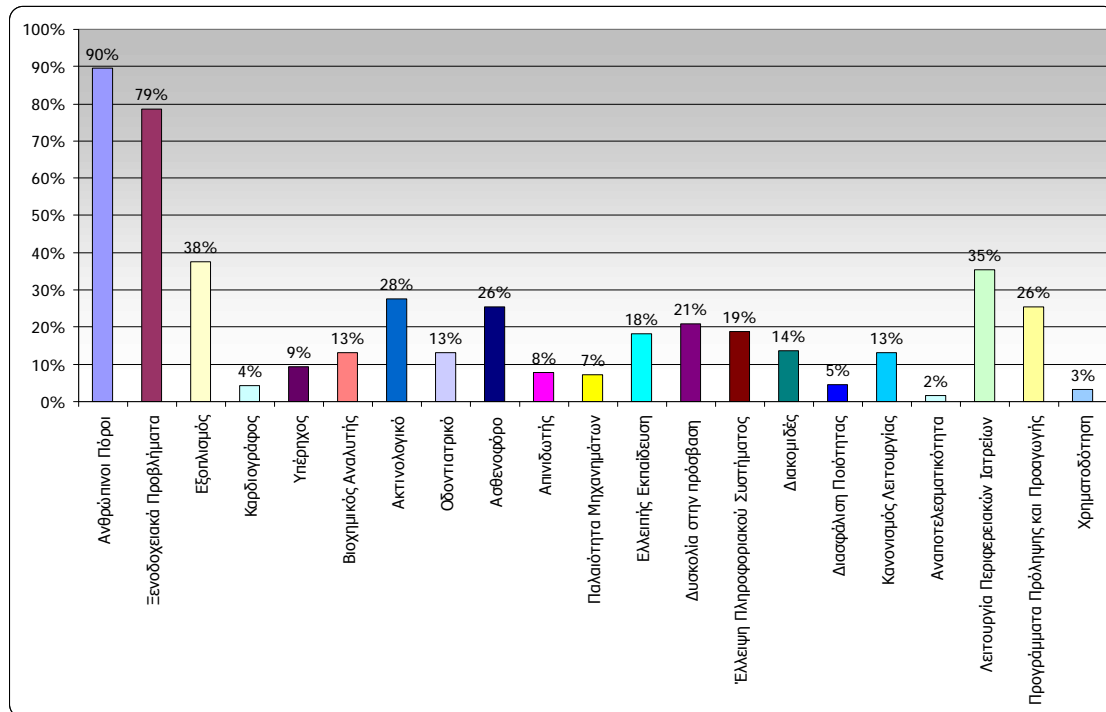
§ Έλλειψη ξεκάθਾਰου συστήματος χρηματοδότησης

Σύμφωνα με την Ελληνική και Διεθνή επιστημονική θεώρηση η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βάση κάθε συστήματος υγείας. Τα Κέντρα Υγείας χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, οι προϋπολογισμοί καθορίζονται από τα νοσοκομεία και δεν έχουν ίδια έσοδα αφού οι υπηρεσίες τους είναι δωρεάν για τους πολίτες. Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ πραγματοποιείται μέσω αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση ενώ η μισθοδοσία του προσωπικού καλύπτεται από δημόσιες δαπάνες.

§ Αναποτελεσματικότητα

Ο μεγάλος αριθμός των συμβεβλημένων ιατρών με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και οι αποζημιώσεις για τις υπηρεσίες που προσφέρουν, προκαλούν αύξηση στη ζήτηση και αυξάνουν το κόστος για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Το σχήμα 11 αποτυπώνει τα προβλήματα των κέντρων υγείας όπως αυτά αναλύθηκαν στις παραπάνω κατηγορίες.



Σχήμα 11: Προβλήματα Κέντρων Υγείας

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Το σχήμα 11 αποτυπώνει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα κέντρα υγείας της Ελλάδας όπως αυτά δηλώθηκαν από το ανθρώπινο δυναμικό κάθε κέντρου υγείας. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι η έλλειψη ανθρωπίνων πόρων όπου τα 172 από τα 192 κέντρα υγείας του δείγματος (90%) δήλωσαν ότι χρειάζονται ανθρώπινους πόρους. Το γεγονός αυτό απορρέει από το χαμηλό ποσοστό κάλυψης που υπάρχει στα κέντρα υγείας, όπου μόνο το 60,41% των οργανικών θέσεων είναι καλυμμένο με το ανάλογο προσωπικό.

Το δεύτερο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται στα κέντρα υγείας της Ελλάδας είναι τα ξενοδοχειακά προβλήματα. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται τα προβλήματα που παρουσιάζονται στις κτιριακές υποδομές και στην αντικατάσταση εξοπλισμού λόγω παλαιότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 51,6% των κέντρων υγείας ιδρύθηκαν το έτος 1986 και μόνο το 7,8% των κέντρων υγείας έχει ιδρυθεί από το 1996 και μετά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη φθορά των κτιριακών εγκαταστάσεων και την αντικατάσταση του ξενοδοχειακού εξοπλισμού.

Όσο αφορά τον ιατρικό εξοπλισμό, παρατηρείται ότι αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα. Το 38% του συνολικού δείγματος δηλώνει ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις σε μηχανήματα και ιατρικά εργαλεία. Επιπρόσθετα, το 4% δηλώνει ότι δεν υπάρχει καρδιογράφος ή ότι ένας δεύτερος καρδιογράφος κρίνεται απαραίτητος και το 9% αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον υπέρηχο. Το 13% των κέντρων υγείας

αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον βιοχημικό αναλυτή, το μηχάνημα που χρησιμοποιείται στις αιματολογικές εξετάσεις των ασθενών. Σε 53 κέντρα υγείας το ακτινολογικό μηχάνημα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα στην λειτουργία του. Η σημαντικότητα του συγκεκριμένου προβλήματος είναι αυξημένη διότι οι περισσότεροι ασθενείς που εισέρχονται στα κέντρα υγείας ως επείγοντα περιστατικά χρησιμοποιούν το ακτινολογικό μηχάνημα.

Επίσης, σημαντικό πρόβλημα στην ΠΦΥ αποτελούν τα ασθενοφόρα που λόγω παλαιότητας χρήζουν αντικατάσταση. Το 26% των κέντρων υγείας έχει στην κατοχή του ασθενοφόρα που δεν λειτουργούν σωστά και δεν είναι επανδρωμένα με τον κατάλληλο εξοπλισμό. Συγκεκριμένα, παρατηρείται σημαντική έλλειψη απινιδωτών μέσα στα ασθενοφόρα για την ανάκαμψη των ασθενών που πάσχουν από καρδιακό πρόβλημα.

Εκτός από τα προβλήματα που παρουσιάζονται στα κέντρα υγείας, δημιουργούνται προβλήματα και στα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας. Το 35% του συνολικού δείγματος δηλώνει ότι τα περιφερειακά ιατρεία υπολειτουργούν, διότι δεν υπάρχει ο κατάλληλος αριθμός αγροτικών ιατρών. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρήθηκε το γεγονός ότι στα περιφερειακά ιατρεία δεν απασχολείται κάποιος αγροτικός ιατρός αλλά οι ασθενείς εξετάζονται από κάποιον ιατρό που μεταφέρεται από το κέντρο υγείας.

Τα περισσότερα προβλήματα απορρέουν από το γεγονός ότι τα κέντρα υγείας δεν είναι αυτόνομοι οργανισμοί. Οι εποπτευόμενοι φορείς τους είναι τα νοσοκομεία (εξαιρέση αποτελεί η περίπτωση της Κρήτης, η οποία αναλύεται παρακάτω), τα οποία αποφασίζουν τους οικονομικούς προϋπολογισμούς και την μισθοδοσία των κέντρων υγείας που εποπτεύουν. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην γίνεται η βέλτιστη κατανομή χρημάτων διότι τα νοσοκομεία δεν λαμβάνουν σοβαρά υπόψη την ανάγκη για αποδοτική ΠΦΥ.

Η αλλαγή στον κανονισμό λειτουργίας των κέντρων υγείας σε συνδυασμό με την πρόσληψη προσωπικού, θα αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα στην ΠΦΥ διότι τα κέντρα υγείας θα μετατραπούν σε αυτόνομους οργανισμούς που θα τους επιτρέψει να επιλύουν με αποδοτικότερο τρόπο τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Επιπρόσθετα, θα μειωθεί η επιβάρυνση των νοσοκομείων από περιστατικά που θα έπρεπε να εξετασθούν σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

4.11 Η περίπτωση της Κρήτης

Τα κέντρα υγείας της Κρήτης λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς από τα υπόλοιπα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. Τα κέντρα υγείας τελούν υπο την άμεση εποπτεία της Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης και όχι από κάποιο νοσοκομείο της ευρύτερης περιοχής όπως συμβαίνει στα υπόλοιπα κέντρα υγείας. Το παραπάνω γεγονός έχει ως αποτέλεσμα τα κέντρα υγείας να έχουν οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια, κάτι που τα κάνει αυτόνομα και ευέλικτα στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης.

Η Κρήτη αποτελείται από 4 νομούς με συνολική έκταση 8.336 km² και ο πληθυσμός της είναι 601.131 κάτοικοι. Ο παρακάτω πίνακας αποτυπώνει την έκταση, την πληθυσμιακή κατανομή, τον δείκτη κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, τις γεννήσεις και την θνησιμότητα για κάθε νομό ξεχωριστά.

Νομός	Έκταση (km ²)	Πληθυσμός	Κάτοικοι/km ²	Γεννήσεις	Θάνατοι
Ηρακλείου	2.641	292.489	110,75	3.528	2.439
Λασιθίου	1.823	76.319	41,86	707	907
Ρέθυμνου	1.496	81.936	54,77	974	793
Χανίων	2.376	150.387	63,29	1.476	1.470
ΚΡΗΤΗ	8.336	601.131	72,11	6.685	5.609

Πίνακας 22: Δημογραφικά Στοιχεία Κρήτης

(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2004)

Η θνησιμότητα εμφανίζει τον μικρότερο δείκτη αδρής θνησιμότητας σε σχέση με τα υπόλοιπα διοικητικά διαμερίσματα της Ελλάδας για τις δεκαετίες του '80 και του '90. Ο συγκεκριμένος δείκτης ήταν 749,7/100.000 κατοίκους και 645/100.000 κατοίκους για τις δύο δεκαετίες αντίστοιχα, σημειώνοντας μείωση της τάξης του 13,97%. Ο δείκτης αυτός κυμαίνεται για την τρέχουσα δεκαετία σε αυξημένα επίπεδα παρουσιάζοντας μια αύξηση της τάξης του 30,87% από την δεκαετία του '90.

Στην Κρήτη λειτουργούν 14 κέντρα υγείας και 107 περιφερειακά ιατρεία. Επίσης, λειτουργούν 3 γενικά νοσοκομεία – κέντρα υγείας με 15 περιφερειακά ιατρεία, 1 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στο Ηράκλειο και 4 γενικά νοσοκομεία (1 σε κάθε Νομό). Ο πίνακας 23 εμφανίζει τις μονάδες ΠΦΥ στους νομούς της Κρήτης.

Νομός	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία ΓΝ-ΚΥ
Ηρακλείου	6	42	1	3
Λασιθίου	1	6	2	12
Ρέθυμνου	4	23	-	-
Χανίων	3	36	-	-
ΚΡΗΤΗ	14	107	3	15

Πίνακας 23: Κατανομή μονάδων ΠΦΥ Κρήτης

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Σημαντικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, καθώς και από ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (συνήθως βρίσκονται στις πόλεις και τις κωμοπόλεις κάθε νομού) οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Επίσης, λειτουργούν πολυιατρεία του ΙΚΑ που παρέχουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη σε αρκετούς ασφαλισμένους και συνταξιούχους.

Ο πίνακας που ακολουθεί, εμφανίζει την διάρθρωση του ανθρώπινου δυναμικού της διοικητικής περιφέρειας για τα κέντρα υγείας ανά νομό. Παράλληλα, αποτυπώνει τους αγροτικούς ιατρούς που απασχολούνται κυρίως στα περιφερειακά ιατρεία και τους ιατρούς γενικής ιατρικής.

Νομός	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Επιστημονικό/Παραϊατρικό Προσωπικό	Διοικητικό Προσωπικό	Τεχνικό και Λοιπό Προσωπικό	Αγροτικοί Ιατροί	Γενικής Ιατρικής
Ηρακλείου	69	64	21	30	61	51	48
Λασιθίου	4	3	0	3	9	3	1
Ρέθυμνου	29	33	9	19	15	27	15
Χανίων	44	12	4	2	19	30	12
ΚΡΗΤΗ	146	112	34	54	104	111	76

Πίνακας 24: Κατανομή Προσωπικού Κέντρων Υγείας Κρήτης

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Το ποσοστό κάλυψης επί των κενών οργανικών θέσεων για το ιατρικό προσωπικό βρίσκεται στο 62,13% και για το νοσηλευτικό προσωπικό στο 58,95%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μέτρια λειτουργία των κέντρων υγείας και μια μείωση στην ποιότητα των υπηρεσιών. Στον πίνακα 25 εμφανίζονται οι αναλογίες κατοίκων ανά ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως και η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς το ιατρικό.

Νομός	Κάτοικοι/Ιατρικό Προσωπικό	Κάτοικοι/Νοσηλευτικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό/Ιατρικό
Ηρακλείου	4.239	4.570	0,93
Λασιθίου	19.080	25.440	0,75
Ρέθυμνου	2.825	2.483	1,14
Χανίων	3.418	12.532	0,27
ΚΡΗΤΗ	29.562	45.025	0,77

Πίνακας 25: Αναλογίες κατοίκων και προσωπικού

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

Ενδιαφέρον προκαλεί ότι στο νομό Λασιθίου 25.440 κάτοικοι πρέπει να εξυπηρετηθούν από 1 νοσηλευτή και 19.080 κάτοικοι από 1 ιατρό. Ακόμα, στο νομό Χανίων 1 νοσηλευτής πρέπει να παρέχει βοηθητικές υπηρεσίες σε 5 ιατρούς, γεγονός που δεν βοηθάει στο να υπάρχει μια καλή αποδοτικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο παρουσιάζει την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των κέντρων υγείας όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3. Παρακάτω, αναπτύσσονται τέσσερα μοντέλα για την μέτρηση της αποδοτικότητας των κέντρων υγείας και διερευνώνται οι προσδιοριστικοί παράγοντες της αποδοτικότητας. Οι μέθοδοι αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στο κεφάλαιο 5 είναι οι δείκτες, η μέθοδος συγκριτικής αξιολόγησης Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας (DEA) και η Οικονομετρική Ανάλυση προσδιοριστικών παραγόντων της μη – αποδοτικότητας (TOBIT Analysis).

5.2 Ανάλυση Δεικτών Κέντρων Υγείας

Από την βιβλιογραφική επισκόπηση έγινε κατανοητό ότι οι δείκτες εφαρμόζονται για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας διαχρονικά, αποτελώντας το εργαλείο χάραξης της πολιτικής υγείας που πρέπει να ακολουθηθεί από κάθε σύστημα υγείας. Επίσης, αποτελεί το βασικό εργαλείο για την ορθολογική κατανομή των πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων), διότι σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό χρησιμοποίησης των πόρων που αναλώνονται για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης και την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας.

Δ.Υ.ΠΕ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ/ΙΑΤΡΙΚΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ/ΙΑΤΡΙΚΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ/ΙΑΤΡΙΚΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΩΝ/ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΥΘΥΝΗ ΜΕΣΟΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΟΡΟΣ/ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΥΘΥΝΗ	ΙΑΤΡΙΚΟ/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Αττικής	3.877	4.392	1.958	343	321	0,52%	0,61%	0,018	0,017
Πειραιά & Αιγαίου	3.616	9.092	2.053	195	483	2,13%	1,41%	0,021	0,008
Μακεδονίας	3.610	8.579	1.937	108	274	1,52%	0,90%	0,033	0,015
Μακεδονίας & Θράκης	4.132	8.678	2.106	180	376	2,62%	1,52%	0,024	0,013
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	3.585	11.521	1.774	98	272	1,72%	0,87%	0,025	0,011
Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	3.325	9.620	1.045	85	260	2,13%	1,77%	0,021	0,009
Κρήτης	3.238	12.958	1.942	234	1.199	2,77%	1,16%	0,026	0,009
ΕΛΛΑΔΑ	3.626	9.263	1.831	178	455	1,92%	1,18%	0,024	0,012

Πίνακας 26: Ανάλυση Δεικτών Κέντρων Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης έχει την ελάχιστη τιμή στον αριθμό επισκέψεων ανά ιατρικό προσωπικό, δηλαδή αντιμετωπίζει μικρότερο πρόβλημα από τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ. Αντιθέτως, η Δ.Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης παρουσιάζει τον μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων που αντιμετωπίζονται από έναν ιατρό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας στο ιατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας. Ο επόμενος δείκτης δεικνύει ότι μικρότερο φόρτο εργασίας έχει το νοσηλευτικό προσωπικό της Δ.Υ.ΠΕ Αττικής με αρκετά μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ. Στον συγκεκριμένο δείκτη παρατηρούμε το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό της Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης είναι βεβαρημένο αρκετά και αναλογούν σε κάθε νοσηλεύτη περίπου 13.000 περιστατικά ετησίως.

Από τον αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων ανά ιατρικό προσωπικό παρατηρείται ότι η Δ.Υ.ΠΕ Πειραιά και Αιγαίου έχει τον υψηλότερο μέσο όρο. Πολύ κοντά βρίσκεται η Δ.Υ.ΠΕ Αττικής. Στην Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων ο κάθε ιατρός έχει να αντιμετωπίσει περίπου 1.000 περιστατικά εργαστηριακών εξετάσεων, που σημαίνει ότι το ιατρικό προσωπικό επαρκεί.

Η άποψη αυτή ενισχύεται και από τον αριθμό εμβολιασμών ανά ιατρικό προσωπικό όπου η Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων έχει τον ελάχιστο μέσο όρο. Παρατηρείται ότι στην Δ.Υ.ΠΕ Αττικής το ιατρικό προσωπικό έχει την μεγαλύτερη αναλογία εμβολιασμών ανά ιατρό. Συνεπώς, στην Αττική πραγματοποιούνται αρκετοί εμβολιασμοί ετησίως.

Ο αριθμός εμβολιασμών ανά νοσηλευτικό προσωπικό δείχνει ότι στην Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης υπάρχει πρόβλημα στον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς κάθε νοσηλεύτης προσφέρει υποστηρικτικές εργασίες σε 1.200 περιστατικά ετησίως όταν ο επόμενος χαμηλότερος δείκτης ανήκει στη Δ.Υ.ΠΕ Πειραιά και Αιγαίου με 483 περιστατικά ετησίως. Η Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων έχει τον μικρότερο δείκτη, το οποίο συνεπάγει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα στο νοσηλευτικό προσωπικό για τον συγκεκριμένο αριθμό εξετάσεων.

Από τον αριθμό διακομιδών ανά πληθυσμό ευθύνης βλέπουμε ότι το 2,77% του συνολικού πληθυσμού ευθύνης της Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης διακομίζεται από τα κέντρα υγείας σε κάποιο νοσοκομείο. Το μικρότερο ποσοστό παρουσιάζεται στην Δ.Υ.ΠΕ Αττικής όπου το 0,52% του συνολικού πληθυσμού ευθύνης διακομίζεται στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα ότι τα κέντρα υγείας που ανήκουν στην Δ.Υ.ΠΕ Αττικής δεν χρησιμοποιούνται με τον κατάλληλο τρόπο από τους πολίτες με αποτέλεσμα την συσσώρευση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και την υπερφόρτωση των νοσοκομείων με περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από τα κέντρα υγείας.

Ο μέσος ημερήσιος όρος ανά πληθυσμό ευθύνης δείχνει τον ημερήσιο αριθμό ασθενών που επισκέπτονται τα κέντρα υγείας των Δ.Υ.ΠΕ. Στην Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων το 1,77% του συνολικού πληθυσμού ευθύνης επισκέπτεται καθημερινά τα 64 κέντρα υγείας. Ο μικρότερος ρυθμός επισκέψεων παρατηρείται στα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Αττικής, κάτι που ενισχύει την παραπάνω άποψη πως τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Αττικής δεν χρησιμοποιούνται με τον βέλτιστο τρόπο.

5.3 Μαθηματικά Υποδείγματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται η αξιολόγηση της απόδοσης των κέντρων υγείας με την χρήση της μεθόδου των Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας (DEA). Η ανάλυση είναι βασισμένη στην βιβλιογραφική επισκόπηση που συμπεριλαμβάνεται στο κεφάλαιο 3.

Με βάση τη συστημική θεωρία, κάθε σύστημα συνδυάζει παράγοντες παραγωγής, που ονομάζονται εισροές (inputs) οι οποίες μετασχηματίζονται σε παραγόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες, δηλαδή τις εκροές (outputs). Σε κάθε εισροή ή εκροή αντιστοιχούν τιμές (prices) με αποτέλεσμα να προσδιορίζεται το έσοδο ως η ποσότητα των παραγόμενων εκροών και το κόστος ως η ποσότητα των χρησιμοποιούμενων εισροών για την παραγωγή των συγκεκριμένων εκροών. Οι εκροές που παράγονται συνδέονται με κάποια σχέση με τις εισροές που χρησιμοποιούνται. Η σχέση αυτή καλείται τεχνολογία της παραγωγής.

Με βάση την οικονομική θεωρία, η αποδοτικότητα ορίζεται ως το αποτέλεσμα της σύγκρισης της πραγματικής εκροής των παραγωγικών μονάδων έναντι της μέγιστης εκροής από τη χρήση των συγκεκριμένων εισροών. Αυτό μπορεί να ορίζεται από την παραγωγική συνάρτηση και το είδος συσχέτισης μεταξύ εισροών και εκροών που αποτυπώνει, εκτιμώντας τη μέγιστη ποσότητα εκροής για ένα συγκεκριμένο επίπεδο πόρων (Αθανασόπουλος, 1995)

Από την πλευρά της διοικητικής επιστήμης η γνώση, της τεχνολογίας παραγωγής είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί προσδιορίζεται ο μετασχηματισμός των εισροών σε εκροές. παράλληλα μπορούν να απαντηθούν κρίσιμα ερωτήματα όπως, το είδος της κλίμακας παραγωγής, ο οριακός βαθμός αντικατάστασης μίας εισροής από κάποια άλλη, ο ορισμός των βέλτιστων ποσοτήτων εισροών και εκροών, ο προσδιορισμός συγκεκριμένων στόχων για τη μονάδα, η μεταβολή της τεχνολογίας παραγωγής στο χρόνο κ.α. Για τη διερεύνηση των ανωτέρω ερωτημάτων αναπτύσσονται μέθοδοι ανάλυσης για την ανάπτυξη μοντέλων τεχνολογίας της παραγωγής και τεχνικών υποστήριξης της εμπειρικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

Η κατασκευή των τυπικών συναρτήσεων παραγωγής προσεγγίζεται αρχικά θεωρητικά και στη συνέχεια ελέγχεται η στατιστική σημαντικότητα σε σχέση με πραγματικά δεδομένα. Η απουσία στατιστικής σημαντικότητας ανάγεται σε δύο περιπτώσεις:

- § η παραγωγική συνάρτηση είναι ακατάλληλη
- § οι μονάδες παραγωγής είναι εξαιρετικά μη αποδοτικές.

5.4 Μοντέλα Εισροών - Εκροών

Για την διερεύνηση της αποδοτικότητας των κέντρων υγείας παρουσιάζονται τέσσερα μοντέλα εισροών – εκροών που βασίζονται στο δείγμα των 192 κέντρων υγείας και στα διαθέσιμα στοιχεία που υπήρχαν.

Οι μεταβλητές που επιλέχθηκαν είναι οι σημαντικότεροι λειτουργικοί δείκτες των κέντρων υγείας που απεικονίζουν την λειτουργία κάθε Οργανισμού. Η επιλογή των συγκεκριμένων μεταβλητών δίνει σημαντικές πληροφορίες για την λήψη αποφάσεων που αφορούν την καλύτερη λειτουργία των κέντρων υγείας.

Μοντέλο I (Ανθρώπινο Δυναμικό)

Εισροές:

1. Αριθμός ιατρικού προσωπικού
2. Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού
3. Αριθμός παραϊατρικού προσωπικού
4. Συνολικός αριθμός διοικητικού, τεχνικού υποστηρικτικού και λοιπού προσωπικού
5. Αριθμός πληθυσμού ευθύνης
6. Συνολικός αριθμός ιατρείων και εργαστηρίων

Εκροές:

1. Ετήσιος αριθμός ιατρικών εξετάσεων
2. Ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων
3. Ετήσιος αριθμός εμβολιασμών

Μοντέλο II (Ανθρώπινο Δυναμικό – Διακομιδές)

Εισροές:

1. Αριθμός ιατρικού προσωπικού
2. Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού
3. Αριθμός παραϊατρικού προσωπικού
4. Συνολικός αριθμός διοικητικού, τεχνικού υποστηρικτικού και λοιπού προσωπικού
5. Αριθμός πληθυσμού ευθύνης
6. Συνολικός αριθμός ιατρείων και εργαστηρίων
7. Ετήσιος αριθμός διακομιδών

Εκροές:

1. Ετήσιος αριθμός ιατρικών εξετάσεων
2. Ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων
3. Ετήσιος αριθμός εμβολιασμών

Μοντέλο III (Οικονομικό Μοντέλο)

Λόγω έλλειψης στοιχείων το μοντέλο περιέχει τα δεδομένα 138 κέντρων υγείας.

Εισροές:

1. Ετήσια δαπάνη για ανθρώπινο δυναμικό
2. Ετήσιος προϋπολογισμός
3. Συνολικός αριθμός ιατρικών και εργαστηρίων

Εκροές:

1. Ετήσιος αριθμός ιατρικών εξετάσεων
2. Ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων
3. Ετήσιος αριθμός εμβολιασμών

Μοντέλο IV (Οικονομικό Μοντέλο - Διακομιδές)

Λόγω έλλειψης στοιχείων το μοντέλο περιέχει τα δεδομένα 138 κέντρων υγείας.

Εισροές:

1. Ετήσια δαπάνη για ανθρώπινο δυναμικό
2. Ετήσιος προϋπολογισμός
3. Συνολικός αριθμός ιατρικών και εργαστηρίων

Εκροές:

1. Ετήσιος αριθμός ιατρικών εξετάσεων
2. Ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων
3. Ετήσιος αριθμός εμβολιασμών
4. Ετήσιος αριθμός διακομιδών

5.5 Ανάπτυξη Μαθηματικών Υποδειγμάτων Γραμμικού Προγραμματισμού

Η DEA μελετήθηκε από τους E. Rhodes και W.W. Cooper στην αξιολόγηση των μειονεκτούντων μαθητών σε ένα δημόσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στις ΗΠΑ (έγχρωμων και ισπανόφωνων) με την υποστήριξη της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης. Η ανάλυση περιλάμβανε την αξιολόγηση – σύγκριση των σχολείων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και εκείνων που δεν συμμετείχαν σε αυτό. Η πρόκληση των ερευνητών έγκειτο στον υπολογισμό της σχετικής αποδοτικότητας των σχολείων με τη χρήση πολλών εισροών – εκροών χωρίς τις συνηθισμένες πληροφορίες για τις τιμές. Η πορεία της μελέτης οδήγησε στην ανάπτυξη μοντέλων γνωστών ως CCR πρότυπο (Charnes, Cooper, Rhodes), καθώς και στη δημοσίευση του πρώτου άρθρου για τη μέθοδο DEA στο *European Journal of Operational Research* το 1978. Το μοντέλο CCR αναβάθμισε τη μέθοδο βελτίωσης του γραμμικού προγραμματισμού που είχε προτείνει ο Farrell περιλαμβάνοντας στην παραγωγική συνάρτηση πολλές εισροές και εκροές. Ως εκ τούτου η DEA αποτέλεσε ένα νέο εργαλείο διοίκησης συγκριτικής αξιολόγησης των οικονομικών μονάδων δημόσιου χαρακτήρα και την εκτίμηση της τεχνικής αποδοτικότητάς τους.

Η DEA, σε αντίθεση με τις παραμετρικές μεθόδους που στόχος τους είναι η βελτιστοποίηση ενός παλινδρομικού επιπέδου μέσα από τα διαθέσιμα δεδομένα, βελτιστοποιεί κάθε παρατήρηση έχοντας ως στόχο τον υπολογισμό ενός τμηματικά γραμμικού ορίου. Το γραμμικό όριο καθορίζεται από τις αποδοτικές μονάδες που υπερέρχουν συγκριτικά με τις άλλες, στο μετασχηματισμό των πόρων σε εκροές. Στη παραμετρική ανάλυση η εξίσωση εφαρμόζεται σε κάθε μονάδα, ενώ στην DEA βελτιστοποιείται το μέτρο απόδοσης της κάθε μονάδας. Συνεπώς, η κύρια διαφορά με τα παραμετρικά μοντέλα είναι οι πολλές βελτιστοποιήσεις μέσω μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού για κάθε σύνολο παρατηρήσεων, σε αντίθεση με τη συνολική βελτιστοποίηση στον υπολογισμό των παραμέτρων και στην εστίαση σε μέσους όρους.

Τα παραμετρικά μοντέλα προϋποθέτουν την ανάπτυξη και εφαρμογή συναρτησιακής σχέσης, (παλινδρομικής εξίσωσης, λογαριθμικών συναρτήσεων), σχετίζοντας την ανεξάρτητη με την εξαρτημένη μεταβλητή. Οι συναρτησιακές σχέσεις απαιτούν συγκεκριμένες υποθέσεις για την κατανομή του λάθους – ανεξάρτητο, κανονικά κατανομημένο καθώς επίσης και άλλους περιορισμούς, όπως οι παράγοντες που ορίζουν το οριακό προϊόν. Η DEA δεν προϋποθέτει τη δημιουργία υπόθεσης αναφορικά με τη συναρτησιακή σχέση.

Το μαθηματικό μοντέλο που εφαρμόστηκε στην επίλυση των Μοντέλων I και II υπό σταθερές οικονομίες κλίμακας είναι το παρακάτω (Γούναρης Χ., 2005)

$$\max \sum_{r=1}^s u_r \times y_{rj0}$$

subject to:

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{ij0} = 1$$

$$\sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \leq 0$$

$$j = 1, \dots, n \text{ και } u_r, v_i \geq 0$$

$j = \{1, 2, \dots, n\}$, κέντρα υγείας δείγματος

$i = \{1, 2, \dots, m\}$, εισροές συστήματος

i_1 : αριθμός ιατρικού προσωπικού (PH_TO)

i_2 : αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού (NURS)

i_3 : αριθμός παραϊατρικού προσωπικού (PARAM)

i_4 : αριθμός πληθυσμού ευθύνης (POPULATION)

i_5 : συνολικός αριθμός ιατρείων και εργαστηρίων (DEP_MED)

i_6 : συνολικός αριθμός διοικητικού, τεχνικού υποστηρικτικού, λοιπού προσωπικού (ADM_TECH_OTH)

i_7 : ετήσιος αριθμός διακομιδών (TRANS)

x_{ij} : ποσότητα εισροής i για το κέντρο υγείας j

$r = \{1, 2, \dots, s\}$ εκροές συστήματος

r_1 : ετήσιος αριθμός ιατρικών εξετάσεων (MED_EXAM)

r_2 : ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων (LAB_TEST)

r_3 : ετήσιος αριθμός εμβολιασμών (INJECT)

y_{rj} : ποσότητα εκροής r για το κέντρο υγείας j

v_i είναι η βαρύτητα (weight) δεδομένης της εισροής i

u_r είναι η βαρύτητα (weight) δεδομένης της εκροής r

Η βαρύτητα της εισροής $v_{i4} = 0$ διότι τον πληθυσμό ευθύνης τον χρησιμοποιούμε μόνο για να δημιουργηθεί το σύνολο αποδοτικότητας.

Στις παρενθέσεις δίνονται οι ονομασίες των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στα προγράμματα DEAWIN και SPSS.

Το μαθηματικό υπόδειγμα για την ελαχιστοποίηση του κόστους ανήκει στην κατηγορία των υποδειγμάτων κατανομικής αποδοτικότητας. Πλεονεκτεί στην επέκταση της υπάρχουσας μεθοδολογίας για την κάλυψη της περίπτωσης που δεν είναι διαθέσιμες οι τιμές των εισροών. Ειδικότερα, το προτεινόμενο υπόδειγμα προσαρμόζεται στην περίπτωση των συστημάτων υγείας όπου, η ανακατανομή των ανθρώπινων πόρων και ο περιορισμός του κόστους προμηθειών ιατρικών αναλωσίμων των νοσοκομείων, αποτελούν βασικούς στρατηγικούς στόχους. Το μαθηματικό μοντέλο που εφαρμόστηκε στην επίλυση των Μοντέλων III και IV υπό σταθερές οικονομίες κλίμακας είναι το παρακάτω (Γούναρης Χ., 2005):

$$\min_{z,x} \sum_j w_{j0} \times x_j$$

subject to:

$$z \times Y \geq y_0$$

$$z \times X \geq x$$

$$z_i \geq 0$$

$$\sum_{i=1}^m z_i = 1$$

Όπου:

Y είναι μία μήτρα $[n \times m]$ των παρατηρούμενων εκροών για n αριθμό κέντρων υγείας

m_1 : ετήσια δαπάνη για ανθρώπινο δυναμικό (SUM)

m_2 : ετήσιος προϋπολογισμός (BUDG_EXP)

X είναι μία μήτρα $[n \times k]$ των εισροών για n αριθμό κέντρων υγείας

n_1 : ετήσιος αριθμός διακομιδών (TRANS)

z είναι ένα διάνυσμα $[z \times 1]$ και

$w = (w_1, w_2, \dots, w_k) \in \mathfrak{R}_+^k$ αντιπροσωπεύει τις τιμές των εισροών.

Στις παρενθέσεις δίνονται οι ονομασίες των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στα προγράμματα DEAWIN και SPSS.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων και οι έλεγχοι υποθέσεων πραγματοποιήθηκε με τους παρακάτω ελέγχους και οικονομετρικά υποδείγματα:

- § Περιγραφική στατιστική
- § Στατιστικοί έλεγχοι διαφοροποίησης μέσων
- § TOBIT ανάλυση για διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων (οικονομετρικό μοντέλο).

Τα υπολογιστικά προγράμματα που χρησιμοποιήθηκαν για την επίλυση των προβλημάτων είναι το DEAWIN για τα αποτελέσματα DEA και το SPSS 12.0 για τη στατιστική ανάλυση.

Το πρώτο μοντέλο που αναπτύχθηκε περιλαμβάνει εισροές που αντικατοπτρίζουν το προσωπικό και τα εξεταστήρια κάθε κέντρου υγείας, καθώς επίσης και πόσους ανθρώπους έχουν να εξυπηρετήσουν. Το δεύτερο μοντέλο δίνει μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα του εκάστοτε κέντρου υγείας καθώς περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες του προσωπικού αλλά και τις διακομιδές. Το τρίτο μοντέλο περιλαμβάνει εισροές που περιγράφουν τα κύρια χαρακτηριστικά της οικονομικής λειτουργίας του κέντρου υγείας και στοχεύει στη διερεύνηση της αποδοτικότητας και του κόστους λειτουργίας. Το τέταρτο μοντέλο διαφοροποιείται από το τρίτο μοντέλο και οι εκροές του περιλαμβάνουν τις ετήσιες διακομιδές. Οι εκροές των ανεπτυγμένων μοντέλων προσδιορίζουν ποσοτικά το παραγόμενο προϊόν που προέρχεται από την λειτουργία του κέντρου υγείας και περιλαμβάνει τον αριθμό ιατρικών εξετάσεων, εργαστηριακών εξετάσεων, εμβολιασμών και διακομιδών.

Τα κέντρα υγείας κατηγοριοποιήθηκαν ως προς το μέγεθος βάσει της κατανομής του πληθυσμού ευθύνης (quartiles) σε τρεις κατηγορίες, χαμηλός, μεσαίος, υψηλός. Ειδικότερα, χαμηλός χαρακτηρίστηκε ο πληθυσμός ευθύνης που αποτελείται έως 10.000 κατοίκους, μεσαίος έως 34.187 κατοίκους και υψηλός πληθυσμός ευθύνης όταν οι κάτοικοι είναι περισσότεροι.

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Πληθυσμός Ευθύνης	Mean		22643,18	1173,505
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20328,49	
		Upper Bound	24957,88	
	5% Trimmed Mean		21458,89	
	Median		19712,50	
	Variance		2,6E+08	
	Std. Deviation		16260,567	
	Minimum		1800	
	Maximum		125000	
	Range		123200	
	Interquartile Range		24188	
	Skewness		1,780	,175
	Kurtosis		7,357	,349

Extreme Values

			Case Number	Value
Πληθυσμός Ευθύνης	Highest	1	ΒΥΡΩΝΑ	125000
		2	ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	75263
		3	ΣΠΑΤΩΝ	61125
		4	ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	60000
		5	ΘΕΡΜΗΣ	58000
	Lowest	1	ΙΟΥ	1800
		2	ΠΑΞΩΝ	2500
		3	ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	2779
		4	ΣΑΜΗΣ	2878
		5	ΙΘΑΚΗΣ	3082

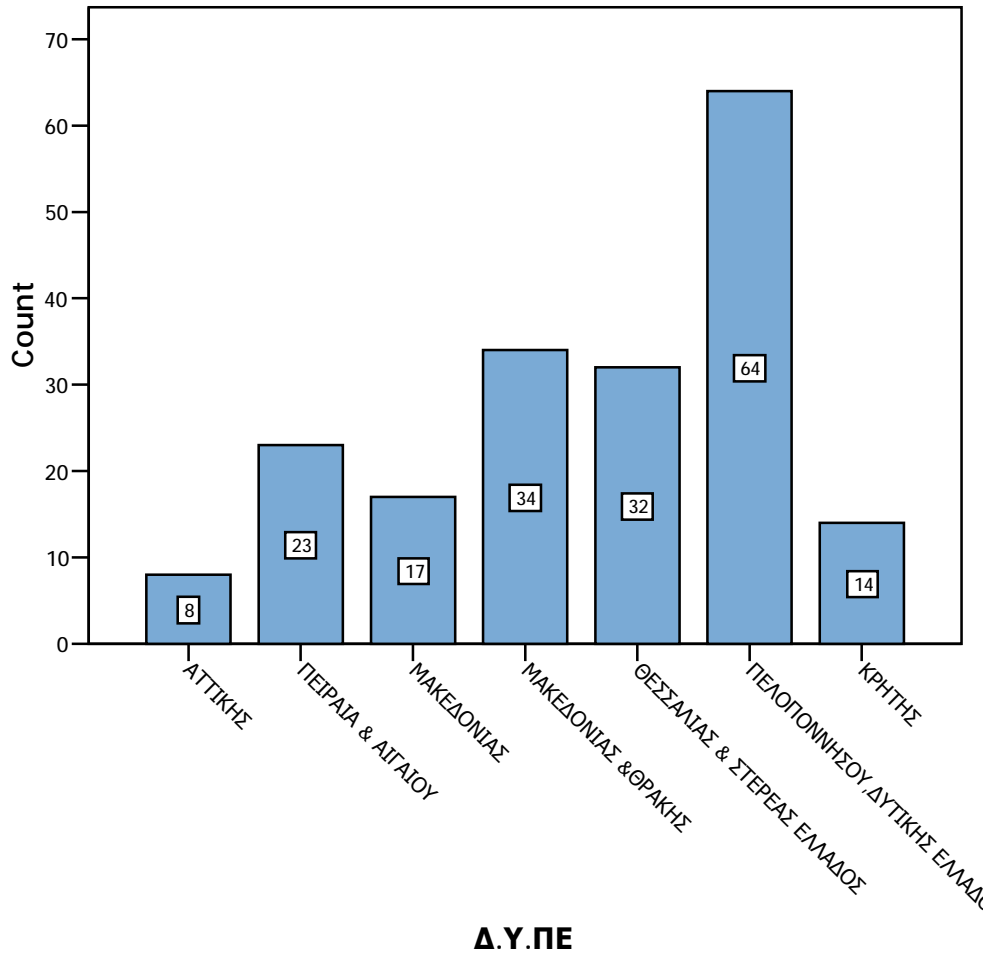
Percentiles

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Weighted Average(Definition 1)	Πληθυσμός Ευθύνης	3500,00	5509,00	10000,00	19712,50	34187,50	41451,40	50000,00
Tukey's Hinges	Πληθυσμός Ευθύνης			10000,00	19712,50	34125,00		

Πίνακας 27: Στοιχεία δείγματος πληθυσμού ευθύνης

Η ανάλυση των στοιχείων του πληθυσμού ευθύνης αποδεικνύει ότι υπάρχει μεγάλη διακύμανση, ενώ μερικά κέντρα υγείας διαθέτουν ιδιαίτερα υψηλό πληθυσμό ευθύνης, όπως τα κέντρα υγείας Βύρωνας, Ελευσίνας, Σπάτων, Μηχανιώνας και Θέρμης. Παρατηρούμε ότι όλα τα παραπάνω κέντρα υγείας είναι σε μικρή απόσταση από τα μεγάλες πόλεις της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Το δείγμα αποτελείται από μονάδες υγείας οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στις περιοχές όλης της Ελλάδας (αστικές, αγροτικές, ορεινές). Παρακάτω αποτυπώνεται η κατανομή των κεντρων υγείας του δείγματος στις ΔΥΠΕ.



Σχήμα 12: Κατανομή κέντρων υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.

5.6 Παρουσίαση Μοντέλου I

5.6.1 Δείκτες Αποδοτικότητας Μοντέλου I

Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης, καθώς και με την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας (Γούναρης Χ., 2005). Ο βαθμός χρησιμοποίησης μετρά την αποδοτικότητα εκμετάλλευσης του δυναμικού της υπάρχουσας τεχνολογίας για την παραγωγή μίας μονάδας προϊόντος, ενώ η παραγωγικότητα ορίζεται ως η αποδοτικότητα παραγωγής υγειονομικού προϊόντος από τη χρήση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος (κέντρου υγείας). Η εκτίμηση της αποδοτικότητας αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας και αποτελεί το βασικό μέσο για τον έλεγχο και την ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Στο ερευνητικό πεδίο της αξιολόγησης των δημόσιων οργανισμών έχει επιτελεσθεί σημαντική πρόοδος που κυρίως εντοπίζεται στην ανάπτυξη νέων μεθοδολογιών αξιολόγησης και στην εφαρμογή μη-παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού DEA και προηγμένων οικονομετρικών συναρτήσεων. Οι μέθοδοι συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και οι οικονομετρικές μέθοδοι αποτελούν τις πιο αποδεκτές μεθόδους στη διεθνή βιβλιογραφία με ευρεία εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας. Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συνήθως βασίζεται στην ανάπτυξη συναρτήσεων κόστους των δαπανών ή συγκεκριμένων δεικτών αποδοτικότητας.

Τα αποτελέσματα του εμπειρικού μέρους εξάγονται από την επίλυση μη - παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού βάσει της μεθόδου συγκριτικής αξιολόγησης DEA για σταθερές οικονομίες κλίμακας. Στο Μοντέλο I έγινε μεγιστοποίηση της αντικειμενικής συνάρτησης, που σημαίνει ότι κρατώντας σταθερό το ανθρώπινο δυναμικό πόσο πρέπει να αυξηθούν οι εξετάσεις για να γίνουν τα κέντρα υγείας αποδοτικά.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Count radial=1
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	50	,671	,254	,243	1,000	9
	Μεσαίος	94	,683	,240	,130	1,000	21
	Υψηλός	48	,665	,209	,365	1,000	6

Πίνακας 28: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (ΜοντέλοI)

		Αποδοτικότητα					Count radial=1
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	
Δ.Υ.ΠΕ	ΑΤΤΙΚΗΣ	8	,736	,218	,403	1,000	1
	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	23	,685	,254	,324	1,000	6
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17	,684	,232	,293	1,000	3
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	34	,777	,200	,296	1,000	8
	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	32	,635	,182	,354	1,000	2
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	64	,610	,248	,130	1,000	11
	ΚΡΗΤΗΣ	14	,763	,270	,269	1,000	5

Πίνακας 29: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο Ι)

Από τους πίνακες 28 και 29 παρατηρούμε ότι τα κέντρα υγείας με υψηλό πληθυσμό ευθύνης παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα στην χρήση των πόρων σε σχέση με τα κέντρα υγείας με μεσαίο πληθυσμό ευθύνης. Επιπρόσθετα, τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων δεν διαχειρίζονται με σωστό τρόπο τις εισροές τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην συγκεκριμένη Δ.Υ.ΠΕ ανήκει και το κέντρο υγείας με την χαμηλότερη αποδοτικότητα (13%). Αντιθέτως, τα κέντρα υγείας που ανήκουν στην Δ.Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης έχουν τον υψηλότερο μέσο όρο αποδοτικότητας, δηλαδή η χρήση των πόρων γίνεται με τον καλύτερο τρόπο συγκριτικά με τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ. Από τα 34 κέντρα υγείας της συγκεκριμένης Δ.Υ.ΠΕ., τα 8 είναι στο όριο της αποδοτικότητας.

Η εκτίμηση της σχέσης αποδοτικότητας και μεγέθους αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τον ανασχεδιασμό και την αναδιοργάνωση των οργανισμών. Όσον αφορά το μέγεθος για το Μοντέλο Ι (Ανθρώπινο Δυναμικό) δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μέσων τιμών της τεχνικής αποδοτικότητας. Ως εκ τούτου, τα κέντρα υγείας χαμηλού πληθυσμού ευθύνης εμφανίζουν μέση αποδοτικότητα 67,1%, τα μεσαίου μεγέθους 68,3% και τα υψηλού μεγέθους 66,5%.

5.6.2 Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο Ι)

Για έναν οργανισμό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζει τη μεταβολή της εκροής σε περίπτωση αύξησης της εισροής. Στη βάση αυτής της θεώρησης διερευνώνται για τα κέντρα υγείας του δείγματος (σύνολο του δείγματος) το προφίλ λειτουργίας τους βάσει των οικονομιών κλίμακας, καθώς και το αν αυτές συσχετίζονται με τον πληθυσμό ευθύνης.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Count radial=1
Οικονομίες	Φθίνουσες	66	,603	,213	,130	,991	0
Κλίμακας	Σταθερές	36	1,000	,000	1,000	1,000	36
	Αύξουσες	90	,599	,183	,219	,998	0

Πίνακας 30: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο Ι)

Αναλύοντας τα αποτελέσματα του πίνακα 30 παρατηρούμε ότι στο Μοντέλο Ι (Ανθρώπινο Δυναμικό) 66 κέντρα υγείας λειτουργούν σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας, 36 κέντρα υγείας λειτουργούν σε σταθερές οικονομίες κλίμακας και 90 κέντρα υγείας λειτουργούν σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας, δηλαδή μπορούν να αυξήσουν το μέγεθος τους για να καλύψουν την υφιστάμενη ζήτηση.

Διερευνώντας την σχέση οικονομιών κλίμακας με το μέγεθος του πληθυσμού από τον πίνακα 31 διαπιστώνεται με την χρήση του στατιστικού ελέγχου χ^2 σημαντική συσχέτιση για το μοντέλο Ι με βαθμό εμπιστοσύνης 99%. Ακόμα παρατηρούμε ότι το 78% των κέντρων υγείας με χαμηλό επίπεδο πληθυσμού ευθύνης λειτουργεί σε φθίνουσες οικονομίες, το 56,4% των κέντρων υγείας με μεσαίο πληθυσμό ευθύνης λειτουργεί σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας και το 72,9% των κέντρων υγείας με υψηλό πληθυσμό ευθύνης λειτουργεί σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Οικονομίες Κλίμακας Crosstabulation

			Οικονομίες Κλίμακας			Total
			Φθίνουσες	Σταθερές	Αύξουσες	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	39	9	2	50
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	78,0%	18,0%	4,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	59,1%	25,0%	2,2%	26,0%
		% of Total	20,3%	4,7%	1,0%	26,0%
	Μεσαίος	Count	20	21	53	94
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	21,3%	22,3%	56,4%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	30,3%	58,3%	58,9%	49,0%
		% of Total	10,4%	10,9%	27,6%	49,0%
	Υψηλός	Count	7	6	35	48
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	14,6%	12,5%	72,9%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	10,6%	16,7%	38,9%	25,0%
		% of Total	3,6%	3,1%	18,2%	25,0%
Total	Count	66	36	90	192	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	34,4%	18,8%	46,9%	100,0%	
	% within Οικονομίες Κλίμακας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	34,4%	18,8%	46,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,870 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	75,137	4	,000
Linear-by-Linear Association	54,246	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,00.

Πίνακας 31: Συσχέτιση οικονομίων κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο Ι)

5.6.3 Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο Ι)

Η μεθοδολογία συγκριτικής αξιολόγησης βασίζεται στον προσδιορισμό των πρότυπων κέντρων υγείας τα οποία χρησιμοποιούν βέλτιστα το μίγμα των πόρων τους για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης. Η αποδοτικότητα των υπολοίπων μη-αποδοτικών κέντρων υγείας εκτιμάται με βάση τις επιδόσεις που καταγράφουν τα πρότυπα κέντρα υγείας. Η προσέγγιση αυτή διαμορφώνει το επίπεδο τεχνολογίας στα πλαίσια του οποίου λειτουργεί η συγκριτική αξιολόγηση.

Τα πρότυπα-συγκριτές κέντρα υγείας (benchmarks) εμφανίζουν ομοιότητες στους τομείς δομής οργάνωσης, προφίλ ζήτησης, ενδογενών και εξωγενών παραγόντων επιρροής, με τα μη-αποδοτικά κέντρα υγείας των κατηγοριών στις οποίες αντιστοιχούν. Συνεπώς, η παρακολούθηση του τρόπου οργάνωσης, διοίκησης και παροχής υπηρεσιών για τα κέντρα υγείας με πρότυπες λειτουργίες κρίνεται αναγκαία σε επίπεδο χάραξης πολιτικής υγείας.

Η αποδοτικότητα των μη-αποδοτικών κέντρων υγείας καθορίζεται από το γραμμικό συνδυασμό παραμέτρων (εισροών –εκροών). Οι συντελεστές των εξισώσεων καθορίζονται από τα πρότυπα κέντρα υγείας που εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά παραγωγής. Με βάση αυτή την ανάλυση σε κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχούν συγκεκριμένα πρότυπα.

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων των πρότυπων κέντρων υγείας για το σύνολο του δείγματος. Το Μοντέλο I έχει 34 πρότυπα κέντρα υγείας από τα 192 κέντρα υγείας που είναι συνολικά

name	count	%	name	count	%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	123	16,44%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	12	1,60%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	75	10,03%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	11	1,47%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΛΟΥ	61	8,16%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΥΔΡΑΣ	10	1,34%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	60	8,02%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	9	1,20%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	51	6,82%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	9	1,20%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΛΑΤΑ	37	4,95%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	9	1,20%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	31	4,14%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	8	1,07%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	28	3,74%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	7	0,94%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ	24	3,21%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	7	0,94%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΘΕΙΟΥ	20	2,67%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΤΣΑΡΑ	6	0,80%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	19	2,54%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΣΣΑΜΟΥ	4	0,53%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	18	2,41%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΙΟΥ	4	0,53%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	18	2,41%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	3	0,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	17	2,27%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	3	0,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	16	2,14%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΗΣ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΡΑΚΑ	15	2,01%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	14	1,87%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	1	0,13%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	13	1,74%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	1	0,13%

Πίνακας 32: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο I)

5.6.4 Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο Ι)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του μοντέλου Ι (Ανθρώπινο Δυναμικό) δίνεται η δυνατότητα να τεθούν στόχοι βελτίωσης στις εκροές κάθε κέντρου υγείας. Οι στόχοι αναφέρονται στην μείωση των εισροών ή την αύξηση των εκροών για τα μη – αποδοτικά κέντρα υγείας συγκριτικά με τα αντίστοιχα πρότυπα κέντρα υγείας.

Δείκτης Βελτίωσης Μεταβλητής	Μέγεθος Πληθυσμού (mean)		
	Χαμηλός	Μεσαίος	Υψηλός
PH_TO	-0,30	-0,12	-0,08
NURS	-0,15	-0,11	-0,19
PARAM	-0,49	-0,04	-0,13
ADM_TECH_OTH	-0,28	-0,10	-0,04
POPULATION	-0,04	-0,15	-0,32
DEP_MED_T	-0,18	-0,02	-0,01
MED_EXAM	0,78	0,78	0,70
LAB_TEST	3,37	1,44	1,74
INJECT	2,29	1,11	0,92

Πίνακας 33: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο Ι)

Από τα αποτελέσματα του Μοντέλου Ι και από την διερεύνηση της σχέσης του δείκτη μείωσης με το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης, παρατηρείται μεγαλύτερη δυνατότητα μείωσης των πόρων για την κατηγορία των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Η μικρότερη δυνατότητα μείωσης παρατηρείται στα κέντρα υγείας με υψηλό πληθυσμό ευθύνης. Τα κέντρα υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης διαθέτουν σε μεγαλύτερο βαθμό πλεονάζων προσωπικό και ειδικότερα το πρόβλημα αντιμετωπίζεται στο παραϊατρικό προσωπικό.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο στόχος του Μοντέλου Ι είναι η μεγιστοποίηση των εκροών, μπορούμε να πούμε ότι για να γίνουν αποδοτικά τα κέντρα υγείας πρέπει να αυξήσουν τις ιατρικές εξετάσεις κατά 75%, τις εργαστηριακές εξετάσεις κατά 218% και τους εμβολιασμούς κατά 144%. Μεγάλο πρόβλημα υπάρχει στις εργαστηριακές εξετάσεις των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης, οι οποίες πρέπει να αυξηθούν κατά 337%. Παράλληλα, για να γίνουν αποδοτικά τα κέντρα υγείας κρίνεται αναγκαία η ανακατανομή των ανθρώπινων πόρων.

Παρουσίαση Μοντέλου II

5.6.5 Διερεύνηση Αποδοτικότητας Μοντέλου II

Η εκτίμηση της αποδοτικότητας αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας και αποτελεί το βασικό μέσο για τον έλεγχο και την ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης, καθώς και με την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας (Γούναρης Χ.,2005). Ο βαθμός χρησιμοποίησης μετρά την αποδοτικότητα εκμετάλλευσης του δυναμικού της υπάρχουσας τεχνολογίας για την παραγωγή μίας μονάδας προϊόντος, ενώ η παραγωγικότητα ορίζεται ως η αποδοτικότητα παραγωγής υγειονομικού προϊόντος από τη χρήση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος (κέντρου υγείας).

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συνήθως βασίζεται στην ανάπτυξη συναρτήσεων κόστους των δαπανών ή συγκεκριμένων δεικτών αποδοτικότητας. Στο ερευνητικό πεδίο της αξιολόγησης των δημόσιων οργανισμών έχει επιτελεσθεί σημαντική πρόοδος που κυρίως εντοπίζεται στην ανάπτυξη νέων μεθοδολογιών αξιολόγησης και στην εφαρμογή μη-παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού DEA και προηγμένων οικονομετρικών συναρτήσεων. Οι μέθοδοι συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και οι οικονομετρικές μέθοδοι αποτελούν τις πιο αποδεκτές μεθόδους στη διεθνή βιβλιογραφία με ευρεία εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα του εμπειρικού μέρους εξάγονται από την επίλυση μη - παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού βάσει της μεθόδου συγκριτικής αξιολόγησης DEA για σταθερές οικονομίες κλίμακας. Στο Μοντέλο II έγινε μεγιστοποίηση της αντικειμενικής συνάρτησης, που σημαίνει ότι κρατώντας σταθερό το ανθρώπινο δυναμικό και τις διακομιδές πόσο πρέπει να αυξηθούν οι εξετάσεις για να γίνουν τα κέντρα υγείας αποδοτικά.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Count radial=1
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	50	,706	,236	,249	1,000	10
	Μεσαίος	94	,705	,234	,138	1,000	25
	Υψηλός	48	,688	,209	,365	1,000	9

Πίνακας 34: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο II)

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Count radial=1
Δ.Υ.ΠΕ.	ΑΤΤΙΚΗΣ	8	,768	,231	,427	1,000	3
	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	23	,707	,239	,349	1,000	6
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17	,708	,232	,324	1,000	4
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	34	,790	,187	,431	1,000	9
	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	32	,666	,184	,373	1,000	4
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	64	,645	,243	,138	1,000	13
	ΚΡΗΤΗΣ	14	,766	,263	,315	1,000	5

Πίνακας 35: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο II)

Από τους πίνακες 34 και 35 παρατηρούμε ότι τα κέντρα υγείας με υψηλό πληθυσμό ευθύνης παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα στην χρήση των πόρων σε σχέση με τα κέντρα υγείας με μεσαίο πληθυσμό ευθύνης. Επιπρόσθετα, τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων δεν αναλώνουν με σωστό τρόπο τις εισροές τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην συγκεκριμένη Δ.Υ.ΠΕ ανήκει και το κέντρο υγείας με την χαμηλότερη αποδοτικότητα (13,8%). Αντιθέτως, τα κέντρα υγείας που ανήκουν στην Δ.Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης έχουν τον υψηλότερο μέσο όρο αποδοτικότητας, δηλαδή η χρήση των πόρων γίνεται με τον καλύτερο τρόπο συγκριτικά με τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ.

Η εκτίμηση της σχέσης αποδοτικότητας και μεγέθους αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τον ανασχεδιασμό και την αναδιοργάνωση των οργανισμών. Όσον αφορά το μέγεθος για το Μοντέλο II (Ανθρώπινο Δυναμικό – Διακομιδές) δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μέσων τιμών της τεχνικής αποδοτικότητας. Ως εκ τούτου, τα κέντρα υγείας χαμηλού πληθυσμού ευθύνης εμφανίζουν μέση αποδοτικότητα 70,6%, τα μεσαίου μεγέθους 70,5% και τα υψηλού μεγέθους 68,8%.

5.6.6 Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο ΙΙ)

Για έναν οργανισμό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζει τη μεταβολή της εκροής σε περίπτωση αύξησης της εισροής. Στη βάση αυτής της θεώρησης διερευνώνται για τα κέντρα υγείας του δείγματος (σύνολο του δείγματος) το προφίλ λειτουργίας τους βάσει των οικονομιών κλίμακας, καθώς και το αν αυτές συσχετίζονται με τον πληθυσμό ευθύνης.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Count radial=1
Οικονομίες	Φθίνουσες	65	,610	,205	,138	,998	0
Κλίμακας	Σταθερές	43	1,000	,000	1,000	1,000	42
	Αύξουσες	84	,619	,165	,315	1,000	1

Πίνακας 36: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο ΙΙ)

Αναλύοντας τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι στο Μοντέλο ΙΙ (Ανθρώπινο Δυναμικό – Διακομιδές) 65 κέντρα υγείας λειτουργούν σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας, 43 κέντρα υγείας λειτουργούν σε σταθερές οικονομίες κλίμακας και 84 κέντρα υγείας λειτουργούν σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας.

Διερευνώντας την σχέση οικονομιών κλίμακας με το μέγεθος του πληθυσμού από τον πίνακα 37 διαπιστώνεται με την χρήση του στατιστικού ελέγχου χ^2 σημαντική συσχέτιση για το μοντέλο ΙΙ με βαθμό εμπιστοσύνης 99%. Ακόμα παρατηρούμε ότι το 72% των κέντρων υγείας με χαμηλό επίπεδο πληθυσμού ευθύνης λειτουργεί σε φθίνουσες οικονομίες, το 50% των κέντρων υγείας με μεσαίο πληθυσμό ευθύνης λειτουργεί σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας και το 68,8% των κέντρων υγείας με υψηλό πληθυσμό ευθύνης λειτουργεί σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Οικονομίες Κλίμακας Crosstabulation

			Οικονομίες Κλίμακας			Total
			Φθίνουσες	Σταθερές	Αύξουσες	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	36	10	4	50
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	72,0%	20,0%	8,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	55,4%	23,3%	4,8%	26,0%
		% of Total	18,8%	5,2%	2,1%	26,0%
	Μεσαίος	Count	22	25	47	94
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	23,4%	26,6%	50,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	33,8%	58,1%	56,0%	49,0%
		% of Total	11,5%	13,0%	24,5%	49,0%
	Υψηλός	Count	7	8	33	48
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	14,6%	16,7%	68,8%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	10,8%	18,6%	39,3%	25,0%
		% of Total	3,6%	4,2%	17,2%	25,0%
Total	Count	65	43	84	192	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	33,9%	22,4%	43,8%	100,0%	
	% within Οικονομίες Κλίμακας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,9%	22,4%	43,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,663 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	56,693	4	,000
Linear-by-Linear Association	44,879	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,75.

Πίνακας 37: Συσχέτιση οικονομίων κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο ΙΙ)

Συμπεραίνουμε ότι τα κέντρα υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης πρέπει να αλλάξουν τον τρόπο που χρησιμοποιούν τους πόρους τους για να υπάρχει αναλογική σχέση στην αύξηση των εκροών.

5.6.7 Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο ΙΙ)

Η μεθοδολογία συγκριτικής αξιολόγησης βασίζεται στον προσδιορισμό των πρότυπων κέντρων υγείας τα οποία χρησιμοποιούν βέλτιστα το μίγμα των πόρων τους για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης. Η αποδοτικότητα των υπολοίπων μη-αποδοτικών κέντρων υγείας εκτιμάται με βάση τις επιδόσεις που καταγράφουν τα πρότυπα κέντρα υγείας. Η προσέγγιση αυτή διαμορφώνει το επίπεδο τεχνολογίας στα πλαίσια του οποίου λειτουργεί η συγκριτική αξιολόγηση.

Τα πρότυπα-συγκριτές κέντρα υγείας (benchmarks) εμφανίζουν ομοιότητες στους τομείς δομής οργάνωσης, προφίλ ζήτησης, ενδογενών και εξωγενών παραγόντων επιρροής, με τα μη-αποδοτικά κέντρα υγείας των κατηγοριών στις οποίες αντιστοιχούν. Συνεπώς, η παρακολούθηση του τρόπου οργάνωσης, διοίκησης και παροχής υπηρεσιών για τα κέντρα υγείας με πρότυπες λειτουργίες κρίνεται αναγκαία σε επίπεδο χάραξης πολιτικής υγείας.

Η αποδοτικότητα των μη-αποδοτικών κέντρων υγείας καθορίζεται από το γραμμικό συνδυασμό παραμέτρων (εισροών –εκροών). Οι συντελεστές των εξισώσεων καθορίζονται από τα πρότυπα κέντρα υγείας που εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά παραγωγής. Με βάση αυτή την ανάλυση σε κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχούν συγκεκριμένα πρότυπα.

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων των πρότυπων κέντρων υγείας για το σύνολο του δείγματος. Τα πρότυπα κέντρα υγείας στο συγκεκριμένο μοντέλο αριθμούνται σε 44 από τα 192 που είναι συνολικά.

name	count	%	name	count	%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	110	14,63%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΥΔΡΑΣ	7	0,93%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	70	9,31%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΤΣΑΡΑ	6	0,80%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΛΟΥ	54	7,18%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	5	0,66%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	54	7,18%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	5	0,66%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	52	6,91%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	5	0,66%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	50	6,65%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	5	0,66%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΛΑΤΑ	46	6,12%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΤΕΑΣ	4	0,53%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	36	4,79%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	4	0,53%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	29	3,86%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΣΤΟΜΟΥ	3	0,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	25	3,32%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	3	0,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	21	2,79%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ	3	0,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ	18	2,39%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΓΚΑΔΑ	3	0,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	18	2,39%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΗΣ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΘΕΙΟΥ	15	1,99%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΣΣΑΜΟΥ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	14	1,86%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΕΞΩΝ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	13	1,73%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΙΟΥ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	13	1,73%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	2	0,27%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	11	1,46%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥ	1	0,13%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΡΑΚΑ	11	1,46%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	1	0,13%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	9	1,20%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	1	0,13%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	8	1,06%	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	1	0,13%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	8	1,06%			

Πίνακας 38: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο ΙΙ)

5.6.8 Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο ΙΙ)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του μοντέλου ΙΙ (Ανθρώπινο Δυναμικό-Διακομιδές) δίνεται η δυνατότητα να τεθούν στόχοι βελτίωσης στις εκροές κάθε κέντρου υγείας. Οι στόχοι αναφέρονται στην μείωση των εισροών ή την αύξηση των εκροών για τα μη – αποδοτικά κέντρα υγείας συγκριτικά με τα αντίστοιχα πρότυπα κέντρα υγείας.

Δείκτης Βελτίωσης Μεταβλητής	Μέγεθος Πληθυσμού (mean)		
	Χαμηλός	Μεσαίος	Υψηλός
PH_TO	-0,29	-0,12	-0,08
NURS	-0,13	-0,12	-0,21
PARAM	-0,18	-0,04	-0,07
ADM_TECH_OTH	-0,29	-0,11	-0,05
POPULATION	-0,05	-0,13	-0,33
DEP_MED_T	-0,21	-0,04	-0,03
TRANS	-0,23	-0,20	-0,25
MED_EXAM	0,66	0,70	0,63
LAB_TEST	3,03	1,26	1,68
INJECT	2,04	0,99	0,81

Πίνακας 39: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο ΙΙ)

Από τα αποτελέσματα του Μοντέλου ΙΙ και από την διερεύνηση της σχέσης του δείκτη μείωσης με το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης, παρατηρείται μεγαλύτερη δυνατότητα μείωσης των πόρων για την κατηγορία των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Τα κέντρα υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης διαθέτουν σε μεγαλύτερο βαθμό πλεονάζων προσωπικό. Για την αύξηση της αποδοτικότητας των κέντρων υγείας απαιτείται η ανακατανομή του προσωπικού.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο στόχος του Μοντέλου ΙΙ είναι η μεγιστοποίηση των εκροών, μπορεί να ειπωθεί ότι για να γίνουν αποδοτικά τα κέντρα υγείας πρέπει να αυξήσουν τις ιατρικές εξετάσεις κατά 66%, τις εργαστηριακές εξετάσεις κατά 199% και τους εμβολιασμούς κατά 128%. Μεγάλο πρόβλημα υπάρχει στις εργαστηριακές εξετάσεις των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης, οι οποίες πρέπει να αυξηθούν κατά 303%. Η αύξηση των λειτουργικών δεικτών των κέντρων υγείας θα πετύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα και συγκεκριμένα την λειτουργία των κέντρων υγείας πάνω στο σύνολο αποδοτικότητας.

5.7 Παρουσίαση Μοντέλου III

5.7.1 Διερεύνηση Αποδοτικότητας Μοντέλου III

Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης, καθώς και με την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας (Γούναρης Χ.,2005). Ο βαθμός χρησιμοποίησης μετρά την αποδοτικότητα εκμετάλλευσης του δυναμικού της υπάρχουσας τεχνολογίας για την παραγωγή μίας μονάδας προϊόντος, ενώ η παραγωγικότητα ορίζεται ως η αποδοτικότητα παραγωγής υγειονομικού προϊόντος από τη χρήση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος (κέντρου υγείας). Η εκτίμηση της αποδοτικότητας αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας και αποτελεί το βασικό μέσο για τον έλεγχο και την ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Στο ερευνητικό πεδίο της αξιολόγησης των δημόσιων οργανισμών έχει επιτελεσθεί σημαντική πρόοδος που κυρίως εντοπίζεται στην ανάπτυξη νέων μεθοδολογιών αξιολόγησης και στην εφαρμογή μη-παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού DEA και προηγμένων οικονομετρικών συναρτήσεων. Οι μέθοδοι συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και οι οικονομετρικές μέθοδοι αποτελούν τις πιο αποδεκτές μεθόδους στη διεθνή βιβλιογραφία με ευρεία εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας. Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συνήθως βασίζεται στην ανάπτυξη συναρτήσεων κόστους των δαπανών ή συγκεκριμένων δεικτών αποδοτικότητας.

Λόγω προβλήματος στα οικονομικά δεδομένα 54 κέντρων υγείας τα Μοντέλα III, IV και V αφορούν τα υπόλοιπα 138 κέντρα υγείας του δείγματος. Τα αποτελέσματα του εμπειρικού μέρους εξάγονται από την επίλυση μη - παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού βάσει της μεθόδου συγκριτικής αξιολόγησης DEA για σταθερές οικονομίες κλίμακας.

Στο Μοντέλο III έγινε ελαχιστοποίηση της αντικειμενικής συνάρτησης, που σημαίνει ότι κρατώντας σταθερά τις εξετάσεις πόσο πρέπει να μειωθούν τα οικονομικά στοιχεία (μισθοί, προϋπολογισμοί) για να γίνουν τα κέντρα υγείας αποδοτικά.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Valid N
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	40	,510	,269	,155	1,000	40
	Μεσαίος	62	,569	,223	,178	1,000	62
	Υψηλός	36	,549	,253	,116	1,000	36

Πίνακας 40: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο III)

		Αποδοτικότητα					Count radial=1
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	
Δ.Υ.ΠΕ.	ΑΤΤΙΚΗΣ	8	,768	,231	,427	1,000	3
	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	23	,707	,239	,349	1,000	6
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17	,708	,232	,324	1,000	4
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	34	,790	,187	,431	1,000	9
	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	32	,666	,184	,373	1,000	4
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	64	,645	,243	,138	1,000	13
	ΚΡΗΤΗΣ	14	,766	,263	,315	1,000	5

Πίνακας 41: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο III)

Από τους πίνακες 40 και 41 παρατηρούμε ότι τα κέντρα υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα στην χρήση των οικονομικών πόρων σε σχέση με τα κέντρα υγείας με μεσαίο πληθυσμό ευθύνης που παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο αποδοτικότητας. Επιπλέον, τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων δεν χρησιμοποιούν με σωστό τρόπο τις εισροές τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην συγκεκριμένη Δ.Υ.ΠΕ ανήκει και το κέντρο υγείας με την χαμηλότερη αποδοτικότητα (13,8%).

Αντιθέτως, τα κέντρα υγείας που ανήκουν στην Δ.Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης έχουν τον υψηλότερο μέσο όρο αποδοτικότητας, δηλαδή η χρήση των πόρων γίνεται με τον καλύτερο τρόπο συγκριτικά με τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ. Πιο αναλυτικά, στην συγκεκριμένη Δ.Υ.ΠΕ. παρατηρείται η καλύτερη ανταποδοτικότητα του χρήματος (value for money).

Η εκτίμηση της σχέσης αποδοτικότητας και μεγέθους αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τον ανασχεδιασμό και την αναδιοργάνωση των οργανισμών. Όσον αφορά το μέγεθος για το Μοντέλο III (Οικονομικό Μοντέλο) δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μέσων τιμών της τεχνικής αποδοτικότητας. Ως εκ τούτου, τα κέντρα υγείας χαμηλού πληθυσμού ευθύνης εμφανίζουν μέση αποδοτικότητα 51%, τα μεσαίου μεγέθους 56,9% και τα υψηλού μεγέθους 54,9%. Οι συγκεκριμένες τιμές μέσου όρου είναι αρκετά μικρότερες από τις μέσες τιμές αποδοτικότητας των Μοντέλων I και II.

5.7.2 Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο ΙΙΙ)

Για έναν οργανισμό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζει τη μεταβολή της εκροής σε περίπτωση αύξησης της εισροής. Στη βάση αυτής της θεώρησης διερευνώνται για τα κέντρα υγείας του δείγματος (138 κέντρα υγείας από τα 192 του συνολικού δείγματος) το προφίλ λειτουργίας τους βάσει των οικονομιών κλίμακας, καθώς και το αν αυτές συσχετίζονται με τον πληθυσμό ευθύνης.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Valid N
Οικονομίες	Φθίνουσες	107	,474	,210	,116	,981	0
Κλίμακας	Σταθερές	10	1,000	,000	1,000	1,000	10
	Αύξουσες	21	,701	,137	,434	,948	0

Πίνακας 42: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο ΙΙΙ)

Από τον παραπάνω πίνακα απορρέει ότι στο Μοντέλο ΙΙΙ (Οικονομικό Μοντέλο) το 77,5% των κέντρων υγείας του δείγματος λειτουργεί σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την δυσανάλογη αύξηση των εκροών με ρυθμό μικρότερο της μονάδας. Πιο συγκεκριμένα, τα 107 κέντρα υγείας λειτουργούν σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας, 10 κέντρα υγείας λειτουργούν σε σταθερές οικονομίες κλίμακας και 21 κέντρα υγείας λειτουργούν σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας.

Διερευνώντας την σχέση οικονομιών κλίμακας με το μέγεθος του πληθυσμού από τον πίνακα 43 διαπιστώνεται με την χρήση του στατιστικού ελέγχου χ^2 ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα για το μοντέλο ΙΙΙ με βαθμό εμπιστοσύνης 81,9%.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Οικονομίες Κλίμακας Crosstabulation

			Οικονομίες Κλίμακας			Total
			Φθίνουσες	Σταθερές	Αύξουσες	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	34	4	2	40
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	85,0%	10,0%	5,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	31,8%	40,0%	9,5%	29,0%
		% of Total	24,6%	2,9%	1,4%	29,0%
	Μεσαίος	Count	48	4	10	62
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	77,4%	6,5%	16,1%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	44,9%	40,0%	47,6%	44,9%
		% of Total	34,8%	2,9%	7,2%	44,9%
	Υψηλός	Count	25	2	9	36
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	69,4%	5,6%	25,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	23,4%	20,0%	42,9%	26,1%
		% of Total	18,1%	1,4%	6,5%	26,1%
Total	Count	107	10	21	138	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	77,5%	7,2%	15,2%	100,0%	
	% within Οικονομίες Κλίμακας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	77,5%	7,2%	15,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,248 ^a	4	,181
Likelihood Ratio	6,826	4	,145
Linear-by-Linear Association	4,427	1	,035
N of Valid Cases	138		

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,61.

Πίνακας 43: Συσχέτιση οικονομίων κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο IV)

5.7.3 Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο III)

Η μεθοδολογία συγκριτικής αξιολόγησης βασίζεται στον προσδιορισμό των πρότυπων κέντρων υγείας τα οποία χρησιμοποιούν βέλτιστα το μίγμα των πόρων τους για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης. Η αποδοτικότητα των υπολοίπων μη-αποδοτικών κέντρων υγείας εκτιμάται με βάση τις επιδόσεις που καταγράφουν τα πρότυπα κέντρα υγείας. Η προσέγγιση αυτή διαμορφώνει το επίπεδο τεχνολογίας στα πλαίσια του οποίου λειτουργεί η συγκριτική αξιολόγηση.

Τα πρότυπα-συγκριτές κέντρα υγείας (benchmarks) εμφανίζουν ομοιότητες στους τομείς δομής οργάνωσης, προφίλ ζήτησης, ενδογενών και εξωγενών παραγόντων επιρροής, με τα μη-αποδοτικά κέντρα υγείας των κατηγοριών στις οποίες

αντιστοιχούν. Συνεπώς, η παρακολούθηση του τρόπου οργάνωσης, διοίκησης και παροχής υπηρεσιών για τα κέντρα υγείας με πρότυπες λειτουργίες κρίνεται αναγκαία σε επίπεδο χάραξης πολιτικής υγείας. Η αποδοτικότητα των μη-αποδοτικών κέντρων υγείας καθορίζεται από το γραμμικό συνδυασμό παραμέτρων (εισροών –εκροών). Οι συντελεστές των εξισώσεων καθορίζονται από τα πρότυπα κέντρα υγείας που εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά παραγωγής. Με βάση αυτή την ανάλυση σε κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχούν συγκεκριμένα πρότυπα.

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων των πρότυπων κέντρων υγείας για το σύνολο του δείγματος. Στο Μοντέλο III 10 κέντρα υγείας από τα 138 του δείγματος είναι αποδοτικά 100%.

name	count	%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	21	4,94%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	2	0,47%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	94	22,12%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	65	15,29%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	4	0,94%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	16	3,76%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	76	17,88%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	30	7,06%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	19	4,47%
KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	98	23,06%

Πίνακας 44: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο III)

5.7.4 Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο III)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του μοντέλου III (Οικονομικό Μοντέλο) δίνεται η δυνατότητα να τεθούν στόχοι βελτίωσης στις εκροές κάθε κέντρου υγείας. Οι στόχοι αναφέρονται στην μείωση των εισροών ή την αύξηση των εκροών για τα μη – αποδοτικά κέντρα υγείας συγκριτικά με τα αντίστοιχα πρότυπα κέντρα υγείας.

Δείκτης Βελτίωσης Μεταβλητής	Μέγεθος Πληθυσμού (mean)		
	Χαμηλός	Μεσαίος	Υψηλός
SUM	-0,50	-0,45	-0,51
BUDG_EXP	-0,56	-0,49	-0,47
DEP_MED	-0,50	-0,44	-0,45
MED_EXAM	0,04	0,01	0,00
LAB_TEST	2,57	2,28	1,42
INJECT	2,01	1,79	2,08

Πίνακας 45: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο III)

Από τα αποτελέσματα του Μοντέλου III και από την διερεύνηση της σχέσης του δείκτη μείωσης με το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης, παρατηρείται μεγαλύτερη δυνατότητα μείωσης των πόρων για την κατηγορία των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο στόχος του Μοντέλου III είναι η ελαχιστοποίηση των εισροών, μπορεί να ειπωθεί ότι για να γίνουν τα κέντρα υγείας αποδοτικά πρέπει να μειωθούν οι οικονομικοί πόροι. Συγκεκριμένα, η ετήσια δαπάνη για το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να μειωθεί κατά 48% και οι προϋπολογισμοί των κέντρων υγείας κατά 50%. Επίσης, η συγκεκριμένη ποσότητα εκρών μπορεί να παραχθεί από λιγότερες λειτουργικές μονάδες (ιατρεία και εργαστήρια) μειωμένες κατά 46%.

5.7.5 Οικονομική Ανάλυση Προσδιοριστικών Παραγόντων Της Μη – Αποδοτικότητας (Μοντέλο III)

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοτικότητα εστιάζεται στους δείκτες τεχνικής αποδοτικότητας του Μοντέλου III (Οικονομικό Μοντέλο). Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζει την αποδοτικότητα εξετάζεται με τη χρήση του οικονομετρικού κεντροειδούς μοντέλου TOBIT.

Οι μεταβλητές του Μοντέλου Συσχέτισης TOBIT 3 που παρουσιάζεται παρακάτω είναι οι εξής:

§ Εξαρτημένη

Βαθμός μη αποδοτικότητας = $(1 / \text{δείκτη αποδοτικότητας Μοντέλου III}) - 1$

§ Ανεξάρτητες

1. Θνησιμότητα
2. Συνταγογραφήσεις
3. Ποσοστιαίος αριθμός επιχειρήσεων
4. Μόνιμες καλλιέργειες
5. Κάτοικοι/ χμ²

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,775	,229		7,755	,000
	Θνησιμότητα	,000	,000	3,193	2,406	,018
	Συνταγογραφήσεις	,000	,000	-,216	-2,578	,011
	Ποσοστιαίος αριθμός επιχειρήσεων	-,636	,224	-4,370	-2,840	,005
	Μόνιμες καλλιέργειες	-,001	,001	-,218	-2,541	,012
	Κάτοικοι/ χμ2	,006	,004	1,136	1,399	,164

a. Dependent Variable: tobit3

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,361 ^a	,130	,097	1,22961	1,948

a. Predictors: (Constant), Κάτοικοι/ χμ2, Συνταγογραφήσεις, Μόνιμες καλλιέργειες, Θνησιμότητα, Ποσοστιαίος αριθμός επιχειρήσεων

b. Dependent Variable: tobit3

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	29,673	5	5,935	3,925	,002 ^a
	Residual	198,064	131	1,512		
	Total	227,737	136			

a. Predictors: (Constant), Κάτοικοι/ χμ2, Συνταγογραφήσεις, Μόνιμες καλλιέργειες, Θνησιμότητα, Ποσοστιαίος αριθμός επιχειρήσεων

b. Dependent Variable: tobit3

Πίνακας 46: Αποτελέσματα TOBIT(Μοντέλο III)

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης προκύπτει ότι το οικονομετρικό μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό κατά 99%.

Ελέγχοντας τη σημαντικότητα κάθε παράγοντα θεωρούμε ως αξιόπιστους παράγοντες τους παρακάτω:

- § Τον ποσοστιαίο αριθμό επιχειρήσεων με 99% επίπεδο σημαντικότητας (sig=0,005).
- § Τις συνταγογραφήσεις με επίπεδο σημαντικότητας 99% (sig=0,011).
- § Τις μόνιμες καλλιέργειες με 99% επίπεδο σημαντικότητας (sig=0,012).
- § Την θνησιμότητα με 98% επίπεδο σημαντικότητας (sig=0,018).

Η μεταβλητή κάτοικοι/χμ² έχει επίπεδο σημαντικότητας 83%.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα του πίνακα 46 διαπιστώνονται οι παρακάτω σχέσεις της οικονομικής μη-αποδοτικότητας με τους προσδιοριστικούς παράγοντες που διερευνώνται με τη χρήση του οικονομετρικού μοντέλου TOBIT:

Ο ποσοστιαίος αριθμός επιχειρήσεων είναι ο σημαντικότερος παράγοντας της τεχνικής μη – αποδοτικότητας διότι διαθέτει τον υψηλότερο Β συντελεστή (-0,636) της γραμμικής εξίσωσης και εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την τεχνική μη – αποδοτικότητα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η αύξηση των επιχειρήσεων οδηγεί σε βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας των κέντρων υγείας.

Η επόμενη μεταβλητή είναι οι μόνιμες καλλιέργειες. Η συσχέτιση είναι αρνητική, δηλαδή όσο αυξάνονται οι μόνιμες καλλιέργειες μειώνεται η τεχνική μη – αποδοτικότητα.

Η μεταβλητή κάτοικοι/χμ² δεν είναι αξιόπιστος παράγοντας (sig=0,164) αλλά εμφανίζει θετική συσχέτιση με την τεχνική μη – αποδοτικότητα. Συνεπώς, όσο μειώνεται η συσσώρευση κατοίκων στις περιοχές, αυξάνεται η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας, διότι το ανθρώπινο δυναμικό έχει να εξυπηρετήσει λιγότερους ασθενείς.

5.8 Παρουσίαση Μοντέλου IV

5.8.1 Διερεύνηση Αποδοτικότητας Μοντέλου IV

Η εκτίμηση της αποδοτικότητας αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας και αποτελεί το βασικό μέσο για τον έλεγχο και την ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης, καθώς και με την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας (Γούναρης Χ.,2005). Ο βαθμός χρησιμοποίησης μετρά την αποδοτικότητα εκμετάλλευσης του δυναμικού της υπάρχουσας τεχνολογίας για την παραγωγή μίας μονάδας προϊόντος, ενώ η παραγωγικότητα ορίζεται ως η αποδοτικότητα παραγωγής υγειονομικού προϊόντος από τη χρήση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος (κέντρου υγείας).

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συνήθως βασίζεται στην ανάπτυξη συναρτήσεων κόστους των δαπανών ή συγκεκριμένων δεικτών αποδοτικότητας. Στο ερευνητικό πεδίο της αξιολόγησης των δημόσιων οργανισμών έχει επιτελεσθεί σημαντική πρόοδος που κυρίως εντοπίζεται στην ανάπτυξη νέων μεθοδολογιών αξιολόγησης και στην εφαρμογή μη-παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού DEA και προηγμένων οικονομετρικών συναρτήσεων. Οι μέθοδοι συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και οι οικονομετρικές μέθοδοι αποτελούν τις πιο αποδεκτές μεθόδους στη διεθνή βιβλιογραφία με ευρεία εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα του εμπειρικού μέρους εξάγονται από την επίλυση μη - παραμετρικών μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού βάσει της μεθόδου συγκριτικής αξιολόγησης DEA για σταθερές οικονομίες κλίμακας.

Στο Μοντέλο IV έγινε ελαχιστοποίηση της αντικειμενικής συνάρτησης, που σημαίνει ότι κρατώντας σταθερά τις ιατρικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις τους εμβολιασμούς, και τις διακομιδές πόσο θα πρέπει να μειωθούν τα οικονομικά στοιχεία (μισθοί, προϋπολογισμοί) για να γίνουν τα κέντρα υγείας αποδοτικά.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Valid N
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	40	,568	,258	,173	1,000	4
	Μεσαίος	62	,624	,225	,226	1,000	8
	Υψηλός	36	,626	,248	,128	1,000	2

Πίνακας 47: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει μεγέθους πληθυσμού ευθύνης (Μοντέλο IV)

	Αποδοτικότητα					
	Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Valid N
Δ.Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ	5	,546	,178	,382	,810	0
ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	17	,567	,222	,223	1,000	1
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	12	,565	,212	,226	,865	0
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	25	,660	,234	,239	1,000	3
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	9	,691	,308	,206	1,000	1
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	57	,555	,232	,128	1,000	3
ΚΡΗΤΗΣ	13	,805	,219	,379	1,000	6

Πίνακας 48: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Δ.Υ.ΠΕ. (Μοντέλο IV)

Από τους πίνακες 47 και 48 παρατηρούμε ότι τα κέντρα υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα στην χρήση των οικονομικών πόρων σε σχέση με τα κέντρα υγείας με υψηλό πληθυσμό ευθύνης που παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο αποδοτικότητας. Επιπλέον, τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Αττικής δεν κατανέμουν σωστά τους διαθέσιμους πόρους.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι η Δ.Υ.ΠΕ. Αττικής και Μακεδονίας στο Μοντέλο IV (Οικονομικό Μοντέλο – Διακομιδές) δεν έχουν κανένα πρότυπο κέντρο υγείας. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό το γεγονός είναι ότι οι κάτοικοι των μεγάλων αστικών πόλεων επιθυμούν να εξεταστούν από την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Συνεπώς, στα μεγάλα αστικά κέντρα είναι δύσκολο να εξεταστούν περιστατικά που θα χρειαζόντουσαν διακομιδή σε κάποιο νοσοκομείο.

Τα κέντρα υγείας που ανήκουν στην Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης έχουν τον υψηλότερο μέσο όρο αποδοτικότητας, δηλαδή η χρήση των πόρων γίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο συγκριτικά με τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ.

Η εκτίμηση της σχέσης αποδοτικότητας και μεγέθους αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τον ανασχεδιασμό και την αναδιοργάνωση των οργανισμών. Όσον αφορά το μέγεθος για το Μοντέλο IV (Οικονομικό Μοντέλο – Διακομιδές) δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μέσων τιμών της τεχνικής αποδοτικότητας. Ως εκ τούτου, τα κέντρα υγείας χαμηλού πληθυσμού ευθύνης εμφανίζουν μέση αποδοτικότητα 56,8%, τα μεσαίου μεγέθους 62,4% και τα υψηλού μεγέθους 62,6%. Οι συγκεκριμένες τιμές μέσου όρου είναι αρκετά μικρότερες από τις μέσες τιμές αποδοτικότητας των Μοντέλων I και II.

5.8.2 Διερεύνηση Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο IV)

Για έναν οργανισμό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζει τη μεταβολή της εκροής σε περίπτωση αύξησης της εισροής. Στη βάση αυτής της θεώρησης διερευνώνται για τα κέντρα υγείας του δείγματος (138 κέντρα υγείας από τα 192 του συνολικού δείγματος) το προφίλ λειτουργίας τους βάσει των οικονομιών κλίμακας, καθώς και το αν αυτές συσχετίζονται με τον πληθυσμό ευθύνης.

		Αποδοτικότητα					
		Count	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Valid N
Οικονομίες Κλίμακας	Φθίνουσες	102	,534	,214	,128	,981	0
	Σταθερές	14	1,000	,000	1,000	1,000	14
	Αύξουσες	22	,703	,137	,456	,980	0

Πίνακας 49: Εκτίμηση μέσης αποδοτικότητας βάσει Οικονομιών Κλίμακας (Μοντέλο IV)

Από τον παραπάνω πίνακα απορρέει ότι στο Μοντέλο IV (Οικονομικό Μοντέλο – Διακομιδές) το 74% των κέντρων υγείας του δείγματος λειτουργεί σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την δυσανάλογη αύξηση των εκροών με ρυθμό μικρότερο της μονάδας. Πιο συγκεκριμένα, τα 102 κέντρα υγείας λειτουργούν σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας, 14 κέντρα υγείας λειτουργούν σε σταθερές οικονομίες κλίμακας και 22 κέντρα υγείας λειτουργούν σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας.

Διερευνώντας την σχέση οικονομιών κλίμακας με το μέγεθος του πληθυσμού από τον πίνακα 50 διαπιστώνεται με την χρήση του στατιστικού ελέγχου χ^2 ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα για το μοντέλο IV με βαθμό εμπιστοσύνης 87,1%.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Οικονομίες Κλίμακας Crosstabulation

			Οικονομίες Κλίμακας			Total
			Φθίνουσες	Σταθερές	Αύξουσες	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	34	4	2	40
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	85,0%	10,0%	5,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	33,3%	28,6%	9,1%	29,0%
		% of Total	24,6%	2,9%	1,4%	29,0%
	Μεσαίος	Count	43	8	11	62
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	69,4%	12,9%	17,7%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	42,2%	57,1%	50,0%	44,9%
		% of Total	31,2%	5,8%	8,0%	44,9%
	Υψηλός	Count	25	2	9	36
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	69,4%	5,6%	25,0%	100,0%
		% within Οικονομίες Κλίμακας	24,5%	14,3%	40,9%	26,1%
		% of Total	18,1%	1,4%	6,5%	26,1%
Total	Count	102	14	22	138	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	73,9%	10,1%	15,9%	100,0%	
	% within Οικονομίες Κλίμακας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	10,1%	15,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,133 ^a	4	,129
Likelihood Ratio	8,050	4	,090
Linear-by-Linear Association	4,353	1	,037
N of Valid Cases	138		

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,65.

Πίνακας 50: Συσχέτιση οικονομίων κλίμακας με μέγεθος πληθυσμού (Μοντέλο IV)

5.8.3 Πρότυπα Κέντρα Υγείας –Benchmarks (Μοντέλο IV)

Η μεθοδολογία συγκριτικής αξιολόγησης βασίζεται στον προσδιορισμό των πρότυπων κέντρων υγείας τα οποία χρησιμοποιούν βέλτιστα το μίγμα των πόρων τους για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης. Η αποδοτικότητα των υπολοίπων μη-αποδοτικών κέντρων υγείας εκτιμάται με βάση τις επιδόσεις που καταγράφουν τα

πρότυπα κέντρα υγείας. Η προσέγγιση αυτή διαμορφώνει το επίπεδο τεχνολογίας στα πλαίσια του οποίου λειτουργεί η συγκριτική αξιολόγηση.

Τα πρότυπα-συγκριτές κέντρα υγείας (benchmarks) εμφανίζουν ομοιότητες στους τομείς δομής οργάνωσης, προφίλ ζήτησης, ενδογενών και εξωγενών παραγόντων επιρροής, με τα μη-αποδοτικά κέντρα υγείας των κατηγοριών στις οποίες αντιστοιχούν. Συνεπώς, η παρακολούθηση του τρόπου οργάνωσης, διοίκησης και παροχής υπηρεσιών για τα κέντρα υγείας με πρότυπες λειτουργίες κρίνεται αναγκαία σε επίπεδο χάραξης πολιτικής υγείας. Η αποδοτικότητα των μη-αποδοτικών κέντρων υγείας καθορίζεται από το γραμμικό συνδυασμό παραμέτρων (εισροών –εκροών). Οι συντελεστές των εξισώσεων καθορίζονται από τα πρότυπα κέντρα υγείας που εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά παραγωγής. Με βάση αυτή την ανάλυση σε κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχούν συγκεκριμένα πρότυπα.

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων των πρότυπων κέντρων υγείας για το σύνολο του δείγματος. Στο Μοντέλο IV 14 κέντρα υγείας από τα 138 του δείγματος είναι αποδοτικά 100%.

name	count	%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	84	19,72%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	77	18,08%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	67	15,73%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	64	15,02%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	51	11,97%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	21	4,93%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	18	4,23%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	12	2,82%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	12	2,82%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	11	2,58%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	4	0,94%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	2	0,47%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	2	0,47%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΜΟΥ	1	0,23%

Πίνακας 51: Κατανομή πρότυπων κέντρων υγείας (Μοντέλο IV)

5.8.4 Στόχοι Εξοικονόμησης Πόρων (Μοντέλο IV)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του μοντέλου IV (Οικονομικό Μοντέλο- Διακομιδές) δίνεται η δυνατότητα να τεθούν στόχοι βελτίωσης στις εκροές κάθε κέντρου υγείας. Οι στόχοι αναφέρονται στην μείωση των εισροών ή την αύξηση των εκροών για τα μη – αποδοτικά κέντρα υγείας συγκριτικά με τα αντίστοιχα πρότυπα κέντρα υγείας.

Δείκτης Βελτίωσης Μεταβλητής	Μέγεθος Πληθυσμού (mean)		
	Χαμηλός	Μεσαίος	Υψηλός
SUM	-0,46	-0,40	-0,51
BUDG_EXP	-0,54	-0,46	-0,46
DEP_MED	-0,44	-0,38	-0,38
MED_EXAM	0,10	0,04	0,05
LAB_TEST	4,11	2,87	1,93
INJECT	2,80	2,06	2,30
TRANS_T	0,19	0,34	0,56

Πίνακας 52: Στόχοι βελτίωσης εισροών και εκροών (Μοντέλο IV)

Από τα αποτελέσματα του Μοντέλου IV και από την διερεύνηση της σχέσης του δείκτη μείωσης με το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης, παρατηρείται μεγαλύτερη δυνατότητα μείωσης των πόρων για την κατηγορία των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο στόχος του Μοντέλου IV είναι η ελαχιστοποίηση των εισροών, μπορεί να ειπωθεί ότι για να γίνουν τα κέντρα υγείας αποδοτικά πρέπει να μειωθούν οι οικονομικοί πόροι. Συγκεκριμένα, η ετήσια δαπάνη για το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να μειωθεί κατά 46% και οι προϋπολογισμοί των κέντρων υγείας κατά 49%. Επίσης, η συγκεκριμένη ποσότητα εκροών μπορεί να παραχθεί από λιγότερες λειτουργικές μονάδες (ιατρεία και εργαστήρια) μειωμένες κατά 40%.

5.8.5 Οικονομετρική Ανάλυση Προσδιοριστικών Παραγόντων Της Μη – Αποδοτικότητας (Μοντέλο IV)

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοτικότητα εστιάζεται στους δείκτες τεχνικής αποδοτικότητας του Μοντέλου IV (Οικονομικό Μοντέλο - Διακομιδές). Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζει την αποδοτικότητα εξετάζεται με τη χρήση του οικονομετρικού κεντροειδούς μοντέλου TOBIT.

Οι μεταβλητές του Μοντέλου Συσχέτισης TOBIT 4 που παρουσιάζεται παρακάτω είναι οι εξής:

§ *Εξαρτημένη*

Βαθμός μη αποδοτικότητας = (1 / δείκτη αποδοτικότητας Μοντέλου III) – 1

§ *Ανεξάρτητες*

1. Θνησιμότητα
2. Συνταγογραφήσεις
3. Εξεληθόντες ασθενείς
4. Αρόσιμη Γη

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,037	,185		5,595	,000
	Θνησιμότητα	,000	,000	2,150	2,376	,019
	Συνταγογραφήσεις	,000	,000	-,223	-2,491	,014
	Εξεληθόντες ασθενείς	,000	,000	-2,122	-2,350	,020
	Αρόσιμη Γη	,000	,000	,164	1,753	,082

a. Dependent Variable: tobit4

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,308 ^a	,095	,068	1,07506

a. Predictors: (Constant), Αρόσιμη Γη, Εξεληθόντες ασθενείς, Συνταγογραφήσεις, Θνησιμότητα

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,113	4	4,028	3,485	,010 ^a
	Residual	153,715	133	1,156		
	Total	169,828	137			

a. Predictors: (Constant), Αρόσιμη Γη, Εξεληθόντες ασθενείς, Συνταγογραφήσεις, Θνησιμότητα

b. Dependent Variable: tobit4

Πίνακας 53: Αποτελέσματα TOBIT(Μοντέλο IV)

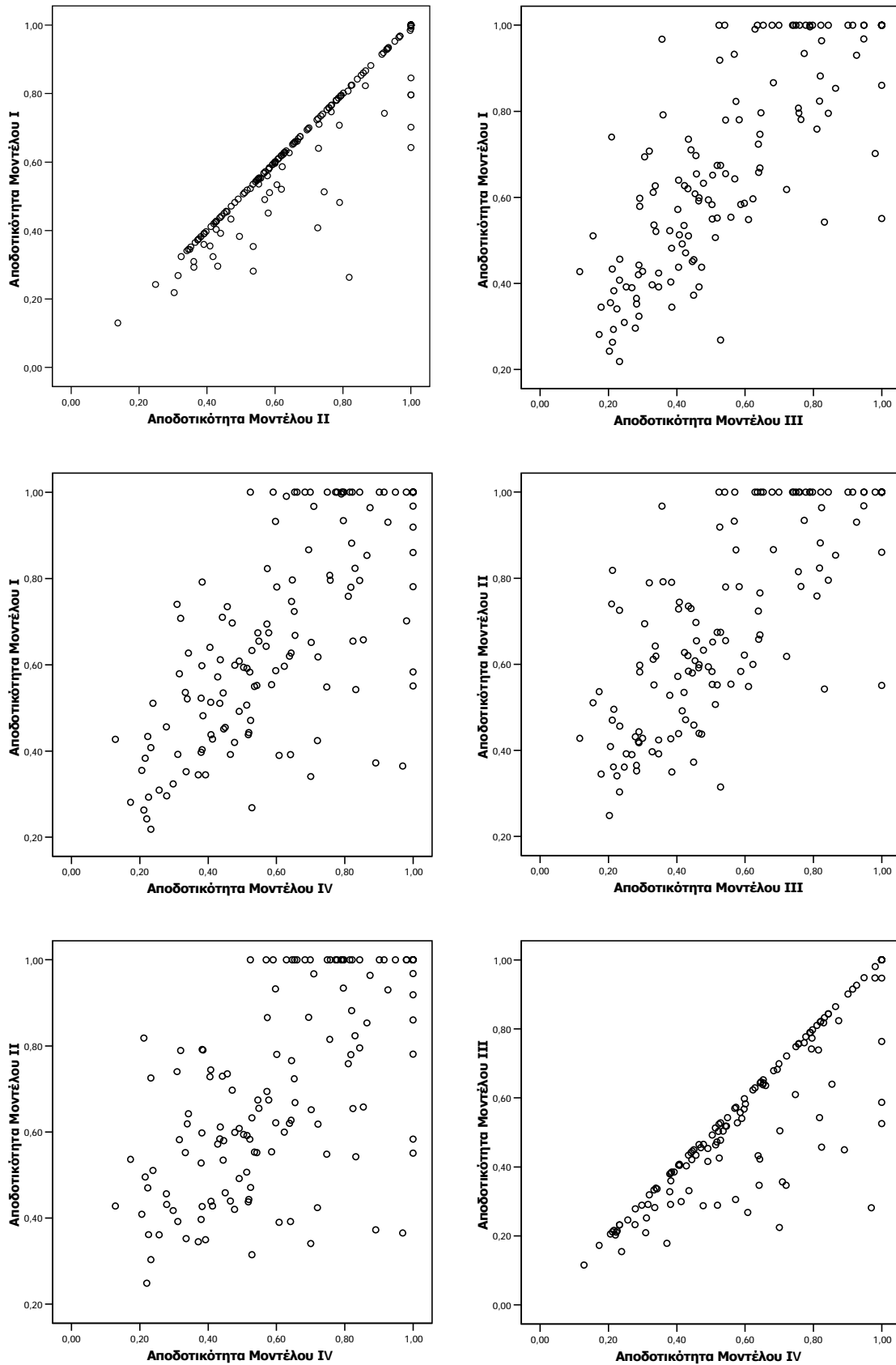
Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης προκύπτει ότι το οικονομετρικό μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό κατά 99%.

Ελέγχοντας τη σημαντικότητα κάθε παράγοντα θεωρούμε ως αξιόπιστους παράγοντες τους παρακάτω:

- § Τις συνταγογραφήσεις με επίπεδο σημαντικότητας 99% ($\text{sig}=0,014$).
- § Την θνησιμότητα με 98% επίπεδο σημαντικότητας ($\text{sig}=0,019$).
- § Τους εξελθόντες ασθενείς με 98% επίπεδο σημαντικότητας ($\text{sig}=0,02$).

Επίσης, μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόπιστος παράγοντας και η αρόσιμη Γη με 92% επίπεδο σημαντικότητας ($\text{sig}=0,082$).

5.9 Συγκριτική Ανάλυση των Μοντέλων DEA



Πίνακας 54: Scatter plots Μοντέλων DEA

hc	Όνομασία Φορέα	Δ.Υ.ΠΕ.	radial m1	radial m2	radial m3	radial m4
hc37	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc40	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc80	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	1,00	1,00
hc82	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	1,00	1,00
hc102	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	1,00	1,00
hc143	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	1,00	1,00
hc145	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	Κρήτης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc147	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	Κρήτης	1,00	1,00	1,00	1,00

Πίνακας 55: Πρότυπα Κέντρα Υγείας των Μοντέλων DEA

Βάσει του πίνακα 55, από το συνολικό δείγμα των 192 κέντρων υγείας 8 κέντρα υγείας είναι αποδοτικά σε όλα τα Μοντέλα που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Παρατηρείται το γεγονός ότι από τα 8 πρότυπα κέντρα υγείας του πίνακα, κανένα δεν βρίσκεται γεωγραφικά κοντά σε μεγάλο αστικό κέντρο. Από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε πως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα θα πρέπει να αναδιοργανωθεί, διότι τα περισσότερα περιστατικά εξετάζονται στα νοσοκομεία των πόλεων και όχι στα κέντρα υγείας της περιοχής. Συνεπώς, τα κέντρα υγείας που εδρεύουν κοντά στα μεγάλα αστικά κέντρα δεν κατέχουν τον αναχαιτιστικό ρόλο προς την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ο πίνακας 54 αποτυπώνει γραφικά την σχέση της αποδοτικότητας που υπάρχει σε κάθε Μοντέλο. Από το διάγραμμα Μοντέλο I – Μοντέλο II παρατηρούμε ότι σε αρκετά κέντρα υγείας υπάρχει μία ανάλογη σχέση. Από το συγκεκριμένο διάγραμμα απορρέει το γεγονός πως όταν στις εισροές προστέθηκαν και οι ετήσιες διακομιδές προς τα νοσοκομεία, η αποδοτικότητα κάποιων κέντρων υγείας αυξήθηκε.

Παρόμοια κίνηση παρατηρείται και στο διάγραμμα Μοντέλο III – Μοντέλο IV. Όταν προστέθηκαν οι διακομιδές στις εκροές η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας βελτιώθηκε. Συνεπώς, οι διακομιδές παίζουν θετικό ρόλο στην αποδοτικότητα των κέντρων υγείας.

Στο Παράρτημα παραβάλλεται ο συγκεντρωτικός πίνακας που αναφέρει για κάθε κέντρο υγείας την κίνηση της αποδοτικότητας σε κάθε Μοντέλο.

5.10 Συμπεράσματα Αποδοτικότητας

Η εκτίμηση των δεικτών αποδοτικότητας συμβάλει στον προσδιορισμό των αιτιών των αποκλίσεων από τους στόχους βελτίωσης της αποδοτικότητας. Παρατηρείται ότι το μίγμα των πόρων που αναλώνονται στην ΠΦΥ από το Ε.Σ.Υ. δεν χρησιμοποιείται με τον βέλτιστο τρόπο. Τα κέντρα υγείας του δείγματος χρησιμοποιούν αποδοτικότερα τους ανθρώπινους πόρους, απ' ό,τι τους οικονομικούς πόρους. Η μέση αποδοτικότητα για τα Μοντέλα I και II που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία είναι 69% και για τα Μοντέλα III και IV είναι 58%.

Στα Μοντέλα I (Ανθρώπινο Δυναμικό) και II (Ανθρώπινο Δυναμικό-Διακομιδές) η χαμηλότερη αποδοτικότητα παρατηρείται στα κέντρα υγείας που έχουν υψηλό πληθυσμό ευθύνης. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι υπάρχουν πολλά περιστατικά αλλά η χαμηλή ποσοστιαία κάλυψη του προσωπικού δεν είναι ικανή να φέρει εις πέρας όλα τα περιστατικά. Επίσης, λόγω του ότι στις περισσότερες περιοχές με υψηλό πληθυσμό ευθύνης υπάρχουν σε κοντινή απόσταση νοσοκομεία, οι ασθενείς προτιμούν να εξεταστούν στα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων.

Στα Μοντέλα III (Οικονομικό Μοντέλο) και IV (Οικονομικό Μοντέλο-Διακομιδές) η χαμηλότερη αποδοτικότητα παρατηρείται στα κέντρα υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης. Η κατανομή των οικονομικών πόρων στα συγκεκριμένα κέντρα υγείας δεν γίνεται σωστά λόγω του ότι το προσωπικό δίνει χαμηλότερα αποτελέσματα από ότι είναι ικανό να δώσει. Πιθανόν να χρειάζονται λιγότερες εφημερίες ιατρών και υπερωρίες από το υπόλοιπο προσωπικό. Από το παραπάνω απορρέει ότι η κατανομή του μίγματος ανθρωπίνων πόρων θα πρέπει να κατανεμηθεί ορθολογικά.

Στα δύο πρώτα Μοντέλα η Δ.Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων έχει την χαμηλότερη μέση αποδοτικότητα. Το γεγονός οφείλεται στα χαμηλά επίπεδα κάλυψης προσωπικού και στην μη ανάλογη ζήτηση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Αντιθέτως, τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης που έχει υψηλή κάλυψη προσωπικού συγκριτικά με τις υπόλοιπες Δ.Υ.ΠΕ., έχουν τις υψηλότερες αποδοτικότητες. Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι η αύξηση των ανθρωπίνων πόρων θα βοηθήσει την απόδοση της ΠΦΥ.

Παρόμοια πορεία παρατηρείται στο Μοντέλο III (Οικονομικό Μοντέλο). Τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων έχουν την χαμηλότερη μέση αποδοτικότητα (64,5%), δηλαδή η χρήση των οικονομικών πόρων πρέπει να βελτιωθεί. Κάτι τέτοιο δεν χρειάζεται η Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης (τουλάχιστον στο κοντινό μέλλον) διότι τα κέντρα υγείας της έχουν την υψηλότερη μέση αποδοτικότητα (79%).

Τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται όταν στο Οικονομικό Μοντέλο προστίθενται οι Διακομιδές (Μοντέλο IV). Σε αυτήν την περίπτωση τα κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ. Αττικής υστερούν αρκετά. Η μέση αποδοτικότητα τους ισούται με 54,6%, ενώ στο

Μοντέλο III η μέση αποδοτικότητα είναι 76,8%. Ανάλογη πορεία παρατηρείται και στην Δ.Υ.ΠΕ Μακεδονίας όπου στο Μοντέλο III η μέση αποδοτικότητα είναι 70,8% και στο Μοντέλο IV μειώνεται στο 56,5%. Από τα παραπάνω δεδομένα γίνεται αντιληπτό ότι η ΠΦΥ στα μεγάλα αστικά κέντρα υστερεί αρκετά. Οι ασθενείς προτιμούν να εξετασθούν από τα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, από το να επισκεφτούν το κοντινότερο κέντρο υγείας. Η ανάγκη ενδυνάμωσης της ΠΦΥ στις αστικές περιοχές είναι επιτακτική. Το όφελος θα επεκταθεί και στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, διότι θα μειωθεί η επιβάρυνση των νοσοκομείων από περιστατικά που χρήζουν πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η μεγαλύτερη μέση αποδοτικότητα στο Μοντέλο IV παρατηρείται από τη Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης (80,5%), που προκύπτει από την σωστή χρήση και διαχείριση των οικονομικών πόρων. Το 45,3% του συνολικού δείγματος των κέντρων υγείας λειτουργεί σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας στα Μοντέλα I και II. Το 34% των κέντρων υγείας λειτουργεί σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας και το υπόλοιπο 20,7% σε σταθερές οικονομίες κλίμακας.

Στα Οικονομικά Μοντέλα III και IV το 76% του συνολικού δείγματος λειτουργεί σε φθίνουσες οικονομίες κλίμακας. Το 15,3% λειτουργεί σε αύξουσες οικονομίες κλίμακας και το 8,7% των κέντρων υγείας λειτουργεί σε σταθερές οικονομίες κλίμακας. Η ανακατανομή των ανθρωπίνων πόρων και η εξοικονόμηση οικονομικών πόρων για την βελτίωση της χρήσης του μίγματος και της οικονομικής λειτουργίας κρίνεται αναγκαία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας βασικός στόχος αποτελεί η ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης. Η ανταπόκριση του συστήματος υγείας κυρίως εντοπίζεται στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά τους στόχους εξοικονόμησης πόρων, εξετάζοντας το σύστημα συνολικά παρατηρείται ότι στα Μοντέλα I και II κρίνεται απαραίτητη η ανακατανομή στους ανθρώπινους πόρους των κέντρων υγείας με χαμηλό πληθυσμό ευθύνης. Οι δείκτες βελτίωσης στα Οικονομικά Μοντέλα III και IV δεικνύουν την μείωση των οικονομικών πόρων. Το αποτέλεσμα της δεδομένης ποσότητας πόρων είναι το σύστημα να οδηγείται σε χαμηλή αποδοτικότητα.

Για την αύξηση της αποδοτικότητας των κέντρων υγείας χρειάζεται κοινή προσπάθεια από το προσωπικό κάθε κέντρου υγείας με την εξέταση περισσότερων περιστατικών και από τον πληθυσμό ευθύνης με την μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται η δυνατότητα επίτευξης σημαντικής οικονομίας, κυρίως από τον έλεγχο στην προμήθεια των φαρμάκων και τη μείωση των λειτουργικών δαπανών μέσω του προϋπολογισμού του κέντρου υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο 6 περιέχει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των κυριότερων μεταβλητών των κέντρων υγείας και συνεχίζει με την ανάλυση των κατανομών (boxplots) των βασικότερων λειτουργικών δεικτών που εμφανίζονται στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στη συνέχεια της ανάλυσης των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται οι έλεγχοι συσχέτισης των παραπάνω μεταβλητών και λειτουργικών δεικτών και πόσο ισχυρή είναι η στατιστική σημαντικότητα της κάθε συσχέτισης βάσει του συντελεστή Pearson. Το κεφάλαιο κλείνει με τον έλεγχο διαφοροποίησης των μέσων τιμών των μεταβλητών του δείγματος.

6.2 Περιγραφική Ανάλυση

Παρακάτω πραγματοποιείται η παρουσίαση των περιγραφικών στοιχείων των 16 μεταβλητών του μοντέλου.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ποσοστιαία Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού	192	,27	2,77	,6981	,22519
Εργαστήρια	192	1	4	2,06	,619
Παραϊατρικό Καλυπτόμενες	192	1	7	3,18	1,511
Κλίνες Βραχείας Νοσηλείας	192	1	10	4,61	1,760
Ιατρεία	192	1	17	7,75	3,503
Νοσηλευτικό Καλυπτόμενες	192	1	30	10,67	6,466
Διοικητικό,Τεχνικό,Λοιπό	192	1	24	10,97	4,654
Ιατρικό Καλυπτόμενες	192	4	51	23,45	10,964
Σύνολο Προσωπικού Καλυπτόμενες	192	11	93	48,28	19,169
Μέσος Ημερήσιος Όρος Επισκέψεων για Γενικής,Παθολογικό, Συνταγογραφήσεις	192	2	362	83,77	57,810
Διακομιδές	192	11	1135	346,41	240,688
Εμβολιασμοί	192	52	14304	3032,54	2752,530
Πληθυσμός Ευθύνης	192	1800	125000	22643,18	16260,567
Ιατρικές Εξετάσεις	192	3569	85639	34451,94	18484,915
Εργαστηριακές Εξετάσεις	192	83	199342	38309,12	34807,067
Συνταγογραφήσεις	192	106	186598	43796,72	34197,426
Valid N (listwise)	192				

Πίνακας 56: Περιγραφικά στοιχεία μεταβλητών

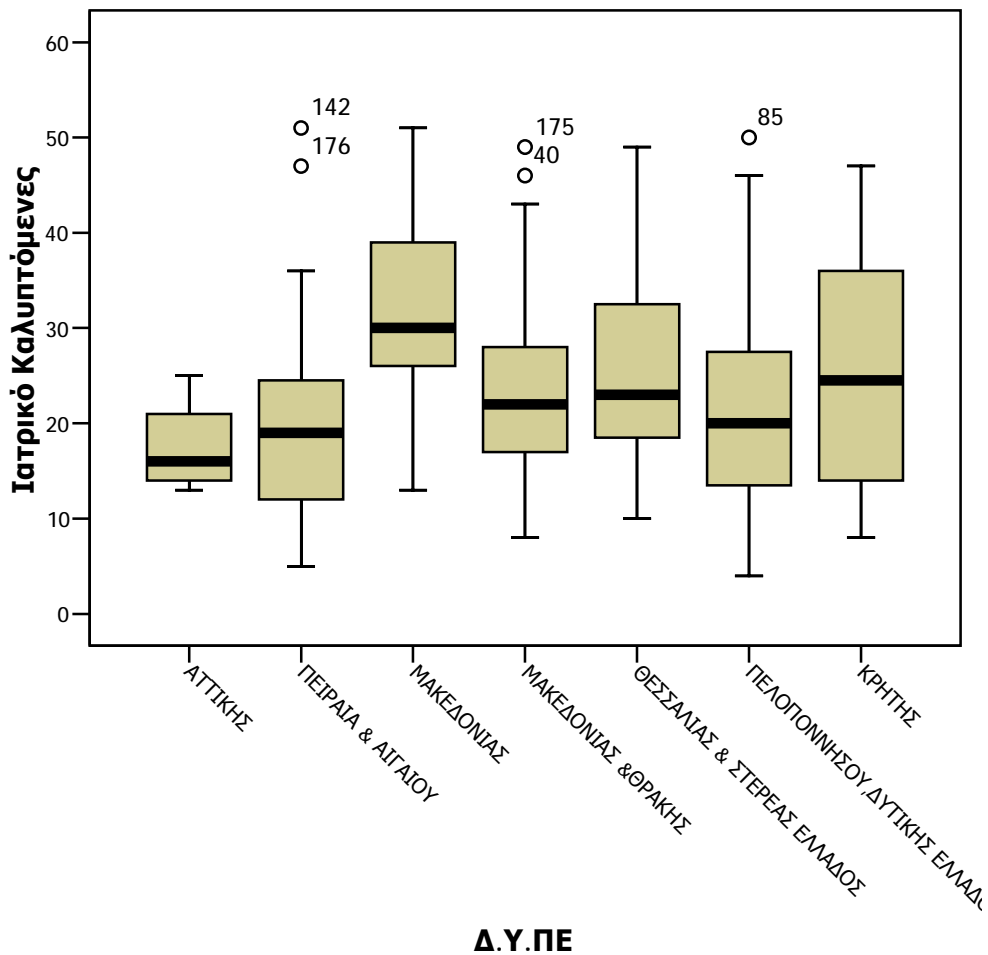
Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από τον παραπάνω πίνακα είναι οι εξής:

- § Η στήλη N εκφράζει το δείγμα που υπάρχει σε κάθε μεταβλητή, δηλαδή τον αριθμό των απαντήσεων που έχουν δοθεί.
- § Οι στήλες Minimum και Maximum δείχνουν την μικρότερη και μεγαλύτερη τιμή αντίστοιχα που έχει πάρει η κάθε μεταβλητή.
- § Η στήλη Mean αποτυπώνει τον μέσο όρο των απαντήσεων που έχουν δοθεί για κάθε μεταβλητή.
- § Η στήλη Standard Deviation εκφράζει την τυπική απόκλιση, δηλαδή την διασπορά που παρουσιάζει το δείγμα N για κάθε μεταβλητή.

6.3 Ανάλυση Κατανομών

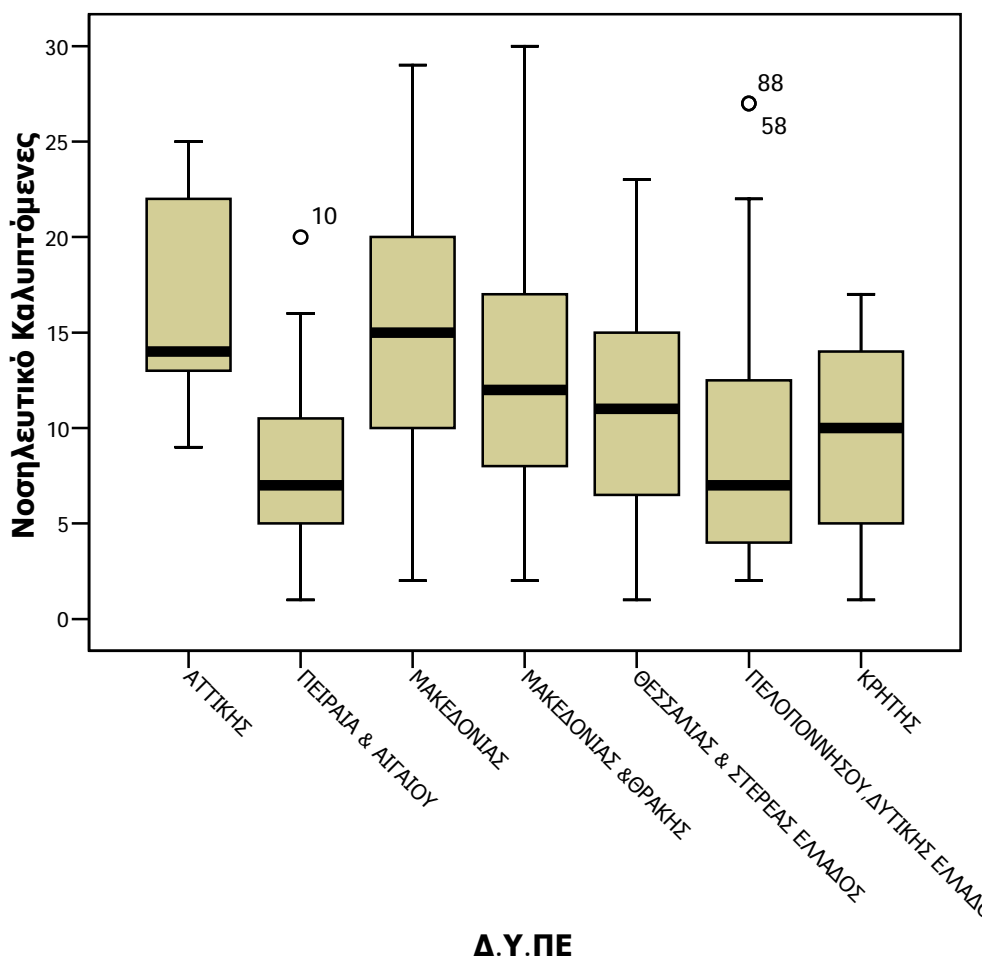
Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται τα boxplot, τα οποία αποτυπώνουν την κατανομή των τιμών για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά.

Στο παρακάτω boxplot αποτυπώνεται το καλυπτόμενο ιατρικό προσωπικό που απασχολείται στα κέντρα υγείας, κατηγοριοποιημένο ανά Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια (Δ.Υ.ΠΕ).

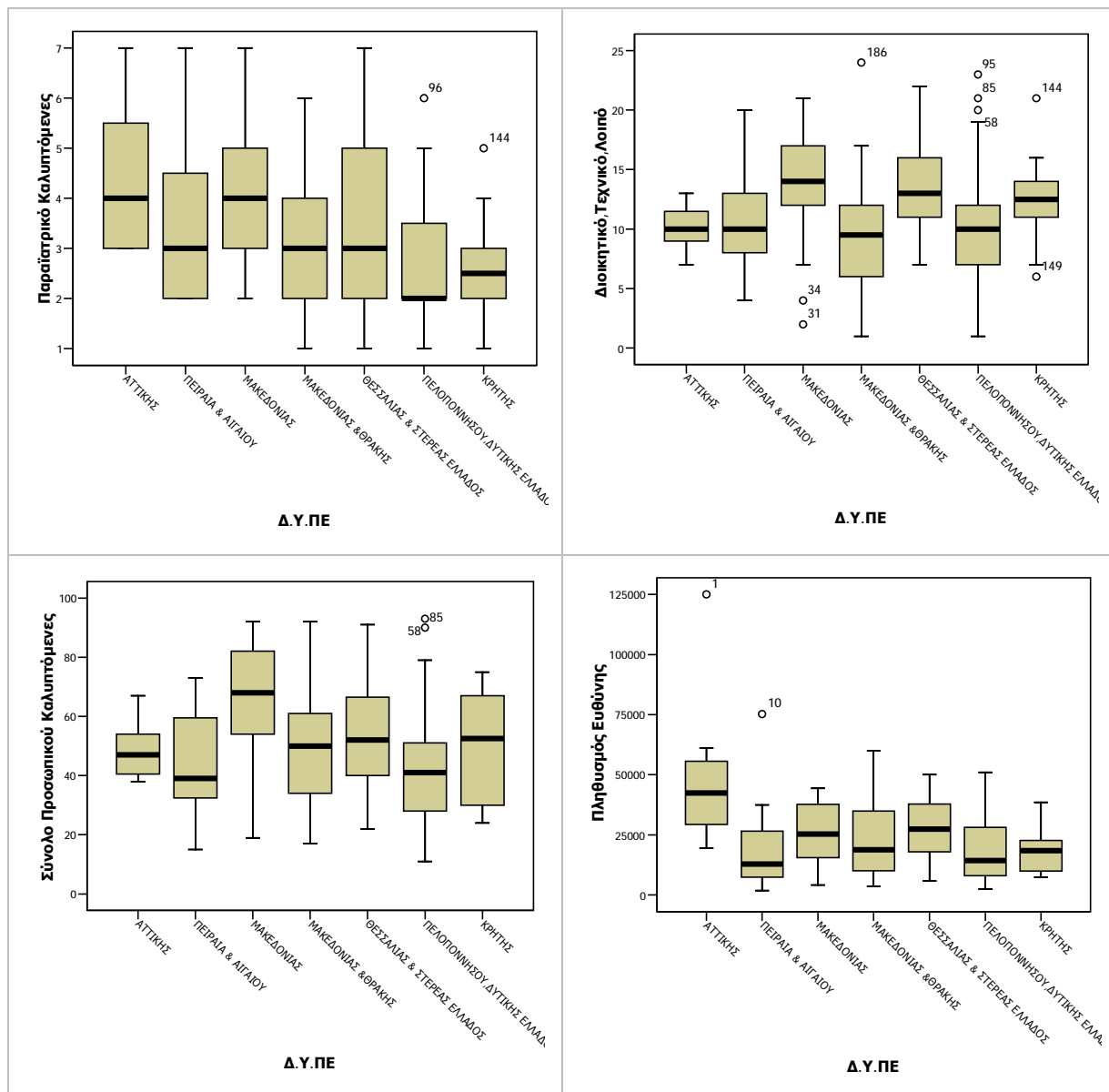


Ο μεγαλύτερος μέσος όρος ιατρικού προσωπικού παρατηρείται στα κέντρα υγείας της Μακεδονίας με ελάχιστο αριθμό 13 και μέγιστο 51. Επίσης, στην Αττική παρατηρείται το μικρότερο εύρος τιμών.

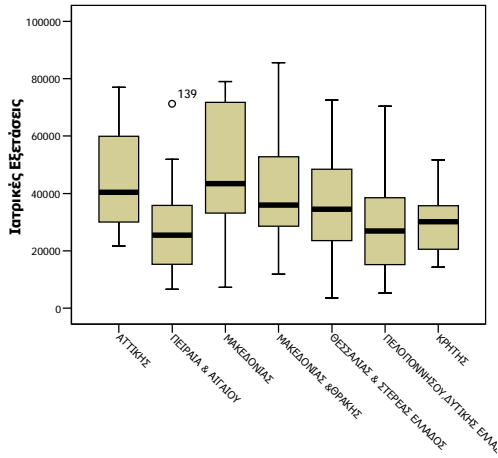
Το παρακάτω boxplot παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.



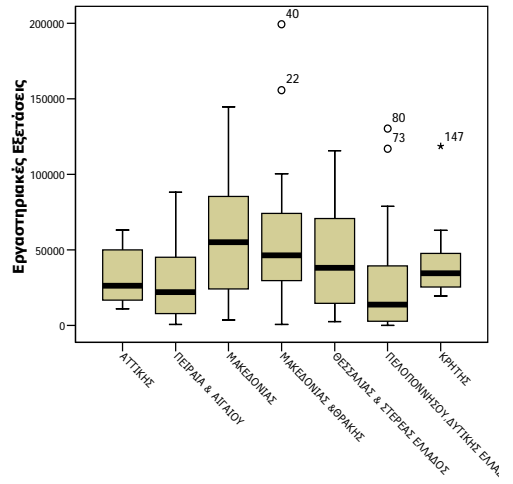
Παρατηρείται ότι στις Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Μακεδονίας & Θράκης υπάρχει μεγάλο εύρος τιμών. Οι ακραίες τιμές που αποτυπώνονται στο διάγραμμα αφορούν τα κέντρα υγείας Ελευσίνας, Μεσσήνης και Θέρμου.



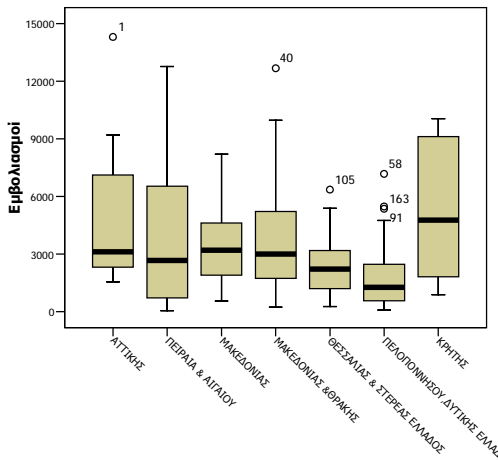
- § Το πρώτο διάγραμμα αναφέρεται στο παραϊατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας. Ο μεγαλύτερος αριθμός παραϊατρικού προσωπικού είναι 7 και παρατηρείται σε αρκετές Δ.Υ.ΠΕ.
- § Το δεύτερο boxplot αποτελείται από το άθροισμα του διοικητικού, του τεχνικού υποστηρικτικού και του λοιπού προσωπικού που εργάζεται σε κάθε κέντρο υγείας.
- § Το επόμενο διάγραμμα αποτυπώνει την κατανομή του συνολικού προσωπικού των κέντρων υγείας.
- § Στο τελευταίο boxplot παρουσιάζονται οι πληθυσμοί ευθύνης που ανήκουν σε κάθε Δ.Υ.ΠΕ. Η μέγιστη τιμή κυμαίνεται στις 61.000 κατοίκους με εξαίρεση το κέντρο υγείας Ελευσίνας με 75.263 και το κέντρο υγείας Βύρωνα με 125.000 το οποίο είναι αστικού τύπου.



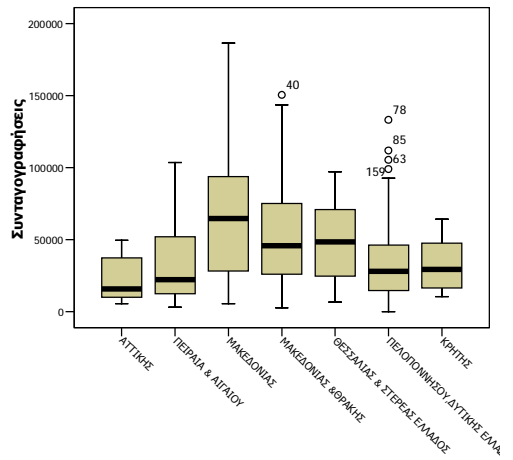
Δ.Υ.ΠΕ



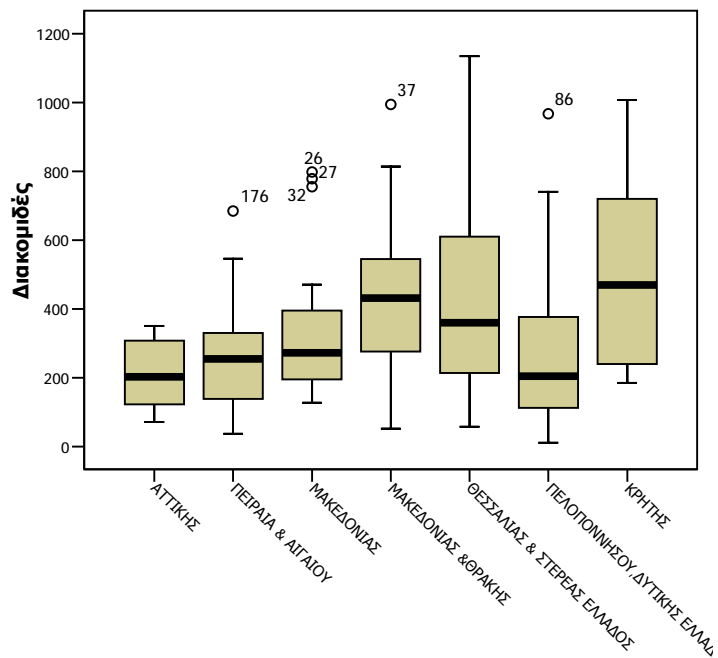
Δ.Υ.ΠΕ



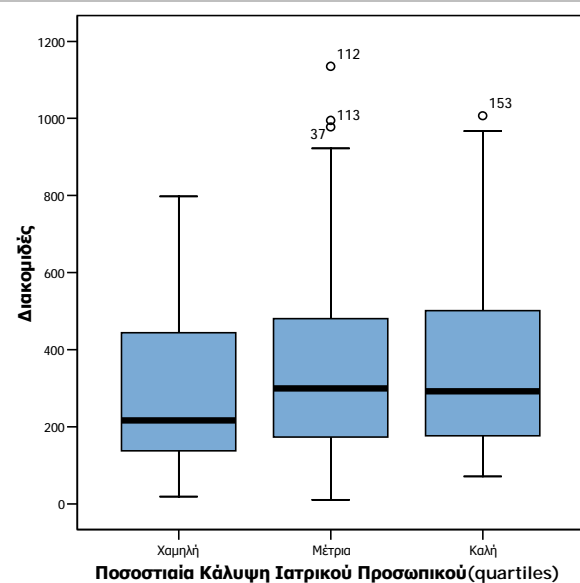
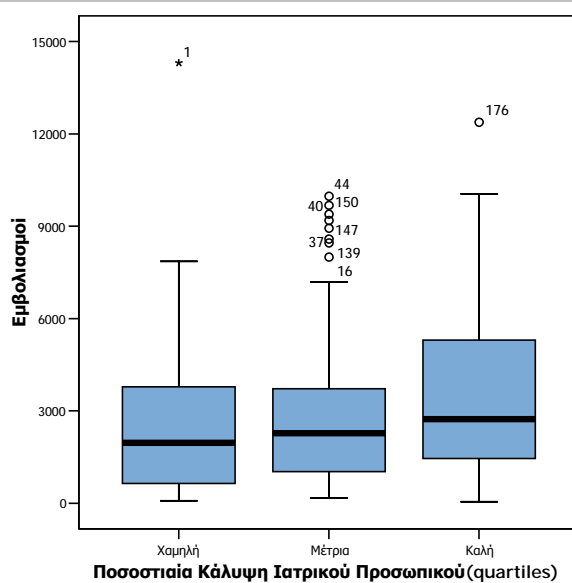
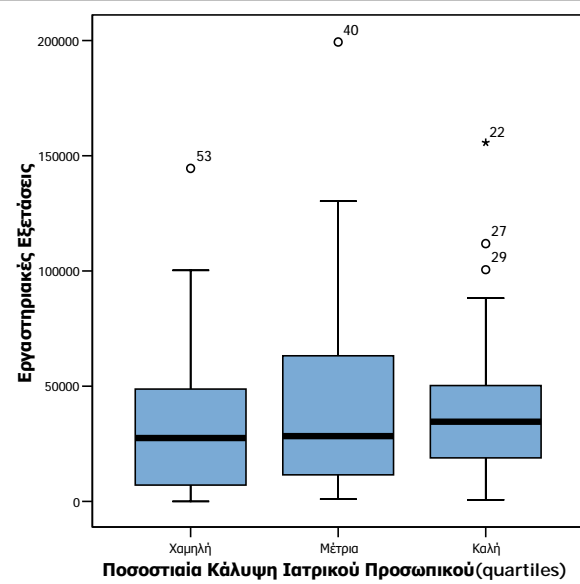
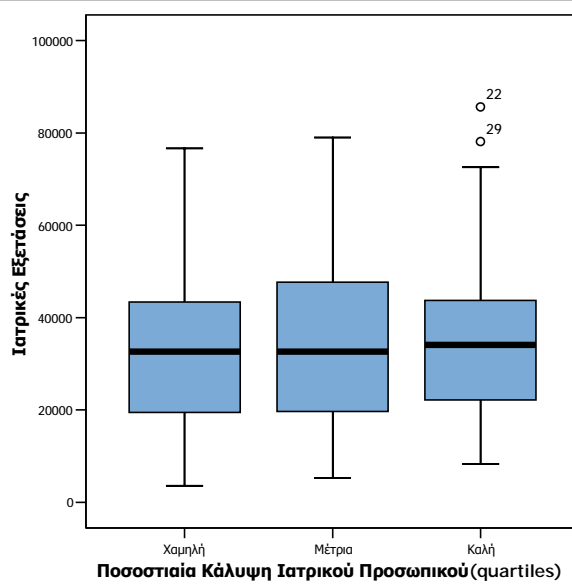
Δ.Υ.ΠΕ

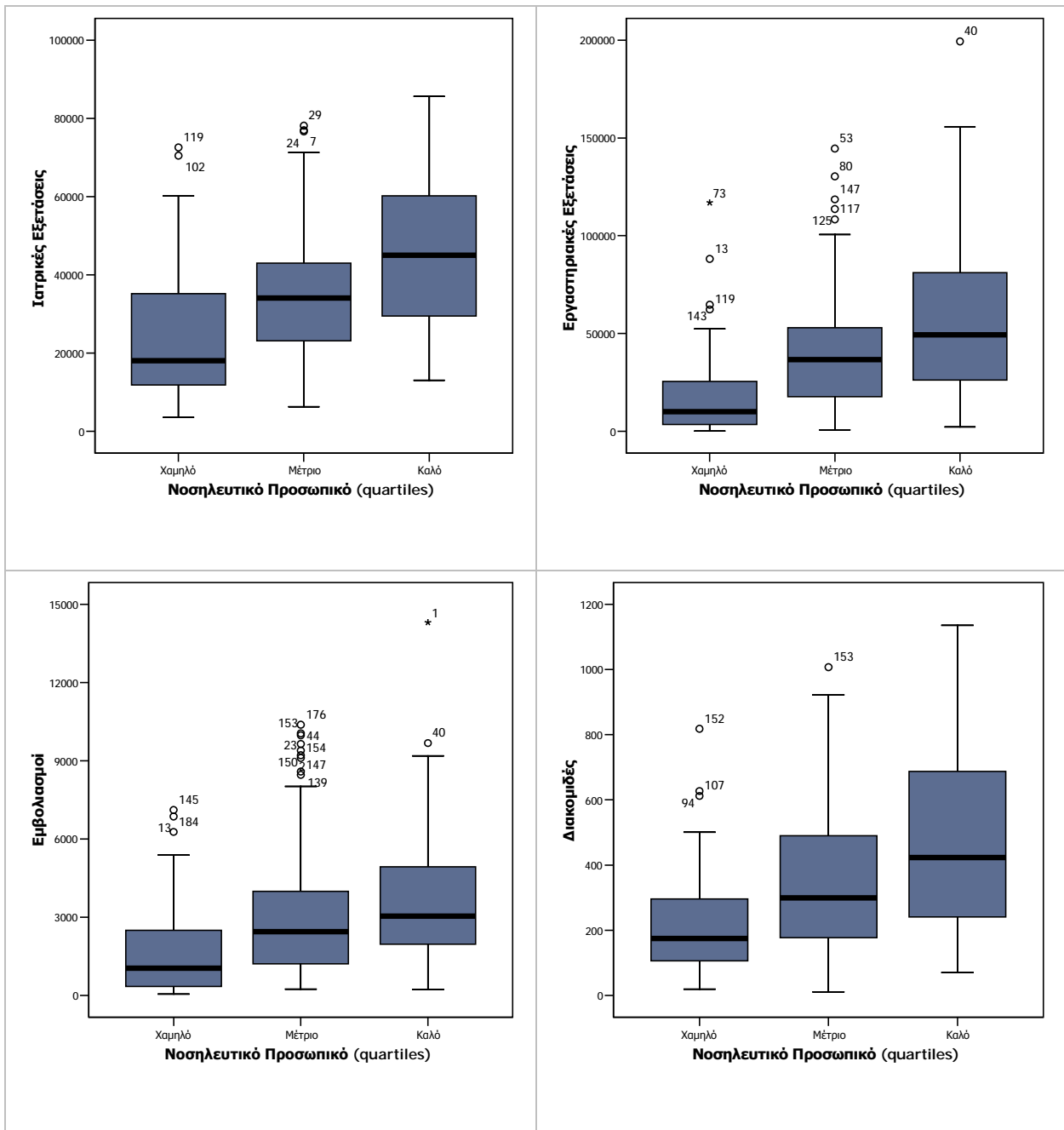


Δ.Υ.ΠΕ

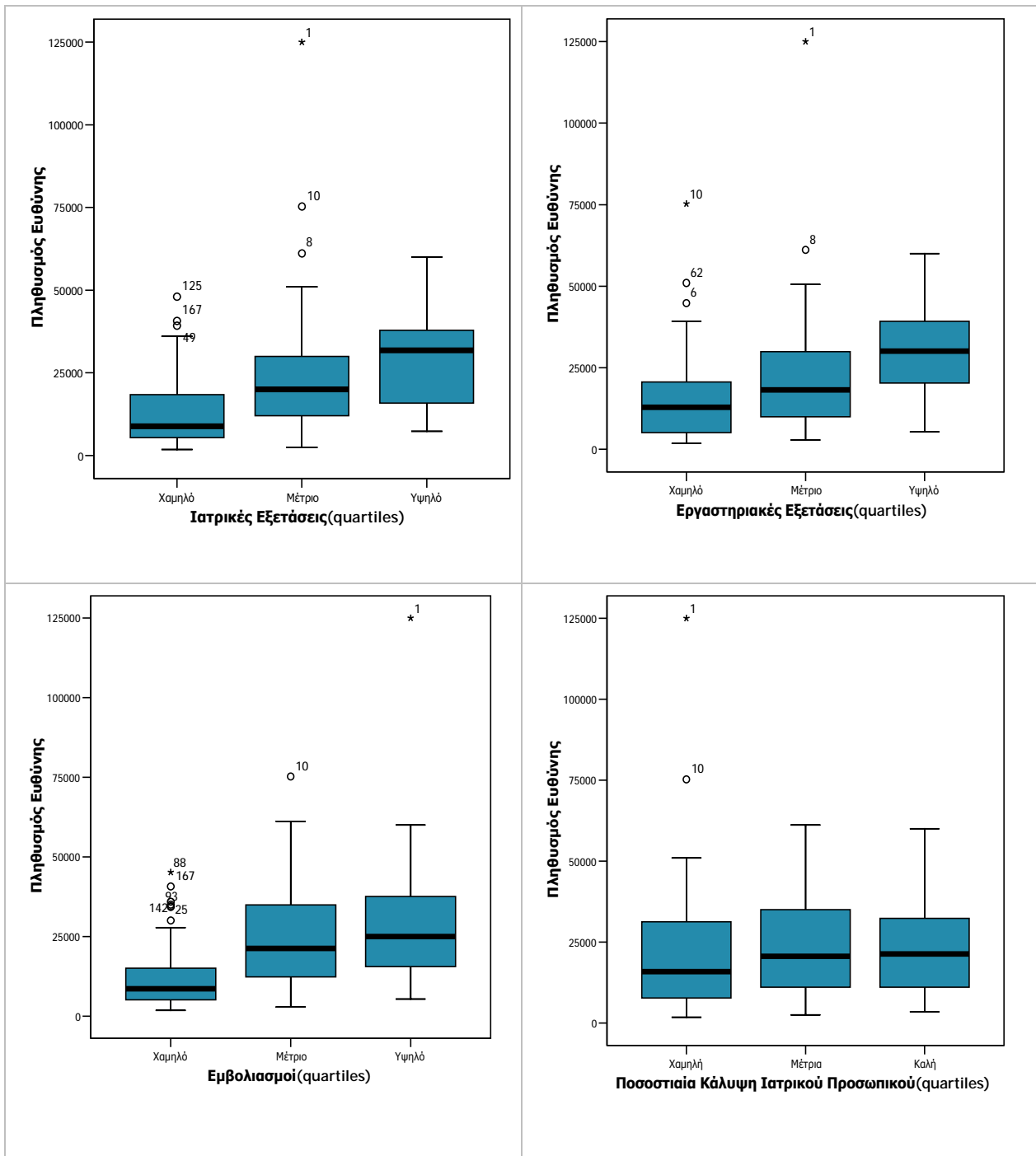


Δ.Υ.ΠΕ





Από τα παραπάνω box plots τα οποία αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι υπάρχουν αρκετές ακραίες τιμές στις εργαστηριακές εξετάσεις και στον αριθμό των εμβολιασμών. Η μεγαλύτερη ακραία τιμή που αποτυπώνεται στο box plot Εμβολιασμοί – Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles) ανήκει στο κέντρο υγείας Βύρωνα. Στα box plots που αφορούν τις ιατρικές εξετάσεις και τις διακομιδές παρατηρούνται λιγότερες ακραίες τιμές που βρίσκονται κοντά στις μέγιστες τιμές των quartiles του νοσηλευτικού προσωπικού.



Οι περισσότερες ακραίες τιμές που αποτυπώνονται στα παραπάνω box plots που αναφέρονται στο πληθυσμό ευθύνης ανήκουν σε κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Αττικής. Πιο συγκεκριμένα, ο μεγαλύτερος πληθυσμός ευθύνης παρατηρείται στο κέντρο υγείας Βύρωνα, το οποίο είναι αστικού τύπου, και ακολουθούν το κέντρο υγείας Ελευσίνας και Σπάτων.

6.4 Έλεγχος Συσχετίσεων

Παρακάτω, γίνεται ο έλεγχος των συσχετίσεων ανάμεσα στις μεταβλητές του μοντέλου. Στην περίπτωση που ο συντελεστής Pearson Chi-Square είναι μικρότερος από το 0,05 (ή διαφορετικά 5%), το οποίο είναι το επίπεδο σημαντικότητας, τότε υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Δ.Υ.ΠΕ * Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles) Crosstabulation

			Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Δ.Υ.ΠΕ	ΑΤΤΙΚΗΣ	Count	0	5	3	8
		% of Total	,0%	2,6%	1,6%	4,2%
	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	Count	11	9	3	23
		% of Total	5,7%	4,7%	1,6%	12,0%
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Count	4	5	8	17
		% of Total	2,1%	2,6%	4,2%	8,9%
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	Count	5	16	13	34
		% of Total	2,6%	8,3%	6,8%	17,7%
	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	Count	4	18	10	32
		% of Total	2,1%	9,4%	5,2%	16,7%
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΚΡΗΤΗΣ	Count	22	32	10	64
		% of Total	11,5%	16,7%	5,2%	33,3%
Total		Count	48	96	48	192
		% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,014 ^a	12	,003
Likelihood Ratio	31,719	12	,002
Linear-by-Linear Association	1,225	1	,268
N of Valid Cases	192		

a. 7 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Ο συντελεστής Pearson ισούται με 0,003 το οποίο είναι μικρότερο από το 0,05. Υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στην Δ.Υ.ΠΕ και το επίπεδο ιατρικών εξετάσεων που κατέχει κάθε κέντρο υγείας. Επίσης, οι περισσότερες ιατρικές εξετάσεις πραγματοποιούνται στα κέντρα υγείας της Μακεδονίας & Θράκης και οι λιγότερες στην Πελοπόννησο, Δυτική Ελλάδα και Ιόνια Νησιά.

Η δεύτερη συσχέτιση αφορά την Δ.Υ.ΠΕ με το επίπεδο των εργαστηριακών εξετάσεων.

Δ.Υ.ΠΕ * Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles) Crosstabulation

		Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)			Total
		Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Δ.Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ	Count	1	5	2	8
	% of Total	,5%	2,6%	1,0%	4,2%
ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	Count	8	10	5	23
	% of Total	4,2%	5,2%	2,6%	12,0%
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Count	2	6	9	17
	% of Total	1,0%	3,1%	4,7%	8,9%
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	Count	4	18	12	34
	% of Total	2,1%	9,4%	6,3%	17,7%
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	Count	4	17	11	32
	% of Total	2,1%	8,9%	5,7%	16,7%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	Count	29	28	7	64
	% of Total	15,1%	14,6%	3,6%	33,3%
ΚΡΗΤΗΣ	Count	0	12	2	14
	% of Total	,0%	6,3%	1,0%	7,3%
Total	Count	48	96	48	192
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,068 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	42,212	12	,000
Linear-by-Linear Association	4,632	1	,031
N of Valid Cases	192		

a. 7 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στις Δ.Υ.ΠΕ και στον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων. Αυτό προκύπτει από το ότι ο συντελεστής Pearson είναι $0 < 0,05$. Στην Μακεδονία & Θράκη σημειώνεται το υψηλότερο επίπεδο εργαστηριακών εξετάσεων και το χαμηλότερο επίπεδο στην Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίων Νήσων.

Η τρίτη συσχέτιση πραγματοποιείται μεταξύ των Δ.Υ.ΠΕ και του επιπέδου εμβολιασμών.

Δ.Υ.ΠΕ * Εμβολιασμοί(quartiles) Crosstabulation

			Εμβολιασμοί(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Δ.Υ.ΠΕ	ΑΤΤΙΚΗΣ	Count	0	5	3	8
		% of Total	,0%	2,6%	1,6%	4,2%
	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	Count	7	8	8	23
		% of Total	3,6%	4,2%	4,2%	12,0%
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Count	2	9	6	17
		% of Total	1,0%	4,7%	3,1%	8,9%
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	Count	4	18	12	34
		% of Total	2,1%	9,4%	6,3%	17,7%
	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	Count	5	22	5	32
		% of Total	2,6%	11,5%	2,6%	16,7%
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	Count	28	31	5	64
		% of Total	14,6%	16,1%	2,6%	33,3%
	ΚΡΗΤΗΣ	Count	2	3	9	14
		% of Total	1,0%	1,6%	4,7%	7,3%
Total		Count	48	96	48	192
		% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,456 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	45,380	12	,000
Linear-by-Linear Association	6,051	1	,014
N of Valid Cases	192		

a. 7 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Ο συντελεστής Pearson δεικνύει ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στις δύο παραπάνω μεταβλητές. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένα κέντρο υγείας που ανήκει στην Δ.Υ.ΠΕ Αττικής δεν έχει εξετάσεις (ιατρικές, εργαστηριακές, εμβολιασμοί) που ανήκουν στο χαμηλό επίπεδο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ότι τα συγκεκριμένα κέντρα υγείας κατέχουν τον ρόλο της αναχαίτισης προς την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ο επόμενος έλεγχος πραγματοποιείται μεταξύ των Δ.Υ.ΠΕ και της ποσοστιαίας κάλυψης του ιατρικού προσωπικού που προσφέρει τις υπηρεσίες του στα κέντρα υγείας.

Δ.Υ.ΠΕ * Ποσοστιαία Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού(quartiles) Crosstabulation

			Ποσοστιαία Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού(quartiles)			Total
			Χαμηλή	Μέτρια	Καλή	
Δ.Υ.ΠΕ	ΑΤΤΙΚΗΣ	Count	1	5	2	8
		% of Total	,5%	2,6%	1,0%	4,2%
	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	Count	5	10	8	23
		% of Total	2,6%	5,2%	4,2%	12,0%
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Count	4	7	6	17
		% of Total	2,1%	3,6%	3,1%	8,9%
	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	Count	8	16	10	34
		% of Total	4,2%	8,3%	5,2%	17,7%
	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	Count	4	19	9	32
		% of Total	2,1%	9,9%	4,7%	16,7%
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΚΡΗΤΗΣ	Count	24	31	9	64
		% of Total	12,5%	16,1%	4,7%	33,3%
Total		Count	48	96	48	192
		% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,915 ^a	12	,306
Likelihood Ratio	14,420	12	,275
Linear-by-Linear Association	3,403	1	,065
N of Valid Cases	192		

a. 7 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Από τον πίνακα συσχέτισης και τον πίνακα Chi – Square Test βγαίνει το συμπέρασμα ότι η κάλυψη του ιατρικού προσωπικού δεν συσχετίζεται με τις Δ.Υ.ΠΕ, διότι ο συντελεστής Pearson ισούται με $0,306 > 0,05$. Το υψηλότερο ποσοστό κάλυψης παρατηρείται στην Δ.Υ.ΠΕ Μακεδονίας & Θράκης.

Από την παρακάτω συσχέτιση παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ($0,014 < 0,05$) και γίνεται κατανοητό ότι ο πληθυσμός ευθύνης της Δ.Υ.ΠΕ Αττικής κινείται σε υψηλά επίπεδα. Επιπρόσθετα, οι πληθυσμοί ευθύνης για τα 31 από τα 64 κέντρα υγείας της Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων ανήκουν στα μεσαία επίπεδα.

Δ.Υ.ΠΕ * Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) Crosstabulation

			Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)			Total
			Χαμηλός	Μεσαίος	Υψηλός	
Δ.Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ	Count	0	2	6	8	
	% of Total	,0%	1,0%	3,1%	4,2%	
ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	Count	9	10	4	23	
	% of Total	4,7%	5,2%	2,1%	12,0%	
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Count	2	8	7	17	
	% of Total	1,0%	4,2%	3,6%	8,9%	
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	Count	8	17	9	34	
	% of Total	4,2%	8,9%	4,7%	17,7%	
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	Count	4	18	10	32	
	% of Total	2,1%	9,4%	5,2%	16,7%	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΚΡΗΤΗΣ	Count	23	31	10	64	
	% of Total	12,0%	16,1%	5,2%	33,3%	
Total	Count	50	94	48	192	
	% of Total	26,0%	49,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,080 ^a	12	,014
Likelihood Ratio	25,162	12	,014
Linear-by-Linear Association	5,295	1	,021
N of Valid Cases	192		

a. 7 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Η παρακάτω συσχέτιση είναι ανάμεσα στο μέγεθος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Ιατρικό Προσωπικό (quartiles) * Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles) Crosstabulation

			Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Καλό	
Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	Χαμηλό	Count	28	19	1	48
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	58,3%	39,6%	2,1%	100,0%
		% within Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles)	57,1%	18,4%	2,5%	25,0%
		% of Total	14,6%	9,9%	,5%	25,0%
	Μέτριο	Count	17	62	18	97
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	17,5%	63,9%	18,6%	100,0%
		% within Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles)	34,7%	60,2%	45,0%	50,5%
		% of Total	8,9%	32,3%	9,4%	50,5%
	Καλό	Count	4	22	21	47
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	8,5%	46,8%	44,7%	100,0%
		% within Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles)	8,2%	21,4%	52,5%	24,5%
		% of Total	2,1%	11,5%	10,9%	24,5%
Total	Count	49	103	40	192	
	% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	25,5%	53,6%	20,8%	100,0%	
	% within Νοσηλευτικό Προσωπικό (quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,5%	53,6%	20,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,266 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	52,178	4	,000
Linear-by-Linear Association	43,852	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,79.

Από τον συντελεστή Pearson προκύπτει ότι το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι δύο εξαρτημένες μεταβλητές ($0 < 0,05$). Πιο αναλυτικά, το μέγεθος του ιατρικού προσωπικού επηρεάζει το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ομοίως, μεταξύ του ιατρικού και του παραϊατρικού προσωπικού υπάρχει στατιστική συσχέτιση.

Ιατρικό Προσωπικό (quartiles) * Παραϊατρικό Προσωπικό (quartiles) Crosstabulation

			Παραϊατρικό Προσωπικό (quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Καλό	
Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	Χαμηλό	Count	31	13	4	48
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	64,6%	27,1%	8,3%	100,0%
		% within Παραϊατρικό Προσωπικό (quartiles)	41,3%	16,3%	10,8%	25,0%
		% of Total	16,1%	6,8%	2,1%	25,0%
	Μέτριο	Count	32	44	21	97
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	33,0%	45,4%	21,6%	100,0%
		% within Παραϊατρικό Προσωπικό (quartiles)	42,7%	55,0%	56,8%	50,5%
		% of Total	16,7%	22,9%	10,9%	50,5%
	Καλό	Count	12	23	12	47
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	25,5%	48,9%	25,5%	100,0%
		% within Παραϊατρικό Προσωπικό (quartiles)	16,0%	28,8%	32,4%	24,5%
		% of Total	6,3%	12,0%	6,3%	24,5%
Total	Count	75	80	37	192	
	% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	39,1%	41,7%	19,3%	100,0%	
	% within Παραϊατρικό Προσωπικό (quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	39,1%	41,7%	19,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,706 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	18,760	4	,001
Linear-by-Linear Association	13,824	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,06.

Ο παρακάτω έλεγχος συσχετίζει το μέγεθος του ιατρικού προσωπικού με το επίπεδο των ιατρικών εξετάσεων.

Ιατρικό Προσωπικό (quartiles) * Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles) Crosstabulation

			Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	Χαμηλό	Count	23	20	5	48
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	47,9%	41,7%	10,4%	100,0%
		% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	47,9%	20,8%	10,4%	25,0%
		% of Total	12,0%	10,4%	2,6%	25,0%
	Μέτριο	Count	17	54	26	97
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	17,5%	55,7%	26,8%	100,0%
		% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	35,4%	56,3%	54,2%	50,5%
		% of Total	8,9%	28,1%	13,5%	50,5%
	Καλό	Count	8	22	17	47
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	17,0%	46,8%	36,2%	100,0%
		% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	16,7%	22,9%	35,4%	24,5%
		% of Total	4,2%	11,5%	8,9%	24,5%
Total	Count	48	96	48	192	
	% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,389 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	20,533	4	,000
Linear-by-Linear Association	15,268	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

Όπως αποτυπώνεται στους πίνακες το μέγεθος του ιατρικού προσωπικού συσχετίζεται με το επίπεδο των ιατρικών εξετάσεων ($0 < 0,05$). Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι στα κέντρα υγείας που επανδρώνονται από μεγάλο αριθμό ιατρών πραγματοποιείται οι περισσότερες ιατρικές εξετάσεις.

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις που αφορούν το ιατρικό προσωπικό με το επίπεδο των εργαστηριακών εξετάσεων και το επίπεδο των εμβολιασμών.

Ιατρικό Προσωπικό (quartiles) * Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles) Crosstabulation

			Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	Χαμηλό	Count	22	23	3	48
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	45,8%	47,9%	6,3%	100,0%
		% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	45,8%	24,0%	6,3%	25,0%
		% of Total	11,5%	12,0%	1,6%	25,0%
	Μέτριο	Count	20	50	27	97
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	20,6%	51,5%	27,8%	100,0%
		% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	41,7%	52,1%	56,3%	50,5%
		% of Total	10,4%	26,0%	14,1%	50,5%
	Καλό	Count	6	23	18	47
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	12,8%	48,9%	38,3%	100,0%
		% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	12,5%	24,0%	37,5%	24,5%
		% of Total	3,1%	12,0%	9,4%	24,5%
Total	Count	48	96	48	192	
	% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,377 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	23,834	4	,000
Linear-by-Linear Association	20,127	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

Διακρίνουμε ότι οι δύο παραπάνω μεταβλητές (ιατρικό προσωπικό – εργαστηριακές εξετάσεις) είναι ισχυρά εξαρτημένες διότι ο συντελεστής Pearson είναι $0 < 0,05$. Παρατηρούμε επίσης ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού των κέντρων υγείας δεν αυξάνεται ανάλογα ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων.

Ιατρικό Προσωπικό (quartiles) * Εμβολιασμοί(quartiles) Crosstabulation

			Εμβολιασμοί(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	Χαμηλό	Count	25	15	8	48
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	52,1%	31,3%	16,7%	100,0%
		% within Εμβολιασμοί(quartiles)	52,1%	15,6%	16,7%	25,0%
		% of Total	13,0%	7,8%	4,2%	25,0%
	Μέτριο	Count	19	54	24	97
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	19,6%	55,7%	24,7%	100,0%
		% within Εμβολιασμοί(quartiles)	39,6%	56,3%	50,0%	50,5%
		% of Total	9,9%	28,1%	12,5%	50,5%
	Καλό	Count	4	27	16	47
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	8,5%	57,4%	34,0%	100,0%
		% within Εμβολιασμοί(quartiles)	8,3%	28,1%	33,3%	24,5%
		% of Total	2,1%	14,1%	8,3%	24,5%
Total	Count	48	96	48	192	
	% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% within Εμβολιασμοί(quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,725 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	26,700	4	,000
Linear-by-Linear Association	17,614	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

Και σε αυτήν την περίπτωση ισχύει η σημαντική στατιστική συσχέτιση στις μεταβλητές ιατρικό προσωπικό – εμβολιασμοί, καθώς και η αυξομείωση του φόρτου εργασίας των ιατρών.

Οι παρακάτω πίνακες συσχετίζουν το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης κάθε κέντρου υγείας με το επίπεδο του ιατρικού προσωπικού.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Ιατρικό Προσωπικό (quartiles) Crosstabulation

			Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Καλό	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	31	17	2	50
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	62,0%	34,0%	4,0%	100,0%
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	64,6%	17,5%	4,3%	26,0%
		% of Total	16,1%	8,9%	1,0%	26,0%
	Μεσαίος	Count	14	54	26	94
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	14,9%	57,4%	27,7%	100,0%
		% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	29,2%	55,7%	55,3%	49,0%
		% of Total	7,3%	28,1%	13,5%	49,0%
	Υψηλός	Count	3	26	19	48
% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)		6,3%	54,2%	39,6%	100,0%	
% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)		6,3%	26,8%	40,4%	25,0%	
% of Total		1,6%	13,5%	9,9%	25,0%	
Total	Count	48	97	47	192	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	25,0%	50,5%	24,5%	100,0%	
	% within Ιατρικό Προσωπικό (quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,5%	24,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,119 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	54,893	4	,000
Linear-by-Linear Association	41,536	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

Όπως παρατηρούμε από τους πίνακες το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης σχετίζεται με το επίπεδο του ιατρικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, ο συντελεστής Pearson δεικνύει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ($0 < 0,05$).

Παρακάτω, αναλύεται η συσχέτιση μεταξύ του πληθυσμού ευθύνης και των ιατρικών εξετάσεων.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles) Crosstabulation

			Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	27	18	5	50
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	54,0%	36,0%	10,0%	100,0%
		% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	56,3%	18,8%	10,4%	26,0%
		% of Total	14,1%	9,4%	2,6%	26,0%
	Μεσαίος	Count	15	58	21	94
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	16,0%	61,7%	22,3%	100,0%
		% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	31,3%	60,4%	43,8%	49,0%
		% of Total	7,8%	30,2%	10,9%	49,0%
	Υψηλός	Count	6	20	22	48
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	12,5%	41,7%	45,8%	100,0%
		% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	12,5%	20,8%	45,8%	25,0%
		% of Total	3,1%	10,4%	11,5%	25,0%
Total	Count	48	96	48	192	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% within Ιατρικές Εξετάσεις(quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,195 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	37,858	4	,000
Linear-by-Linear Association	29,322	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

Υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Επίσης, παρατηρείται ότι 22 από τα 48 κέντρα υγείας που έχουν μεγάλο μέγεθος πληθυσμού ευθύνης έχουν υψηλό επίπεδο ιατρικών εξετάσεων.

Η παρακάτω συσχέτιση γίνεται μεταξύ του πληθυσμού ευθύνης και των εργαστηριακών εξετάσεων.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles) Crosstabulation

			Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	22	26	2	50
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	44,0%	52,0%	4,0%	100,0%
		% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	45,8%	27,1%	4,2%	26,0%
		% of Total	11,5%	13,5%	1,0%	26,0%
	Μεσαίος	Count	16	51	27	94
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	17,0%	54,3%	28,7%	100,0%
		% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	33,3%	53,1%	56,3%	49,0%
		% of Total	8,3%	26,6%	14,1%	49,0%
	Υψηλός	Count	10	19	19	48
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	20,8%	39,6%	39,6%	100,0%
		% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	20,8%	19,8%	39,6%	25,0%
		% of Total	5,2%	9,9%	9,9%	25,0%
Total	Count	48	96	48	192	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% within Εργαστηριακές Εξετάσεις(quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,794 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	28,049	4	,000
Linear-by-Linear Association	17,078	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική διότι ο συντελεστής Pearson είναι $0 < 0,05$. Παρατηρείται ότι στα κέντρα υγείας που χαρακτηρίζονται από υψηλό αριθμό πληθυσμού ευθύνης πραγματοποιούνται οι λιγότερες εργαστηριακές εξετάσεις.

Παρατηρούμε ότι και στην παρακάτω συσχέτιση του πληθυσμού ευθύνης με τις ιατρικές εξετάσεις συνεχίζει η ισχυρή στατιστική συσχέτιση. Επίσης, σε όλες τις περιπτώσεις το 49% των ιατρικών εξετάσεων, εργαστηριακών εξετάσεων και εμβολιασμών πραγματοποιούνται στα κέντρα υγείας με μεσαίο πληθυσμό ευθύνης.

Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles) * Εμβολιασμοί(quartiles) Crosstabulation

			Εμβολιασμοί(quartiles)			Total
			Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Χαμηλός	Count	27	17	6	50
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	54,0%	34,0%	12,0%	100,0%
		% within Εμβολιασμοί(quartiles)	56,3%	17,7%	12,5%	26,0%
		% of Total	14,1%	8,9%	3,1%	26,0%
	Μεσαίος	Count	15	54	25	94
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	16,0%	57,4%	26,6%	100,0%
		% within Εμβολιασμοί(quartiles)	31,3%	56,3%	52,1%	49,0%
		% of Total	7,8%	28,1%	13,0%	49,0%
	Υψηλός	Count	6	25	17	48
		% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	12,5%	52,1%	35,4%	100,0%
		% within Εμβολιασμοί(quartiles)	12,5%	26,0%	35,4%	25,0%
		% of Total	3,1%	13,0%	8,9%	25,0%
Total	Count	48	96	48	192	
	% within Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% within Εμβολιασμοί(quartiles)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,098 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	29,851	4	,000
Linear-by-Linear Association	20,794	1	,000
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

6.5 Έλεγχος Μέσων Τιμών

Εφαρμόζοντας την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τον έλεγχο διαφοροποίησης των μέσων τιμών ιατρικού προσωπικού ανά μέγεθος πληθυσμού ευθύνης, διαπιστώνουμε ότι παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα. Η σύγκριση των μέσων τιμών με τον έλεγχο της ANOVA βασίζεται στο βαθμό που οι διακυμάνσεις των κατηγοριών του δείγματος είναι όμοιες ή διαφορετικές. Αρχικά, ελέγχεται η υπόθεση για ίσες διακυμάνσεις όπου επειδή η σημαντικότητα είναι μεγαλύτερη της τιμής (0.1) οι διακυμάνσεις των κατηγοριών είναι ομοιογενείς και για τον έλεγχο της διαφοράς των μέσων χρησιμοποιούμε το Tukey test. Ο πίνακας Anova αποδεικνύει ότι οι διαφορές στις μέσες τιμές κατανομής αποδοτικότητας οφείλονται στη διαφοροποίηση του μεγέθους. Η ανάλυση του Tukey test με βάση τη θεώρηση ίσων διακυμάνσεων καταδεικνύει σημαντική διαφορά μέσων τιμών μεταξύ όλων των κατηγοριών.

ANOVA

Ιατρικό Καλυπτόμενες					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6656,202	2	3328,101	38,577	,000
Within Groups	16305,376	189	86,272		
Total	22961,578	191			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Ιατρικό Καλυπτόμενες

	(I) Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	(J) Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tamhane	Χαμηλός	Μεσαίος	-10,851*	1,426	,000	-14,30	-7,40
		Υψηλός	-15,923*	1,809	,000	-20,33	-11,52
	Μεσαίος	Χαμηλός	10,851*	1,426	,000	7,40	14,30
		Υψηλός	-5,073*	1,798	,018	-9,45	-,70
	Υψηλός	Χαμηλός	15,923*	1,809	,000	11,52	20,33
		Μεσαίος	5,073*	1,798	,018	,70	9,45

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Ιατρικό Καλυπτόμενες

	Πληθυσμός Ευθύνης (quartiles)	N	Subset for alpha = .05		
			1	2	3
Tukey B ^{a,b}	Χαμηλός	50	14,16		
	Μεσαίος	94		25,01	
	Υψηλός	48			30,08

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 58,285.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Πίνακας 57: Έλεγχος διαφοροποίησης μέσων τιμών ιατρικού προσωπικού ως προς το μέγεθος πληθυσμού ευθύνης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι δαπάνες Υγείας παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ παράλληλα οι ανάγκες του πληθυσμού για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας δεν ικανοποιούνται πλήρως. Οι ανάγκες αυτές μεταβάλλονται συνεχώς ποσοτικά και ποιοτικά λόγω επιδημιολογικών αλλαγών σχετιζόμενων με την γήρανση του πληθυσμού, την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, τις περιβαλλοντολογικές συνθήκες, κ.λπ. Οι ανάγκες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης δεν αντιμετωπίζονται πάντοτε επαρκώς από τα Συστήματα Υγείας τα οποία γίνονται πολυδιάστατα και πολυεπίπεδα.

Μία άλλη διάσταση που επισημαίνει την ανάγκη για συνέπεια και συντονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η αυξανόμενη σημασία της πρόληψης, που αναμένεται να προσφέρει μεγάλο όφελος στην ποιότητα ζωής και στο προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών. Το σύστημα υγείας πρέπει να ασχολείται συστηματικά με τα συμπτώματα από τα αρχικά στάδια των νόσων και να αναγνωρίζει τους παράγοντες που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την υγεία των πολιτών. Ενέργειες πρόληψης που είναι σχετικά νέες στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), μπορούν να διεξαχθούν αποτελεσματικά μόνο από συντονισμένες προσπάθειες επαγγελματιών υγείας στην βάση πληροφοριών που αφορούν στον πληθυσμό.

Η ανάγκη για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας γεννιέται όχι μόνο από την δυσαρέσκεια των πολιτών για την ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και από την έλλειψη ουσιαστικών δράσεων για την προαγωγή και την αντιμετώπιση των κινδύνων της υγείας. Επί του παρόντος, υπάρχει απαίτηση για την ανάπτυξη μέτρων αναδιοργάνωσης που μπορούν να βελτιώσουν τον συντονισμό του συστήματος υγείας και να παρακινήσουν μία πιο αποδοτική χρήση των υφιστάμενων πόρων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσδιορίζεται ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Ελληνικό ΕΣΥ δεν παρέχει πάντοτε ολοκληρωμένη ανταπόκριση στα προβλήματα των πολιτών. Οι δομές και οι διαδικασίες δεν είναι σαφώς προσδιορισμένες ενώ τα όρια μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είναι διακριτά. Οι επιχειρησιακοί στόχοι δεν γίνονται πάντοτε γνωστοί σε όλους τους εμπλεκόμενους, οι ανθρώπινοι, οικονομικοί και τεχνολογικοί πόροι δεν είναι κατανοημένοι με τον βέλτιστο τρόπο και, λόγω της έλλειψης συντονισμού, το σύστημα υγείας δεν έχει συνέπεια στην φροντίδα. Η έλλειψη συστηματικής επικοινωνίας μεταξύ των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι αυξημένη και αποτρέπει την συνεργασία μεταξύ του προσωπικού. Η αποτροπή παρόμοιων εμποδίων προάγει την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αυξάνει τον συντονισμό μεταξύ των προμηθευτών φροντίδας υγείας και κατά συνέπεια προσφέρει ικανοποίηση στους πολίτες ανεξαρτήτως τάξης και εισοδήματος.

Η σκοπιμότητα για την ανάπτυξη ενός αξιόπιστου συστήματος ΠΦΥ έχει γίνει επιτακτική και είναι διαρκώς αυξανόμενη κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Η αύξηση αυτή αντανάκλαται στις προσπάθειες που έχουν καταβληθεί από επιστήμονες, κυβερνήσεις, εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς για την εδραίωση της ΠΦΥ ως τον πυρήνα των συστημάτων υγείας. Η διαδικασία των οργανωτικών και επιχειρησιακών αλλαγών για την μεταρρύθμιση της ΠΦΥ είναι περίπλοκη και πολυδιάστατη. Στη διαδικασία αυτή χρειάζεται να αναπτυχθούν καινούριες και πιο ισορροπημένες σχέσεις μεταξύ νοσοκομείων και πρωτοβάθμιας φροντίδας, μεταξύ γενικών και ειδικών ιατρών, μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας και κατ' οίκον νοσηλείας, όσο και της φροντίδας σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς. Αυτές οι βασικές οργανωτικές ρυθμίσεις είναι από τη φύση τους μακροχρόνιες προσπάθειες και απαιτούν συγκέντρωση και επιμονή για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος ΠΦΥ.

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, βασίζεται σε μεθόδους συγκριτικής αξιολόγησης. Η συγκριτική αξιολόγηση περιλαμβάνει δύο μεθόδους σύγκρισης: την ανάλυση των δεικτών και τη μέθοδο των Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας (DEA). Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας ερμηνεύεται από την εκτίμηση των αποτελεσμάτων του εκάστοτε κέντρου υγείας μέσω της διερεύνησης κάθε μοντέλου. Τα τέσσερα μοντέλα που αναπτύχθηκαν στην παρούσα εργασία δίνουν έγκυρα αποτελέσματα και είναι ικανά να επιδράσουν θετικά στην χάραξη πολιτικής υγείας για την ΠΦΥ.

Η χαμηλή κάλυψη που παρατηρείται στο ανθρώπινο δυναμικό των κέντρων υγείας έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Σε πρώτη φάση, θα πρέπει να αυξηθεί η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας που κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (15%-40%). Είναι πολύ σημαντικό όλα τα κέντρα υγείας να παρέχουν ένα μέσο επίπεδο υπηρεσιών. Η ανακατανομή των ήδη υπάρχοντων πόρων μπορεί να οδηγήσει σε ένα καλύτερο επίπεδο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Με βάση τα αποτελέσματα των μοντέλων, υπάρχουν κέντρα υγείας που έχουν πλεονάζων προσωπικό που μένει ανενεργό, διότι δεν υπάρχει η ανάλογη ζήτηση υπηρεσιών. Η χαμηλή αποδοτικότητα οφείλεται στην λειτουργία των μονάδων υγείας σε μη παραγωγικό επίπεδο διότι αρκετά περιστατικά, που η αντιμετώπιση τους θα έπρεπε να γινόταν σε πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας, εξετάζονται στα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων.

Το παραπάνω γεγονός παρατηρείται σε μεγαλύτερο βαθμό στις αστικές περιοχές της χώρας. Οι ασθενείς προτιμούν να εξεταστούν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων από το να επισκεφτούν το κέντρο υγείας που ανήκουν. Η κακή λειτουργία της ΠΦΥ, δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Μελέτες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναφέρουν ότι το 40% των περιστατικών που εξετάζονται στις εφημερίες των νοσοκομείων χρήζει πρωτοβάθμιας φροντίδας και όχι νοσοκομειακής περίθαλψης.

Λόγω του ότι η ΠΦΥ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας δεν είναι σωστά δομημένη, το κενό καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα και κυρίως από τους ιδιώτες ιατρούς με ποσοστό 32%. Το ΙΚΑ παρέχει τις περισσότερες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας με 42% επί του συνόλου. Η καθημερινή χρήση των νοσοκομειακών μονάδων για την εξυπηρέτηση πρωτοβάθμιων περιστατικών έχει οδηγήσει σε σημαντικές δυσλειτουργίες στο Ε.Σ.Υ. Εκτός από την επιβάρυνση των νοσοκομείων με σημαντικό αριθμό περιστατικών ΠΦΥ (4 στα 10), δημιουργείται μεγάλη αναμονή σε περιστατικά ρουτίνας (εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες). Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει ανεπαρκής κάλυψη στις ανάγκες για ΠΦΥ του αστικού πληθυσμού. Κάτι τέτοιο, έρχεται σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά κάλυψης ανθρωπίνου δυναμικού των κέντρων υγείας της Αττικής και της Κεντρικής Μακεδονίας. Συμπεραίνουμε ότι, ο πληθυσμός που κατοικεί σε αστικές περιοχές έχει λανθασμένη αντίληψη για τον χαρακτήρα της ΠΦΥ.

Κρίνεται αναγκαίο το γεγονός να ληφθούν άμεσες αποφάσεις για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Η δημιουργία πολιτικής για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα, καθώς οι πολίτες θα κατανοήσουν την λειτουργία της ΠΦΥ και θα αντιληφθούν ότι είναι η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας. Σημείο ζωτικής σημασίας αποτελεί ο κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και η έλλειψη ενιαίας στρατηγικής για την ΠΦΥ. Η Κυβέρνηση πρέπει να προβεί στην ψήφιση ενός νέου νομοσχεδίου που θα αφορά την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα κέντρα υγείας θα μειωθούν σε σημαντικό βαθμό από την στιγμή που εποπτευόμενος φορέας γίνει η εκάστοτε Δ.Υ.ΠΕ. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης όπου ισχύει το παραπάνω, η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας είναι αρκετά υψηλή. Τα 10 από τα 14 κέντρα υγείας της Κρήτης έχουν μέση αποδοτικότητα μεγαλύτερη από 70%, εκ των οποίων τα 2 είναι 100% αποδοτικά και στα τέσσερα μοντέλα DEA.

Το πρόβλημα των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού των κέντρων υγείας είναι πολύ σημαντικό και απαιτείται σωστός σχεδιασμός για την εξάλειψη του. Η αντικατάσταση του ιατρικού εξοπλισμού λόγω παλαιότητας, προϋποθέτει οικονομικούς πόρους. Η κατανομή των οικονομικών πόρων για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ μέσα στο σύστημα υγείας επιβάλλεται να γίνει ορθολογικά. Πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στα κέντρα υγείας εκείνα που βρίσκονται σε απομακρυσμένες

περιοχές και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με τις υποδομές τους. Παράλληλα με την προσπάθεια αποκατάστασης των σημαντικότερων προβλημάτων των κέντρων υγείας, κρίνεται αναγκαία η δημιουργία νέων κέντρων υγείας αστικού τύπου που θα ελαττώσουν αισθητά το πρόβλημα των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας βάσει των μοντέλων DEA οδηγεί σε συμπεράσματα που συνδέονται με τους στόχους εξοικονόμησης οικονομικών πόρων, την ανάδειξη των πρότυπων κέντρων υγείας, το βέλτιστο μέγεθος και μίγμα παραγωγής (πόσες ιατρικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις και εμβολιασμούς πρέπει να κάνει κάθε κέντρο υγείας), τον σχεδιασμό των ανθρωπίνων πόρων και την βελτίωση της αποδοτικότητας.

Για την εκπλήρωση των παραπάνω απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη και η συλλογή αξιόπιστων οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων. Υπεύθυνα για τις μισθολογικές καταστάσεις του ανθρώπινου δυναμικού που επανδρώνει τα κέντρα υγείας είναι τα νοσοκομεία που τα εποπτεύουν. Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει πρόβλημα στην συλλογή των οικονομικών στοιχείων των κέντρων υγείας, πιθανώς γιατί το λογιστικό τμήμα του εκάστοτε νοσοκομείου να έχει άλλες προτεραιότητες. Το πρόβλημα επεκτείνεται και στους προϋπολογισμούς των κέντρων υγείας που αφορούν κυρίως τις προμήθειες του υλικού. Τα νοσοκομεία, τα οποία είναι υπεύθυνα για τους προϋπολογισμούς, βγάζουν συνολικούς προϋπολογισμούς. Είναι συχνό το γεγονός ένα νοσοκομείο που εποπτεύει ορισμένα κέντρα υγείας να εξάγει έναν προϋπολογισμό που αφορά το νοσοκομείο και τα εποπτευόμενα κέντρα υγείας. Η συγκεκριμένη διαδικασία περιορίζει την διαφάνεια στα οικονομικά στοιχεία των Οργανισμών.

Ένα σωστά δομημένου πληροφοριακού συστήματος είναι ικανό να επιλύσει αρκετά προβλήματα της ΠΦΥ. Η διαδικασία των οικονομικών στοιχείων των κέντρων υγείας γίνεται σε μικρό χρονικό διάστημα και με διαφάνεια. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα είναι ότι η συλλογή των οικονομικών στοιχείων και των λειτουργικών δεικτών είναι αξιόπιστη. Συνεπάγεται ότι οι μελλοντικές μελέτες θα βασίζονται σε ακόμα περισσότερο αξιόπιστα δεδομένα και θα υπάρχει καλύτερη αποτύπωση της πραγματικής κατάστασης του συστήματος υγείας. Το πληροφοριακό σύστημα παρέχει την δυνατότητα να διατηρείται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε ασθενή, όπου αποτελείται από το ιατρικό ιστορικό του και από κάθε άλλη ιατρική πληροφορία που τον αφορά. Με την ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος και κατάλληλων βάσεων δεδομένων, τα κέντρα υγείας θα μπορούν να διαβάζουν αναλυτικά όλες τις κινήσεις του ασθενή και να ενημερώνουν τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο.

Η δημιουργία της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας έρχεται να κάνει πιο εύκολη την πρόσβαση στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και στην γρηγορότερη εύρεση ιατρικών πληροφοριών που αφορούν τον κάτοχο της κάρτας. Θα είναι μοναδική για κάθε πολίτη και αντικαθιστά

τα βιβλιάρια και τα συνταγολόγια, με αποτέλεσμα την μείωση της προκλητής ζήτησης.

Η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Ν.3235/2004) θα πρέπει να ενεργοποιηθεί άμεσα. Ο κάθε πολίτης θα έχει το δικαίωμα να επιλέξει ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό του κέντρου υγείας της περιοχής του. Οι ιατροί που έχουν το δικαίωμα να ασκήσουν καθήκοντα οικογενειακού ιατρού είναι όσοι έχουν ειδικευτεί στην Γενική Ιατρική, την Παθολογία και την Παιδιατρική. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που ανήκουν στην ειδικότητα του, παρακολουθεί την πορεία του ασθενή γνωρίζοντας το ιατρικό ιστορικό και παραπέμπει τον ασθενή στον κατάλληλο ιατρό που χρειάζεται για κάθε πάθηση που αντιμετωπίζει. Αντίστοιχη ηλεκτρονική υποδομή πρέπει να υπάρχει και στα ιατρεία των οικογενειακών ιατρών οι οποίοι θα πρέπει να ενημερώνουν τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο για κάθε κίνηση του ασθενή.

Το πληροφοριακό σύστημα παρέχει επίσης την δυνατότητα επικοινωνίας όλων των φορέων που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί θα μπορούν να στέλνουν λίστα με τις εξετάσεις που πρέπει να κάνει ο ασφαλισμένος τους σε ένα ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο και να γίνεται αυτομάτως η πληρωμή των εξετάσεων (ή μέρος αυτών) μετά τα αποτελέσματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allen R., Athanassopoulos A., Dyson R.G., and Thanassoulis E. (1997). Weights restrictions and value judgments in data envelopment analysis: Evolution, development, and future directions. *Annals of Operational Research*;73:13-34
- Antonio Durán , Juan L Lara, Michelle van Waveren, European Observatory on Health Care Systems in Transition, Spain (2006). *Health Care Systems in Transition* vol.8 No.4
- Athanassopoulos A., Gounaris C. (2001). Assessing the technical and allocative efficiency of hospital operations in Greece and its resource allocation implications. *European Journal of Operational Research*;133:416-431
- Athanassopoulos A.D. (1995). D.S.S. for target setting & resource allocation in organizations using D.E.A. Thesis, University of Warwick, School of Industrial and Business Studies;pp:23
- Banker R., Charnes A., and Cooper, W. W. (1984), Some Models for estimating Technical and Scale Efficiencies in Data Envelopment Analysis, *Management Science*, 30(9), 1078-1092.
- Banker R., Conrad R., and Strauss R. (1986). A comparative application of DEA and translog methods: an illustrative study of hospital production. *Management Science*;1:30-44
- C. Montoya – Aguilar. Measuring the performance of hospitals and health centers; World Health Organization, Division of Strengthening if Health Services
- Carlos Matias Dias, Constantinos Sakellarides and Vaida Bankauskaite, *Health Care Systems in Transition*, Portugal (2004). *European Observatory on Health Care Systems in Transition* vol.6 No.1
- Caves D., Christensen L., and Diewert E. (1982). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output and productivity. *Econometrica*;50(6):1393-1414
- Charnes A., Cooper W.W., and Rhodes E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operations Research*;2:429-444
- Charnes A., Cooper W., Lewin A., Seiford L. (1994). *Data Anvelopment Analysis. Theory, Methodology and Applications*. Kluwer Academic Publishers, Boston
- Charnes, A., W.W. Cooper, and Z.M. Huang (1990). Polyhedral cone-ratio DEA models with an illustrative application to large commercial banks." *Journal of Econometrics*. Vol. 46, pp. 73-91
- Charnes, A., W.W. Cooper (1962). *Programming with linear fractional functionals*.

- Cowing T.G., and Holtmann A.G. (1983). Multiproduct short-run hospital cost functions: empirical evidence and policy implications from cross-section data. *Southern Economic Journal*;49(3):637-652
- Dansky K. & Miles J.A (1997). Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: Waiting time and filling time. *Hospital & Health Services Administration*;42(2):165-178
- David I. Streiner, Geoffrey R. Norman (1994). *Health Measurement Scales*. Oxford Press
- De Ruyter K. and Wetzels M. (1998). On The Complex Nature of Patient Evaluations of General Practice Service. *Journal of Economic Psychology*;19:565-590
- Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- Despotis D.K., and Smirlis Y.G. (2002). Data Envelopment Analysis with imprecise data. *European Journal of Operational Research*;140:24-36
- Dorsch J.J., and Yasin M.M. (1998). A framework for benchmarking in the public sector: literature review and directions for future research. *International Journal of Public Sector Management*;11(2/3):91-115.
- Dyson, R.G., and Thanassoulis E. (1988). "Reducing weight flexibility in data envelopment analysis." *Journal of Operational Research Society*. Vol. 39, No. 6, pp. 563-576
- Epstein, M.K., and J.C. Henderson. (1989). "Data Envelopment Analysis for managerial control and diagnosis." *Decision Sciences*. Vol. 20, pp. 90-119
- Evans D., Tandon A., and Murray C., and Lauer J. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. World Health Organization, Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 29
- Fare Rolf, Grosskopf Shawna (1996). *Intertemporal production frontiers: with dynamic DEA*. Kluwer Academic Publishers, Boston
- Farrell, M.J. (1957). "The measurement of productive efficiency". *Journal of Royal Statistical Society*. Vol. 120, Part III, pp. 11, 254 - 290
- Ferrier, G.D. and Valdmanis, V. (1996). Rural hospital performance and its correlates', *Journal of Productivity Analysis*;79(1):63-80
- Health Care Systems in Transition, Romania (2000). *European Observatory on Health Care Systems in Transition*

- Health Care Systems in Transition, United Kingdom (1999). European Observatory on Health Care Systems in Transition
- Hurst J. (1999). An assessment of health systems performance across OECD countries. Health outcome measurement in OECD countries: toward outcome-oriented policy making. Organization for Economic Co-operation and Development. DEELSA/ELSA/WP;1(99)3. Paris
- Hutchison Brian, Abelson Julia, and Lavis John (2001). Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change. Project HOPE–ThePeople-to-PeopleHealth Foundation, Inc. Volume 20, Number 3
- Jan Roth Johnsen, Health Care Systems in Transition, Norway (2006). European Observatory on Health Care Systems in Transition vol.8 No.1
- Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Chandola T., Jones P. (2003). Factors relating to patients' reports about hospital care for coronary heart disease in England. *Journal of Health Services Research and Policy*;8(2):83-6
- Jutta Järvelin, Health Care Systems in Transition, Finland (2002). European Observatory on Health Care Systems vol.4 No.1
- Kabnurkar Amit (2001). Mathematical Modeling for Data Envelopment Analysis with fuzzy restrictions on weights. Falls Church, Virginia, March
- Kaitelidou Daphne, Theodorou Mamas (2003). Cost Sharing in Greece. Paper for the European Observatory on Health Care Systems
- Linna M., and Häkkinen U. (1998). A comparative application of econometric frontier and DEA methods for assessing cost efficiency of Finnish hospitals. *Developments in Health Economics and Public Policy*;6:169-87
- Linna M., and Häkkinen U. (1999). Determinants of cost efficiency of Finnish Hospitals: A comparison of DEA and SFA. Systems Analysis Laboratory Research Reports A78, May
- Ludwig Kuntz and Stefan Scholtes (2003). Data Envelopment Analysis Improves Hospital Capacity Planning
- Maniadakis N., and Thanassoulis E. (1997). Changes in the productivity of a sample of Scottish hospitals: a cost index approach. Business School, Research Bureau, Paper No. 288, University of Warwick measurement: a report on the 3rd and 4th workshop. Barcelona
- Mickael Lothgren and Magnus Tambour (1996). Bootstrapping the DEA – based Malmquist Productivity index; Working paper No. 78, Stockholm School of Economics, The Economic Research Institute

- Mobley, L.R. and Magnussen, J. 1998. An international comparison of hospital efficiency: does institutional environment matter? *Applied Economics*; 30(8):1089– 1100.
- Mossialos E. and Davaki Dina (2002). Health care developments in Greece: looking back to see forward?
- Moullin M. (2004). Eight essentials of performance measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*;17(3):110-112
- Naval Research Logistics Quarterly. Vol. 9, pp. 181-185.
- Nikolaos Maniadakis, Bruce Hollingsworth and Emmanuel Thanassoulis. The impact of policy initiatives on productive performance
- Reinhard Busse, Annette Riesberg, Health Care Systems in Transition, Germany (2004). *European Observatory on Health Care Systems in Transition* vol.6 No.9
- Rosko M.D. (1990). Measuring Technical efficiency in Health Care Organizations. *Journal of Medical Systems*;14(5):307-322
- Signild Vallgård, Allan Krasnik and Karsten Vrangbæk, Health Care Systems in Transition, Denmark (2001). *European Observatory on Health Care Systems in Transition* vol.3 No.7
- Simone Sandier, Valérie Paris and Dominique Polton, Health Care Systems in Transition, France (2004). *European Observatory on Health Care Systems in Transition* vol.6 No.2
- Sudit E.F. (1996). *Effectiveness, Quality and Efficiency: a management oriented approach*. Kluwer Academic Publishers. Boston
- Thanassoulis E., A. Boussofiene, and R.G. Dyson. (1995). "Exploring output quality targets in the provision of perinatal care in England using data envelopment analysis." *European Journal of Operational Research*. Vol. 80, pp. 588 - 607
- Thanassoulis E., Boussofiene A., and Dyson R. (1995). Exploring output quality targets in the provision of perinatal care in England using Data Envelopment Analysis. *European Journal of Operational Research*;80:588-607
- The World Health Report 2000, *Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization
- Triantis, K., and O. Girod. (1998). "A mathematical programming approach for measuring technical efficiency in a fuzzy environment." *Journal of Productivity Analysis*. Vol. 10, pp. 85 - 102

World Health Organization (WHO). (2000). Health Systems: Improving Performance.

World Health Organization. (2003). Selection of indicators for hospital performance

Zere E. (2000). Hospital efficiency in Sub-Saharan Africa: Evidence from South Africa. Working papers No. 187, The United Nations University, World Institute for Development Economics Research (UNU/WIDER)

Zimmermann, H.-J., and P. Zysno. (1980). Latent Connectives in Human Decision Making. FSS 4, pp. 37-51

Zucherman S., Hadley J., and Iezzoni L. (1994). Measuring hospital efficiency with frontier cost functions. Journal of Health Economics;13:255-280 Geneva.

Βαζούρας Χ., Κογχυλάκης Γ., Πραστάκος Π., Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας, Ένα γεωγραφικό σύστημα πληροφοριών για την αποτύπωση της κατάστασης και την χάραξη πολιτικών υγείας, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ινστιτούτο Υπολογιστικών Μαθηματικών, Τομέας Περιφερειακής Ανάλυσης, Ηράκλειο Κρήτης

Γούναρης Χ. (2005). Διοίκηση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Αποδοτικότητα και Αποτελεσματικότητα Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας στο ΕΣΥΚΑ. Διδακτορική Διατριβή.

Γούναρης Χ. et all. Διερεύνηση της Αποδοτικότητας των Γενικών Ελληνικών Νοσοκομείων.

Γούναρης Χ., Μητρόπουλος Γ., Αθανασόπουλος Α., Σισσούρας Α.. Διεύρυνση της Αποδοτικότητας των Κέντρων Υγείας. Διερεύνηση Παραγωγικότητας και Αποδοτικότητας Κλίμακας για Μονάδες Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Γούναρης Χ., Σισσούρας Α. και Αθανασόπουλος Α. (2000). Το πρόβλημα της μέτρησης της αποδοτικότητας των Γενικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Στο: Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 123-142

Μπατάκης. Η υγεία σαν βασική συνισταμένη ανάπτυξης στο νομό Χανίων. Νομαρχιακή, οικονομική, κοινωνική επιτροπή Χανίων

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οικονομικά της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Σισσούρας Α., Μητρόπουλος Ι., Γούναρης Χ.. Αξιολόγηση της λειτουργικής αποδοτικότητας των κέντρων υγείας.

Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος (2004). Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος

Στατιστικό Δελτίο έτους 2003, Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενική Διεύθυνση
Οικονομοτεχνικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών & Στατιστικής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Σχήμα 13: Γεωγραφική θέση των κέντρων υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ

Νομός	Δ.Υ.Πε	Διοικητική Περιφέρεια	Θνησιμότητα	Αριθμός Επιχειρήσεων	% Επιχειρήσεων	Τζίρος (εκατ. €)	% Τζίρος	Γενικοί Ιατροί	Εξελεθόντες Ασθενείς	Φαρμακεία	Σύνολο Εκτάσεων (σε χιλ.στρέμματα)	Αρόσιμη Γη(σε χιλ.στρέμματα)	Μόνιμες Καλλιέργειες (σε χιλ.στρέμματα)	Επιφάνεια (τετρ.χμ)	Μόνιμος Πληθυσμός	Μεταβολή Κατοίκων '91/'01	Κάτοικοι/τετρ.χμ
ΑΤΤΙΚΗΣ	ΑΤΤΙΚΗΣ	ΑΤΤΙΚΗ	34.165	306.907	34,9	160.271,5	66,5	311	714.385	1.222	3.808,1	69,1	239,3	3.808	3.761.810	6,8	987,8
ΣΕΡΡΩΝ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	2.307	14.198	1,6	1.403,1	0,6	29	20.984	127	3.967,7	1.890,2	9,9	3.968	200.916	4,2	50,6
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	8.650	90.646	10,3	19.994,2	8,3	132	242.608	1.112	3.682,7	1.318,3	27,6	3.683	1.057.825	11,7	278,2
ΠΙΕΡΙΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.222	11.253	1,3	1.112,9	0,5	4	13.225	98	1.516,7	379,6	9,9	1.517	129.846	11,2	85,7
ΠΕΛΛΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.411	10.914	1,2	1.274,5	0,5	23	19.136	94	2.505,8	362,3	132,4	2.506	145.797	5,1	58,2
ΗΜΑΘΙΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.347	10.393	1,2	1.767,1	0,7	18	20.128	108	1.700,8	450,9	85,9	1.701	143.618	2,6	84,4
ΚΑΒΑΛΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ -	1.484	12.809	1,5	1.828,9	0,8	27	24.658	99	2.111,7	503,5	74,0	2.112	145.054	6,7	68,7
ΞΑΝΘΗΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ -	887	6.185	0,7	1.786,2	0,7	11	16.008	53	1.793,0	486,4	1,8	1.793	101.856	11,9	56,8
ΕΒΡΟΥ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ -	1.689	10.365	1,2	1.588,9	0,7	19	26.720	85	4.241,6	1.799,0	53,5	4.242	149.354	3,9	35,2
ΔΡΑΜΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ -	1.139	7.845	0,9	911,3	0,4	16	13.432	80	3.468,3	652,8	0,6	3.468	103.975	27,3	30,0
ΡΟΔΟΠΗΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ -	1.096	5.670	0,6	927,9	0,4	18	11.896	53	2.543,1	947,0	18,8	2.543	110.828	7,4	43,6
ΦΛΩΡΙΝΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	550	4.115	0,5	286,8	0,1	2	5.552	24	1.924,6	444,2	10,2	1.925	54.768	3,1	28,5
ΚΟΖΑΝΗΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.490	13.023	1,5	1.332,2	0,6	11	28.332	110	3.515,9	887,2	48,1	3.516	155.324	3,3	44,2
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	516	6.395	0,7	530,2	0,2	7	5.376	31	1.720,2	216,5	9,7	1.720	53.483	1,5	31,1
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	398	3.091	0,4	217,4	0,1	4	4.520	16	2.290,9	485,6	2,6	2.291	37.947	3,1	16,6
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.491	10.733	1,2	1.698,0	0,7	41	14.840	88	2.290,0	53,7	362,8	2.290	154.624	9,0	67,5
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	2.100	11.648	1,3	1.246,0	0,5	18	21.922	116	2.990,9	75,4	520,5	2.991	176.876	5,9	59,1
ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	954	8.472	1,0	1.157,4	0,5	16	12.392	81	2.154,3	16,5	263,1	2.154	105.770	8,3	49,1
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.143	6.362	0,7	647,9	0,3	10	11.752	58	3.636,1	15,6	528,0	3.636	99.637	4,1	27,4
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.318	6.492	0,7	612,8	0,3	13	12.694	55	4.418,7	125,8	91,3	4.419	102.035	-3,1	23,1
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	2.392	13.929	1,6	1.440,3	0,6	40	18.320	124	5.460,9	654,1	166,6	5.461	224.429	-1,6	41,1
ΑΧΑΪΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	2.931	22.051	2,5	3.406,2	1,4	46	63.088	257	3.271,5	122,2	171,8	3.272	322.789	7,6	98,7
ΗΛΕΪΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1.917	10.438	1,2	999,3	0,4	14	12.464	93	2.617,8	334,1	203,0	2.618	193.288	7,7	73,8

Πίνακας 58: Στατιστικά στοιχεία ανά Νομό

Νομός	Δ.Υ.Πε	Διοικητική Περιφέρεια	Θνησιμότητα	Αριθμός Επιχειρήσεων	% Επιχειρήσεων	Τζίρος (εκατ. €)	% Τζίρος	Γενικοί Ιατροί	Εξελεθόντες Ασθενείς	Φαρμακεία	Σύνολο Εκτάσεων (σε χιλ.στρέμματα)	Αρόσημη Γη(σε χιλ.στρέμματα)	Μόνιμες Καλλιέργειες (σε χιλ.στρέμματα)	Επιφάνεια (τετρ.χμ)	Μόνιμος Πληθυσμός	Μεταβολή Κατοίκων '91/'01	Κάτοικοι/τετρ.χμ
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΗΠΕΙΡΟΣ	469	4.081	0,5	366,2	0,2	10	4.544	28	1.514,7	81,1	37,6	1.515	46.091	4,3	30,4
ΑΡΤΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΗΠΕΙΡΟΣ	897	4.841	0,6	633,6	0,3	8	9.032	50	1.662,2	21,5	77,9	1.662	78.134	-0,7	47,0
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΗΠΕΙΡΟΣ	569	5.423	0,6	515,5	0,2	12	5.952	41	1.035,9	144,5	39,9	1.036	59.356	1,2	57,3
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2.043	16.957	1,9	1.928,1	0,8	42	22.302	182	2.636,3	433,2	163,5	2.636	206.995	4,3	78,5
ΛΑΡΙΣΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2.485	19.356	2,2	2.897,6	1,2	28	39.835	235	5.380,9	2.234,7	33,9	5.381	279.305	3,2	51,9
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1.532	6.780	0,8	687,2	0,3	10	13.244	97	2.636,0	1.094,6	5,5	2.636	129.541	2,1	49,1
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1.582	9.535	1,1	1.145,2	0,5	16	13.121	103	3.383,5	520,3	8,8	3.383	138.047	-0,6	40,8
ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1.864	11.508	1,3	1.365,3	0,6	-	15.160	104	4.440,8	837,2	239,7	4.441	178.771	4,4	40,3
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	238	1.040	0,1	56,4	0,0	2	3.000	7	1.868,9	0,2	-	1.869	32.053	31,9	17,1
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1.259	7.882	0,9	1.197,5	0,5	-	7.432	84	2.951,6	836,0	171,8	2.952	131.085	-2,3	44,4
ΕΥΒΟΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	2.296	17.295	2,0	1.985,3	0,8	-	14.704	152	4.167,4	85,8	322,3	4.167	215.136	3,2	51,6
ΦΩΚΙΔΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	524	2.907	0,3	244,4	0,1	-	3.032	21	2.120,6	26,4	64,8	2.121	48.284	9,3	22,8
ΣΑΜΟΥ	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	559	4.769	0,5	429,5	0,2	12	7.448	25	777,9	1,6	17,6	778	43.595	3,9	56,0
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.101	16.467	1,9	1.609,6	0,7	21	3.192	66	2.571,7	280,0	46,1	2.572	112.615	19,8	43,8
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.430	21.267	2,4	1.879,1	1,2	47	21.805	118	2.714,3	87,2	44,1	2.714	190.071	16,3	70,0
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΚΡΗΤΗΣ	ΚΡΗΤΗ	2.439	24.646	2,8	4.184,2	1,7	75	62.885	235	2.641,2	31,6	960,8	2.641	292.489	10,4	110,7
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	ΚΡΗΤΗΣ	ΚΡΗΤΗ	907	6.522	0,7	765,1	0,3	19	15.472	46	1.822,8	38,6	274,7	1.823	76.319	7,1	41,9
ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΚΡΗΤΗΣ	ΚΡΗΤΗ	793	7.014	0,8	928,1	0,4	17	11.016	45	1.496,0	6,7	285,6	1.496	81.936	16,9	54,8
ΧΑΝΙΩΝ	ΚΡΗΤΗΣ	ΚΡΗΤΗ	1.470	12.978	1,5	1.857,7	0,8	20	24.803	93	2.375,8	13,7	425,5	2.376	150.387	12,4	63,3
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	463	4.426	0,5	402,1	0,2	1	5.480	24	904,4	8,8	42,9	904	39.488	21,6	43,7
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	1.240	13.954	1,6	1.241,8	0,5	19	14.350	65	641,1	28,8	332,4	641	111.975	4,1	174,7
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	434	5.594	0,6	548,3	0,2	1	5.000	23	405,6	9,6	103,8	406	39.015	19,8	96,1
ΛΕΥΚΑΔΑΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	315	3.130	0,4	193,2	0,1	-	3.392	20	355,9	11,7	61,7	356	22.506	6,6	63,2
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΗΠΕΙΡΟΣ	1.656	13.270	1,5	1.687,0	0,7	27	49.552	119	4.990,4	209,6	-	4.990	170.239	7,6	34,1
ΚΙΛΚΙΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	877	6.124	0,7	1.115,6	0,5	14	16.024	50	2.518,9	910,7	10,2	2.519	89.056	9,0	35,4
ΧΙΟΥ	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	699	4.264	0,5	513,8	0,2	5	6.576	30	904,2	4,2	98,4	904	53.408	2,3	59,1
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	974	10.762	1,2	1.042,1	0,4	43	8.480	53	3.253,5	765,3	212,0	3.254	107.156	13,9	42,6
ΛΕΣΒΟΥ	ΠΕΙΡΑΙΑ & ΑΙΓΑΙΟΥ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.313	8.348	1,0	904,3	0,4	8	13.872	59	2.153,7	167,8	378,9	2.154	109.118	3,8	50,7

code	ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α - ΘΡΑΚΗ	ΑΤΤΙΚΗ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΚΡΗΤΗ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΠΕΛΛΟΠΟΝ ΝΗΣΟΣ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1	Γενικής Ιατρικής	197.864	129.682	80.919	261.753	81.762	259.505	287.729	90.446	617.293	196.214	126.439	247.924	242.537	2.820.067
2	Παιδιατρικό	44.598	59.242	10.752	41.275	26.130	21.459	55.886	10.278	189.748	41.336	32.475	52.577	23.775	609.531
3	Παθολογικό	121.004	154.880	17.431	89.040	10.200	24.856	177.538	16.306	321.450	113.732	55.049	237.915	43.808	1.383.209
4	Καρδιολογικό	2.802	5.301	0	9.577	1.517	1.107	5.677	3.495	11.580	1.764	6.723	11.019	0	60.562
5	Πνευμονολογικό	0	5.909	0	6.523	0	0	1.420	200	2.228	0	0	3.064	0	19.344
6	Δερματολογικό	1.177	0	282	3.208	0	0	1.879	400	9.853	0	2.453	2.625	0	21.877
7	Μαιευτ.- Γυνακολογικό	11.167	12.858	4.037	5.195	362	1.204	10.566	110	24.040	2.340	7.465	2.820	4.453	86.617
8	Χειρουργικό	15.619	27.076	4.107	21.505	1.836	3.338	12.801	800	49.251	3.242	19.908	27.704	8.623	195.810
9	Ω.Ρ.Λ.	1.069	1.804	0	4.341	0	854	1.585	300	12.258	0	0	2.858	0	25.069
10	Ορθοπαιδικό	6.641	4.827	1.554	7.090	527	1.806	2.996	420	10.009	0	8.792	6.067	0	50.729
11	Οφθαλμολογικό	1.351	4.482	0	2.684	0	0	385	50	5.357	0	0	1.638	0	15.947
12	Ουρολογικό	0	195	182	2.660	0	0	308	30	1.893	0	0	12.122	2	17.392
13	Οδοντιατρικό	34.640	19.793	12.480	27.085	16.349	14.293	37.816	5.087	91.891	32.429	17.689	41.254	29.917	380.723
14	Ψυχιατρικό	2.797	1.010	0	2.298	0	213	526	300	8.607	121	0	2.618	48	18.538
15	Λοιπά	67.349	88.628	2.200	59.156	13.022	27.663	91.293	25.091	261.159	46.596	28.454	26.826	52.054	789.491
16	ΣΥΝΟΛΟ	508.078	523.761	151.467	552.245	154.123	416.784	684.451	183.762	1.623.430	382.970	284.722	792.774	428.711	6.687.278
17	Αιματολογικές	94.762	43.200	35.604	96.044	42.066	118.219	157.552	35.243	373.781	66.500	45.944	60.131	45.637	1.214.683
18	Ανοσολογικές	10.952	692	0	22.218	0	1.446	521	185	4.135	3.930	7.364	22.911	4.374	78.728
19	Βιοχημικές	408.510	218.040	119.041	311.445	172.374	184.395	250.073	92.417	1.203.828	445.483	223.967	194.608	370.416	4.194.597
20	Μικροβιολογικές	29.855	80.752	36.980	27.061	40.878	53.160	479.495	18.339	378.919	118.733	115.056	192.736	17.353	1.589.317
21	Κυτταρολογικές	11	0	0	5.120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.131
22	Ακτινολογικές	53.006	55.008	19.823	34.504	20.375	27.387	78.525	8.453	149.143	34.406	55.467	46.851	43.554	626.502
23	Μαστογραφίες	438	0	0	202	0	0	146	0	0	0	0	0	0	786
24	Υπερηχογραφήματα	843	3.150	250	228	0	182	342	0	842	2.145	1.230	380	0	9.592
25	TEST ΚΥΗΣΗΣ	1.076	347	597	1.029	214	290	807	84	2.742	647	11	266	338	8.448
26	TEST ΠΑΠ	1.822	3.945	809	1.444	423	211	3.627	653	8.340	1.626	681	2.098	1.737	27.416
27	ΣΥΝΟΛΟ	535.364	401.242	213.104	490.440	276.330	339.835	970.317	137.240	2.104.269	673.470	448.394	477.532	459.506	7.527.043
28	SABIN	2.018	3.160	600	1.492	840	23.593	2.217	191	3.995	2.084	936	1.916	967	44.009
29	ΕΚΤΑΚΤΟΙ	36	0	15	507	518	1	0	9	119	768	900	157	5	3.035
30	ΤΕΤΑΝΟΥ	2.122	1.143	35	676	926	224	1.094	65	7.196	1.141	372	572	1.383	16.949
31	ΖΠΛΟΥΝ	2.497	1.020	329	874	427	328	1.084	91	2.480	910	363	1.074	826	12.303
32	ΖΠΛΟΥΝ	2.256	2.766	676	1.419	851	657	2.359	806	4.768	2.215	1.686	2.145	1.388	23.992
33	Μ.Μ.Ρ.	1.639	15.067	525	1.103	563	565	2.138	167	3.599	2.094	1.123	1.400	612	30.595
34	ΙΛΑΡΑΣ	15	658	35	126	121	0	0	0	41	133	0	192	120	1.441
35	ΕΡΥΘΡΑΣ	10	268	35	126	121	3	2	0	122	126	0	294	15	1.122
36	ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑΣ	7	0	35	109	121	0	0	0	0	120	0	441	2	835
37	ΓΡΙΠΗΣ	7.575	1.911	999	4.135	1.523	3.247	4.622	2.195	5.660	5.552	1.830	3.152	995	43.396
38	ΗΠΑΤ.Β	2.259	197.409	534	1.301	702	766	2.286	156	5.064	1.735	1.503	1.416	1.126	216.257
39	ΑΝΤΙΤ.ΟΡΟΙ	3.005	4.805	1.069	1.825	863	1.028	1.107	1.216	5.245	4.262	1.180	2.137	794	28.536
40	ΜΑΝΤΟΥΧ	1.895	521.719	803	2.790	1.054	1.315	4.415	197	4.794	5.283	3.255	4.193	2.036	553.749
41	ΕΝΕΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	32.438	9.227.271	6.113	9.655	19.292	4.848	17.917	5.232	58.112	26.857	8.928	18.329	9.429	9.444.421
42	ΛΟΙΠΟΙ	4.825	6.979	1.990	1.571	3.478	3.097	6.770	1.276	14.160	3.400	2.325	5.260	6.988	62.119
43	ΣΥΝΟΛΟ	128.508	9.979.478	13.793	27.709	28.982	16.235	45.903	11.601	111.722	107.740	153.801	42.288	26.686	10.694.446

Πίνακας 59: Ανάλυση λειτουργικών δεικτών ανά Διοικητική Περιφέρεια

Διοικητική Περιφέρεια	ΙΑΤΡΙΚΟ		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ		ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ/ΠΑΡΑΪΤΡΙΚΟ		ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ		ΤΕΧΝΙΚΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ		ΛΟΙΠΟ	
	Εφημερίες	Τακτική Μισθοδοσία	Υπερωριακή Απασχόληση	Τακτική Μισθοδοσία	Υπερωριακή Απασχόληση	Τακτική Μισθοδοσία	Υπερωριακή Απασχόληση	Τακτική Μισθοδοσία	Υπερωριακή Απασχόληση	Τακτική Μισθοδοσία	Υπερωριακή Απασχόληση	Τακτική Μισθοδοσία
ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	3.667.479 €	9.055.480 €	285.113 €	4.804.593 €	21.714 €	918.086 €	90.642 €	1.037.490 €	157.128 €	1.159.321 €	9.478 €	220.331 €
ΑΤΤΙΚΗ	2.474.064 €	8.012.835 €	273.897 €	3.916.215 €	59.334 €	1.291.571 €	169.390 €	2.557.064 €	24.183 €	322.216 €	240.231 €	2.815.723 €
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.175.459 €	3.050.531 €	114.252 €	1.193.909 €	36.684 €	460.295 €	29.026 €	699.564 €	32.206 €	223.789 €	131.552 €	839.709 €
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	3.854.953 €	9.818.356 €	232.040 €	3.983.021 €	29.988 €	963.303 €	40.116 €	662.031 €	209.684 €	1.070.290 €	152.950 €	2.121.884 €
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.393.807 €	4.194.613 €	93.219 €	1.844.344 €	4.613 €	397.058 €	7.916 €	561.889 €	56.701 €	368.369 €	161.676 €	1.068.234 €
ΗΠΕΙΡΟΣ	1.493.822 €	3.564.032 €	138.899 €	1.634.987 €	11.558 €	363.007 €	5.247 €	255.244 €	58.648 €	375.674 €	125.811 €	1.291.230 €
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	4.248.639 €	12.345.618 €	376.410 €	6.564.282 €	26.308 €	711.097 €	217.560 €	3.152.753 €	164.380 €	1.537.146 €	45.806 €	746.254 €
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	1.434.767 €	2.353.749 €	102.833 €	703.122 €	2.845 €	105.338 €	7.525 €	291.470 €	4.883 €	14.938 €	91.692 €	553.907 €
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	8.211.989 €	21.546.281 €	475.011 €	9.999.701 €	41.689 €	2.208.715 €	158.839 €	3.499.728 €	129.532 €	1.356.113 €	179.248 €	2.036.007 €
ΚΡΗΤΗ	1.110.220 €	2.916.136 €	101.746 €	890.413 €	41.220 €	218.502 €	11.889 €	140.937 €	8.421 €	90.626 €	56.962 €	254.442 €
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	2.553.937 €	3.335.961 €	92.504 €	1.036.099 €	29.374 €	305.772 €	40.036 €	523.174 €	71.451 €	354.532 €	80.904 €	671.021 €
ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	4.053.073 €	10.183.696 €	304.302 €	4.104.515 €	42.307 €	929.418 €	28.063 €	1.366.622 €	136.540 €	992.811 €	218.777 €	1.888.577 €
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	2.453.482 €	8.067.057 €	341.573 €	2.875.218 €	7.428 €	899.400 €	8.327 €	810.348 €	12.790 €	410.458 €	212.787 €	1.950.401 €
ΣΥΝΟΛΟ	38.125.692 €	98.444.346 €	2.931.799 €	43.550.419 €	355.062 €	9.771.563 €	814.576 €	15.558.314 €	1.066.547 €	8.276.283 €	1.707.874 €	16.457.719 €

Πίνακας 60: Οικονομικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού

A/A	Όνομασία	Ποσοστιαία Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Παραϊατρικό	Διοικητικό, Τεχνικό, Λοιπό	Σύνολο Προσωπικού	Πληθυσμός Ευθύνης	Κλίνες	Ιατρεία	Εργαστήρια	Ιατρικές Εξετάσεις	Εργαστηριακές Εξετάσεις	Εμβολιασμοί	Συνταγογραφήσεις	Διακομιδές
hc37	Κ.Υ. ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	69%	43	22	3	14	82	25.000	5	8	2	68.116	83.575	8.934	31.539	995
hc40	Κ.Υ. ΣΟΥΦΛΙΟΥ	68%	46	30	3	13	92	17.768	8	11	2	29.463	199.342	9.679	150.499	713
hc80	Κ.Υ. ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	78%	46	15	5	13	79	31.979	8	4	2	54.295	130.311	1.215	52.100	11
hc82	Κ.Υ. ΒΑΡΔΑΣ	81%	17	4	2	12	35	15.000	5	2	1	42.997	28.878	4.564	55.750	105
hc102	Κ.Υ. ΠΑΡΓΑΣ	35%	6	4	1	5	16	8.000	5	8	2	70.471	21.717	81	416	185
hc143	Κ.Υ. ΚΑΡΠΑΘΟΥ	44%	11	5	3	7	26	5.323	4	5	2	16.016	64.700	2.940	3.204	146
hc145	Κ.Υ. ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	88%	14	1	3	12	30	10.000	7	7	2	51.635	25.530	7.112	16.560	185
hc147	Κ.Υ.ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	67%	31	14	4	16	65	38.509	4	7	2	37.967	118.594	8.459	38.750	720

Πίνακας 61: Γενικά στοιχεία πρότυπων κέντρων υγείας

Διοικητική Περιφέρεια	Μόνιμος Πληθυσμός	Επιφάνεια (τετρ. χμ)	Κάτοικοι /τετρ.χμ
ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	611.067	14.158	43,16
ΑΤΤΙΚΗ	3.761.810	3.808	987,87
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	206.121	3.836	53,73
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	740.506	11.351	65,24
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	301.522	9.452	31,90
ΗΠΕΙΡΟΣ	353.820	9.203	38,45
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	753.888	14.037	53,71
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	212.984	2.307	92,32
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.874.214	19.148	97,88
ΚΡΗΤΗ	601.131	8.336	72,11
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	302.686	5.286	57,26
ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	638.942	15.489	41,25
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	605.329	15.549	38,93
Σύνολο:	10.964.020	131.960	83,09

Διοικητική Περιφέρεια	Αριθμός Καταλυμάτων	Αριθμός Κλινών
ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	331	22.523
ΑΤΤΙΚΗ	699	60.479
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	401	21.834
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	250	21.065
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	81	3.716
ΗΠΕΙΡΟΣ	238	16.102
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	523	27.657
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	801	76.475
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.056	96.330
ΚΡΗΤΗ	1.354	122.597
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.863	150.369
ΠΕΛΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	538	45.246
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	531	34.057
ΣΥΝΟΛΟ	8.666	698.450

Πίνακας 62: Στατιστικά στοιχεία ανά Διοικητική Περιφέρεια

	2002	2003	Αύξ. %
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ			
Περιφερειακά υποκαταστήματα	21	21	0
Τοπικά υποκαταστήματα	136	137	0,74
Παραρτήματα υποκαταστήματα	133	132	-0,75
ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ			
Διοικητικοί			
Τακτικοί	8.536	8.826	3,4
Αορίστου χρόνου	53	52	-1,89
Ορισμένου χρόνου	5	4	-20
Σύνολο	8.594	8.882	3,35
Ιατροί			
<u>Ελεγκτές</u>			
Μόνιμοι θεραπευτές	2.441	2.242	-8,15
Με σύμβαση θεραπευτές	5.486	5.844	6,53
<u>Με σύμβαση έργου θεραπευτές</u>			
Ιατροί νοσοκομείων Ν.123/75, 1057/80	358	199	-44,41
Σύνολο	8.285	8.285	0
Υγειονομικοί Υπάλληλοι			
Μόνιμοι	3.878	3.996	3,04
Με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου	17	15	-11,76
Σύνολο	3.895	4.011	2,98
Ασφαλισμένοι			
Άμεσοι	1.952.232	1.956.878	0,24
Άμεσοι-Έμμεσοι-Συνταξιούχοι	5.450.676	5.440.658	-0,18

Παροχές Ασθενειών σε Είδος	2002*	2003*	Αύξ %
Ιατρική Περίθαλψη			
Επισκέψεις σε Ιατρεία	21.126.934	21.853.528	3,44
Επισκέψεις κέντρων μάνας	207.388	314.987	51,88
Επισκέψεις κατ' οίκον	426.062	335.812	-21,18
Επισκέψεις αγροτικών ιατρών	262.659	240.130	-8,58
Μικροβιολογικές εξετάσεις	19.761.747	21.180.544	7,18
Ακτινολογικές εξετάσεις	903.591	923.388	2,19
Λοιπές παρακλινικές εξετάσεις	307.098	330.721	7,69
Σύνολο επισκέψεων	22.023.043	22.744.457	3,28
Σύνολο εργαστ. Εξετάσεων	20.972.436	22.434.653	6,97
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	42.995.479	45.179.110	5,08
Δευτερεύουσες υγειον. φροντίδες	674.300	587.689	-12,84
Διαβητολογικές Εξετάσεις (άτομα που προσήλθαν)	49.538	60.080	21,28
Δαπάνη σε €	381.724.895	431.685.143	13,09
Φαρμακευτική Περίθαλψη			
Αριθμός συνταγών	23.794.084	24.934.640	4,79
Αριθμός φαρμάκων	47.890.646	49.332.135	3,01
Δαπάνη σε €	803.546.507	980.006.073	21,96
Νοσοκομειακή Περίθαλψη			
Περιπτώσεις (νέες)	679.376	734.960	8,18
Ημέρες νοσηλείας	5.260.341	5.562.213	5,74
Μέση διάρκεια	7,70	7,60	
Δαπάνη σε €	586.304.569	760.685.607	29,74
Βοηθήματα τοκετού			
Περιπτώσεις	48.563	48.280	-0,58
Δαπάνη σε €	104.823	112.484	7,31
Σανατοριακή Περίθαλψη			
Δαπάνη σε €	1.655.599	2.058.228	24,32
Πρόσθετη Περίθαλψη (εκτός σανατοριακής)			
Δαπάνη σε €	201.742.775	231.844.356	14,92
Προληπτική Δράση			
Δαπάνη σε €	10.088.698	10.772.247	6,78
Δαπάνες			
Δαπάνες Διοικήσεως	92.855.317	110.052.977	18,52
Διάφορες Δαπάνες	2.113.437	3.604.965	70,57
Δαπ. Περιουσ. Στοιχείων	1.395.970	2.467.574	76,76
Σύνολο	96.364.724	116.125.516	20,51
Απόδοση παροχών ξένων κρατών			
Δαπάνη σε €	15.736.268	12.565.681	-20,15

* ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤ' ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	79.303
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	317.419
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	30.280
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	73.497
ΗΠΕΙΡΟΣ	33.818
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	31.787
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	70.992
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	60.324
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	55.782
ΑΤΤΙΚΗ	1.035.196
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	21.901
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	53.745
ΚΡΗΤΗ	92.834

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	1.370.430
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	3.608.939
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	364.681
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	944.102
ΗΠΕΙΡΟΣ	439.522
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	230.355
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1.320.992
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	758.288
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	654.444
ΑΤΤΙΚΗ	11.196.579
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	217.626
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	353.412
ΚΡΗΤΗ	975.283

ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	1.222.583
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	4.942.474
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	669.013
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1.370.089
ΗΠΕΙΡΟΣ	538.694
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	463.565
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1.337.738
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1.122.996
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	798.607
ΑΤΤΙΚΗ	10.828.759
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	454.172
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	313.463
ΚΡΗΤΗ	872.487

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	2.032.726
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	9.947.028
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.172.031
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2.705.289
ΗΠΕΙΡΟΣ	975.775
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	799.820
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	2.137.015
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	2.122.916
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	2.690.288
ΑΤΤΙΚΗ	21.498.292
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	889.717
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	629.295
ΚΡΗΤΗ	1.731.943

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚ. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-

ΘΡΑΚΗ	40.215
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	215.275
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	13.901
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	29.334
ΗΠΕΙΡΟΣ	18.428
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	12.560
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	40.243
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	31.569
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	19.942
ΑΤΤΙΚΗ	262.285
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	8.893
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	4.464
ΚΡΗΤΗ	37.851

ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΟΚ. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-

ΘΡΑΚΗ	194.908
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.235.107
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	86.835
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	316.533
ΗΠΕΙΡΟΣ	69.456
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	53.802
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	170.383
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	109.531
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	87.754
ΑΤΤΙΚΗ	2.957.237
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	42.785
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	40.979
ΚΡΗΤΗ	196.903

ΕΞΕΛΙΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ-ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ	ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
1987	541.952	1.744.000	4.931.000
1988	571.906	1.766.000	4.987.000
1989	600.073	1.795.000	5.006.000
1990	624.856	1.812.000	5.098.000
1991	648.592	1.831.000	5.191.200
1992	689.042	1.849.000	5.302.000
1993	716.960	1.861.000	5.388.000
1994	734.900	1.874.000	5.433.000
1995	755.068	1.884.000	5.486.000
1996	773.511	1.889.000	5.458.000
1997	790.235	1.902.000	5.473.000
1998	809.918	1.907.000	5.483.000
1999	826.107	1.935.000	5.496.000
2000	847.495	1.941.000	5.485.000
2001	861.340	1.949.000	5.480.000
2002	870.446	1.952.000	5.451.000
2003	883.391	1.957.000	5.441.000

ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
1960	1.215	2.027	3.547
1970	2.166	3.378	5.088
1980	3.176	6.345	5.522
1990	3.801	5.826	8.483
2003	4.011	8.285	8.882

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΚΑΘΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ

	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ/ΔΙΟΙ Κ. ΥΠΑΛΛΗΛΟ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ/ΙΑΤΡΟ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ/ΥΓΕΙΟΝ.ΥΠΑΛΛΗΛΟ
1960	427	748	1.248
1970	502	756	1.179
1980	709	617	1.232
1990	601	875	1.341
2003	613	657	1.357

Πίνακας 63: Στατιστικά στοιχεία Ι.Κ.Α.

Προβλήματα ΠΦΥ	Αττικής	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	Κρήτης	Μακεδονίας	Μακεδονίας & Θράκης	Πειραιά & Αιγαίου	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	Σύνολο
Ανθρώπινοι Πόροι	7	28	13	15	33	16	60	172
Ξενοδοχειακά Προβλήματα	7	27	11	16	26	11	53	151
Εξοπλισμός	4	11	4	8	16	7	22	72
Καρδιογράφος	0	1	0	0	3	0	4	8
Υπέρηχος	2	1	1	1	4	4	5	18
Βιοχημικός Αναλυτής	1	4	0	1	1	2	16	25
Ακτινολογικό	3	10	4	3	10	4	19	53
Οδοντιατρικό	2	4	1	1	3	2	12	25
Ασθενοφόρο	1	5	3	5	11	3	21	49
Απινιδωτής	0	1	0	1	4	0	9	15
Παλαιότητα Μηχανημάτων	1	2	2	1	4	2	2	14
Ελλιπής Εκπαίδευση	4	5	3	7	6	3	7	35
Δυσκολία στην πρόσβαση	1	7	8	1	9	4	10	40
Έλλειψη Πληροφοριακού Συστήματος	3	8	1	8	4	5	7	36
Διακομιδές	2	4	2	2	5	5	6	26
Διασφάλιση Ποιότητας	0	0	0	0	2	1	6	9
Κανονισμός Λειτουργίας	3	4	2	2	6	3	5	25
Αναποτελεσματικότητα	0	2	0	0	1	0	0	3
Λειτουργία Περιφερειακών Ιατρείων	1	15	5	5	12	4	26	68
Προγράμματα Πρόληψης και Προαγωγής	2	9	3	6	6	5	18	49
Χρηματοδότηση	0	3	0	1	0	0	2	6

Πίνακας 64: Κατηγορίες προβλημάτων Π.Φ.Υ. ανά Δ.Υ.ΠΕ.

A/A	Όνομασία Φορέα	Δ.Υ.ΠΕ.	radial m1	radial m2	radial m3	radial m4
hc1	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ	Αττικής	1,00	1,00	-	-
hc2	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ	Αττικής	1,00	1,00	-	-
hc3	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ	Αττικής	0,77	0,77	-	-
hc4	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	Αττικής	0,80	1,00	0,65	0,65
hc5	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΥΡΙΟΥ	Αττικής	0,71	0,73	0,44	0,44
hc6	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	Αττικής	0,45	0,46	0,45	0,45
hc7	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	Αττικής	0,76	0,76	0,81	0,81
hc8	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΠΑΤΩΝ	Αττικής	0,40	0,43	0,38	0,38
hc9	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΓΑΡΩΝ	Πειραιά & Αιγαίου	0,73	0,73	0,43	0,46
hc10	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,41	0,73	0,23	0,23
hc11	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,58	0,58	0,50	0,52
hc12	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΙΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,53	0,53	0,42	0,44
hc13	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΛΑΤΑ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	0,52	0,52
hc14	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΔ/ΣΤΡΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,60	0,60	-	-
hc15	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΖΙΧΝΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,63	0,63	-	-
hc16	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,80	0,80	-	-
hc17	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΙΓΡΙΤΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,70	0,70	-	-
hc18	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,93	0,93	-	-
hc19	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,74	0,92	-	-
hc20	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	-	-
hc21	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,93	0,93	0,77	0,80
hc22	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	0,79	0,79
hc23	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	0,75	0,75
hc24	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	Μακεδονίας	0,80	0,80	0,84	0,84
hc25	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΙΝΙΟΥ	Μακεδονίας	0,39	0,44	0,47	0,47
hc26	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	Μακεδονίας	0,65	0,65	0,50	0,70
hc27	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	Μακεδονίας	0,85	0,85	0,86	0,86
hc28	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	Μακεδονίας	0,60	0,60	0,62	0,62
hc29	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	Μακεδονίας	1,00	1,00	-	-
hc30	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΙΔΑΙΑΣ	Μακεδονίας	0,66	0,67	-	-
hc31	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΝΙΣΣΑΣ	Μακεδονίας	0,32	0,32	-	-
hc32	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	Μακεδονίας	0,84	0,84	-	-
hc33	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΓΚΑΔΑ	Μακεδονίας	0,80	1,00	0,76	0,76
hc34	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΥΔΡΑΣ	Μακεδονίας	1,00	1,00	-	-
hc35	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	0,95	0,95
hc36	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝΟΥ ΘΑΣΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,88	0,88	0,82	0,82
hc37	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc38	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΙΝΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,58	0,58	0,29	0,32
hc39	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,93	0,93	0,57	0,60
hc40	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc41	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,70	0,70	0,46	0,47
hc42	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΣΜΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,45	0,58	0,45	0,45
hc43	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΠΠΩΝ	Μακεδονίας & Θράκης	0,49	0,49	0,42	0,49
hc44	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	0,54	0,59
hc45	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,30	0,43	0,28	0,28
hc46	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,51	0,51	0,15	0,24
hc47	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΝ	Μακεδονίας & Θράκης	0,69	0,69	0,31	0,57
hc48	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,60	0,60	0,47	0,48
hc49	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	Μακεδονίας	0,39	0,39	0,25	0,31
hc50	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	Μακεδονίας	0,29	0,36	0,21	0,23

A/A	Όνομασία Φορέα	Δ.Υ.ΠΕ.	radial m1	radial m2	radial m3	radial m4
hc51	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΣΟΥΥΛΙΟΥ	Μακεδονίας	0,59	0,59	0,49	0,50
hc52	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕΡΒΙΩΝ	Μακεδονίας	0,64	0,73	0,41	0,41
hc53	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	Μακεδονίας	1,00	1,00	0,70	0,70
hc54	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	Μακεδονίας	0,79	0,79	0,36	0,38
hc55	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,44	0,44	0,41	0,41
hc56	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,48	0,79	0,39	0,39
hc57	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΙΓΑΛΑ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,61	0,61	0,45	0,49
hc58	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,42	0,42	0,29	0,48
hc59	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,47	0,47	0,43	0,52
hc60	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,91	0,91	-	-
hc61	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΑΤΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,51	0,58	0,43	0,43
hc62	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,52	0,53	0,38	0,38
hc63	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,68	0,68
hc64	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,96	0,96	0,82	0,87
hc65	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,34	0,34	0,18	0,37
hc66	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΡΟΥΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,66	0,66	0,64	0,85
hc67	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,51	0,51	0,51	0,51
hc68	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,72	0,72	0,64	0,65
hc69	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,67	0,67	0,53	0,58
hc70	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΡΟΠΑΙΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,55	0,55	0,52	0,54
hc71	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,74	0,81
hc72	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,75	0,77	0,64	0,64
hc73	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΘΕΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,76	0,77
hc74	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,95	0,98
hc75	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΚΟΥΡΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,24	0,25	0,20	0,22
hc76	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΜΕΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,22	0,30	0,23	0,23
hc77	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΑΚΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,55	0,55	0,56	0,59
hc78	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,67	0,67	0,64	0,65
hc79	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΚΡΑΤΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,35	0,35	0,28	0,34
hc80	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	1,00	1,00
hc81	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,28	0,54	0,17	0,17
hc82	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	1,00	1,00
hc83	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΝΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,31	0,36	0,25	0,26
hc84	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,57	0,57	0,40	0,43
hc85	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΑΧΑΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,37	0,37	0,45	0,89
hc86	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,59	0,59	0,46	0,51
hc87	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,90	0,90
hc88	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,54	0,55	0,33	0,33
hc89	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,65	0,65
hc90	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,51	0,74	0,41	0,41
hc91	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,52	0,62	0,34	0,34
hc92	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,26	0,82	0,21	0,21
hc93	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,43	0,43	0,12	0,13
hc94	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,34	0,34	0,22	0,70
hc95	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,61	0,61	0,33	0,44
hc96	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,63	0,63	0,48	0,53
hc97	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΝΑΝΤΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,43	0,43	0,30	0,41
hc98	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,63	0,63	0,42	0,64
hc99	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,37	0,37	0,28	0,97
hc100	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,82	0,87	0,57	0,57

A/A	Όνομασία Φορέα	Δ.Υ.Π.Ε.	radial m1	radial m2	radial m3	radial m4
hc101	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	0,74	0,79
hc102	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	1,00	1,00
hc103	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΠΠΙΔΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,55	0,55	0,50	0,54
hc104	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,46	0,46	0,23	0,28
hc105	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΜΥΡΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,63	0,63	-	-
hc106	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,35	0,54	-	-
hc107	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,48	0,48	-	-
hc108	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΖΑΓΟΡΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,56	0,58	-	-
hc109	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΙΑΘΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,75	0,75	-	-
hc110	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΟΠΕΛΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,49	0,57	-	-
hc111	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΟΝΝΩΝ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,66	0,66	-	-
hc112	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΣΟΝΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,73	0,73	-	-
hc113	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΥΡΝΑΒΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,52	0,52	-	-
hc114	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΑΡΣΑΛΩΝ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,79	0,79	-	-
hc115	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,82	0,83	-	-
hc116	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΛΑΜΑ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,62	0,62	-	-
hc117	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΦΑΔΩΝ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,76	0,76	-	-
hc118	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,60	0,60	-	-
hc119	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΗΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	1,00	1,00	-	-
hc120	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,55	0,56	-	-
hc121	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΑΡΚΑΔΩΝΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,79	0,79	-	-
hc122	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΟΜΟΚΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,45	0,45	-	-
hc123	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	1,00	1,00	0,79	0,79
hc124	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΥΛΙΔΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,53	0,61	-	-
hc125	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,76	0,76	-	-
hc126	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΣΤΟΜΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,85	1,00	-	-
hc127	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,57	0,57	-	-
hc128	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΣΤΙΑΙΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,93	0,93	0,93	0,93
hc129	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,55	0,55	0,61	0,75
hc130	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,78	0,78	0,76	1,00
hc131	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΨΑΧΝΩΝ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,54	0,54	0,83	0,83
hc132	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,37	0,37	-	-
hc133	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,44	0,44	0,47	0,52
hc134	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΙΑΡΤΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,38	0,50	0,22	0,22
hc135	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΤΕΑΣ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,70	1,00	0,98	0,98
hc136	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΙΔΩΡΙΚΙΟΥ	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος	0,36	0,41	0,21	0,21
hc137	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΛΟΒΑΣΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,44	0,44	0,29	0,52
hc138	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,62	0,62	0,72	0,72
hc139	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	0,78	0,78
hc140	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΗΡΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,65	0,65	0,54	0,55
hc141	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,59	0,62	0,60	0,60
hc142	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΜΠΩΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,42	0,42	0,35	0,72
hc143	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	1,00	1,00
hc144	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΙΡΩΝ	Κρήτης	0,39	0,39	0,35	0,64
hc145	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	Κρήτης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc146	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	Κρήτης	0,82	0,82	0,82	0,83
hc147	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	Κρήτης	1,00	1,00	1,00	1,00
hc148	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΦΩΤΕΙΝΗΣ	Κρήτης	0,40	0,40	0,33	0,38
hc149	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	Κρήτης	0,55	0,55	1,00	1,00
hc150	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	Κρήτης	1,00	1,00	0,64	0,66

A/A	Όνομασία Φορέα	Δ.Υ.Π.Ε.	radial m1	radial m2	radial m3	radial m4
hc151	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΜΟΥ	Κρήτης	0,58	0,58	0,59	1,00
hc152	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	Κρήτης	0,92	0,92	0,53	1,00
hc153	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	Κρήτης	0,97	0,97	0,95	1,00
hc154	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΣΣΑΜΟΥ	Κρήτης	1,00	1,00	-	-
hc155	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	Κρήτης	0,78	0,78	0,58	0,60
hc156	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΣΠΗΛΙΟΥ	Κρήτης	0,27	0,31	0,53	0,53
hc157	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΡΑΚΑ	Κρήτης	1,00	1,00	0,82	0,82
hc158	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΜΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,74	0,74	0,21	0,31
hc159	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΓΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,81	0,82	0,76	0,76
hc160	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,39	0,39	0,27	0,61
hc161	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΞΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,99	1,00	0,63	0,63
hc162	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΓΙΟΥ ΜΑΡΚΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,60	0,60	0,29	0,38
hc163	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,64	1,00	0,57	0,57
hc164	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,67	0,67	0,52	0,55
hc165	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΔΡΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,32	0,42	0,29	0,30
hc166	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΜΥΚΟΝΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,34	0,35	0,39	0,39
hc167	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΤΣΑΡΑ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	1,00	1,00	-	-
hc168	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,36	0,39	-	-
hc169	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,13	0,14	-	-
hc170	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΝΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,38	0,38	-	-
hc171	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,38	0,38	-	-
hc172	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,43	0,43	-	-
hc173	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΙΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,43	0,47	0,21	0,22
hc174	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΔΡΟΣΑΤΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,97	0,97	0,36	0,71
hc175	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	0,92	0,92
hc176	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΙΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	-	-
hc177	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΕΥΔΗΛΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,78	0,78	0,54	0,82
hc178	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΧΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,63	0,64	0,34	0,34
hc179	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΔΥΤΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,78	0,78	-	-
hc180	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΙΘΑΚΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου & Ιονίων Νήσων	0,71	0,79	0,32	0,32
hc181	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,57	0,57	-	-
hc182	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,65	0,65	0,46	0,82
hc183	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΛΛΙΟΧΩΡΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	0,62	0,62	0,43	0,64
hc184	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	Μακεδονίας & Θράκης	1,00	1,00	0,80	0,80
hc185	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	0,87	0,87	0,68	0,69
hc186	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	Μακεδονίας & Θράκης	0,86	0,86	1,00	1,00
hc187	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΛΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	0,84	0,84
hc188	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΤΙΣΣΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,41	0,41	-	-
hc189	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	1,00	1,00	-	-
hc190	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΙΧΝΙΤΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,95	0,95	-	-
hc191	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΛΟΝΗΣ	Πειραιά & Αιγαίου	0,55	0,55	-	-
hc192	KENTRO ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΤΜΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	0,98	1,00	-	-

Πίνακας 65: Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα Αποδοτικότητας Μοντέλων DEA

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC169	ΚΥ ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	14	14	3	3	3	1,6	10	8	13531	9577,8	5	5	6155	47355,9	1079	11926,1	277	2338,4
HC76	ΚΥ ΝΕΜΕΑΣ	14	14	5	5	2	2	8	8	15000	15000	7	7	11838	54170,9	7114	32553,8	729	3335,9
HC75	ΚΥ ΓΚΟΥΡΑΣ	11	4	2	1,9	1	1	8	2,8	3244	3244	3	3	5275	21748,4	2252	9284,8	350	1443
HC92	ΚΥ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	15	10,2	2	2	3	1,6	7	7	7566	7566	7	7	11930	45311,9	6114	23221,8	535	2313,3
HC156	ΚΥ ΣΠΗΛΙΟΥ	36	36	17	17	4	4	14	14	21824	21824	10	10	14270	53139	33998	126602,7	1814	6755
HC81	ΚΥ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	9	2,7	2	1,7	2	0,8	7	2,4	2779	2779	6	3,3	6555	23302,8	1100	10010,7	220	782,1
HC50	ΚΥ ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	40	28,7	15	15	4	4	13	11,2	14618	14618	11	11	11171	41053,9	27742	94713,9	3197	10914,9
HC45	ΚΥ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	26	18,8	9	9	2	2	9	9	13000	13000	9	9	16591	56050,7	19049	64354,8	980	3310,8
HC83	ΚΥ ΒΟΝΙΤΣΑΣ	24	17,3	9	8,7	3	3	7	7	15000	15000	11	11	20854	67415,2	6723	21733,6	2452	7926,6
HC165	ΚΥ ΑΝΔΡΟΥ	19	11,1	4	4	2	2	8	7,6	10054	10054	9	9	19045	58870,4	5623	18130,7	1381	4268,8
HC31	ΚΥ ΑΡΝΙΣΣΑΣ	13	4,8	2	2	2	0,8	2	2	4180	4180	6	3,9	7250	22384,1	3551	10963,6	544	1679,6
HC94	ΚΥ ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	14	8,2	4	4	1	1	7	5,3	9019	7625,6	8	7,5	13890	40741,5	4620	13551,2	1044	3062,2
HC166	ΚΥ ΜΥΚΟΝΟΥ	15	15	7	7	2	2	9	7,6	9320	9320	7	7	11950	34677,5	20879	60588,5	773	2631,8
HC65	ΚΥ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	20	12,9	3	3	2	2	6	6	12167	9147,4	8	8	11130	32275,7	8872	25727,8	1951	5657,7
HC79	ΚΥ ΑΚΡΑΤΑΣ	27	24	10	10	4	4	10	10	31000	17595,4	11	11	30009	85215,1	17894	50812,7	1170	3322,4
HC106	ΚΥ ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	25	25	4	4	6	3,5	14	7,9	22032	15426	9	9	8320	29516,4	34531	97684,1	1165	3395,9
HC136	ΚΥ ΛΙΔΩΡΙΚΙΟΥ	10	9,5	3	3	1	1	8	2,9	7496	5288,4	9	3	3569	10052,7	13202	37185,8	286	1344,9
HC168	ΚΥ ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	25	21,4	9	9	2	2	14	11,3	15000	15000	9	9	15033	41800,7	26671	74161,3	2025	5630,7
HC99	ΚΥ ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	21	19,4	12	5,9	3	3	8	8	36028	10690,3	6	6	19617	53733,8	3033	14760,8	1252	3429,4
HC85	ΚΥ ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	50	40,7	15	15	4	4	21	16,8	49856	30985,3	7	7	22710	60997,1	39711	106660,3	2119	5705,1
HC132	ΚΥ ΑΜΦΙΚΛΕΪΑΣ	19	15,4	8	8	1	1	14	7,5	23000	10298,1	9	7,2	12856	34435,6	13691	36672,2	1404	3760,7
HC171	ΚΥ ΜΕΤΣΟΒΟΥ	19	14,8	5	5	2	2	11	5,8	10437	10437	10	9,2	15489	41194,4	23339	62072,2	782	2913,9
HC170	ΚΥ ΚΟΝΙΤΣΑΣ	22	15,9	15	8,5	4	4	12	10,6	10000	10000	14	12,1	20693	54174,6	30852	80771	1584	4146,9
HC134	ΚΥ ΑΛΙΑΡΤΟΥ	33	17,5	12	12	2	2	10	10	38160	38160	11	11	24060	62819	2540	19685,8	2806	7326,3
HC160	ΚΥ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	34	27	9	9	3	3	10	10	29038	29038	10	10	15078	43396,2	28208	72353,1	3521	9031,3
HC144	ΚΥ ΜΟΪΡΩΝ	25	25	17	15,5	5	5	21	15,6	37500	37500	10	10	19762	50456	31660	80833,7	4540	11591,4
HC25	ΚΥ ΑΙΓΙΝΙΟΥ	30	20	13	10,8	2	2	14	13,4	30000	20244,5	14	14	40042	102169,9	18789	47941,4	827	2422,3
HC49	ΚΥ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	39	35,7	20	17,5	2	2	18	18	39267	39267	11	11	19705	50264,3	5231	32058,5	4615	11772,1
HC148	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΦΩΤΕΪΝΗΣ	10	10	5	5	2	2	7	6	7413	7413	8	8	14679	36992,2	19457	49033,2	885	2230,3
HC8	ΚΥ ΣΠΑΤΩΝ	25	25	13	13	3	3	13	13	61125	40278,5	15	15	38432	95297,1	28547	70786	2710	6719,8
HC10	ΚΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	29	15,2	20	16,2	3	3	8	8	75263	66978,1	14	14	32682	80152,1	4915	24993,5	3670	9000,6
HC188	ΚΥ ΑΝΤΙΣΣΑΣ	14	6,2	5	3,8	2	2	12	5,5	5530	5530	8	6,5	18053	43878,5	9986	24271,3	237	2133,2
HC58	ΚΥ ΜΕΣΣΗΝΗΣ	41	39,7	27	16,8	5	5	20	20	38596	38596	14	14	37291	88798,5	4055	33106,1	7178	17092,5
HC142	ΚΥ ΕΜΠΩΝΑΣ	51	9	7	3	3	1,4	5	5	34250	6686,3	2	2	9944	23455,1	780	14735,9	608	1814,3
HC172	ΚΥ ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	18	5,5	6	3,2	2	1,3	4	4	4708	4708	8	6,1	15221	35749,8	1178	16982	928	2179,6

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC93	ΚΥ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	14	8,4	8	2	2	0,8	1	1	34482	7958,2	7	3,5	6300	14747,6	4498	10529,3	725	1697,1
HC97	ΚΥ ΑΓΝΑΝΤΩΝ	11	4,7	2	2	1	0,8	2	2	3733	3181,9	3	3	9321	21789,5	2085	6006,7	385	900
HC173	ΚΥ ΙΟΥ	7	1,6	1	1	2	0,4	5	1,4	1800	1800	4	2,2	6670	15385,4	2385	5657	119	274,5
HC133	ΚΥ ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	18	18	9	6	3	2,4	13	13	38200	17441,1	9	9	35568	81265,1	3050	37917,5	1210	3757,8
HC55	ΚΥ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	22	22	8	8	3	3	8	8	21155	19846,8	17	16,6	40901	93441,5	18743	42819,8	2604	5949
HC137	ΚΥ ΚΑΡΛΟΒΑΣΟΥ	36	29,4	16	15,4	2	2	16	16	27539	27030,1	10	10	31814	71871,3	26489	59841,5	1819	4109,3
HC122	ΚΥ ΔΟΜΟΚΟΥ	17	15	10	5,5	2	2	12	11,1	15035	15035	9	9	34527	76648,9	15506	34422,9	650	2988,8
HC42	ΚΥ ΙΑΣΜΟΥ	25	25	16	13,1	3	3	10	10	25000	20332,3	12	12	35318	78304,5	25957	57549,9	2837	6290
HC6	ΚΥ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	23	23	25	11,7	7	4,3	12	12	44800	19823,3	18	18	59270	130282,3	11075	47070,3	2222	4884,2
HC104	ΚΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	4	4	4	2,5	2	0,9	1	1	3500	3500	5	2,8	8287	18169,2	83	5552,8	160	350,8
HC59	ΚΥ ΠΥΛΟΥ	32	28,3	22	4,6	3	3	14	13,6	15058	15058	9	9	39920	84763,9	2237	5645,9	418	3813
HC56	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	8	7	4	4	2	1,5	2	2	8582	6121,6	5	5	14772	30662,8	808	8509,9	975	2023,8
HC107	ΚΥ ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	37	21,8	5	5	4	4	20	13,8	25000	14612,5	17	16,2	27966	65464,1	27606	57295,8	5382	11170,2
HC110	ΚΥ ΣΚΟΠΕΛΟΥ	14	9,9	6	6	2	2	10	6,1	7000	7000	11	8,2	22648	46175,8	17275	35221,1	1686	3437,5
HC43	ΚΥ ΣΑΠΠΩΝ	32	32	17	15,6	5	5	12	12	50000	29071,5	12	12	29533	60063,9	63334	128808,1	2288	4653,3
HC67	ΚΥ ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	9	7,8	2	2	1	1	11	4,8	14676	5889,9	5	5	19154	37819,7	4775	9428,3	622	1228,1
HC61	ΚΥ ΚΙΑΤΟΥ	23	23	11	11	4	4	10	10	50528	31571,7	14	14	45286	88718,2	39366	77120,5	2391	4684,1
HC46	ΚΥ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	21	4,3	8	2,7	2	1,6	9	4	3500	3500	10	3,9	14171	27755,2	5597	15947,2	1024	2005,6
HC90	ΚΥ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	20	7,4	9	4,2	2	2	10	5	6500	6500	7	7	24230	47246,2	2303	19205,2	1567	3055,5
HC113	ΚΥ ΤΥΡΝΑΒΟΥ	35	35	23	18,4	3	3	20	20	49150	29007,3	16	16	57282	110495,1	46794	90264,1	3105	5989,4
HC91	ΚΥ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	22	22	17	15,9	3	3	8	8	40000	40000	9	9	20257	38895,1	25381	48733,6	5480	10522,1
HC62	ΚΥ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	16	13,7	3	3	4	2,9	9	9	51000	9779	10	8,7	25720	49236,4	5381	20388,4	3883	7433,3
HC124	ΚΥ ΣΤΥΛΙΔΑΣ	35	24,5	20	15,4	2	2	10	10	29836	21763	12	12	34580	64765,5	39667	74293	2846	5330,3
HC12	ΚΥ ΑΙΓΙΝΑΣ	12	12	8	7	4	3,8	10	10	14472	10451,6	11	11	41605	77810,1	10069	38647,1	2666	4986
HC88	ΚΥ ΘΕΡΜΟΥ	24	24	27	11,4	4	4	17	10,7	45157	21406,3	13	13	37048	69153,1	55726	104017,1	663	1948,3
HC131	ΚΥ ΨΑΧΝΩΝ	30	30	13	8,1	6	3,7	19	18,8	45000	31902,5	5	5	35059	64611,7	13943	41995,8	4621	8516,2
HC191	ΚΥ ΚΑΛΛΟΝΗΣ	31	31	11	11	4	4	15	15	24644	24644	14	14	31495	57697,1	53610	98210,6	6200	11358,1
HC129	ΚΥ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	18	18	2	2	2	1,7	12	9,6	12000	11658	4	4	22300	40669,1	12096	26592	1210	2206,7
HC103	ΚΥ ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑΣ	12	9,8	7	6,1	1	1	7	6,7	11000	10642,5	9	9	34405	62591,3	13872	25236,6	447	813,2
HC149	ΚΥ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	11	11	6	6	2	2	6	5,8	9100	9100	8	8	20611	37425,6	30112	54677,6	1010	1834

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATION_A	POPULATION_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC70	ΚΥ ΤΡΟΠΑΙΩΝ	6	4,6	6	2,9	4	1,4	11	4,2	4660	4660	6	5,5	21523	38988,9	9367	16968,3	389	1367
HC120	ΚΥ ΑΓΙΑΣ	20	20	11	9,8	3	3	12	9,9	16848	16848	11	11	36727	66454,9	42627	77130,6	1426	2580,2
HC77	ΚΥ ΑΣΤΑΚΟΥ	18	18	9	6,9	4	3,1	9	9	15000	12578	5	5	28554	51577,7	927	29793,1	588	3037,5
HC108	ΚΥ ΖΑΓΟΡΑΣ	14	14	7	7	2	2	16	6,5	10000	10000	10	10	24408	43601,8	36613	65404,5	1197	3291,6
HC181	ΚΥ ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	14	14	9	8,6	3	2,4	8	8	10037	10037	12	11,5	36643	64661,7	29747	52492,7	2324	4101
HC127	ΚΥ ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	35	35	15	12,8	4	4	17	17	37561	28376,7	12	12	56399	99298,1	53261	93773,3	2359	4196,3
HC84	ΚΥ ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	16	5	4	3,2	2	1,3	9	4,4	5500	5500	12	6,6	26811	46892	2364	18193,1	602	1052,9
HC38	ΚΥ ΕΧΙΝΟΥ	23	23	17	11,5	3	3	6	6	20000	17954,5	8	8	28617	49428,9	19461	33614,1	3760	6494,5
HC11	ΚΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	22	22	15	12,1	7	7	20	19,4	25553	25553	10	10	45079	77327,8	19976	52306,4	7012	12028,3
HC151	ΚΥ ΒΑΜΟΥ	45	22,4	9	9	2	2	11	10,3	19000	13936,2	9	9	34500	59125,7	38036	65185,6	1676	3219,7
HC141	ΚΥ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	20	14,8	7	5,1	2	2	10	10	30000	14001,4	7	7	35087	59845,8	1102	24737,2	2491	4248,8
HC86	ΚΥ ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	37	32,1	19	19	3	3	15	15	31573	20031,3	19	17,8	54858	92695	78733	133037,3	1500	4772,8
HC51	ΚΥ ΤΣΟΤΥΛΙΟΥ	36	13,7	7	6,7	2	2	9	8,3	11007	11007	8	8	33631	56614,8	24120	40603,8	2030	3417,3
HC28	ΚΥ ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	46	43,3	15	15	5	5	16	16	37420	37420	17	17	63036	105706,5	76715	128645,2	3679	6169,4
HC162	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΜΑΡΚΟΥ	29	15	6	6	2	2	9	8,4	12254	10497,1	14	11,9	27007	45169,3	12914	23150,1	4759	7959,5
HC48	ΚΥ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	27	27	22	11,8	6	4,8	10	10	30500	24474,6	20	20	75440	125989,3	41164	68746,4	3405	5686,6
HC118	ΚΥ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	32	32	11	11	7	5,9	16	14,6	32000	25712,5	14	14	21470	43257,1	89902	149742,9	3512	5849,7
HC14	ΚΥ ΣΙΔ/ΣΤΡΟΥ	20	20	16	8,6	3	3	13	12,8	19925	19925	12	12	34215	56871,3	44179	73433,2	4271	7099,1
HC57	ΚΥ ΜΕΛΙΓΑΛΑ	22	16,8	12	6,4	3	3	6	6	15702	9959,5	8	8	34048	55985,6	2464	13166,5	3116	5123,7
HC95	ΚΥ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	20	20	14	9,7	4	4	23	9,8	21660	18436,6	17	14,5	35650	58323	65147	106579,8	2332	3815,1
HC138	ΚΥ ΤΗΝΟΥ	15	14,4	6	6	2	2	10	5,3	8574	8574	9	8,6	10463	22712,9	43570	70485	663	4851,5
HC183	ΚΥ ΠΑΛΑΙΟΧΩΡΙΟΥ	27	27	17	16,7	3	3	14	9,6	27812	15596,9	11	11	22982	37072	78219	126174,2	952	4895,1
HC116	ΚΥ ΠΑΛΑΜΑ	25	25	18	15,3	3	3	11	9,2	26090	15299	14	10,7	23047	37034,8	74001	118913,9	2679	4430
HC105	ΚΥ ΑΛΜΥΡΟΥ	32	32	18	17,8	5	5	20	18	28580	28580	13	13	49334	78812,2	67709	108166,6	6354	10150,7
HC178	ΚΥ ΣΟΧΟΥ	20	16,9	8	8	2	2	10	7,5	9980	9980	11	11	23585	37621	38184	60908,3	3965	6324,7
HC98	ΚΥ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ	11	8,3	5	3,4	1	1	11	5	6382	6382	3	3	15115	24100,9	14141	22547,8	696	2011,9
HC15	ΚΥ ΝΕΑΣ ΖΙΧΝΗΣ	19	15,9	9	9	2	2	8	7,7	11931	11931	15	13,1	43388	69001,4	43462	69119,1	1728	3166,6
HC96	ΚΥ ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	23	18,8	7	7	6	5,1	15	13,2	11158	11158	10	10	41148	65019,9	37976	60007,7	3693	5835,5
HC52	ΚΥ ΣΕΡΒΙΩΝ	51	42,7	18	18	5	5	12	12	25000	21964,2	9	9	13006	33353,7	51525	80504,4	8195	12804,1
HC163	ΚΥ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	33	22,3	9	9	3	3	13	11,3	28500	28500	5	5	22442	37010,9	19005	29568,7	5359	8337,7
HC26	ΚΥ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	21	21	15	8,4	4	4	7	7	41692	18328	11	11	33607	51573	55073	84514,5	1507	2312,6
HC182	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	21	21	9	9	4	4	11	11	35000	27794,7	9	9	34812	53190,4	49791	76077,4	3888	5940,6
HC140	ΚΥ ΘΗΡΑΣ	25	18	8	7,5	3	3	10	10	37500	15994	11	11	51882	79250,3	16835	28543,2	4444	6788,3
HC66	ΚΥ ΑΣΤΡΟΥΣ	33	24,9	14	14	3	3	12	10	12825	12825	12	12	30139	45805,4	73940	112374,4	2138	4923
HC111	ΚΥ ΓΟΝΝΩΝ	23	20	10	7,7	3	3	12	12	22359	16751,1	12	12	65176	98753,9	24234	36719,1	482	2753,5

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_Tech_OTH_A	ADM_Tech_OTH_T	POPULATION_A	POPULATION_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC30	ΚΥ ΑΡΙΔΑΙΑΣ	26	26	22	14	3	3	17	16,2	38000	38000	17	17	55061	83324,6	35921	54359,8	7084	10720,3
HC78	ΚΥ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	34	22,8	14	14	2	2	19	12,7	27843	19217	15	15	63234	94637,8	45800	68545,6	2264	3388,4
HC164	ΚΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	20	11,2	11	4,3	1	1	10	9,1	16924	12555,6	5	5	29176	43289,9	1070	5349,1	428	3122
HC69	ΚΥ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	20	15	7	7	2	2	14	6,9	18349	10420,4	11	10,8	30987	45962,3	45624	67673	2796	4147,2
HC47	ΚΥ ΔΙΚΑΙΩΝ	19	16,1	8	8	3	1,7	4	4	8700	8700	8	5,8	11898	18443,7	34800	50134,3	3479	5012
HC41	ΚΥ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	36	22,9	12	12	2	2	9	9	39330	39330	10	10	31746	45555,3	37529	53853,9	5212	7479,2
HC17	ΚΥ ΝΙΓΡΙΤΑΣ	27	27	20	14,5	5	5	14	14	40890	24006	17	17	61160	87373	87910	125587,9	2792	3988,6
HC135	ΚΥ ΙΤΕΑΣ	22	14,4	7	4,4	2	2	7	7	19018	9337,5	8	8	44232	63034,3	7242	12865	1395	1988
HC180	ΚΥ ΙΘΑΚΗΣ	8	3,4	3	2,1	4	1,1	12	3,1	3082	3082	8	3,5	17839	25212,5	8791	12424,6	338	1271,5
HC5	ΚΥ ΛΑΥΡΙΟΥ	16	16	9	7,6	4	3,7	9	9	21611	16402,3	13	12	32168	45296,3	63132	88897,2	2426	3416,1
HC68	ΚΥ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	13	11,9	5	5	3	2,1	11	5,2	6000	6000	5	5	10629	14690,2	39591	54718,2	205	2705,1
HC112	ΚΥ ΕΜΑΣΣΟΝΑΣ	49	49	20	20	4	4	18	18	38160	25612,4	15	15	57036	78439,7	115535	158891,5	2171	5488,2
HC9	ΚΥ ΜΕΓΑΡΩΝ	23	23	16	15,5	6	6	14	14	35884	35884	11	11	48180	65572,3	46489	63270,8	9187	12503,4
HC158	ΚΥ ΣΑΜΗΣ	30	5,6	5	3	3	2,2	11	4,6	2878	2878	9	3,2	10601	14323,9	20132	27202,1	1280	2743,2
HC19	ΚΥ ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	13	13	9	5,7	2	2	10	6,1	12638	10020,7	11	10,9	35367	47632,5	45627	61450,8	2748	3701
HC72	ΚΥ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	12	8,8	9	4,4	1	1	9	5,6	8126	8126	6	6	32606	43674,9	18815	25202,2	474	1397,2
HC109	ΚΥ ΣΚΙΑΘΟΥ	16	8,7	3	3	3	3	14	8,1	5804	5802,9	12	5,5	26733	35498,5	5096	24515,2	3798	5042,8
HC125	ΚΥ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ	42	42	15	15	6	4,9	14	12,7	48000	27545,2	10	10	17763	47143,2	113669	149875,4	2753	3629,9
HC7	ΚΥ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	16	16	15	7,8	4	3,1	11	11	37086	15709,6	14	14	76991	101460	24022	38892	3529	4650,6
HC117	ΚΥ ΣΟΦΑΔΩΝ	31	31	12	12	5	5	13	13	34836	24585,8	15	15	47112	61590,1	108349	141645,9	1080	3635,9
HC3	ΚΥ ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ	19	19	20	8,3	6	3,6	9	9	40000	16181,3	9	9	42500	55422,1	55544	72432,1	1550	2129,4
HC177	ΚΥ ΕΥΔΗΛΟΥ	7	7	2	2	2	1,7	4	3,6	6750	6241,5	4	4	13833	17744,8	22120	28375,2	1763	2261,6
HC155	ΚΥ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	14	14	11	7,6	3	3	13	7,6	16633	8355,5	8	8	28282	36245,6	47787	61242,8	4144	5310,9
HC179	ΚΥ ΝΕΑΣ ΜΑΔΥΤΟΥ	27	21,1	12	12	2	2	12	10,6	20654	13296,4	17	11,1	44419	56901,3	68343	87548,3	1900	2983,7
HC130	ΚΥ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	21	21	14	10,1	7	4,7	16	10,5	25000	14136,9	7	7	29911	38302,3	64258	82285	4022	5150,3
HC114	ΚΥ ΦΑΡΣΑΛΩΝ	22	22	16	12,3	3	3	22	9,5	31599	16728,4	12	12	47494	60358,2	75964	96539,6	2282	2900,1
HC54	ΚΥ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	39	14,3	8	8	7	6,1	16	11,3	8000	8000	9	7	33193	46252,3	23184	41332,2	8016	10125,5
HC121	ΚΥ ΦΑΡΚΑΔΩΝΑΣ	11	11	12	6,4	5	4,1	10	10	30000	9927,7	8	8	33059	41652,8	39912	50273,7	4292	5408,1
HC24	ΚΥ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	30	30	13	13	3	3	21	15,6	21330	21330	14	14	76651	96370	71371	89731,6	3832	4817,8
HC33	ΚΥ ΛΑΓΚΑΔΑ	50	46,2	21	21	5	5	14	14	35000	30767,1	18	18	78997	99225,1	120716	151626,8	4758	5976,3
HC4	ΚΥ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	14	14	13	8,1	5	4,4	11	11	50000	15400,2	13	12,5	60534	76010,6	44492	55867,2	5017	6299,7
HC16	ΚΥ ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	21	21	14	11,9	5	5	11	11	13350	13350	13	13	58270	72739,7	47662	59497,5	7995	9980,3
HC159	ΚΥ ΑΓΡΟΥ ΑΓΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	37	22,5	7	7	2	2	10	10	35940	13778,7	7	7	40807	50542,3	45874	56818,1	607	2618,1
HC100	ΚΥ ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	25	18,3	15	11	3	3	11	9,4	10000	10000	8	8	35947	43681,6	58867	71533,2	2710	5415,5
HC146	ΚΥ ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	8	8	3	3	2	2	12	5,8	8000	6377,1	6	6	31999	38848,4	21799	26465,1	2136	2593,2
HC115	ΚΥ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	34	34	21	19,3	3	3	11	11	50000	22532,1	15	15	64078	77715,2	101895	123580,5	3260	4530,8

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC32	ΚΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	30	30	29	12,7	6	6	17	16,1	37693	24258,8	13	13	76651	91012,3	85364	101357,8	4451	5284,9
HC126	ΚΥ ΔΙΣΤΟΜΟΥ	19	10,3	8	5,6	1	1	9	6,8	25772	10307,9	7	7	43056	50915,2	20600	24360,2	793	1239,7
HC27	ΚΥ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	37	37	28	15,3	7	7	20	16,7	44407	28621,7	13	13	71787	84124,2	111853	131075,9	2973	4985,2
HC186	ΚΥ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	28	28	18	11,8	6	6	24	17,7	34938	26883,8	14	14	70677	82172,8	97274	113095,9	5110	5941,2
HC185	ΚΥ ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	17	17	8	8	3	3	9	9	16153	16153	12	12	52845	60987,2	52703	60823,4	5391	6221,6
HC36	ΚΥ ΠΡΙΝΟΥ ΘΑΣΟΥ	34	28,6	16	13,8	4	4	7	7	15000	15000	10	10	51121	57974,6	74132	84070,5	1524	2697,3
HC60	ΚΥ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	15	15	14	7,4	5	5	12	10,5	20294	9823,1	6	6	38144	41692,4	49820	54454,6	2448	6055,3
HC152	ΚΥ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	41	12,8	3	3	2	2	10	6,6	17800	12257,8	8	8	22080	31762,3	35265	38376,9	4992	5432,5
HC18	ΚΥ ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	14	14	12	6,8	2	2	6	6	20000	11666,6	12	11,6	50326	54204,8	53890	58043,5	3180	3425,1
HC128	ΚΥ ΙΣΤΙΑΙΑΣ	23	23	12	10,4	5	3,7	15	8,7	40000	16624,8	7	7	29396	31598,5	86781	93282,9	2694	2895,8
HC39	ΚΥ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	8	3,6	7	2,2	1	1	3	3	3500	3500	5	4,3	26720	28660,5	756	12435,8	1033	1108
HC21	ΚΥ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	19	19	5	5	4	3,4	11	10,3	12532	12532	10	10	60162	64398,6	52368	56055,7	1735	2964,2
HC190	ΚΥ ΠΟΛΙΧΝΙΤΟΥ	5	5	2	2	4	1	8	2,4	8000	4424,9	9	4,1	14781	15518,9	25054	26304,7	52	1363,1
HC64	ΚΥ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	15	11,4	3	3	2	1,7	9	6,5	7314	7314	6	6	46341	48072,5	13886	14404,8	175	1771,5
HC174	ΚΥ ΔΡΟΣΑΤΟΥ	13	4	2	2	2	0,7	1	1	9986	4648,5	7	3,1	16004	16545,8	3551	3671,2	1414	1461,9
HC153	ΚΥ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	47	30,2	11	11	3	3	14	12,3	34000	34000	9	9	42873	44292,8	47828	49411,9	10052	10384,9
HC192	ΚΥ ΠΛΑΤΜΟΥ	24	6	11	3,2	3	2,4	11	5,1	3095	3095	7	3,4	15924	16173,6	27761	28196,1	506	3106,7
HC161	ΚΥ ΠΛΕΩΝ	6	2,4	4	1,6	2	0,7	4	2,2	2500	2500	5	3	20812	21008,9	1246	8910	668	674,3
HC22	ΚΥ ΘΕΡΜΗΣ	41	41	28	26,4	3	3	17	16	58000	23641,2	18	18	85639	85972,8	155710	156317	1895	7084,9
HC2	ΚΥ ΒΑΡΗΣ	13	13	13	8,2	3	3	9	5,5	19500	19500	13	8,3	21659	31670,5	19785	19819,1	9210	9225,9
HC1	ΚΥ ΒΥΡΩΝΑ	14	14	24	24	3	3	7	7	125000	125000	8	8	27935	27935	13588	13588	14304	14304
HC101	ΚΥ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	20	20	13	13	1	1	11	11	18000	18000	9	9	55513	55513	41963	41963	1886	1886
HC102	ΚΥ ΠΑΡΓΑΣ	6	6	4	4	1	1	5	5	8000	8000	10	10	70471	70471	21717	21717	81	81
HC119	ΚΥ ΠΥΛΗΣ	22	22	5	5	6	6	12	12	33000	33000	9	9	72561	72561	62274	62274	2032	2032
HC123	ΚΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	27	27	1	1	2	2	11	11	13604	13604	6	6	53793	53793	36483	36483	275	275
HC13	ΚΥ ΓΑΛΑΤΑ	17	17	5	5	3	3	7	7	12000	12000	13	13	35158	35158	88155	88155	6863	6863
HC139	ΚΥ ΠΑΡΟΥ	21	21	8	8	5	5	16	16	12853	12853	15	15	71258	71258	83709	83709	8585	8585
HC143	ΚΥ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	11	11	5	5	3	3	7	7	5323	5323	7	7	16016	16016	64700	64700	2940	2940
HC145	ΚΥ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	14	14	1	1	3	3	12	12	10000	10000	9	9	51635	51635	25530	25530	7112	7112
HC147	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	31	31	14	14	4	4	16	16	38509	38509	9	9	37967	37967	118594	118594	8459	8459
HC150	ΚΥ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	32	32	15	15	1	1	15	15	22000	22000	10	10	35735	35735	24316	24316	9390	9390
HC154	ΚΥ ΚΙΣΣΑΜΟΥ	24	24	11	11	3	3	11	11	22643	22643	6	6	28262	28262	41106	41106	9112	9112
HC157	ΚΥ ΧΑΡΑΚΑ	19	19	6	6	2	2	13	13	12284	12284	8	8	34798	34798	62836	62836	6239	6239
HC167	ΚΥ ΒΟΥΤΣΑΡΑ	28	28	14	14	1	1	3	3	40719	40719	3	3	18719	18719	40967	40967	235	235
HC175	ΚΥ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	49	49	23	23	3	3	4	4	35000	35000	8	8	52577	52577	47140	47140	232	232
HC176	ΚΥ ΠΥΡΓΙΟΥ	47	47	8	8	6	6	12	12	22294	22294	2	2	16050	16050	685	685	10380	10380

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC184	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	9	9	4	4	2	2	2	2	5500	5500	4	4	18708	18708	4164	4164	6270	6270
HC187	ΚΥ ΜΗΛΟΥ	10	10	6	6	5	5	10	10	5391	5391	5	5	36483	36483	37699	37699	7104	7104
HC189	ΚΥ ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	12	12	10	10	5	5	16	16	21650	21650	9	9	25441	25441	75160	75160	3774	3774
HC20	ΚΥ ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	12	12	7	7	3	3	2	2	4536	4536	4	4	33018	33018	17429	17429	353	353
HC23	ΚΥ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	36	36	8	8	3	3	12	12	60000	60000	11	11	59555	59555	79555	79555	9643	9643
HC29	ΚΥ ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	25	25	10	10	3	3	19	19	20050	20050	14	14	78117	78117	100561	100561	1746	1746
HC34	ΚΥ ΣΚΥΔΡΑΣ	27	27	7	7	4	4	4	4	15525	15525	10	10	54101	54101	68740	68740	1898	1898
HC35	ΚΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	24	24	13	13	6	6	9	9	44478	44478	10	10	50309	50309	100336	100336	7861	7861
HC37	ΚΥ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	43	43	22	22	3	3	14	14	25000	25000	10	10	68116	68116	83575	83575	8934	8934
HC40	ΚΥ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	46	46	30	30	3	3	13	13	17768	17768	13	13	29463	29463	199342	199342	9679	9679
HC44	ΚΥ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	16	16	8	8	2	2	6	6	8687	8687	15	15	39035	39035	30385	30385	9976	9976
HC53	ΚΥ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	24	24	12	12	6	6	12	12	25323	25323	14	14	43417	43417	144528	144528	2929	2929
HC63	ΚΥ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	34	34	16	16	4	4	8	8	9275	9275	8	8	66451	66451	13324	13324	2043	2043
HC71	ΚΥ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	7	7	5	5	1	1	1	1	13821	13821	8	8	38797	38797	494	494	1410	1410
HC73	ΚΥ ΓΥΘΕΙΟΥ	32	32	4	4	4	4	9	9	20000	20000	10	10	35452	35452	116890	116890	3497	3497
HC74	ΚΥ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	19	19	3	3	2	2	9	9	9849	9849	6	6	56370	56370	2742	2742	2496	2496
HC80	ΚΥ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	46	46	15	15	5	5	13	13	31979	31979	6	6	54295	54295	130311	130311	1215	1215
HC82	ΚΥ ΒΑΡΔΑΣ	17	17	4	4	2	2	12	12	15000	15000	3	3	42997	42997	28878	28878	4564	4564
HC87	ΚΥ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	12	12	5	5	1	1	10	10	14000	14000	6	6	49516	49516	2752	2752	3362	3362
HC89	ΚΥ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	32	32	4	4	2	2	3	3	28500	28500	10	10	38197	38197	50870	50870	3012	3012

Πίνακας 66: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο Ι)

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	TRANS_A	TRANS_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC169	ΚΥ ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	14	14	3	3	3	1,3	10	8,6	13531	11293,9	5	5	110	110	6155	44769,8	1079	18747,8	277	2014,8
HC75	ΚΥ ΓΚΟΥΡΑΣ	11	3,6	2	2	1	1	8	2,8	3244	3244	3	3	58	58	5275	21228,5	2252	9062,9	350	1408,5
HC76	ΚΥ ΝΕΜΕΑΣ	14	14	5	5	2	1,5	8	8	15000	13098,9	7	5	63	63	11838	39068,6	7114	23478,1	729	2405,9
HC156	ΚΥ ΣΠΗΛΙΟΥ	36	33	17	12,1	4	4	14	10,6	21824	21824	10	10	189	189	14270	45359,3	33998	108067,6	1814	5766,1
HC31	ΚΥ ΑΡΝΙΣΣΑΣ	13	4,8	2	2	2	0,8	2	2	4180	4180	6	3,9	127	68,9	7250	22384,1	3551	10963,6	544	1679,6
HC94	ΚΥ ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	14	8,2	4	4	1	1	7	5,3	9019	7625,6	8	7,5	627	147,6	13890	40741,5	4620	13551,2	1044	3062,2
HC65	ΚΥ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	20	12,9	3	3	2	2	6	6	12167	9147,4	8	8	332	160,4	11130	32275,7	8872	25272,8	1951	5657,7
HC166	ΚΥ ΜΥΚΟΝΟΥ	15	14,4	7	7	2	2	9	7,7	9320	9320	7	7	177	177	11950	34199,6	20879	59753,4	773	2212,2
HC79	ΚΥ ΑΚΡΑΤΑΣ	27	24	10	10	4	4	10	10	31000	17595,4	11	11	315	206	30009	85215,1	17894	50812,7	1170	3322,4
HC83	ΚΥ ΒΟΝΙΤΣΑΣ	24	18,7	9	7,9	3	3	7	7	15000	15000	11	9,5	135	135	20854	57804,5	6723	18635,2	2452	6796,6
HC50	ΚΥ ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	40	23,6	15	9,5	4	4	13	7,8	14618	14618	11	11	217	217	11171	39137,1	27742	76768,6	3197	8846,8
HC99	ΚΥ ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	21	19,4	12	5,9	3	3	8	8	36028	10690,3	6	6	651	176,3	19617	53733,8	3033	14760,8	1252	3429,4
HC85	ΚΥ ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	50	40,7	15	15	4	4	21	16,8	49856	30985,3	7	7	689	232,6	22710	60997,1	39711	106660,3	2119	5705,1
HC132	ΚΥ ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ	19	15,4	8	8	1	1	14	7,5	23000	10298,1	9	7,2	290	226,2	12856	34435,6	13691	36672,2	1404	3760,7
HC171	ΚΥ ΜΕΤΣΟΒΟΥ	19	14,8	5	5	2	2	11	5,8	10437	10437	10	9,2	296	253,9	15489	41194,4	23339	62072,2	782	2913,9
HC170	ΚΥ ΚΟΝΙΤΣΑΣ	22	15,9	15	8,5	4	4	12	10,6	10000	10000	14	12,1	541	265,8	20693	54174,6	30852	80771	1584	4146,9
HC160	ΚΥ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	34	27	9	9	3	3	10	10	29038	29038	10	10	680	311,2	15078	43396,2	28208	72353,1	3521	9031,3
HC168	ΚΥ ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	25	19,7	9	9	2	2	14	9,2	15000	15000	9	9	245	245	15033	38509	26671	68321,3	2025	5187,3
HC144	ΚΥ ΜΟΙΡΩΝ	25	25	17	15,5	5	5	21	15,6	37500	37500	10	10	717	369,6	19762	50456	31660	80833,7	4540	11591,4
HC49	ΚΥ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	39	35,7	20	17,5	2	2	18	18	39267	39267	11	11	344	321,9	19705	50264,3	5231	32058,5	4615	11772,1
HC148	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΦΩΤΕΙΝΗΣ	10	10	5	5	2	2	7	6	7413	7413	8	8	240	167,8	14679	36992,2	19457	49033,2	885	2230,3
HC136	ΚΥ ΛΙΔΩΡΙΚΙΟΥ	10	7,9	3	3	1	1	8	2,6	7496	4991,3	9	3,3	73	73	3569	11233,4	13202	32285,4	286	1719,2
HC188	ΚΥ ΑΝΤΙΣΣΑΣ	14	6,2	5	3,8	2	2	12	5,5	5530	5530	8	6,5	280	132,1	18053	43878,5	9986	24271,3	237	2133,2
HC165	ΚΥ ΑΝΔΡΟΥ	19	11,4	4	4	2	1,8	8	8	10054	10054	9	6,4	106	106	19045	45626,8	5623	13471,2	1381	3308,5
HC58	ΚΥ ΜΕΣΣΗΝΗΣ	41	39,7	27	16,8	5	5	20	20	38596	38596	14	14	710	293,2	37291	88798,5	4055	33106,1	7178	17092,5
HC142	ΚΥ ΕΜΠΩΝΑΣ	51	9	7	3	3	1,4	5	5	34250	6686,3	2	2	142	51,1	9944	23455,1	780	14735,9	608	1814,3
HC172	ΚΥ ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	18	5,4	6	3,2	2	1,4	4	4	4708	4708	8	6	123	123	15221	35726	1178	16805,7	928	2178,2
HC8	ΚΥ ΣΠΙΛΩΝ	25	25	13	9,1	3	3	13	13	61125	34404,4	15	15	299	299	38432	90033,5	28547	66876,2	2710	6348,6
HC93	ΚΥ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	14	8,4	8	2	2	0,8	1	1	34482	7930,8	7	3,5	78	78	6300	14730,5	4498	10517,1	725	1695,2
HC97	ΚΥ ΑΓΝΑΝΤΩΝ	11	4,7	2	2	1	0,8	2	2	3733	3181,9	3	3	113	63,1	9321	21789,5	2085	6006,7	385	900
HC45	ΚΥ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	26	16,4	9	5,9	2	2	9	6,6	13000	13000	9	6	82	82	16591	38470,8	19049	44170,4	980	2272,4
HC133	ΚΥ ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	18	18	9	6	3	2,4	13	13	38200	17441,1	9	9	393	205,9	35568	81265,1	3050	37917,5	1210	3757,8
HC55	ΚΥ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	22	22	8	8	3	3	8	8	21155	20672,3	17	16,3	291	291	40901	93209,1	18743	42713,4	2604	5934,2
HC25	ΚΥ ΑΙΓΙΝΙΟΥ	30	25	13	11,4	2	2	14	13,5	30000	30000	14	13,4	195	195	40042	91080	18789	42737,7	827	1881,1
HC137	ΚΥ ΚΑΡΛΟΒΑΣΟΥ	36	29	16	15,2	2	2	16	15,8	27539	26480,2	10	10	538	538	31814	71807,6	26489	59788,5	1819	4105,7
HC122	ΚΥ ΔΟΜΟΚΟΥ	17	15	10	5,5	2	2	12	11,1	15035	15035	9	9	371	199,7	34527	76648,9	15506	34422,9	650	2988,8
HC104	ΚΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	4	4	4	2,5	2	0,9	1	1	3500	3500	5	2,8	108	74,5	8287	18169,2	83	5552,8	160	350,8
HC6	ΚΥ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	23	23	25	12,1	7	4,3	12	12	44800	20009,5	18	18	316	316	59270	129203,8	11075	42467,1	2222	4843,8
HC173	ΚΥ ΙΟΥ	7	2	1	1	2	0,4	5	1,3	1800	1800	4	2	37	37	6670	14190,4	2385	5074,1	119	253,2
HC59	ΚΥ ΠΥΛΟΥ	32	28,3	22	4,6	3	3	14	13,6	15058	15058	9	9	392	362,5	39920	84763,9	2237	5645,9	418	3813

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	TRANS_A	TRANS_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC107	ΚΥ ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	37	21,8	5	5	4	4	20	13,8	25000	14612,5	17	16,2	612	341,2	27966	65464,1	27606	57295,8	5382	11170,2
HC43	ΚΥ ΣΑΠΠΩΝ	32	32	17	15,6	5	5	12	12	50000	29071,5	12	12	545	287,5	29533	60063,9	63334	128808,1	2288	4653,3
HC134	ΚΥ ΑΛΙΑΡΤΟΥ	33	15,8	12	7,4	2	2	10	10	38160	16421	11	7,7	90	90	24060	48575,6	2540	12676,4	2806	5665,1
HC67	ΚΥ ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	9	7,8	2	2	1	1	11	4,8	14676	5889,9	5	5	133	121,3	19154	37819,7	4775	9428,3	622	1228,1
HC46	ΚΥ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	21	4,3	8	2,7	2	1,6	9	4	3500	3500	10	3,9	250	83,8	14171	27755,2	5597	15947,2	1024	2005,6
HC113	ΚΥ ΤΥΡΝΑΒΟΥ	35	35	23	18,4	3	3	20	20	49150	29007,3	16	16	978	612,2	57282	110495,1	46794	90264,1	3105	5989,4
HC62	ΚΥ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	16	13,6	3	3	4	2,9	9	9	51000	9804,5	10	8,6	162	162	25720	48748,6	5381	19929,1	3883	7359,7
HC12	ΚΥ ΑΙΓΙΝΑΣ	12	12	8	7	4	3,8	10	10	14472	10451,6	11	11	237	226,4	41605	77810,1	10069	38647,1	2666	4986
HC106	ΚΥ ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	25	13,3	4	4	6	2,4	14	5,2	22032	10761,8	9	6,6	158	158	8320	20563,6	34531	64487,1	1165	2175,7
HC81	ΚΥ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	9	4	2	2	2	0,7	7	1,7	2779	2779	6	1,5	19	19	6555	12226,2	1100	4903,3	220	462,9
HC131	ΚΥ ΦΑΧΝΩΝ	30	30	13	8,1	6	3,7	19	18,8	45000	31902,5	5	5	349	231,8	35059	64611,7	13943	41995,8	4621	8516,2
HC191	ΚΥ ΚΑΛΛΟΝΗΣ	31	31	11	11	4	4	15	15	24644	24644	14	14	546	432,4	31495	57697,1	53610	98210,6	6200	11358,1
HC129	ΚΥ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	18	18	2	2	2	1,7	12	9,6	12000	11658	4	4	280	118,2	22300	40669,1	12096	26592	1210	2206,7
HC149	ΚΥ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	11	11	6	6	2	2	6	5,8	9100	9100	8	8	490	167,2	20611	37425,6	30112	54677,6	1010	1834
HC70	ΚΥ ΤΡΟΠΛΙΩΝ	6	4,6	6	2,9	4	1,4	11	4,2	4660	4660	6	5,5	248	109,7	21523	38988,9	9367	16968,3	389	1367
HC88	ΚΥ ΘΕΡΜΟΥ	24	24	27	10,4	4	4	17	11,5	45157	21741,6	13	12,3	179	179	37048	67100	55726	100928,9	663	1551
HC103	ΚΥ ΦΙΛΙΠΠΙΔΑΣ	12	9	7	5,6	1	1	7	6,2	11000	9773,5	9	9	223	223	34405	62220,3	13872	25087,1	447	808,4
HC77	ΚΥ ΑΣΤΑΚΟΥ	18	18	9	6,9	4	3,1	9	9	15000	12578	5	5	198	110,3	28554	51577,7	927	29793,1	588	3037,5
HC120	ΚΥ ΑΓΙΑΣ	20	20	11	9,3	3	3	12	9,7	16848	16848	11	11	217	217	36727	65780,6	42627	76347,9	1426	2554,1
HC181	ΚΥ ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	14	14	9	8,6	3	2,4	8	8	10037	10037	12	11,5	612	285,9	36643	64661,7	29747	52492,7	2324	4101
HC127	ΚΥ ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	35	35	15	12,8	4	4	17	17	37561	28376,7	12	12	922	253,5	56399	99298,1	53261	93773,3	2359	4196,3
HC110	ΚΥ ΣΚΟΠΕΛΟΥ	14	8,6	6	4	2	2	10	5	7000	7000	11	6,8	129	129	22648	39754,6	17275	30323,2	1686	2959,5
HC84	ΚΥ ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	16	5	4	3,2	2	1,3	9	4,4	5500	5500	12	6,6	153	128,6	26811	46892	2364	18193,1	602	1052,9
HC108	ΚΥ ΖΑΓΟΡΑΣ	14	14	7	7	2	2	16	8	10000	10000	10	9	211	211	24408	42270,6	36613	63407,6	1197	2277,1
HC42	ΚΥ ΙΑΣΜΟΥ	25	24,1	16	9,5	3	3	10	10	25000	19549,1	12	8,8	110	110	35318	60917,3	25957	44771,2	2837	4893,3
HC38	ΚΥ ΕΧΙΝΟΥ	23	18,8	17	7,7	3	3	6	6	20000	14569,1	8	8	145	145	28617	49190,1	19461	33451,7	3760	6463,1
HC11	ΚΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	22	22	15	12,1	7	7	20	19,4	25553	25553	10	10	291	232,2	45079	77327,8	19976	52306,4	7012	12028,3
HC151	ΚΥ ΒΑΜΟΥ	45	22,4	9	9	2	2	11	10,3	19000	13936,2	9	9	850	287,8	34500	59125,7	38036	65185,6	1676	3219,7
HC61	ΚΥ ΚΙΑΤΟΥ	23	23	11	11	4	4	10	10	50528	26434,4	14	12,7	171	171	45286	77562,3	39366	67423	2391	4095,1
HC86	ΚΥ ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	37	32,1	19	19	3	3	15	15	31573	20031,3	19	17,8	967	548,2	54858	92695	78733	133037,3	1500	4772,8
HC51	ΚΥ ΤΣΟΥΥΛΙΟΥ	36	13,7	7	6,7	2	2	9	8,3	11007	11007	8	8	263	205,4	33631	56614,8	24120	40603,8	2030	3417,3
HC162	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΜΑΡΚΟΥ	29	15	6	6	2	2	9	8,4	12254	10497,1	14	11,9	586	256,1	27007	45169,3	12914	23150,1	4759	7959,5
HC48	ΚΥ ΟΡΕΣΤΙΔΑΣ	27	27	22	11,8	6	4,8	10	10	30500	24474,6	20	20	423	413,4	75440	125989,3	41164	68746,4	3405	5686,6
HC28	ΚΥ ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	46	42,4	15	15	5	5	16	16	37420	37420	17	17	366	366	63036	105118,5	76715	127929,5	3679	6135,1
HC118	ΚΥ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	32	32	11	11	7	5,8	16	14,3	32000	23494	14	14	466	466	21470	41834,3	89902	149703,7	3512	5848,1
HC14	ΚΥ ΣΙΔ/ΣΤΡΟΥ	20	20	16	8,6	3	3	13	12,8	19925	19925	12	12	527	371,5	34215	56871,3	44179	73433,2	4271	7099,1
HC124	ΚΥ ΣΤΥΛΙΔΑΣ	35	25,3	20	10,6	2	2	10	10	29836	29836	12	10,4	265	265	34580	57100,7	39667	65500,7	2846	4699,5
HC57	ΚΥ ΜΕΛΙΓΑΛΑ	22	16,8	12	6,4	3	3	6	6	15702	9959,5	8	8	257	177	34048	55985,6	2464	13166,5	3116	5123,7
HC95	ΚΥ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	20	20	14	9,7	4	4	23	9,8	21660	18436,6	17	14,5	740	255,5	35650	58323	65147	106579,8	2332	3815,1
HC138	ΚΥ ΤΗΝΟΥ	15	14,4	6	6	2	2	10	5,3	8574	8574	9	8,6	255	214,3	10463	22712,9	43570	70485	663	4851,5
HC91	ΚΥ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	22	20,8	17	12,3	3	3	8	8	40000	40000	9	9	142	142	20257	32736,5	25381	41017,2	5480	8856

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_Tech_OTH_A	ADM_Tech_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	TRANS_A	TRANS_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC183	ΚΥ ΠΑΛΑΙΟΧΩΡΙΟΥ	27	27	17	16,7	3	3	14	9,6	27812	15596,9	11	11	658	382,8	22982	37072	78219	126174,2	952	4895,1
HC141	ΚΥ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	20	15,5	7	6,9	2	2	10	10	30000	14749,1	7	7	99	99	35087	56475,5	1102	8697,9	2491	4009,5
HC116	ΚΥ ΠΑΛΑΜΑ	25	25	18	15,1	3	3	11	9,5	26090	15375	14	10,7	344	344	23047	36916,9	74001	118535,5	2679	4361,7
HC105	ΚΥ ΑΛΜΥΡΟΥ	32	32	18	17,8	5	5	20	18	28580	28580	13	13	667	452,2	49334	78812,2	67709	108166,6	6354	10150,7
HC98	ΚΥ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ	11	8,3	5	3,4	1	1	11	5	6382	6382	3	3	175	95,4	15115	24100,9	14141	22547,8	696	2011,9
HC15	ΚΥ ΝΕΑΣ ΖΙΧΝΗΣ	19	15,9	9	9	2	2	8	7,7	11931	11931	15	13,1	734	315,6	43388	69001,4	43462	69119,1	1728	3166,6
HC96	ΚΥ ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	23	18,8	7	7	6	5,1	15	13,2	11158	11158	10	10	459	233,9	41148	65019,9	37976	60007,7	3693	5835,5
HC178	ΚΥ ΣΟΧΟΥ	20	16,3	8	8	2	2	10	6,5	9980	9980	11	11	276	276	23585	36731,6	38184	59468,3	3965	6175,1
HC26	ΚΥ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	21	21	15	8,4	4	4	7	7	41692	18328	11	11	798	223,8	33607	51573	55073	84514,5	1507	2312,6
HC182	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	21	21	9	9	4	4	11	11	35000	27794,7	9	9	814	278,8	34812	53190,4	49791	76077,4	3888	5940,6
HC140	ΚΥ ΘΗΡΑΣ	25	18	8	7,5	3	3	10	10	37500	15994	11	11	275	209,7	51882	79250,3	16835	28543,2	4444	6788,3
HC66	ΚΥ ΑΣΤΡΟΥΣ	33	24,9	14	14	3	3	12	10	12825	12825	12	12	719	407,6	30139	45805,4	73940	112374,4	2138	4923
HC111	ΚΥ ΓΟΝΝΩΝ	23	20	10	7,7	3	3	12	12	22359	16751,1	12	12	271	265,2	65176	98753,9	24234	36719,1	482	2753,5
HC30	ΚΥ ΑΡΙΔΑΙΑΣ	26	26	22	15,3	3	3	17	14,2	38000	38000	17	17	395	395	55061	82767,9	35921	53996,6	7084	10648,7
HC78	ΚΥ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	34	22,8	14	14	2	2	19	12,7	27843	19217	15	15	646	459,1	63234	94637,8	45800	68545,6	2264	3388,4
HC164	ΚΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	20	11,2	11	4,3	1	1	10	9,1	16924	12555,6	5	5	153	76,2	29176	43289,9	1070	5349,1	428	3122
HC69	ΚΥ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	20	15	7	7	2	2	14	6,9	18349	10420,4	11	10,8	439	266,4	30987	45962,3	45624	67673	2796	4147,2
HC47	ΚΥ ΔΙΚΑΙΩΝ	19	16,1	8	8	3	1,7	4	4	8700	8700	8	5,8	490	188,7	11898	18443,7	34800	50134,3	3479	5012
HC41	ΚΥ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	36	22,9	12	12	2	2	9	9	39330	39330	10	10	400	286	31746	45555,3	37529	53853,9	5212	7479,2
HC17	ΚΥ ΝΙΓΡΙΤΑΣ	27	27	20	14,5	5	5	14	14	40890	24006	17	17	423	338,4	61160	87373	87910	125587,9	2792	3988,6
HC68	ΚΥ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	13	11,9	5	5	3	2,1	11	5,2	6000	6000	5	5	259	173,4	10629	14690,2	39591	54718,2	205	2705,1
HC10	ΚΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	29	23,6	20	8,5	3	3	8	8	75263	18147,7	14	7	70	70	32682	45049,8	4915	33322,5	3670	5058,8
HC112	ΚΥ ΕΛΛΑΣΟΝΑΣ	49	49	20	20	4	4	18	18	38160	25612,4	15	15	1135	541,3	57036	78439,7	115535	158891,5	2171	5488,2
HC52	ΚΥ ΣΕΡΒΙΩΝ	51	29,3	18	14,3	5	5	12	12	25000	25000	9	9	240	240	13006	51785,2	51525	70760,8	8195	11254,4
HC5	ΚΥ ΛΑΥΡΙΟΥ	16	16	9	8,2	4	4	9	8,8	21611	18861,6	13	11,3	162	162	32168	44106,9	63132	86563	2426	3326,4
HC9	ΚΥ ΜΕΓΑΡΩΝ	23	23	16	15,5	6	6	14	14	35884	35884	11	11	316	291,3	48180	65572,3	46489	63270,8	9187	12503,4
HC158	ΚΥ ΣΑΜΗΣ	30	5,6	5	3	3	2,2	11	4,6	2878	2878	9	3,2	300	75,3	10601	14323,9	20132	27202,1	1280	2743,2
HC90	ΚΥ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	20	9	9	4,9	2	2	10	5,9	6500	6500	7	5,9	61	61	24230	32547,8	2303	3093,6	1567	2104,9
HC109	ΚΥ ΣΚΙΑΘΟΥ	16	8,7	3	3	3	3	14	8,1	5804	5802,9	12	5,5	468	124,1	26733	35498,5	5096	24515,2	3798	5042,8
HC125	ΚΥ ΑΤΤΑΛΑΝΤΗΣ	42	42	15	15	6	4,9	14	12,7	48000	27545,2	10	10	679	287,4	17763	47143,2	113669	149875,4	2753	3629,9
HC7	ΚΥ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	16	16	15	7,8	4	3,1	11	11	37086	15709,6	14	14	350	273,5	76991	101460	24022	38892	3529	4650,6
HC117	ΚΥ ΣΟΦΑΔΩΝ	31	31	12	12	5	5	13	13	34836	24585,8	15	15	468	382,7	47112	61590,1	108349	141645,9	1080	3635,9
HC72	ΚΥ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	12	8,2	9	4,1	1	1	9	4,5	8126	7721	6	6	112	112	32606	42584,5	18815	24573	474	619,1
HC3	ΚΥ ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΣΙΟΥ	19	19	20	8,3	6	3,6	9	9	40000	16181,3	9	9	241	134,6	42500	55422,1	55544	72432,1	1550	2129,4
HC177	ΚΥ ΕΥΔΗΛΟΥ	7	7	2	2	2	1,7	4	3,6	6750	6241,5	4	4	360	110,7	13833	17744,8	22120	28375,2	1763	2261,6
HC155	ΚΥ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	14	14	11	7,6	3	3	13	7,6	16633	8355,5	8	8	450	221,3	28282	36245,6	47787	61242,8	4144	5310,9
HC179	ΚΥ ΝΕΑΣ ΜΑΔΥΤΟΥ	27	21,1	12	12	2	2	12	10,6	20654	13296,4	17	11,1	440	335,7	44419	56901,3	68343	87548,3	1900	2983,7
HC130	ΚΥ ΑΙΔΙΒΕΡΙΟΥ	21	21	14	10,1	7	4,7	16	10,5	25000	14136,9	7	7	749	154,7	29911	38302,3	64258	82285	4022	5150,3
HC114	ΚΥ ΦΑΡΣΑΛΩΝ	22	22	16	12,3	3	3	22	9,5	31599	16728,4	12	12	708	289,7	47494	60358,2	75964	96539,6	2282	2900,1
HC180	ΚΥ ΙΘΑΚΗΣ	8	5,2	3	3	4	1,3	12	1,9	3082	3082	8	3	50	50	17839	22600,2	8791	11137,3	338	428,2
HC56	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	8	8	4	4	2	1,6	2	2	8582	5683,1	5	2,8	30	30	14772	18697,3	808	12389,2	975	1234,1
HC54	ΚΥ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	39	14,3	8	8	7	6,1	16	11,3	8000	8000	9	7	186	166,8	33193	46252,3	23184	41332,2	8016	10125,5

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_TECH_OTH_A	ADM_TECH_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	TRANS_A	TRANS_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC121	ΚΥ ΦΑΡΚΑΔΩΝΑΣ	11	11	12	6,4	5	4,1	10	10	30000	9927,7	8	8	608	226,8	33059	41652,8	39912	50273,7	4292	5408,1
HC24	ΚΥ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	30	30	13	13	3	3	21	15,6	21330	21330	14	14	471	406,5	76651	96370	71371	89731,6	3832	4817,8
HC16	ΚΥ ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	21	21	14	11,9	5	5	11	11	13350	13350	13	13	623	310,7	58270	72739,7	47662	59497,5	7995	9980,3
HC159	ΚΥ ΑΙ ΡΟΥ ΑΙ ΙΟΥ ΔΟΔΑΝΑΙΟΥ	37	20,8	7	7	2	2	10	8,5	35940	13587,8	7	7	177	177	40807	50062,7	45874	56279	607	1655,4
HC92	ΚΥ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	15	5,4	2	2	3	0,5	7	3,1	7566	5044,2	7	1,7	20	20	11930	14578,9	6114	7870,2	535	852,8
HC146	ΚΥ ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	8	8	3	3	2	2	12	5,8	8000	6377,1	6	6	185	143	31999	38848,4	21799	26465,1	2136	2593,2
HC115	ΚΥ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	34	34	21	19	3	3	11	11	50000	22307,2	15	15	498	498	64078	77557,7	101895	123330,1	3260	4547,1
HC32	ΚΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	30	30	29	12,7	6	6	17	16,1	37693	24258,8	13	13	778	224,6	76651	91012,3	85364	101357,8	4451	5284,9
HC27	ΚΥ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	37	37	28	15,3	7	7	20	16,7	44407	28621,7	13	13	755	187,9	71787	84124,2	111853	131075,9	2973	4985,2
HC186	ΚΥ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	28	28	18	11,8	6	6	24	17,7	34938	26883,8	14	14	453	248	70677	82172,8	97274	113095,9	5110	5941,2
HC100	ΚΥ ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	25	17,9	15	9,7	3	3	11	7,5	10000	10000	8	8	211	211	35947	41512,2	58867	67980,7	2710	3129,6
HC185	ΚΥ ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	17	17	8	8	3	3	9	9	16153	16153	12	12	495	269,1	52845	60987,2	52703	60823,4	5391	6221,6
HC36	ΚΥ ΠΡΙΝΟΥ ΘΑΣΟΥ	34	28,6	16	13,8	4	4	7	7	15000	15000	10	10	489	276,7	51121	57974,6	74132	84070,5	1524	2697,3
HC60	ΚΥ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	15	15	14	7,4	5	5	12	10,5	20294	9823,1	6	6	339	129,1	38144	41692,4	49820	54454,6	2448	6055,3
HC152	ΚΥ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	41	12,8	3	3	2	2	10	6,6	17800	12257,8	8	8	818	171,6	22080	31762,3	35265	38376,9	4992	5432,5
HC19	ΚΥ ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	13	13	9	4,9	2	2	10	6,4	12638	11348,2	11	8,1	135	135	35367	38352,8	45627	49479	2748	2980
HC18	ΚΥ ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	14	14	12	6,8	2	2	6	6	20000	11666,6	12	11,6	352	285,4	50326	54204,8	53890	58043,5	3180	3425,1
HC128	ΚΥ ΙΣΤΙΑΙΑΣ	23	23	12	10,4	5	3,7	15	8,7	40000	16624,8	7	7	308	135,5	29396	31598,5	86781	93282,9	2694	2895,8
HC39	ΚΥ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	8	3,6	7	2,2	1	1	3	3	3500	3500	5	4,3	140	85,5	26720	28660,5	756	12435,8	1033	1108
HC21	ΚΥ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	19	19	5	5	4	3,4	11	10,3	12532	12532	10	10	442	259,3	60162	64398,6	52368	56055,7	1735	2964,2
HC190	ΚΥ ΠΟΛΙΧΝΙΤΟΥ	5	5	2	2	4	1	8	2,4	8000	4424,9	9	4,1	272	70,8	14781	15518,9	25054	26304,7	52	1363,1
HC64	ΚΥ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	15	11,4	3	3	2	1,7	9	6,5	7314	7314	6	6	267	166,3	46341	48072,5	13886	14404,8	175	1771,5
HC174	ΚΥ ΔΡΟΣΑΤΟΥ	13	4	2	2	2	0,7	1	1	9986	4648,5	7	3,1	501	90,8	16004	16545,8	3551	3671,2	1414	1461,9
HC153	ΚΥ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	47	30,2	11	11	3	3	14	12,3	34000	34000	9	9	1007	379,6	42873	44292,8	47828	49411,9	10052	10384,9
HC192	ΚΥ ΠΑΤΜΟΥ	24	6,2	11	3,3	3	2,3	11	4,6	3095	3095	7	3,4	77	77	15924	15956	27761	27816,8	506	2690
HC22	ΚΥ ΘΕΡΜΗΣ	41	38,9	28	25	3	3	17	13,5	58000	23506,6	18	18	667	667	85639	85640,8	155710	155713,2	1895	6485,2
HC1	ΚΥ ΒΥΡΩΝΑ	14	14	24	24	3	3	7	7	125000	125000	8	8	165	165	27935	27935	13588	13588	14304	14304
HC101	ΚΥ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	20	20	13	13	1	1	11	11	18000	18000	9	9	515	515	55513	55513	41963	41963	1886	1886
HC102	ΚΥ ΠΑΡΓΑΣ	6	6	4	4	1	1	5	5	8000	8000	10	10	185	185	70471	70471	21717	21717	81	81
HC119	ΚΥ ΠΥΛΗΣ	22	22	5	5	6	6	12	12	33000	33000	9	9	430	430	72561	72561	62274	62274	2032	2032
HC123	ΚΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	27	27	1	1	2	2	11	11	13604	13604	6	6	169	169	53793	53793	36483	36483	275	275
HC126	ΚΥ ΔΙΣΤΟΜΟΥ	19	19	8	8	1	1	9	9	25772	25772	7	7	57	57	43056	43056	20600	20600	793	793
HC13	ΚΥ ΓΑΛΑΤΑ	17	17	5	5	3	3	7	7	12000	12000	13	13	248	248	35158	35158	88155	88155	6863	6863
HC135	ΚΥ ΙΤΕΑΣ	22	22	7	7	2	2	7	7	19018	19018	8	8	57	57	44232	44232	7242	7242	1395	1395
HC139	ΚΥ ΠΑΡΟΥ	21	21	8	8	5	5	16	16	12853	12853	15	15	345	345	71258	71258	83709	83709	8585	8585
HC143	ΚΥ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	11	11	5	5	3	3	7	7	5323	5323	7	7	146	146	16016	16016	64700	64700	2940	2940
HC145	ΚΥ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	14	14	1	1	3	3	12	12	10000	10000	9	9	185	185	51635	51635	25530	25530	7112	7112
HC147	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	31	31	14	14	4	4	16	16	38509	38509	9	9	720	720	37967	37967	118594	118594	8459	8459
HC150	ΚΥ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	32	32	15	15	1	1	15	15	22000	22000	10	10	303	303	35735	35735	24316	24316	9390	9390
HC154	ΚΥ ΚΙΣΣΑΜΟΥ	24	24	11	11	3	3	11	11	22643	22643	6	6	502	502	28262	28262	41106	41106	9112	9112
HC157	ΚΥ ΧΑΡΑΚΑ	19	19	6	6	2	2	13	13	12284	12284	8	8	363	363	34798	34798	62836	62836	6239	6239

UNIT	NAME	PH_TO_A	PH_TO_T	NURS_A	NURS_T	PARAM_A	PARAM_T	ADM_Tech_OTH_A	ADM_Tech_OTH_T	POPULATIO_N_A	POPULATIO_N_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	TRANS_A	TRANS_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC161	ΚΥ ΠΑΣΩΝ	6	6	4	4	2	2	4	4	2500	2500	5	5	38	38	20812	20812	1246	1246	668	668
HC163	ΚΥ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	33	33	9	9	3	3	13	13	28500	28500	5	5	35	35	22442	22442	19005	19005	5359	5359
HC167	ΚΥ ΒΟΥΤΣΑΡΑ	28	28	14	14	1	1	3	3	40719	40719	3	3	259	259	18719	18719	40967	40967	235	235
HC175	ΚΥ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	49	49	23	23	3	3	4	4	35000	35000	8	8	422	422	52577	52577	47140	47140	232	232
HC176	ΚΥ ΠΥΡΓΙΟΥ	47	47	8	8	6	6	12	12	22294	22294	2	2	685	685	16050	16050	685	685	10380	10380
HC184	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	9	9	4	4	2	2	2	2	5500	5500	4	4	59	59	18708	18708	4164	4164	6270	6270
HC187	ΚΥ ΜΗΛΟΥ	10	10	6	6	5	5	10	10	5391	5391	5	5	135	135	36483	36483	37699	37699	7104	7104
HC189	ΚΥ ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	12	12	10	10	5	5	16	16	21650	21650	9	9	480	480	25441	25441	75160	75160	3774	3774
HC2	ΚΥ ΒΑΡΗΣ	13	13	13	13	3	3	9	9	19500	19500	13	13	71	71	21659	21659	19785	19785	9210	9210
HC20	ΚΥ ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	12	12	7	7	3	3	2	2	4536	4536	4	4	52	52	33018	33018	17429	17429	353	353
HC23	ΚΥ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	36	36	8	8	3	3	12	12	60000	60000	11	11	306	306	59555	59555	79555	79555	9643	9643
HC29	ΚΥ ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	25	25	10	10	3	3	19	19	20050	20050	14	14	293	293	78117	78117	100561	100561	1746	1746
HC33	ΚΥ ΛΑΓΚΑΔΑ	50	50	21	21	5	5	14	14	35000	35000	18	18	139	139	78997	78997	120716	120716	4758	4758
HC34	ΚΥ ΣΚΥΔΡΑΣ	27	27	7	7	4	4	4	4	15525	15525	10	10	272	272	54101	54101	68740	68740	1898	1898
HC35	ΚΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	24	24	13	13	6	6	9	9	44478	44478	10	10	341	341	50309	50309	100336	100336	7861	7861
HC37	ΚΥ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	43	43	22	22	3	3	14	14	25000	25000	10	10	995	995	68116	68116	83575	83575	8934	8934
HC4	ΚΥ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	14	14	13	13	5	5	11	11	50000	50000	13	13	83	83	60534	60534	44492	44492	5017	5017
HC40	ΚΥ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	46	46	30	30	3	3	13	13	17768	17768	13	13	713	713	29463	29463	199342	199342	9679	9679
HC44	ΚΥ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	16	16	8	8	2	2	6	6	8687	8687	15	15	348	348	39035	39035	30385	30385	9976	9976
HC53	ΚΥ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	24	24	12	12	6	6	12	12	25323	25323	14	14	170	170	43417	43417	144528	144528	2929	2929
HC63	ΚΥ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	34	34	16	16	4	4	8	8	9275	9275	8	8	186	186	66451	66451	13324	13324	2043	2043
HC71	ΚΥ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	7	7	5	5	1	1	1	1	13821	13821	8	8	360	360	38797	38797	494	494	1410	1410
HC73	ΚΥ ΓΥΘΕΙΟΥ	32	32	4	4	4	4	9	9	20000	20000	10	10	481	481	35452	35452	116890	116890	3497	3497
HC74	ΚΥ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	19	19	3	3	2	2	9	9	9849	9849	6	6	245	245	56370	56370	2742	2742	2496	2496
HC80	ΚΥ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	46	46	15	15	5	5	13	13	31979	31979	6	6	11	11	54295	54295	130311	130311	1215	1215
HC82	ΚΥ ΒΑΡΔΑΣ	17	17	4	4	2	2	12	12	15000	15000	3	3	105	105	42997	42997	28878	28878	4564	4564
HC87	ΚΥ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	12	12	5	5	1	1	10	10	14000	14000	6	6	83	83	49516	49516	2752	2752	3362	3362
HC89	ΚΥ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	32	32	4	4	2	2	3	3	28500	28500	10	10	142	142	38197	38197	50870	50870	3012	3012

Πίνακας 67: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο ΙΙ)

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC93	ΚΥ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	633.208,0	73.325,8	494.600,0	15.627,3	7	0,8	6.300	6.300	4.498	4.498	725	920
HC46	ΚΥ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	1.470.880,0	227.391,5	248.074,0	38.351,1	10	1,5	14.171	14.171	5.597	9.511	1.024	1.842
HC81	ΚΥ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	636.890,0	109.965,9	46.172,0	7.972,1	6	1	6.555	6.555	1.100	5.489	220	1.004
HC65	ΚΥ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	839.092,0	149.653,8	262.141,0	30.746,2	8	1,4	11.130	11.130	8.872	8.872	1.951	1.951
HC75	ΚΥ ΓΚΟΥΡΑΣ	515.629,0	104.445,9	61.989,0	12.556,5	3	0,6	5.275	5.275	2.252	4.193	350	680
HC136	ΚΥ ΛΙΔΩΡΙΚΙΟΥ	561.310,0	115.426,1	45.000,0	9.253,7	9	1,2	3.569	5.343	13.202	13.202	286	890
HC158	ΚΥ ΣΑΜΗΣ	867.519,0	181.432,2	119.874,0	25.070,4	9	1,9	10.601	10.601	20.132	20.132	1.280	1.870
HC173	ΚΥ ΙΟΥ	305.192,0	64.442,9	89.628,0	18.925,4	4	0,8	6.670	6.670	2.385	2.574	119	159
HC92	ΚΥ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	608.991,0	128.838,9	167.100,0	31.052,9	7	1,5	11.930	11.930	6.114	6.114	535	1.194
HC50	ΚΥ ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	1.542.156,0	292.940,6	126.000,0	27.014,8	11	2,4	11.171	11.171	27.742	27.742	3.197	3.197
HC134	ΚΥ ΑΛΙΑΡΤΟΥ	4.197.926,0	591.353,6	301.300,0	65.042,7	11	2,4	24.060	24.060	2.540	21.219	2.806	2.806
HC94	ΚΥ ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	875.829,0	196.895,4	134.000,0	30.124,6	8	1,8	13.890	13.890	4.620	9.434	1.044	1.973
HC10	ΚΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2.136.692,0	495.887,2	517.578,0	100.522,8	14	3,2	32.682	32.682	4.915	19.599	3.670	3.670
HC76	ΚΥ ΝΕΜΕΑΣ	856.412,0	198.986,6	93.328,0	21.684,7	7	1,6	11.838	11.838	7.114	9.197	729	1.693
HC104	ΚΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	257.125,0	59.881,5	151.786,0	21.241,8	5	1,2	8.287	8.287	83	2.822	160	160
HC83	ΚΥ ΒΟΝΙΤΣΑΣ	1.065.411,0	262.385,8	187.730,0	46.233,5	11	2,7	20.854	20.854	6.723	13.256	2.452	3.004
HC49	ΚΥ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	1.497.002,0	377.036,9	211.900,0	53.369,4	11	2,8	19.705	19.705	5.231	19.653	4.615	4.615
HC160	ΚΥ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	883.796,0	237.153,5	313.500,0	43.976,6	10	2,7	15.078	15.078	28.208	28.208	3.521	3.521
HC45	ΚΥ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	1.027.412,0	286.450,9	116.472,0	32.473,4	9	2,5	16.591	16.591	19.049	19.049	980	2.552
HC99	ΚΥ ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	1.194.941,0	336.814,8	317.264,0	67.997,1	6	1,7	19.617	19.617	3.033	11.550	1.252	1.613
HC79	ΚΥ ΑΚΡΑΤΑΣ	1.542.876,0	435.623,0	444.278,0	89.170,3	11	3,1	30.009	30.009	17.894	17.894	1.170	3.519
HC58	ΚΥ ΜΕΣΣΗΝΗΣ	2.359.190,0	678.836,8	441.749,0	127.109,5	14	4	37.291	37.291	4.055	31.023	7.178	7.178
HC137	ΚΥ ΚΑΡΛΟΒΑΣΟΥ	2.025.968,0	585.076,4	519.682,0	109.036,7	10	2,9	31.814	31.814	26.489	26.489	1.819	3.836
HC165	ΚΥ ΑΝΔΡΟΥ	719.346,0	208.190,9	136.550,0	39.519,9	9	2,6	19.045	19.045	5.623	11.611	1.381	2.842
HC38	ΚΥ ΕΧΙΝΟΥ	1.908.686,0	555.686,2	368.909,0	103.593,2	8	2,3	28.617	28.617	19.461	20.404	3.760	3.760
HC162	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΜΑΡΚΟΥ	712.897,0	207.857,8	193.500,0	52.886,9	14	4,1	27.007	27.007	12.914	15.863	4.759	4.759
HC97	ΚΥ ΑΓΝΑΝΤΩΝ	475.312,0	142.373,0	587.115,0	30.834,9	3	0,9	9.321	9.321	2.085	5.009	385	628
HC47	ΚΥ ΔΙΚΑΙΩΝ	871.774,0	266.499,2	196.690,0	44.817,6	8	2,4	11.898	11.898	34.800	34.800	3.479	3.479
HC180	ΚΥ ΙΘΑΚΗΣ	667.347,0	213.008,0	103.179,0	32.933,3	8	2,6	17.839	17.839	8.791	11.721	338	2.698
HC148	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΦΩΤΕΙΝΗΣ	769.167,0	252.249,6	61.142,0	20.051,6	8	2,6	14.679	14.679	19.457	19.457	885	2.401
HC95	ΚΥ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	1.819.658,0	602.206,9	317.938,0	105.220,0	17	5,6	35.650	35.650	65.147	65.147	2.332	5.949
HC88	ΚΥ ΘΕΡΜΟΥ	2.526.796,0	841.938,2	400.135,0	133.326,5	13	4,3	37.048	37.048	55.726	55.726	663	5.614
HC178	ΚΥ ΣΟΧΟΥ	1.050.760,0	353.794,0	282.000,0	65.892,0	11	3,7	23.585	23.585	38.184	38.184	3.965	3.965
HC91	ΚΥ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	1.316.907,0	446.189,4	170.181,0	57.660,1	9	3	20.257	20.257	25.381	25.381	5.480	5.480
HC142	ΚΥ ΕΜΠΩΝΑΣ	1.930.700,0	201.118,2	198.140,0	37.003,5	2	0,7	9.944	9.944	780	6.679	608	1.056

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC144	ΚΥ ΜΟΙΡΩΝ	1.122.310,0	389.438,9	127.723,0	44.319,6	10	3,5	19.762	19.762	31.660	31.660	4.540	4.540
HC174	ΚΥ ΔΡΟΣΑΤΟΥ	295.173,0	105.205,5	75.000,0	26.731,5	7	2,5	16.004	16.004	3.551	8.706	1.414	2.615
HC54	ΚΥ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	2.132.451,0	767.380,1	410.600,0	140.031,0	9	3,2	33.193	33.193	23.184	34.292	8.016	8.016
HC62	ΚΥ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	1.414.225,0	536.847,5	98.717,0	37.473,5	10	3,8	25.720	25.720	5.381	24.003	3.883	3.883
HC8	ΚΥ ΣΠΑΤΩΝ	1.768.614,0	675.771,4	146.000,0	55.785,3	15	5,7	38.432	38.432	28.547	32.037	2.710	5.686
HC56	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	361.357,0	139.122,1	358.025,0	38.430,1	5	1,9	14.772	14.772	808	6.528	975	975
HC166	ΚΥ ΜΥΚΟΝΟΥ	249.402,0	96.126,4	213.940,0	34.569,0	7	2,7	11.950	11.950	20.879	20.879	773	2.177
HC84	ΚΥ ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	738.896,0	297.695,2	66.900,0	26.953,5	12	4,8	26.811	26.811	2.364	19.907	602	3.961
HC55	ΚΥ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	1.342.581,0	543.797,0	112.016,0	45.370,8	17	6,9	40.901	40.901	18.743	31.482	2.604	6.365
HC52	ΚΥ ΣΕΡΒΙΩΝ	1.697.623,0	402.581,5	167.000,0	67.665,4	9	3,6	13.006	13.867	51.525	51.525	8.195	8.195
HC90	ΚΥ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	895.581,0	365.089,8	147.670,0	60.198,7	7	2,9	24.230	24.230	2.303	16.221	1.567	3.279
HC43	ΚΥ ΣΑΠΠΩΝ	2.001.842,0	794.914,2	187.298,0	77.893,5	12	5	29.533	29.533	63.334	63.334	2.288	5.426
HC12	ΚΥ ΑΙΓΙΝΑΣ	1.250.486,0	526.816,1	685.204,0	125.069,5	11	4,6	41.605	41.605	10.069	20.429	2.666	2.666
HC98	ΚΥ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ	737.752,0	311.642,3	247.241,0	56.583,9	3	1,3	15.115	15.115	14.141	14.141	696	1.821
HC59	ΚΥ ΠΥΛΟΥ	1.437.714,0	612.463,9	465.325,0	132.285,7	9	3,8	39.920	39.920	2.237	21.527	418	2.711
HC183	ΚΥ ΠΑΛΑΙΟΧΩΡΙΟΥ	1.926.979,0	760.692,9	292.970,0	126.776,2	11	4,8	22.982	28.844	78.219	78.219	952	6.432
HC9	ΚΥ ΜΕΓΑΡΩΝ	2.276.053,0	987.708,2	451.285,0	182.534,3	11	4,8	48.180	48.180	46.489	46.489	9.187	9.187
HC61	ΚΥ ΚΙΑΤΟΥ	1.412.716,0	613.475,6	249.253,0	108.238,8	14	6,1	45.286	45.286	39.366	39.366	2.391	6.694
HC5	ΚΥ ΛΑΥΡΙΟΥ	1.153.278,0	509.001,2	186.667,0	82.385,8	13	5,7	32.168	32.168	63.132	63.132	2.426	5.777
HC42	ΚΥ ΙΑΣΜΟΥ	990.160,0	441.306,2	130.221,0	58.038,4	12	5,3	35.318	35.318	25.957	25.957	2.837	5.481
HC85	ΚΥ ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	2.344.063,0	725.939,9	140.800,0	63.272,5	7	3,1	22.710	22.710	39.711	39.711	2.119	3.839
HC6	ΚΥ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	3.733.525,0	1.678.891,3	186.667,0	83.940,4	18	8,1	59.270	59.270	11.075	65.103	2.222	7.703
HC57	ΚΥ ΜΕΛΙΓΓΑΛΑ	1.033.363,0	468.424,6	274.141,0	102.319,5	8	3,6	34.048	34.048	2.464	18.643	3.116	3.116
HC41	ΚΥ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	1.385.298,0	631.626,8	153.749,0	70.101,9	10	4,6	31.746	31.746	37.529	37.529	5.212	5.212
HC182	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	1.509.902,0	690.917,1	263.861,0	120.740,3	9	4,1	34.812	34.812	49.791	49.791	3.888	5.012
HC86	ΚΥ ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	2.097.666,0	973.207,1	246.888,0	114.543,1	19	8,8	54.858	54.858	78.733	78.733	1.500	8.852
HC25	ΚΥ ΑΙΓΙΝΙΟΥ	1.684.310,0	783.130,5	90.040,0	41.864,7	14	6,5	40.042	40.042	18.789	37.184	827	5.832
HC48	ΚΥ ΟΡΕΣΤΙΔΑΣ	2.199.030,0	1.023.120,9	435.000,0	202.388,1	20	9,3	75.440	75.440	41.164	51.739	12.554	12.554
HC133	ΚΥ ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	1.326.327,0	626.564,6	175.756,0	83.028,2	9	4,3	35.568	35.568	3.050	26.548	1.210	4.745
HC96	ΚΥ ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	1.318.541,0	629.836,3	327.439,0	122.105,6	10	4,8	41.148	41.148	37.976	37.976	3.693	5.670
HC51	ΚΥ ΤΣΟΥΛΙΟΥ	1.363.784,0	671.386,6	158.300,0	77.930,6	8	3,9	33.631	33.631	24.120	27.080	2.030	4.360
HC11	ΚΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	1.311.940,0	660.111,0	631.231,0	132.831,0	10	5	45.079	45.079	19.976	30.434	7.012	7.012
HC103	ΚΥ ΦΙΛΙΠΠΙΔΑΣ	627.695,0	316.324,7	174.417,0	87.896,8	9	4,5	34.405	34.405	13.872	15.277	447	2.408
HC26	ΚΥ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	1.867.198,0	942.800,8	92.340,0	46.625,1	11	5,6	33.607	33.607	55.073	55.073	1.507	5.082
HC67	ΚΥ ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	816.740,0	418.889,8	65.100,0	33.388,5	5	2,6	19.154	19.154	4.775	17.407	622	2.600

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC164	ΚΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	939.024,0	486.735,3	646.177,0	99.945,8	5	2,6	29.176	29.176	1.070	16.794	428	2.288
HC70	ΚΥ ΤΡΟΠΑΙΩΝ	812.985,0	421.502,1	62.785,0	32.551,7	6	3,1	21.523	21.523	9.367	18.858	389	3.088
HC13	ΚΥ ΓΑΛΑΤΑ	1.141.660,0	597.873,0	543.911,0	102.595,7	13	6,8	35.158	35.158	88.155	88.155	6.863	6.863
HC152	ΚΥ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	1.182.194,0	621.339,9	65.097,0	34.213,8	8	4,2	22.080	22.080	35.265	35.265	4.992	4.992
HC69	ΚΥ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	1.131.345,0	597.120,0	75.339,0	39.763,7	11	5,8	30.987	30.987	45.624	45.624	2.796	4.734
HC156	ΚΥ ΣΠΗΛΙΟΥ	309.446,0	163.460,2	74.424,0	39.313,4	10	3,3	14.270	14.270	33.998	33.998	1.814	2.865
HC44	ΚΥ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	1.197.267,0	646.950,8	113.289,0	61.216,4	15	7,8	39.035	39.035	30.385	38.638	9.976	9.976
HC140	ΚΥ ΘΗΡΑΣ	1.580.367,0	857.754,5	239.836,0	130.172,5	11	6	51.882	51.882	16.835	36.454	4.444	6.870
HC177	ΚΥ ΕΥΔΗΛΟΥ	448.171,0	243.300,4	64.188,0	34.846,0	4	2,2	13.833	13.833	22.120	22.120	1.763	2.244
HC77	ΚΥ ΑΣΤΑΚΟΥ	956.942,0	534.152,6	150.584,0	84.054,0	5	2,8	28.554	28.554	927	20.336	588	3.470
HC39	ΚΥ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	632.542,0	359.193,2	253.228,0	84.309,1	5	2,8	26.720	26.720	756	13.033	1.033	1.417
HC163	ΚΥ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	661.738,0	376.982,5	735.011,0	74.207,1	5	2,8	22.442	22.442	19.005	20.303	5.359	5.359
HC100	ΚΥ ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	1.267.862,0	726.666,9	269.472,0	128.317,9	8	4,6	35.947	35.947	58.867	58.867	2.710	5.599
HC155	ΚΥ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	1.644.393,0	803.063,1	74.555,0	43.419,3	8	4,7	28.282	28.282	47.787	47.787	4.144	4.386
HC151	ΚΥ ΒΑΜΟΥ	1.664.599,0	977.009,2	57.224,0	33.586,7	9	5,3	34.500	34.500	38.036	39.575	1.676	4.596
HC141	ΚΥ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	1.563.254,0	934.794,5	117.140,0	70.047,4	7	4,2	35.087	35.087	1.102	35.074	2.491	4.328
HC129	ΚΥ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	865.898,0	527.991,4	88.000,0	53.659,0	4	2,4	22.300	22.300	12.096	19.772	1.210	2.715
HC28	ΚΥ ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	2.291.185,0	1.427.443,9	176.761,0	110.124,9	17	10,6	63.036	63.036	76.715	76.715	14.860	14.860
HC161	ΚΥ ΠΑΞΩΝ	188.445,0	118.523,1	117.000,0	46.241,6	5	3,1	20.812	20.812	1.246	7.515	668	1.060
HC150	ΚΥ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	430.000,0	273.465,9	135.000,0	71.596,8	10	6,4	35.735	35.735	24.316	27.940	9.390	9.390
HC68	ΚΥ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	918.984,0	246.221,6	48.507,0	30.970,4	5	3,2	10.629	13.797	39.591	39.591	205	2.772
HC66	ΚΥ ΑΣΤΡΟΥΣ	1.664.119,0	919.762,2	67.243,0	43.020,0	12	7,7	30.139	36.014	73.940	73.940	2.138	4.703
HC78	ΚΥ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	1.869.039,0	1.202.214,3	127.190,0	81.811,9	15	9,6	63.234	63.234	45.800	55.903	2.264	9.363
HC72	ΚΥ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	659.664,0	424.342,5	129.002,0	82.983,2	6	3,9	32.606	32.606	18.815	20.003	474	4.496
HC4	ΚΥ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	1.273.114,0	822.588,0	186.667,0	120.609,8	13	8,4	60.534	60.534	44.492	44.492	5.017	8.952
HC89	ΚΥ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	1.115.382,0	728.117,0	83.800,0	54.704,3	10	6,5	38.197	38.197	50.870	50.870	3.012	6.207
HC63	ΚΥ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	1.761.770,0	1.196.166,6	440.475,0	234.943,5	8	5,4	66.451	66.451	13.324	40.623	2.043	5.896
HC185	ΚΥ ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	1.164.289,0	795.006,9	135.693,0	92.654,7	12	8,2	52.845	52.845	52.703	52.703	5.391	8.281
HC53	ΚΥ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	2.351.526,0	1.090.886,6	260.000,0	181.727,3	14	9,8	43.417	50.095	144.528	144.528	2.929	11.167
HC138	ΚΥ ΤΗΝΟΥ	223.393,0	161.178,9	151.808,0	109.530,1	9	5,5	10.463	18.101	43.570	43.570	663	2.677
HC71	ΚΥ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	327.684,0	242.078,0	99.236,0	73.311,0	8	5,9	38.797	38.797	494	18.838	1.410	5.134
HC101	ΚΥ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	1.118.291,0	829.722,5	191.424,0	142.028,2	9	6,7	55.513	55.513	41.963	41.963	1.886	7.654
HC23	ΚΥ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	1.724.444,0	1.291.145,7	200.000,0	149.746,3	11	8,2	59.555	59.555	79.555	79.555	9.643	9.643
HC159	ΚΥ ΑΓΡΟΥ_ΑΓΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	806.272,0	609.506,0	247.000,0	117.368,7	7	5,3	40.807	40.807	45.874	45.874	607	6.010
HC33	ΚΥ ΛΑΓΚΑΔΑ	2.685.070,0	2.033.816,2	128.700,0	97.484,3	18	13,6	78.997	78.997	120.716	120.716	4.758	11.571

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T
HC73	ΚΥ ΓΥΘΕΙΟΥ	1.293.793,0	982.939,6	290.535,0	163.777,1	10	7,6	35.452	41.539	116.890	116.890	3.497	9.261
HC130	ΚΥ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	1.458.932,0	764.062,0	88.000,0	67.191,7	7	5,3	29.911	29.911	64.258	64.258	4.022	5.392
HC21	ΚΥ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	1.074.617,0	830.861,5	200.000,0	154.634,0	10	7,7	60.162	60.162	52.368	52.368	1.735	8.716
HC139	ΚΥ ΠΑΡΟΥ	1.114.395,0	866.382,9	184.750,0	143.633,3	15	11,7	71.258	71.258	83.709	83.709	8.585	11.927
HC123	ΚΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	1.193.255,0	941.795,4	254.000,0	179.121,8	6	4,7	53.793	53.793	36.483	36.483	275	6.374
HC22	ΚΥ ΘΕΡΜΗΣ	3.155.837,0	2.395.221,8	200.000,0	157.950,0	18	14,2	85.639	85.639	155.710	155.710	1.895	13.972
HC184	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	390.708,0	311.500,5	67.430,0	53.760,0	4	3,2	18.708	18.708	4.164	21.485	6.270	6.270
HC7	ΚΥ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	1.644.969,0	1.332.854,0	144.000,0	116.677,6	14	11,3	76.991	76.991	24.022	63.180	3.529	11.346
HC146	ΚΥ ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	297.766,0	243.569,7	99.389,0	61.071,8	6	4,9	31.999	31.999	21.799	21.799	2.136	5.204
HC36	ΚΥ ΠΡΙΝΟΥ ΘΑΣΟΥ	1.592.294,0	1.305.511,1	89.900,0	73.708,4	10	8,2	51.121	51.121	74.132	74.132	1.524	7.657
HC157	ΚΥ ΧΑΡΑΚΑ	559.178,0	459.541,1	90.787,0	74.610,2	8	6,6	34.798	34.798	62.836	62.836	6.239	6.473
HC64	ΚΥ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	752.069,0	619.533,5	339.093,0	145.933,4	6	4,9	46.341	46.341	13.886	22.511	175	2.431
HC131	ΚΥ ΨΑΧΝΩΝ	1.935.162,0	968.163,5	88.000,0	73.253,5	5	4,2	35.059	35.059	13.943	36.488	4.621	4.621
HC24	ΚΥ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	1.655.775,0	1.396.561,8	126.700,0	106.865,0	14	11,8	76.651	76.651	71.371	71.371	3.832	11.542
HC187	ΚΥ ΜΗΛΟΥ	942.634,0	795.316,1	138.041,0	116.467,5	5	4,2	36.483	36.483	37.699	37.699	7.104	7.104
HC27	ΚΥ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	3.805.776,0	2.138.989,9	124.810,0	107.914,7	13	11,2	71.787	71.787	111.853	111.853	2.973	10.729
HC87	ΚΥ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	718.914,0	647.679,6	270.000,0	150.445,1	6	5,4	49.516	49.516	2.752	24.913	3.362	3.362
HC175	ΚΥ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	1.674.201,0	1.532.038,0	75.000,0	68.631,5	8	7,3	52.577	52.577	47.140	59.372	232	6.855
HC128	ΚΥ ΙΣΤΙΑΙΑΣ	1.334.970,0	532.170,7	88.000,0	81.503,5	7	6,5	29.396	29.396	86.781	86.781	2.694	6.400
HC153	ΚΥ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	309.446,0	293.098,3	109.795,0	77.471,9	9	8,5	42.873	44.821	47.828	47.828	10.052	10.052
HC74	ΚΥ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	859.464,0	814.388,6	236.507,0	182.587,2	6	5,7	56.370	56.370	2.742	29.030	2.496	3.433
HC35	ΚΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	2.264.686,0	1.275.639,4	81.184,0	76.998,6	10	9,5	50.309	50.309	100.336	100.336	7.861	8.072
HC135	ΚΥ ΙΤΕΑΣ	822.398,0	806.456,3	40.000,0	39.224,6	8	7,8	44.232	44.232	7.242	41.301	1.395	5.850
HC147	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	586.675,0	586.675,0	97.633,0	97.633,0	9	9	37.967	37.967	118.594	118.594	8.459	8.459
HC102	ΚΥ ΠΑΡΓΑΣ	480.470,0	480.470,0	183.401,0	183.401,0	10	10	70.471	70.471	21.717	21.717	81	81
HC143	ΚΥ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	1.285.186,0	1.285.186,0	161.270,0	161.270,0	7	7	16.016	16.016	64.700	64.700	29.400	29.400
HC145	ΚΥ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	147.867,0	147.867,0	65.178,0	65.178,0	9	9	51.635	51.635	25.530	25.530	9.112	9.112
HC149	ΚΥ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	5.343,0	5.343,0	219.407,0	219.407,0	8	8	20.611	20.611	30.112	30.112	1.010	1.010
HC186	ΚΥ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	2.255.788,0	2.255.788,0	22.898,0	22.898,0	14	14	70.677	70.677	97.274	97.274	5.110	5.110
HC37	ΚΥ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	2.166.857,0	2.166.857,0	66.552,0	66.552,0	10	10	68.116	68.116	83.575	83.575	8.934	8.934
HC40	ΚΥ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	2.419.825,0	2.419.825,0	410.470,0	410.470,0	13	13	29.463	29.463	199.342	199.342	67.046	67.046
HC80	ΚΥ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	1.880.709,0	1.880.709,0	313.590,0	313.590,0	6	6	54.295	54.295	130.311	130.311	12.115	12.115
HC82	ΚΥ ΒΑΡΔΑΣ	869.618,0	869.618,0	160.000,0	160.000,0	3	3	42.997	42.997	28.878	28.878	4.564	4.564

Πίνακας 68: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο III)

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T	TRANS_A	TRANS_T
HC93	ΚΥ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	633.208,0	81.138,4	494.600,0	19.359,4	7	0,9	6.300	6.300	4.498	5.343	725	990	78	78
HC81	ΚΥ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	636.890,0	109.965,9	46.172,0	7.972,1	6	1,0	6.555	6.555	1.100	5.489	220	1.004	19	57
HC136	ΚΥ ΛΙΔΩΡΙΚΙΟΥ	561.310,0	115.426,1	45.000,0	9.253,7	9	1,2	3.569	5.343	13.202	13.202	286	890	73	76
HC92	ΚΥ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	608.991,0	128.838,9	167.100,0	31.052,9	7	1,5	11.930	11.930	6.114	6.114	535	1.194	20	34
HC134	ΚΥ ΑΛΙΑΡΤΟΥ	4.197.926,0	591.353,6	301.300,0	65.042,7	11	2,4	24.060	24.060	2.540	21.219	2.806	2.806	90	168
HC75	ΚΥ ΓΚΟΥΡΑΣ	515.629,0	113.653,1	61.989,0	13.359,5	3	0,7	5.275	5.275	2.252	5.040	350	745	58	58
HC173	ΚΥ ΙΟΥ	305.192,0	68034,6	89.628,0	19.169,9	4	0,9	6.670	6.670	2.385	3.423	119	403	37	37
HC50	ΚΥ ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	1.542.156,0	347959,6	126.000,0	28.429,6	11	2,5	11.171	12.329	27.742	27.742	3.197	3.197	217	217
HC10	ΚΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2.136.692,0	495887,2	517.578,0	100.522,8	14	3,2	32.682	32.682	4.915	19.599	3.670	3.670	70	89
HC76	ΚΥ ΝΕΜΕΑΣ	856.412,0	198986,6	93.328,0	21.684,7	7	1,6	11.838	11.838	7.114	9.197	729	1.693	63	81
HC46	ΚΥ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	1.470.880,0	331719,9	248.074,0	21.514,6	10	2,4	14.171	14.171	5.597	16.848	1.024	2.359	250	250
HC83	ΚΥ ΒΟΝΙΤΣΑΣ	1.065.411,0	273167,6	187.730,0	48.133,3	11	2,8	20.854	20.854	6.723	14.766	2.452	3.147	135	135
HC104	ΚΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	257.125,0	71321,1	151.786,0	22.493,2	5	1,4	8.287	8.287	83	6.255	160	1.079	108	108
HC45	ΚΥ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	1.027.412,0	286450,9	116.472,0	32.473,4	9	2,5	16.591	16.591	19.049	19.049	980	2.552	82	147
HC165	ΚΥ ΑΝΔΡΟΥ	719.346,0	213972,8	136.550,0	40.617,4	9	2,7	19.045	19.045	5.623	12.529	1.381	2.933	106	106
HC158	ΚΥ ΖΑΜΗΣ	867.519,0	268245,7	119.874,0	34.020,4	9	2,8	10.601	12.674	20.132	20.132	1.280	2.553	300	300
HC49	ΚΥ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	1.497.002,0	242285	211.900,0	61.044,7	11	3,4	19.705	19.705	5.231	21.466	4.615	4.615	344	344
HC38	ΚΥ ΕΧΙΝΟΥ	1.908.686,0	542138,5	368.909,0	103.829,4	8	2,5	28.617	28.617	19.461	21.536	3.760	3.760	145	145
HC180	ΚΥ ΙΘΑΚΗΣ	667.347,0	213008	103.179,0	32.933,3	8	2,6	17.839	17.839	8.791	11.721	338	2.698	50	90
HC88	ΚΥ ΘΕΡΜΟΥ	2.526.796,0	841938,2	400.135,0	133.326,5	13	4,3	37.048	37.048	55.726	55.726	663	5.614	179	239
HC79	ΚΥ ΑΚΡΑΤΑΣ	1.542.876,0	517695,2	444.278,0	91.815,0	11	3,7	30.009	30.009	17.894	26.194	1.170	4.504	315	315
HC91	ΚΥ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	1.316.907,0	446189,4	170.181,0	57.660,1	9	3,0	20.257	20.257	25.381	25.381	5.480	5.480	142	165
HC178	ΚΥ ΣΟΧΟΥ	1.050.760,0	359465	282.000,0	69.450,1	11	3,8	23.585	23.585	38.184	38.184	3.965	4.084	276	276
HC65	ΚΥ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	839.092,0	102021,9	262.141,0	36.198,6	8	3,0	11.130	14.135	8.872	15.769	1.951	3.314	332	332
HC148	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΦΩΤΕΙΝΗΣ	769.167,0	291573,8	61.142,0	23.177,5	8	2,9	14.679	14.679	19.457	19.457	885	2.419	240	240
HC62	ΚΥ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	1.414.225,0	536847,5	98.717,0	37.473,5	10	3,8	25.720	25.720	5.381	24.003	3.883	3.883	162	243
HC162	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΜΑΡΚΟΥ	712.897,0	271801,4	193.500,0	66.727,6	14	5,3	27.007	27.007	12.914	29.843	4.759	5.916	586	586
HC8	ΚΥ ΣΠΑΤΩΝ	1.768.614,0	675771,4	146.000,0	55.785,3	15	5,7	38.432	38.432	28.547	32.037	2.710	5.686	299	315
HC54	ΚΥ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	2.132.451,0	749012,4	410.600,0	139.315,5	9	3,4	33.193	33.193	23.184	35.167	8.016	8.016	186	186
HC56	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	361.357,0	139122,1	358.025,0	38.430,1	5	1,9	14.772	14.772	808	6.528	975	975	30	41
HC166	ΚΥ ΜΥΚΟΝΟΥ	249.402,0	97799,1	213.940,0	36.789,7	7	2,7	11.950	11.950	20.879	20.879	773	2.242	177	177
HC52	ΚΥ ΣΕΡΒΙΩΝ	1.697.623,0	402581,5	167.000,0	67.665,4	9	3,6	13.006	13.867	51.525	51.525	8.195	8.195	240	254
HC90	ΚΥ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	895.581,0	365089,8	147.670,0	60.198,7	7	2,9	24.230	24.230	2.303	16.221	1.567	3.279	61	104
HC55	ΚΥ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	1.342.581,0	548325,9	112.016,0	45.748,7	17	6,9	40.901	40.901	18.743	32.032	2.604	6.360	291	291
HC97	ΚΥ ΑΓΝΑΝΤΩΝ	475.312,0	196155,9	587.115,0	22.828,6	3	1,2	9.321	9.321	2.085	9.155	385	1.376	113	113
HC84	ΚΥ ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	738.896,0	315950,9	66.900,0	28.606,3	12	4,9	26.811	26.811	2.364	21.361	602	4.001	153	153
HC61	ΚΥ ΚΙΑΤΟΥ	1.412.716,0	613475,6	249.253,0	108.238,8	14	6,1	45.286	45.286	39.366	39.366	2.391	6.694	171	244
HC95	ΚΥ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	1.819.658,0	792173,9	317.938,0	81.829,7	17	7,4	35.650	35.650	65.147	65.147	2.332	6.807	740	740
HC5	ΚΥ ΛΑΥΡΙΟΥ	1.153.278,0	509001,2	186.667,0	82.385,8	13	5,7	32.168	32.168	63.132	63.132	2.426	5.777	162	388
HC12	ΚΥ ΑΙΓΙΝΑΣ	1.250.486,0	555288,7	685.204,0	130.469,5	11	4,9	41.605	41.605	10.069	25.204	2.666	3.625	237	237

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T	TRANS_A	TRANS_T
HC42	ΚΥ ΙΑΣΜΟΥ	990.160,0	441306,2	130.221,0	58.038,4	12	5,3	35.318	35.318	25.957	25.957	2.837	5.481	110	216
HC6	ΚΥ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	3.733.525,0	1678891,3	186.667,0	83.940,4	18	8,1	59.270	59.270	11.075	65.103	2.222	7.703	316	716
HC9	ΚΥ ΜΕΓΑΡΩΝ	2.276.053,0	1038032,5	451.285,0	177.515,3	11	5,0	48.180	48.180	46.489	46.489	9.187	9.187	316	316
HC25	ΚΥ ΑΙΓΙΝΙΟΥ	1.684.310,0	783130,5	90.040,0	41.864,7	14	6,5	40.042	40.042	18.789	37.184	827	5.832	195	372
HC41	ΚΥ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	1.385.298,0	651687	153.749,0	72.328,3	10	4,7	31.746	31.746	37.529	37.529	5.212	5.212	400	400
HC58	ΚΥ ΜΕΣΣΗΝΗΣ	2.359.190,0	586931,2	441.749,0	81.284,4	14	6,7	37.291	37.291	4.055	41.467	7.178	7.178	710	710
HC48	ΚΥ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	2.199.030,0	1050926	435.000,0	207.888,4	20	9,6	75.440	75.440	41.164	55.557	12.554	12.554	423	423
HC43	ΚΥ ΣΑΠΠΩΝ	2.001.842,0	982116,5	187.298,0	70.942,8	12	5,9	29.533	29.533	63.334	63.334	2.288	4.834	545	545
HC57	ΚΥ ΜΕΛΙΓΑΛΑ	1.033.363,0	507301,5	274.141,0	110.954,3	8	3,9	34.048	34.048	2.464	24.494	3.116	4.084	257	257
HC51	ΚΥ ΤΣΟΥΥΛΙΟΥ	1.363.784,0	686815,9	158.300,0	79.721,5	8	4,0	33.631	33.631	24.120	28.572	2.030	4.478	263	263
HC67	ΚΥ ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	816.740,0	418889,8	65.100,0	33.388,5	5	2,6	19.154	19.154	4.775	17.407	622	2.600	133	170
HC86	ΚΥ ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	2.097.666,0	1077480,5	246.888,0	108.729,9	19	9,8	54.858	54.858	78.733	78.733	1.500	9.908	967	967
HC133	ΚΥ ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	1.326.327,0	686262,6	175.756,0	90.938,9	9	4,7	35.568	35.568	3.050	32.894	1.210	5.277	393	393
HC137	ΚΥ ΚΑΡΛΟΒΑΣΟΥ	2.025.968,0	809106,8	519.682,0	44.153,3	10	5,2	31.814	31.814	26.489	38.115	1.819	5.025	538	538
HC11	ΚΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	1.311.940,0	684521	631.231,0	141.342,8	10	5,2	45.079	45.079	19.976	34.091	7.012	7.012	291	291
HC13	ΚΥ ΓΑΛΑΤΑ	1.141.660,0	597873	543.911,0	102.595,7	13	6,8	35.158	35.158	88.155	88.155	6.863	6.863	248	512
HC59	ΚΥ ΠΥΛΟΥ	1.437.714,0	753966,8	465.325,0	118.355,9	9	4,7	39.920	39.920	2.237	35.035	418	5.702	392	392
HC96	ΚΥ ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	1.318.541,0	696465,3	327.439,0	124.290,3	10	5,3	41.148	41.148	37.976	37.976	3.693	6.354	459	459
HC156	ΚΥ ΣΠΗΛΙΟΥ	309.446,0	163460,2	74.424,0	39.313,4	10	3,3	14.270	14.270	33.998	33.998	1.814	2.865	189	222
HC103	ΚΥ ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑΣ	627.695,0	336142,5	174.417,0	93.403,6	9	4,8	34.405	34.405	13.872	19.536	447	3.119	223	223
HC70	ΚΥ ΤΡΟΠΑΙΩΝ	812.985,0	441078,5	62.785,0	34.063,5	6	3,3	21.523	21.523	9.367	20.860	389	3.256	248	248
HC164	ΚΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	939.024,0	512080,3	646.177,0	101.770,9	5	2,7	29.176	29.176	1.070	20.561	428	3.376	153	153
HC140	ΚΥ ΘΗΡΑΣ	1.580.367,0	866673,9	239.836,0	131.526,2	11	6,0	51.882	51.882	16.835	37.441	4.444	6.954	275	275
HC163	ΚΥ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	661.738,0	376982,5	735.011,0	74.207,1	5	2,8	22.442	22.442	19.005	20.303	5.359	5.359	35	88
HC47	ΚΥ ΔΙΚΑΙΩΝ	871.774,0	498749,8	196.690,0	55.993,5	8	4,6	11.898	20.655	34.800	34.800	3.479	4.015	490	490
HC100	ΚΥ ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	1.267.862,0	726666,9	269.472,0	128.317,9	8	4,6	35.947	35.947	58.867	58.867	2.710	5.599	211	269
HC69	ΚΥ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	1.131.345,0	652939,8	75.339,0	43.480,8	11	6,3	30.987	30.987	45.624	45.624	2.796	4.640	439	439
HC77	ΚΥ ΑΣΤΑΚΟΥ	956.942,0	560397,9	150.584,0	88.184,0	5	2,9	28.554	28.554	927	22.915	588	3.674	198	198
HC44	ΚΥ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	1.197.267,0	706630,5	113.289,0	66.863,5	15	7,0	39.035	39.035	30.385	38.780	9.976	9.976	348	348
HC39	ΚΥ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	632.542,0	377550,2	253.228,0	85.580,5	5	3,0	26.720	26.720	756	16.299	1.033	2.361	140	140
HC141	ΚΥ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	1.563.254,0	934794,5	117.140,0	70.047,4	7	4,2	35.087	35.087	1.102	35.074	2.491	4.328	99	343
HC155	ΚΥ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	1.644.393,0	860481,4	74.555,0	44.805,5	8	4,8	28.282	28.282	47.787	47.787	4.144	4.267	450	450
HC160	ΚΥ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	883.796,0	208960,6	313.500,0	74.141,6	10	6,1	15.078	28.951	28.208	32.297	3.521	6.788	680	680
HC28	ΚΥ ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	2.291.185,0	1427443,9	176.761,0	110.124,9	17	10,6	63.036	63.036	76.715	76.715	14.860	14.860	366	675
HC161	ΚΥ ΠΑΞΩΝ	188.445,0	118523,1	117.000,0	46.241,6	5	3,1	20.812	20.812	1.246	7.515	668	1.060	38	60
HC183	ΚΥ ΠΑΛΛΙΟΧΩΡΙΟΥ	1.926.979,0	969174,6	292.970,0	82.303,8	11	7,0	22.982	29.807	78.219	78.219	952	5.293	658	658
HC144	ΚΥ ΜΟΙΡΩΝ	1.122.310,0	220330,5	127.723,0	78.175,8	10	6,4	19.762	30.526	31.660	34.054	4.540	7.157	717	717
HC98	ΚΥ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ	737.752,0	437216,3	247.241,0	25.097,1	3	1,9	15.115	15.115	14.141	16.455	696	1.888	175	175
HC72	ΚΥ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	659.664,0	424826,4	129.002,0	83.077,8	6	3,9	32.606	32.606	18.815	20.068	474	4.502	112	112
HC4	ΚΥ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	1.273.114,0	822588	186.667,0	120.609,8	13	8,4	60.534	60.534	44.492	44.492	5.017	8.952	83	334
HC68	ΚΥ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	918.984,0	297300	48.507,0	31.630,3	5	3,3	10.629	15.033	39.591	39.591	205	2.923	259	259

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T	TRANS_A	TRANS_T
HC89	ΚΥ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	1.115.382,0	728117	83.800,0	54.704,3	10	6,5	38.197	38.197	50.870	50.870	3.012	6.207	142	442
HC78	ΚΥ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	1.869.039,0	1222939,4	127.190,0	83.222,3	15	9,8	63.234	63.234	45.800	58.095	2.264	9.550	646	646
HC150	ΚΥ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	430.000,0	283842,9	135.000,0	77.893,3	10	6,6	35.735	35.735	24.316	31.202	9.390	9.390	303	303
HC63	ΚΥ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	1.761.770,0	1203557,6	440.475,0	235.481,9	8	5,5	66.451	66.451	13.324	41.656	2.043	6.194	186	186
HC185	ΚΥ ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	1.164.289,0	808344,5	135.693,0	94.209,2	12	8,3	52.845	52.845	52.703	52.703	5.391	8.486	495	495
HC53	ΚΥ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	2.351.526,0	1090886,6	260.000,0	181.727,3	14	9,8	43.417	50.095	144.528	144.528	2.929	11.167	170	640
HC94	ΚΥ ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	875.829,0	192673,9	134.000,0	68.362,9	8	5,6	13.890	26.695	4.620	29.780	1.044	6.259	627	627
HC26	ΚΥ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	1.867.198,0	1231066,1	92.340,0	64.794,1	11	7,7	33.607	47.617	55.073	57.139	1.507	7.437	798	798
HC174	ΚΥ ΔΡΟΣΑΤΟΥ	295.173,0	209342,3	75.000,0	53.191,4	7	4,5	16.004	20.572	3.551	23.582	1.414	4.812	501	501
HC142	ΚΥ ΕΜΠΩΝΑΣ	1.930.700,0	313230,1	198.140,0	10.450,2	2	1,4	9.944	9.944	780	12.052	608	1.298	142	142
HC138	ΚΥ ΤΗΝΟΥ	223.393,0	161178,9	151.808,0	109.530,1	9	5,5	10.463	18.101	43.570	43.570	663	2.677	255	381
HC129	ΚΥ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	865.898,0	646846,7	88.000,0	34.166,4	4	3,0	22.300	22.300	12.096	24.976	1.210	2.880	280	280
HC23	ΚΥ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	1.724.444,0	1291145,7	200.000,0	149.746,3	11	8,2	59.555	59.555	79.555	79.555	9.643	9.643	306	569
HC159	ΚΥ ΑΓΡΟΥ_ΛΙΓΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	806.272,0	609506	247.000,0	117.368,7	7	5,3	40.807	40.807	45.874	45.874	607	6.010	177	248
HC33	ΚΥ ΛΑΓΚΑΔΑ	2.685.070,0	2033816,2	128.700,0	97.484,3	18	13,6	78.997	78.997	120.716	120.716	4.758	11.571	139	1.056
HC73	ΚΥ ΓΥΘΕΙΟΥ	1.293.793,0	940533,2	290.535,0	156.699,1	10	7,7	35.452	41.108	116.890	116.890	3.497	9.164	481	481
HC139	ΚΥ ΠΑΡΟΥ	1.114.395,0	866382,9	184.750,0	143.633,3	15	11,7	71.258	71.258	83.709	83.709	8.585	11.927	345	558
HC22	ΚΥ ΘΕΡΜΗΣ	3.155.837,0	2395221,8	200.000,0	157.950,0	18	14,2	85.639	85.639	155.710	155.710	1.895	13.972	667	1.225
HC123	ΚΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	1.193.255,0	944361	254.000,0	180.279,0	6	4,7	53.793	53.793	36.483	36.483	275	6.416	169	169
HC101	ΚΥ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	1.118.291,0	888156,7	191.424,0	152.030,6	9	7,1	55.513	55.513	41.963	45.760	1.886	8.370	515	515
HC21	ΚΥ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	1.074.617,0	855162,2	200.000,0	159.156,6	10	8,0	60.162	60.162	52.368	52.368	1.735	9.096	442	442
HC184	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	390.708,0	311500,5	67.430,0	53.760,0	4	3,2	18.708	18.708	4.164	21.485	6.270	6.270	59	117
HC7	ΚΥ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	1.644.969,0	1332854	144.000,0	116.677,6	14	11,3	76.991	76.991	24.022	63.180	3.529	11.346	350	610
HC71	ΚΥ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	327.684,0	266917,7	99.236,0	80.833,5	8	6,5	38.797	38.797	494	26.868	1.410	6.695	360	360
HC177	ΚΥ ΕΥΔΗΛΟΥ	448.171,0	325743,5	64.188,0	40.360,5	4	3,3	13.833	14.981	22.120	22.120	1.763	2.989	360	360
HC36	ΚΥ ΠΡΙΝΟΥ ΘΑΣΟΥ	1.592.294,0	1305511,1	89.900,0	73.708,4	10	8,2	51.121	51.121	74.132	74.132	1.524	7.657	489	694
HC157	ΚΥ ΧΑΡΑΚΑ	559.178,0	459541,1	90.787,0	74.610,2	8	6,6	34.798	34.798	62.836	62.836	6.239	6.473	363	402
HC182	ΚΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	1.509.902,0	736890,2	263.861,0	89.577,7	9	7,4	34.812	34.812	49.791	49.791	3.888	6.895	814	814
HC146	ΚΥ ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	297.766,0	247110	99.389,0	64.086,0	6	5,0	31.999	31.999	21.799	21.799	2.136	5.356	185	185
HC131	ΚΥ ΨΑΧΝΩΝ	1.935.162,0	968163,5	88.000,0	73.253,5	5	4,2	35.059	35.059	13.943	36.488	4.621	4.621	349	350
HC24	ΚΥ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	1.655.775,0	1396561,8	126.700,0	106.865,0	14	11,8	76.651	76.651	71.371	71.371	3.832	11.542	471	694
HC187	ΚΥ ΜΗΛΟΥ	942.634,0	795316,1	138.041,0	116.467,5	5	4,2	36.483	36.483	37.699	37.699	7.104	7.104	135	221
HC66	ΚΥ ΑΣΤΡΟΥΣ	1.664.119,0	1422004,2	67.243,0	57.459,7	12	7,9	30.139	48.499	73.940	73.940	2.138	6.884	719	719
HC27	ΚΥ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	3.805.776,0	2138989,9	124.810,0	107.914,7	13	11,2	71.787	71.787	111.853	111.853	2.973	10.729	755	1.023
HC64	ΚΥ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	752.069,0	657294,8	339.093,0	148.545,6	6	5,2	46.341	46.341	13.886	29.261	175	4.381	267	267
HC85	ΚΥ ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	2.344.063,0	511019,6	140.800,0	76.666,0	7	6,2	22.710	28.853	39.711	39.711	2.119	6.036	689	689
HC87	ΚΥ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	718.914,0	647679,6	270.000,0	150.445,1	6	5,4	49.516	49.516	2.752	24.913	3.362	3.362	83	130

UNIT	NAME	SUM_A	SUM_T	BUDG_EXP_A	BUDG_EXP_T	DEP_MED_A	DEP_MED_T	MED_EXAM_A	MED_EXAM_T	LAB_TEST_A	LAB_TEST_T	INJECT_A	INJECT_T	TRANS_A	TRANS_T
HC175	ΚΥ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	1.674.201,0	1532038	75.000,0	68.631,5	8	7,3	52.577	52.577	47.140	59.372	232	6.855	422	668
HC128	ΚΥ ΙΣΤΙΔΙΑΣ	1.334.970,0	532170,7	88.000,0	81.503,5	7	6,5	29.396	29.396	86.781	86.781	2.694	6.400	308	500
HC35	ΚΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	2.264.686,0	1275639,4	81.184,0	76.998,6	10	9,5	50.309	50.309	100.336	100.336	7.861	8.072	341	773
HC99	ΚΥ ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	1.194.941,0	200049	317.264,0	70.979,7	6	5,8	19.617	27.716	3.033	30.920	1.252	6.498	651	651
HC74	ΚΥ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	859.464,0	842482,7	236.507,0	184.560,5	6	5,9	56.370	56.370	2.742	33.734	2.496	4.792	245	245
HC135	ΚΥ ΙΤΕΑΣ	822.398,0	806456,3	40.000,0	39.224,6	8	7,8	44.232	44.232	7.242	41.301	1.395	5.850	57	292
HC102	ΚΥ ΠΑΡΓΑΣ	480.470,0	480470	183.401,0	183.401,0	10	10,0	70.471	70.471	21.717	21.717	81	81	185	185
HC130	ΚΥ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	1.458.932,0	1458932	88.000,0	88.000,0	7	7,0	29.911	29.911	64.258	64.258	4.022	4.022	749	749
HC143	ΚΥ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	1.285.186,0	1285186	161.270,0	161.270,0	7	7,0	16.016	16.016	64.700	64.700	29.400	29.400	146	146
HC145	ΚΥ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	147.867,0	147867	65.178,0	65.178,0	9	9,0	51.635	51.635	25.530	25.530	9.112	9.112	185	185
HC147	ΚΥ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	586.675,0	586675	97.633,0	97.633,0	9	9,0	37.967	37.967	118.594	118.594	8.459	8.459	720	720
HC149	ΚΥ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	5.343,0	5343	219.407,0	219.407,0	8	8,0	20.611	20.611	30.112	30.112	1.010	1.010	490	490
HC151	ΚΥ ΒΑΜΟΥ	1.664.599,0	1664599	57.224,0	57.224,0	9	9,0	34.500	34.500	38.036	38.036	1.676	1.676	850	850
HC152	ΚΥ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	1.182.194,0	1182194	65.097,0	65.097,0	8	8,0	22.080	22.080	35.265	35.265	4.992	4.992	818	818
HC153	ΚΥ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	309.446,0	309446	109.795,0	109.795,0	9	9,0	42.873	42.873	47.828	47.828	10.052	10.052	1.007	1.007
HC186	ΚΥ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	2.255.788,0	2255788	22.898,0	22.898,0	14	14,0	70.677	70.677	97.274	97.274	5.110	5.110	453	453
HC37	ΚΥ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	2.166.857,0	2166857	66.552,0	66.552,0	10	10,0	68.116	68.116	83.575	83.575	8.934	8.934	995	995
HC40	ΚΥ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	2.419.825,0	2419825	410.470,0	410.470,0	13	13,0	29.463	29.463	199.342	199.342	67.046	67.046	713	713
HC80	ΚΥ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	1.880.709,0	1880709	313.590,0	313.590,0	6	6,0	54.295	54.295	130.311	130.311	12.115	12.115	11	11
HC82	ΚΥ ΒΑΡΔΑΣ	869.618,0	869618	160.000,0	160.000,0	3	3,0	42.997	42.997	28.878	28.878	4.564	4.564	105	105

Πίνακας 69: Εξοικονόμηση πόρων (Μοντέλο IV)

A/A	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΟΡΕΑ	Δ.Υ.ΠΕ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΝΟΜΟΣ	ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
hc1	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	ΑΤΤΙΚΗΣ	2003
hc2	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	ΓΝ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	ΑΤΤΙΚΗΣ	1990
hc3	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΣΙΟΥ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	ΚΣΕΝΣΤΡΑΤΟΥΠΟΛΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ Γ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	ΑΤΤΙΚΗΣ	-
hc4	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΡΩΠΙΟΥ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	ΑΤΤΙΚΗΣ	1986
hc5	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΥΡΙΟΥ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	ΑΤΤΙΚΗΣ	1986
hc6	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	ΑΤΤΙΚΗΣ	1986
hc7	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	ΑΤΤΙΚΗΣ	1988
hc8	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΠΑΤΩΝ	Αττικής	ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	ΑΤΤΙΚΗΣ	1986
hc9	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΓΑΡΩΝ	Πειραιά & Αιγαίου	ΑΤΤΙΚΗ	ΠΓΝ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"	ΑΤΤΙΚΗΣ	1989
hc10	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΑΤΤΙΚΗ	ΠΓΝ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"	ΑΤΤΙΚΗΣ	1983
hc11	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΑΤΤΙΚΗ	ΓΝ ΝΙΚΑΙΑΣ	ΑΤΤΙΚΗΣ	1989
hc12	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΙΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΑΤΤΙΚΗ	ΤΖΑΝΕΙΟ ΓΝ	ΑΤΤΙΚΗΣ	1986
hc13	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΛΑΤΑ	Πειραιά & Αιγαίου	ΑΤΤΙΚΗ	ΤΖΑΝΕΙΟ ΓΝ	ΑΤΤΙΚΗΣ	1986
hc14	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΔ/ΣΤΡΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1986
hc15	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΖΙΧΝΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1986
hc16	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1986
hc17	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΙΓΡΙΤΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1985
hc18	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1992
hc19	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1996
hc20	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	2001
hc21	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1980
hc22	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc23	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc24	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΠΓΝ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ" ΘΕΣ/ΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc25	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΙΝΙΟΥ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν.ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	ΠΙΕΡΙΑΣ	1986
hc26	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν.ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	ΠΙΕΡΙΑΣ	1986
hc27	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc28	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	ΠΕΛΛΑΣ	1986
hc29	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc30	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΙΔΑΙΑΣ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	ΠΕΛΛΑΣ	1985
hc31	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΝΙΣΣΑΣ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	ΠΕΛΛΑΣ	1993
hc32	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ	ΗΜΑΘΙΑΣ	1985
hc33	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΓΚΑΔΑ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΠΓΝ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ" ΘΕΣ/ΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc34	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΥΔΡΑΣ	Μακεδονίας	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	ΠΕΛΛΑΣ	1992
hc35	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΚΑΒΑΛΑΣ	ΚΑΒΑΛΑΣ	1985
hc36	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝΟΥ ΘΑΣΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΚΑΒΑΛΑΣ	ΚΑΒΑΛΑΣ	1987
hc37	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΚΑΒΑΛΑΣ	ΚΑΒΑΛΑΣ	1986
hc38	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΙΝΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	ΞΑΝΘΗΣ	1986
hc39	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΠΛΑΝ. ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	ΕΒΡΟΥ	1999
hc40	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΠΛΑΝ. ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	ΕΒΡΟΥ	1986
hc41	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΔΡΑΜΑΣ	ΔΡΑΜΑΣ	1985
hc42	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΣΜΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	ΡΟΔΟΠΗΣ	1986
hc43	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΠΠΩΝ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	ΡΟΔΟΠΗΣ	1986
hc44	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΔΡΑΜΑΣ	ΔΡΑΜΑΣ	1985
hc45	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΔΡΑΜΑΣ	ΔΡΑΜΑΣ	1985
hc46	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	ΞΑΝΘΗΣ	1986
hc47	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΝ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	ΕΒΡΟΥ	1986
hc48	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	ΓΝ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	ΕΒΡΟΥ	1986
hc49	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	Μακεδονίας	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	ΦΛΩΡΙΝΑΣ	1985
hc50	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	Μακεδονίας	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΖΕΙΟ"	ΚΟΖΑΝΗΣ	1985

A/A	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΟΡΕΑ	Δ.Υ.ΠΕ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΝΟΜΟΣ	ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
hc51	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΣΟΤΥΛΙΟΥ	Μακεδονίας	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΖΕΙΟ"	ΚΟΖΑΝΗΣ	1985
hc52	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕΡΒΙΩΝ	Μακεδονίας	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΖΕΙΟ"	ΚΟΖΑΝΗΣ	1985
hc53	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	Μακεδονίας	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	1986
hc54	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	Μακεδονίας	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	ΓΡΕΒΕΝΩΝ	1984
hc55	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1986
hc56	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	2002
hc57	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΙΓΑΛΑ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	1985
hc58	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΗΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	1985
hc59	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	1986
hc60	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	1986
hc61	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΑΤΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1989
hc62	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1987
hc63	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	1986
hc64	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	1986
hc65	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	1995
hc66	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΡΟΥΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	1986
hc67	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	1986
hc68	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	1986
hc69	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	1986
hc70	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΡΟΠΑΙΩΝ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	1986
hc71	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	2004
hc72	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	1986
hc73	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΘΕΙΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	1986
hc74	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	1987
hc75	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΚΟΥΡΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1986
hc76	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΜΕΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1986
hc77	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΑΚΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗ-ΚΩΣΤΑ"	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc78	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗ-ΚΩΣΤΑ"	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1985
hc79	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΚΡΑΤΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ	ΑΧΑΪΑΣ	1986
hc80	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc81	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗ-ΚΩΣΤΑ"	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc82	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΔΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	ΗΛΕΙΑΣ	1986
hc83	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΝΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc84	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	ΑΧΑΪΑΣ	1986
hc85	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	ΑΧΑΪΑΣ	1987
hc86	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΠΛΑΚΤΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗ-ΚΩΣΤΑ"	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc87	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	ΗΛΕΙΑΣ	1987
hc88	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc89	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	ΑΧΑΪΑΣ	1988
hc90	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1986
hc91	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Γ.Ν. Πύργου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»	ΗΛΕΙΑΣ	1986
hc92	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Γ.Ν. Πύργου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»	ΗΛΕΙΑΣ	1986
hc93	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΧΑΪΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Γ.Ν. Πύργου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»	ΗΛΕΙΑΣ	2003
hc94	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Γ.Ν. – Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	ΑΧΑΪΑΣ	1986
hc95	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΗΠΕΙΡΟΣ	Γ.Ν. – Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	1986
hc96	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΗΠΕΙΡΟΣ	Γ.Ν. – Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	1985
hc97	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΝΑΝΤΩΝ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΗΠΕΙΡΟΣ	Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	ΑΡΤΑΣ	1989
hc98	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΗΠΕΙΡΟΣ	Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	ΑΡΤΑΣ	1989
hc99	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΗΠΕΙΡΟΣ	Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	ΑΡΤΑΣ	1986
hc100	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	Πελοποννήσου, δυτικής Ελλάδος Ηλείου & Ήλεως	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	1986

A/A	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΟΡΕΑ	Δ.Υ.Π.Ε	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΝΟΜΟΣ	ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
hc101	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	Πελοπόννησος, Δυτική Ελλάδα	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	1986
hc102	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΓΑΣ	Πελοπόννησος, Δυτική Ελλάδα	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	1998
hc103	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΠΠΙΔΑΣ	Πελοπόννησος, Δυτική Ελλάδα	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	1998
hc104	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	Πελοπόννησος, Δυτική Ελλάδα	ΗΠΕΙΡΟΣ	Γ.Ν. - Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	2002
hc105	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΜΥΡΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΒΟΛΟΥ	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1986
hc106	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΒΟΛΟΥ	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1986
hc107	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΒΟΛΟΥ	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1986
hc108	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΖΑΓΟΡΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΒΟΛΟΥ	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1986
hc109	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΙΑΘΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΒΟΛΟΥ	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1986
hc110	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΟΠΕΛΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΒΟΛΟΥ	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1986
hc111	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΟΝΝΩΝ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ	1987
hc112	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΣΟΝΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ	1985
hc113	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΥΡΝΑΒΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ	1987
hc114	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΑΡΣΑΛΩΝ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ	1986
hc115	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1985
hc116	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΛΑΜΑ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1985
hc117	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΦΑΔΩΝ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1985
hc118	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	1984
hc119	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΛΗΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	1986
hc120	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ	1988
hc121	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΑΡΚΑΔΩΝΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	1986
hc122	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΟΜΟΚΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	-
hc123	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	1986
hc124	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΥΛΙΔΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	1987
hc125	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	1985
hc126	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΣΤΟΜΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	ΒΟΙΩΤΙΑΣ	1986
hc127	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	1986
hc128	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΣΤΙΔΙΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	ΕΥΒΟΙΑΣ	1986
hc129	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	ΕΥΒΟΙΑΣ	1986
hc130	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	ΕΥΒΟΙΑΣ	1986
hc131	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΨΑΧΝΩΝ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	ΕΥΒΟΙΑΣ	1986
hc132	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	1987
hc133	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΘΗΒΑΣ	ΒΟΙΩΤΙΑΣ	1987
hc134	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΙΑΡΤΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	ΒΟΙΩΤΙΑΣ	1988
hc135	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΤΕΑΣ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΜΦΙΣΣΑΣ	ΦΩΚΙΔΑΣ	1987
hc136	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΙΔΩΡΙΚΙΟΥ	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΝ ΑΜΦΙΣΣΑΣ	ΦΩΚΙΔΑΣ	1986
hc137	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΛΟΒΑΣΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΑΜΟΥ "ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ"	ΣΑΜΟΥ	1986
hc138	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1987
hc139	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1986
hc140	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΗΡΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1987
hc141	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΡΟΔΟΥ	ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	1986
hc142	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΜΠΩΝΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΡΟΔΟΥ	ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	1985
hc143	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΡΟΔΟΥ	ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	1986
hc144	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΙΡΩΝ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ/ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1986
hc145	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ/ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1989
hc146	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΖΕΡΜΙΔΩΝ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ	ΛΑΣΙΘΙΟΥ	1985
hc147	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ/ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1986
hc148	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΦΩΤΕΙΝΗΣ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	1986
hc149	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	1993
hc150	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ/ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1985

A/A	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΟΡΕΑ	Δ.Υ.Π.Ε	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΦΟΡΕΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΝΟΜΟΣ	ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
hc151	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΜΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΧΑΝΙΩΝ "Ο ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	ΧΑΝΙΩΝ	1986
hc152	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΝΔΑΝΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΧΑΝΙΩΝ "Ο ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	ΧΑΝΙΩΝ	1989
hc153	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ/ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1985
hc154	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΣΣΑΜΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΧΑΝΙΩΝ "Ο ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	ΧΑΝΙΩΝ	-
hc155	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	1989
hc156	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΠΗΛΙΟΥ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	1986
hc157	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΡΑΚΑ	Κρήτης	ΚΡΗΤΗ	ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ/ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1989
hc158	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΜΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	1986
hc159	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΥ_ΑΓΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΚΕΡΚΥΡΑΣ	1987
hc160	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΚΕΡΚΥΡΑΣ	1986
hc161	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΑΞΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ	1990
hc162	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΜΑΡΚΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΚΕΡΚΥΡΑΣ	1990
hc163	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ	ΖΑΚΥΝΘΟΥ	2002
hc164	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΛΕΥΚΑΔΑΣ	ΛΕΥΚΑΔΑΣ	1986
hc165	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΔΡΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1985
hc166	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΥΚΟΝΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1986
hc167	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΤΣΑΡΑ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1993
hc168	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1986
hc169	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1986
hc170	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΝΙΤΣΑΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1988
hc171	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1987
hc172	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1989
hc173	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1993
hc174	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΡΟΣΑΤΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΚΙΛΚΙΣ	ΚΙΛΚΙΣ	1999
hc175	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΚΙΛΚΙΣ	ΚΙΛΚΙΣ	1994
hc176	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΥΡΓΙΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΧΙΟΥ	ΧΙΟΥ	1986
hc177	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΥΔΗΛΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ-ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑΡΙΑΣ	ΣΑΜΟΥ	2000
hc178	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΧΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc179	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΔΥΤΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1986
hc180	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΘΑΚΗΣ	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου &	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΝ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	1988
hc181	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΣΕΡΡΩΝ "ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	ΣΕΡΡΩΝ	1986
hc182	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1988
hc183	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΛΛΙΟΧΩΡΙΟΥ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1988
hc184	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	2002
hc185	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1990
hc186	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΩΝ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	Μακεδονίας & Θράκης	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΝ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1985
hc187	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΛΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΣΥΡΟΥ	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1989
hc188	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΤΙΣΣΑΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"	ΛΕΣΒΟΥ	1986
hc189	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"	ΛΕΣΒΟΥ	1986
hc190	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΙΧΝΙΤΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"	ΛΕΣΒΟΥ	1986
hc191	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΜΟΝΗΣ	Πειραιά & Αιγαίου	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΓΝ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"	ΛΕΣΒΟΥ	1986
hc192	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΤΜΟΥ	Πειραιά & Αιγαίου	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ-ΚΥ ΛΕΡΟΥ	ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	-

Πίνακας 70: Στοιχεία Κέντρων Υγείας