



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ – ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Π.Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΡΙΓΑΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

A.M.: 167

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:
ΚΑΡΑΜΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ – ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Π.Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΡΙΓΑΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

A.M.: 167

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:

ΚΑΡΑΜΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019

THE EFFECTS OF THE ECONOMIC CRISIS

ON THE HEALTH SECTOR IN GREECE

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Π.Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής
Κωνσταντίνος Καραμάνης
Αναπληρωτής Καθηγητής
2. Μέλος επιτροπής
Ειρήνη Τριάρχη
Λέκτορας
3. Μέλος επιτροπής
Γεώργιος Κόλιας
Ακαδημαϊκός Υπότροφος

Πνευματικά Δικαιώματα

© Ρίγανη Γεωργία, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις διατάξεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Ρίγανη Γεωργία

Υπογραφή

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου κύριο Καραμάνη Κωνσταντίνο για την συνεισφορά και την εμπιστοσύνη που με περιέβαλε στην σύνταξη της Διπλωματικής μου Εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ τον Προϊστάμενο της Πληροφορικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κύριο Τρεμπέλη Κωνσταντίνο για την πολύτιμη βοήθειά του.

Ευχαριστώ θερμά επίσης την κυρία Πάππου Βασιλική για την ανεκτίμητη βοήθειά της και την ηθική της συμπαράσταση.

Τέλος, ευχαριστώ τον σύζυγό μου Πετρόπουλο Γεώργιο για την υπομονή και την αμέριστη βοήθειά του.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διερευνά, τόσο θεωρητικά, όσο και σε πρακτικό επίπεδο, την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις πολιτικές υγείας στην Ελλάδα. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα ξεκίνησε το 2008-2009 και είχε ως αποτέλεσμα την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων και μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, με σκοπό κυρίως την μείωση των δαπανών και την βελτίωση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας. Για την καλύτερη παρουσίαση του θέματος η παρούσα εργασία δομήθηκε σε τέσσερα συνολικά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη εισαγωγή στο ιστορικό της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, όπου γίνεται αναφορά στην εκδήλωση της κρίσης, στα αίτια της, στα μέτρα αντιμετώπισης που λήφθηκαν και στις επιπτώσεις της, κυρίως στις κοινωνικές. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα όπου αναλυτικά συζητούνται η ιστορική εξέλιξη του τομέα και η δομή και η οργάνωση του. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας. Τα κυριότερα θέματα που συζητούνται είναι οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και η πορεία τους, οι επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, οι επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, καθώς οι οργανωτικές μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα, όπως η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, τα μέτρα για την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, τα μέτρα παρακολούθησης και αξιολόγησης του συστήματος υγείας και οι επιπτώσεις στην φαρμακευτική αγορά, ενώ τέλος καταγράφονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική και γενική υγεία των πολιτών. Στο τέταρτο κεφάλαιο μελετώνται οι επιπτώσεις της κρίσης στο Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική κρίση, σύστημα υγείας, πολιτικές υγείας, μεταρρυθμίσεις

Summary

The present work investigates, both in theory and in practical terms, the impact of the economic crisis on health policies in Greece. The economic crisis in Greece started the 2008-2009 and resulted in the application of a series of measures and reforms in the health system in Greece, in order to reduce costs and improve the efficiency of health units. For the best presentation on the present work was structured in four total funds. In the first chapter made a brief introduction to the history of the financial crisis in Greece, where reference is made in the event of a crisis, the causes, measures taken and the impact of, mainly on social. The second chapter presents the health sector in Greece where he discussed in detail the historical development of the field and the structure and organisation. In the third chapter reviews the literature on the effects of the economic crisis.

Keywords: economic crisis, health system, health policies, reforms

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iv
Summary.....	v
Εισαγωγή.....	xi
Κεφάλαιο 1ο: Το ιστορικό της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	13
1.1. Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	13
1.2. Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	16
1.3. Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	18
1.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	20
1.5. Τρέχουσα κατάσταση και το μέλλον.....	23
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα.....	27
2.1. Ιστορική εξέλιξη.....	27
2.2. Δομή και οργάνωση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα.....	33
2.2.1. Ο δημόσιος τομέας της υγείας.....	33
2.2.2. Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας.....	35
2.2.3. Μέγεθος δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας.....	36
2.2.4. Εθελοντικές οργανώσεις, ΜΚΟ και άτυπα δίκτυα υγείας.....	38
2.2.5. Κεντρική Οργάνωση και Διοίκηση.....	39
Κεφάλαιο 3ο: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας.....	43
3.1. Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης.....	43
3.2. Ανθρώπινο Δυναμικό στον τομέα της υγείας.....	47
3.3. Παροχή υπηρεσιών υγείας.....	50
3.4. Οργανωτικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας.....	55
3.4.1. Ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων.....	55
3.4.2. Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού.....	58
3.4.3. Παρακολούθηση και αξιολόγηση συστήματος υγείας.....	60
3.4.4. Φαρμακευτική αγορά.....	61
3.4.5. Αποδοτικότητα νοσοκομείων.....	68
3.5. Η επίδραση στην ψυχική και γενική υγεία.....	69
Κεφάλαιο 4ο: Μελέτη Περίπτωσης.....	73
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	73
Η παρούσα Μελέτη Περίπτωσης αφορά το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και της Οικονομικής-Κοινωνικές επιπτώσεις που επέφερε η κρίση σε αυτό.....	73

4.1. ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ	73
4.2. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	78
4.3. ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	81
4.3.1. ΚΙΝΗΣΗ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2001 – 2017	91
4.4. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ.....	96
ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	96
4.5. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ Ε.Ι.	102
4.6. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)	106
4.7. ΚΛΙΝΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ.....	111
4.7.1 ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ – ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	111
4.7.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	113
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	116
4.7.3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ 2007 - 2017	118
4.8. ΚΙΝΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2002 - 2017	120
4.9. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	122
4.9.1 ΚΙΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ (2007 – 2017).....	125
4.9.2 ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ 2001 - 2017	127
4.9.3 ΚΙΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2001 – 2017	130
4.10. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ	133
4.11. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	135
4.12. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	139
4.12.1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	139
4.12.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	142
4.12.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	145
4.13. ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	149
4.14. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ & ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΟ ΕΡΓΟ	154
4.15. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ	161
4.16. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ.....	162
Συμπεράσματα.....	170
Βιβλιογραφία.....	173

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.3.....	19
Πίνακας 2.2.1.....	35
Πίνακας 3.1.....	46
Πίνακας 4.2.....	80
Πίνακας 4.3.....	84
Πίνακας 4.3.A.....	86
Πίνακας 4.3.1.....	95
Πίνακας 4.4.....	100
Πίνακας 4.5.....	106
Πίνακας 4.6.....	107
Πίνακας 4.6.A:.....	109
Πίνακας 4.6.B:.....	111
Πίνακας 4.7.1:.....	112
Πίνακας 4.7.2.....	115
Πίνακας 4.7.3.....	119
Πίνακας 4.8.....	120
Πίνακας 4.9.1.....	125
Πίνακας 4.10.....	133
Πίνακας 4.11.....	136
Πίνακας 4.11.A.....	137
Πίνακας 4.11.B.....	138
Πίνακας 4.12.1.....	140
Πίνακας 4.12.1.A.....	141
Πίνακας 4.13.....	149
Πίνακας 4.14.....	155

Κατάλογος Διαγραμμάτων/Εικόνων

Διάγραμμα 1.1.....	13
Διάγραμμα 1.1.A.....	15
Διάγραμμα 1.1.B.....	16
Διάγραμμα 1.4.....	21
Διάγραμμα 2.2.3.....	37
Διάγραμμα 3.2.....	48
Διάγραμμα 3.4.4.....	63
Διάγραμμα 4.2.....	80
Διάγραμμα 4.2.A.....	81
Διάγραμμα 4.3.....	82
Διάγραμμα 4.3.A.....	83
Διάγραμμα 4.3.B.....	85
Διάγραμμα 4.3.Γ.....	87
Διάγραμμα 4.3.Δ.....	87
Διάγραμμα 4.3.E.....	88
Διάγραμμα 4.3.Z.....	88
Διάγραμμα 4.3.H.....	90
Διάγραμμα 4.6.....	108
Διάγραμμα 4.6.A.....	109
Διάγραμμα 4.6.B.....	110
Διάγραμμα 4.6.Γ.....	110
Διάγραμμα 4.7.2.....	117
Διάγραμμα 4.8.....	121
Διάγραμμα 4.9.....	123
Διάγραμμα 4.9.A.....	124
Διάγραμμα 4.9.B.....	124
Διάγραμμα 4.9.2.....	129
Διάγραμμα 4.9.2.A.....	129
Διάγραμμα 4.9.3.....	130
Διάγραμμα 4.9.3.A.....	130
Διάγραμμα 4.9.3.B.....	131
Διάγραμμα 4.9.3.Γ.....	131
Διάγραμμα 4.9.3.Δ.....	132
Διάγραμμα 4.9.3.E.....	132
Διάγραμμα 4.10.....	134
Διάγραμμα 4.10.A.....	134
Διάγραμμα 4.11.....	136
Διάγραμμα 4.11.A.....	137
Διάγραμμα 4.11.B.....	138

Διάγραμμα 4.12.1	140
Διάγραμμα 4.12.2	142
Διάγραμμα 4.12.2.A	142
Διάγραμμα 4.12.2.B.....	143
Διάγραμμα 4.12.2.Γ.....	143
Διάγραμμα 4.12.2.Δ.....	144
Διάγραμμα 4.12.2.Ε.....	144
Διάγραμμα 4.12.3	145
Διάγραμμα 4.12.3.A	146
Διάγραμμα 4.12.3.B.....	146
Διάγραμμα 4.12.3.Γ.....	147
Διάγραμμα 4.12.3.Δ.....	148
Διάγραμμα 4.12.3.Ε.....	149
Διάγραμμα 4.13	150
Διάγραμμα 4.13.A	151
Διάγραμμα 4.13.B.....	152
Διάγραμμα 4.13.Γ.....	153
Διάγραμμα 4.13.Δ.....	153
Διάγραμμα 4.14	155
Διάγραμμα 4.14.A	156
Διάγραμμα 4.14.B.....	156
Διάγραμμα 4.14.Γ.....	157
Διάγραμμα 4.14.Δ.....	157
Διάγραμμα 4.14.Ε.....	158
Διάγραμμα 4.14.Z.....	158
Διάγραμμα 4.14.Η.....	159
Διάγραμμα 4.14.Θ.....	159

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.....	73
Εικόνα 2-3.....	121
Εικόνα 4-7.....	126
Εικόνα 8	133
Εικόνα 9	135
Εικόνα 10-11	160

Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η οποία ξεκίνησε το 2008-2009, είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ελληνική κοινωνία και στο σύστημα υγείας. Το εξαιρετικά συγκεντρωτικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό μοντέλο που ενσωματώνει τόσο τη φορολογική χρηματοδότηση όσο και την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Ιστορικά, αρκετές διαρθρωτικές και λειτουργικές ανεπάρκειες στο πλαίσιο του συστήματος υγείας απαιτούσαν αντιμετώπιση, ωστόσο οι προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης είχαν αποτύχει ή καθυστερήσει σημαντικά κατά τη φάση υλοποίησης.

Τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής της χώρας, που η Ελλάδα υπέγραψε με τους δανειστές της, λειτούργησε ως καταλύτης για την εφαρμογή πολλαπλών μεταρρυθμίσεων στο Ελληνικό σύστημα, με στόχο όχι μόνο τη μείωση των δαπανών του δημόσιου τομέα, αλλά και τη διόρθωση των ανισοτήτων και των ανεπαρειών. Από το 2010, οι μεταρρυθμίσεις αυτές περιλαμβάνουν τη δημιουργία ενός μόνο αγοραστή για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΟΠΥΥ), την τυποποίηση της δέσμης παροχών, την αποκατάσταση της καθολικής κάλυψης και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, τη σημαντική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών μέσω μέτρων ζήτησης και προσφοράς και σημαντικές αλλαγές στις προμήθειες και τα συστήματα νοσοκομειακών πληρωμών. Όλα αυτά τα μέτρα αναλήφθηκαν στο πλαίσιο των σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών.

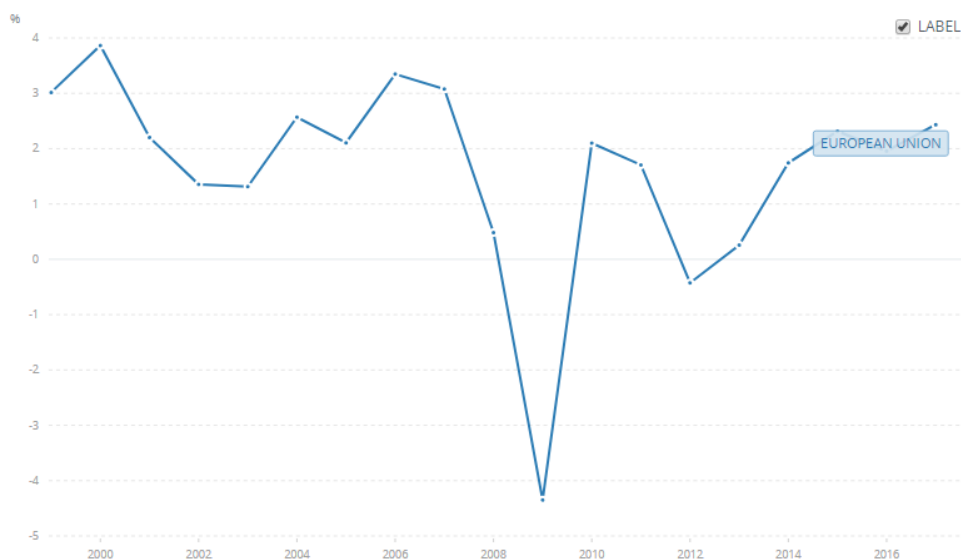
Μια σημαντική αναμόρφωση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί προτεραιότητα κατά την περίοδο 2018-2021. Εξακολουθούν να υπάρχουν πολλές άλλες προκλήσεις, όπως η εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (και η μείωση των υψηλών επιπέδων δαπανών για την υγεία), η διατήρηση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης και της πρόσβασης στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας και η ενίσχυση του σχεδιασμού, του συντονισμού και της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας. Ενώ η επικρατούσα μεταρρύθμιση που εφαρμόστηκε μέχρι στιγμής, επικεντρώθηκε στη μείωση του κόστους, φαίνεται πως υπάρχει ανάγκη να γίνει και σε μακροπρόθεσμες στρατηγικές.

Κεφάλαιο 1ο: Το ιστορικό της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

1.1. Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η ύφεση στην Ελλάδα είναι απόρροια της οικονομικής ύφεσης που ξεκίνησε στις ΗΠΑ το 2007, και χρονικά εντοπίζεται στο 2008. Η κρίση στην αγορά των ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού ρίσκου των Ηνωμένων Πολιτειών ήταν μια σειρά γεγονότων και συνθηκών που οδήγησαν στην οικονομική κρίση του 2007-2008, η οποία χαρακτηρίστηκε από την άνοδο των υποτιμήσεων των στεγαστικών δανείων και των κατασχέσεων, καθώς και τη συνακόλουθη υποχώρηση των τίτλων στους οποίους στηρίχθηκαν οι εν λόγω υποθήκες (Pajarskas και Jociene, 2014).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε το 2008 στην αγορά των στεγαστικών δανείων στις ΗΠΑ, επηρέασε έντονα τις οικονομίες της ζώνης του ευρώ και ιδιαίτερα ορισμένες χώρες, όπως η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ελλάδα και η Κύπρος. Αποτέλεσε την βασική αιτία, η οποία οδήγησε σε πτώση της οικονομικής ανάπτυξης στη ζώνη του ευρώ (ΑΕΠ), η οποία υποχώρησε έντονα (Βαρουφάκης, κ.α., 2011) (Διάγραμμα 1.1.).



Διάγραμμα 1.1. Ανάπτυξη ΑΕΠ (ετήσια %) στη ζώνη του ευρώ, 1999-2016

Πηγή: The World Bank, 2018

Στην ουσία, η κρίση στην Ευρωζώνη ήταν μια κρίση χρέους. Οι χώρες της Ευρωζώνης δανείστηκαν σε μεγάλο βαθμό, κυρίως για να χρηματοδοτήσουν την τρέχουσα

κατανάλωση, καθώς τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα στην υπόλοιπη Ευρώπη ήταν πρόθυμα να δανείσουν. Οι μεγάλες ανισορροπίες του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών εξελίχθηκαν, καθώς τα κεφάλαια και τα αγαθά έπεσαν από χώρες με πλεονάσματα τρεχουσών συναλλαγών σε χώρες με ελλείμματα τρεχουσών συναλλαγών. Ο δανεισμός τροφοδοτήθηκε από την οικονομική επέκταση, η οποία εξελίχθηκε σε μια έκρηξη και στη συνέχεια μια φούσκα, η οποία ήταν σε μεγάλο βαθμό στις αγορές κατοικιών. Όταν η φούσκα ξέσπασε, οι δανειοδοτήσεις σταμάτησαν και οι υπερχρεωμένες χώρες βρέθηκαν σε θέση να μην μπορούν να εξυπηρετήσουν τα χρέη τους, να μην έχουν τη δυνατότητα να αντισταθμίσουν την κατάρρευση της εγχώριας ζήτησης από τις εξαγωγές και να μην μπορούν να δανειστούν πρόσθετα κεφάλαια για να καλύψουν τα ελλείμματα των συνεχιζόμενων πληρωμών τους (Baldwin και Giavazzi, 2015).

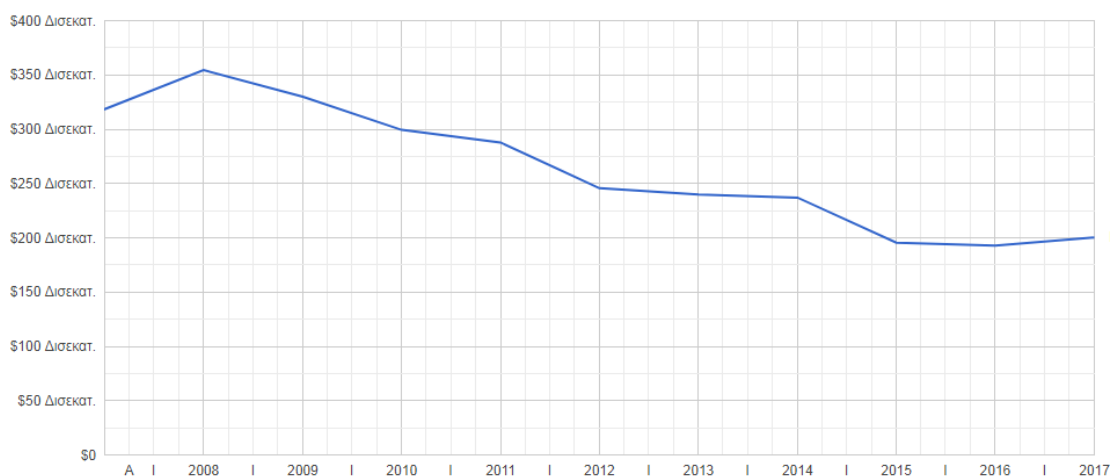
Η Ελλάδα ήταν μια από τις χώρες, που επηρεάστηκε σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με άλλες χώρες της ευρωζώνης από την οικονομική κρίση στην ευρωζώνη. Μετά την είσοδο της, στην ΟΝΕ (Οικονομική Νομισματική Ένωση), η χώρα επωφελήθηκε σε κάποιο βαθμό από τα πλεονεκτήματα που προσέφερε αυτή η κίνηση, ωστόσο το δημόσιο χρέος της συνέχισε να αυξάνεται, καθώς το έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης ήταν σταθερά πάνω από το επιτρεπτό όριο (3% του ΑΕΠ), όπως αυτό είχε τεθεί στη Συνθήκη του Μάαστριχ. Μετά την είσοδο στην ΟΝΕ, οι αντιλήψεις για τη σταθερότητα του νομίσματος, επέτρεψαν στη χώρα, να έχει πρόσβαση σε μεγαλύτερα κεφάλαια και σε δανεισμό με ευνοϊκότερους όρους, το οποίο οδήγησε σε συνεχείς δανεισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους οδήγησαν σε διόγκωση του δημόσιου χρέους στο διάστημα (Ρομπότι και Φερόνας, 2012).

Αν και η χώρα τέθηκε σε διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος στην περίοδο 2006-2007, εντούτοις δεν της επιβλήθηκαν κυρώσεις. Ταυτόχρονα η ανταγωνιστικότητα της, επιδεινώθηκε κατά περίπου 30% στην περίοδο 2001-2009, ενώ το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών αυξήθηκε από 11,5% του ΑΕΠ το 2001 σε 18,0% του ΑΕΠ το 2008. Στα τέλη του 2009, η Ελλάδα αναγνώρισε ότι το δημοσιονομικό της έλλειμμα ήταν υποεκτιμημένο (12,7% του ΑΕΠ, έναντι 3,7% που είχε αναφερθεί δημόσια). Οι οργανισμοί αξιολόγησης υποβάθμισαν τις ελληνικές τράπεζες και το δημόσιο χρέος. Στα τέλη του 2009, το δημόσιο χρέος της ήταν πάνω από το 113% του ΑΕΠ, πολύ περισσότερο από το όριο της ζώνης του ευρώ (60%). Η κρίση εμπιστοσύνης λόγω του υψηλού δημοσιονομικού ελλείμματος και του χρέους, χαρακτηρίστηκε από τη διεύρυνση

των αποδόσεων των ομολόγων και την ασφάλιση κινδύνου στις συμβάσεις αντιστάθμισης πιστωτικού κινδύνου (Anand et al, 2012; Lapavitsas, 2012).

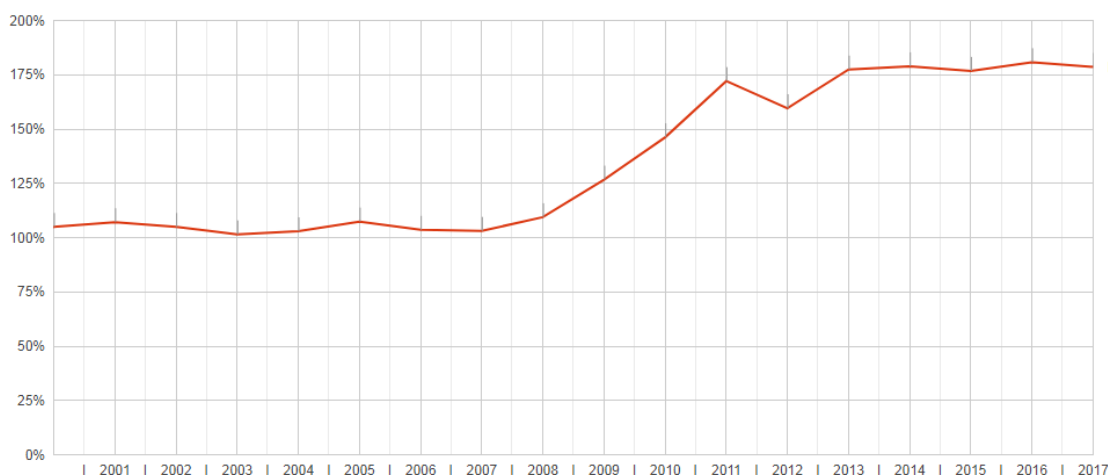
Ως αποτέλεσμα η κρίση του χρέους επιδεινώθηκε το 2009 και κορυφώθηκε το 2010, αποκαλύπτοντας τις χρόνιες αδυναμίες του ελληνικού οικονομικού και πολιτικού συστήματος (Βαρουφάκης, κ.α., 2011). Για πολλούς, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι παραπάνω εξελίξεις, θεωρήθηκαν ως ένα αίτιο της οικονομικής κρίσης στην Ευρωζώνη, που επηρέασε και άλλες χώρες, όπως κυρίως η Κύπρος (Anand et al, 2012).

Το 2009 οι ερωτήσεις σχετικά με τη βιωσιμότητα των ελληνικών δημόσιων οικονομικών κατέστρεψαν την εμπιστοσύνη των επενδυτών και απέκλεισαν τη χώρα από τις χρηματοπιστωτικές αγορές, όταν η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες χώρες, χρησιμοποιούσε επεκτατικές δημοσιονομικές πολιτικές για να ανακάμψει από την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008-2009. Χωρίς πρόσβαση στις κεφαλαιαγορές, αυξήθηκε η αβεβαιότητα σχετικά με το εάν η Ελλάδα θα ήταν σε θέση να εξοφλήσει το χρέος της. Το 2008 η οικονομία της χώρας συρρικνώθηκε κατά 25% (Διάγραμμα 1.2.) και το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από περίπου 100% του ΑΕΠ σε πάνω από 180% του ΑΕΠ (Διάγραμμα 1.3.) (Kouretas και Vlamis, 2010; Nelson et al, 2015).



Διάγραμμα 1.1.A. Διαχρονική εξέλιξη ΑΕΠ (σε \$) στην Ελλάδα, 2008-2017

Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα, 2018



Διάγραμμα 1.1.Β. Δημόσιο χρέος, ως % του ΑΕΠ στην Ελλάδα, 2001-2017

Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα, 2018

Μετά το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης, η ελληνική οικονομία θεωρήθηκε ως η 27η μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο με βάση το κατά κεφαλήν ΑΕΠ το οποίο έφτασε στα 32.100 δολάρια ΗΠΑ. Παρόλα αυτά, η χώρα, ως επακόλουθο της παγκόσμιας ύφεσης, εισήλθε σε παρατεταμένη και διαρκή οικονομική ύφεση από τις αρχές του 2009. Το ΑΕΠ στην Ελλάδα άρχισε να παρουσιάζει αμελητέο ρυθμό ανάπτυξης από τους τελευταίους μήνες του 2007 και αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης μέχρι το 2014, όταν έφθασε το θετικό 0,8%. Παράλληλα, το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 105,4% του ΑΕΠ το 2007, σε 175% το 2013 και 177,1% το 2014. Για να αντιμετωπιστεί η σοβαρή οικονομική κατάσταση και για να αποφευχθεί μια ενδεχόμενη αθέτηση υποχρεώσεων που θα έθετε σε κίνδυνο τη σταθερότητα της παγκόσμιας οικονομίας, η διεθνής κοινότητα και η ελληνική κυβέρνηση συμφώνησαν σε δύο πακέτα διάσωσης - τα λεγόμενα Μνημόνια Οικονομικών και Χρηματοοικονομικών Πολιτικών. Σε αντάλλαγμα η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε μεγάλης κλίμακας διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και μέτρα λιτότητας υπό την άμεση εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, την ΕΚΤ και το ΔΝΤ- συλλογικά γνωστά ως "Τρόικα" - ενώ προχώρησε στον περιορισμό των δημόσιων δαπανών της (Economou et al, 2016).

1.2. Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση ήταν το αποτέλεσμα κυρίως των χρόνιων μακροοικονομικών ανισορροπιών της ελληνικής οικονομίας. Καθώς η Ελλάδα προετοιμάστηκε στη δεκαετία του 1990, για να υιοθετήσει το ευρώ ως το εθνικό της νόμισμα, το κόστος δανεισμού της μειώθηκε δραματικά. Οι επενδυτές είχαν την πεποίθηση ότι η ευρωζώνη και η κοινή

νομισματική πολιτική της που θα διαχειριζόταν συντηρητικά η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), καθώς και οι κανόνες που θα περιόριζαν τα ελλείμματα και το χρέος, θα ενίσχυαν τις παραδοσιακά ασθενέστερες οικονομίες, όπως η Ελλάδα. Η ελληνική κυβέρνηση επωφελήθηκε από το χαμηλότερο κόστος δανεισμού, καθώς το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 68% του ΑΕΠ το 1990 σε πάνω από 100% του ΑΕΠ το 2006. Ωστόσο, η εισροή κεφαλαίων στην Ελλάδα και η χαλαρή επιβολή κανόνων σχετικά με τα δημόσια οικονομικά δεν οδήγησαν σε θεμελιώδη αλλαγή στον τρόπο διαχείρισης της ελληνικής οικονομίας ή των επενδύσεων που ενίσχυσαν την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας (Nelson et al, 2015). Μετά την είσοδο στη ζώνη του ευρώ, η χώρα γνώρισε σημαντική οικονομική ανάπτυξη, η οποία βασίστηκε κυρίως στον εξωτερικό δανεισμό. Παρ' όλα αυτά οι ελληνικές κυβερνήσεις δεν κατάφεραν να μειώσουν τα δημοσιονομικά ελλείμματα κάτω από το 3% του ΑΕΠ, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης, με αποτέλεσμα η χώρα να τεθεί υπό τον δημοσιονομικό έλεγχο της ΕΕ από το 2004, με σύντομη διακοπή το 2007. Η δημοσιονομική κατάσταση επιδεινώθηκε δραματικά το 2008 και το 2009, καθώς η επεκτατική δημοσιονομική πολιτική είχε ως κύριο λόγο την αύξηση των δαπανών στο τέλος του 2009 σε πάνω από 50% του ΑΕΠ (Kouretas και Vlamis, 2010; Kouretas, 2015).

Εκτός των παραπάνω μακροοικονομικών ανισορροπιών, η έλλειψη ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας ήταν ένα ακόμα πιο οξύ πρόβλημα που συντέλεσε στην οικονομική ύφεση στη χώρα. Η απώλεια ανταγωνιστικότητας αντικατοπτρίζεται στο τεράστιο έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Κατά την περίοδο 2001-2009, τόσο ο πληθωρισμός όσο και οι μισθοί αυξήθηκαν, προσαρμοσμένοι για τις μεταβολές της παραγωγικότητας, υπερβαίνοντας τις μέσες αυξήσεις στην υπόλοιπη ζώνη του ευρώ. Κατά την περίοδο αυτή, η ανταγωνιστικότητα, όπως μετράται από τις τιμές καταναλωτή, μειώθηκε κατά 20%, ενώ με βάση το κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος, μειώθηκε κατά 25%. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι μισθοί ανατιμήθηκαν σε πραγματικούς όρους κατά 5,5% στον τομέα των εμπορικών συναλλαγών και κατά 16,5% στις μη εμπορεύσιμες συναλλαγές. Οι σχετικά υψηλοί ρυθμοί αύξησης σε συνδυασμό με την πτώση της ανταγωνιστικότητας οδήγησαν σε αύξηση του ελλείμματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών από 7% του ΑΕΠ το 2001 σε 14,5% του ΑΕΠ το 2008. Τέλος, το εξωτερικό χρέος της Ελλάδας αυξήθηκε από 94% το 2003, σε περίπου 200 % στο τέλος του 2010, γεγονός που συνεπάγεται ότι οι σημαντικές πληρωμές τόκων σε ξένους κατόχους ελληνικών χρηματοοικονομικών

περιουσιακών στοιχείων οδήγησαν σε επιδείνωση του ελλείμματος του ισοζυγίου εισοδημάτων και συνεπώς στο έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (Kouretas, 2015).

Μια σειρά από άλλους παράγοντες συντέλεσαν επίσης στην οικονομική ύφεση στην χώρα, όπως η χαμηλή παραγωγικότητα της ελληνικής οικονομίας και οι στρεβλώσεις στον ιδιωτικό τομέα οι οποίες κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες οδήγησαν σε δραματική μείωση της παραγωγής του βιομηχανικού τομέα της οικονομίας. Η πραγματική ανατίμηση των μισθών στον μη-εμπορεύσιμο τομέα, σε συνδυασμό με τη δραματική αύξηση του μεγέθους του δημόσιου τομέα, οδήγησε σε ανακατανομή του κεφαλαίου και της εργασίας μακριά από τον ιδιωτικό τομέα και ιδιαίτερα από τομείς που προσανατολίζονται προς τις εξαγωγές, οδηγώντας στην απώλεια ανταγωνιστικότητας και την αύξηση του ελλείμματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (Kouretas, 2015). Το μεγάλο μέγεθος του δημοσίου τομέα ήταν το αποτέλεσμα της βαθιάς κουλτούρας νεοποτισμού και φαβοριτισμού του πολιτικού συστήματος της χώρας. Το πολιτικό σύστημα που λειτουργούσε για την ανταλλαγή ψήφων για θέσεις εργασίας προκάλεσε σοβαρές ζημιές στην ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας (Pappas και Assimakopoulou, 2012).

Επιπρόσθετα, κρίσιμο ήταν και το ζήτημα της φοροδιαφυγής ως αποτέλεσμα της τεράστιας σκιώδους οικονομίας στην Ελλάδα. Το φορολογικό σύστημα καθώς και η γενική στάση ορισμένων επαγγελματικών ομάδων της ελληνικής κοινωνίας προς την συστηματική αποφυγή δήλωσης του πραγματικού εισοδήματός τους ήταν μία από τις κύριες πηγές των δημοσιονομικών ελλειμμάτων (Matsaganis et al, 2012).

1.3. Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Όταν η χρηματοπιστωτική κρίση εκδηλώθηκε στην Ελλάδα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΔΝΤ και η ΕΚΤ συμφώνησαν ότι η αδυναμία πληρωμής του δημοσίου χρέους θα ήταν εξαιρετικά επικίνδυνη και θα έπρεπε να αποφευχθεί με κάθε κόστος, καθώς η ενδεχόμενη αθέτηση των υποχρεώσεων της θα μπορούσε να προκαλέσει σημαντική πτώχευση στα ομόλογα άλλων μελών της Ευρωζώνης με υψηλά επίπεδα χρέους. Ο φόβος της εξάπλωσης της οικονομικής ύφεσης και της χρηματοπιστωτικής αναταραχής οδήγησε σε μεγάλη πολιτική αντίδραση από τους θεσμούς της Ευρώπης, την ελληνική κυβέρνηση και τις κεντρικές τράπεζες τον Μάιο του 2010 για να αποφευχθεί η ελληνική αθέτηση (Belkin et al, 2011; Colasanti, 2016).

Αρχικά η Ελλάδα έλαβε μια σειρά διμερών δανείων το 2010, από το ΔΝΤ (30 δις €) και από τις χώρες της ζώνης του ευρώ (80 δις €). Αυτό ήταν και το πρώτο, από τα τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής που έλαβε συνολικά η χώρα (Βαρουφάκης, κ.α., 2011). Ωστόσο από τα χρήματα αυτά, μόνο τα 52,9 δις € αξιοποιήθηκαν στην πραγματικότητα κατά τη διάρκεια του προγράμματος αυτού. Το 2011 η μακροοικονομική επίδοση της χώρας συνέχισε να επιδεινώνεται, με αποτέλεσμα η χώρα να αναγκαστεί να λάβει πρόσθετη χρηματοδοτική στήριξη, με βάση το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής, κατά το οποίο λήφθηκε νέο δάνειο ύψους 130 δις € από το ΔΝΤ (110 δις €) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας-ΕΤΧΣ (20 δις €). Το ΕΤΧΣ δημιουργήθηκε αποκλειστικά για το σκοπό αυτό. Το ΔΝΤ θα παρείχε 20 δις €, μέσω της Διευρυμένης Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης (Extended Fund Facility-EFF) για να εξασφαλίσει μεγαλύτερη διάρκεια πληρωμής για τα δάνεια. Οι χώρες της ευρωζώνης θα δάνειζαν επιπλέον 110 δις € μέσω του ΕΤΧΣ, το οποίο μέχρι τότε είχε ήδη αρχίσει να λειτουργεί. (Hardouvelis και Gkionis, 2016).

	Ευρωζώνη	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο	Σύνολο	Σωρευτικό Άθροισμα
Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής	52,9	20,1	73,0	70,3
Δεύτερο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής	130,9	12,0	142,9	215,9
Τρίτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής	86,0	-	86,0	301,9

Πίνακας 1.3. Προγράμματα Δημοσιονομικής Προσαρμογής στην Ελλάδα σε δις €.

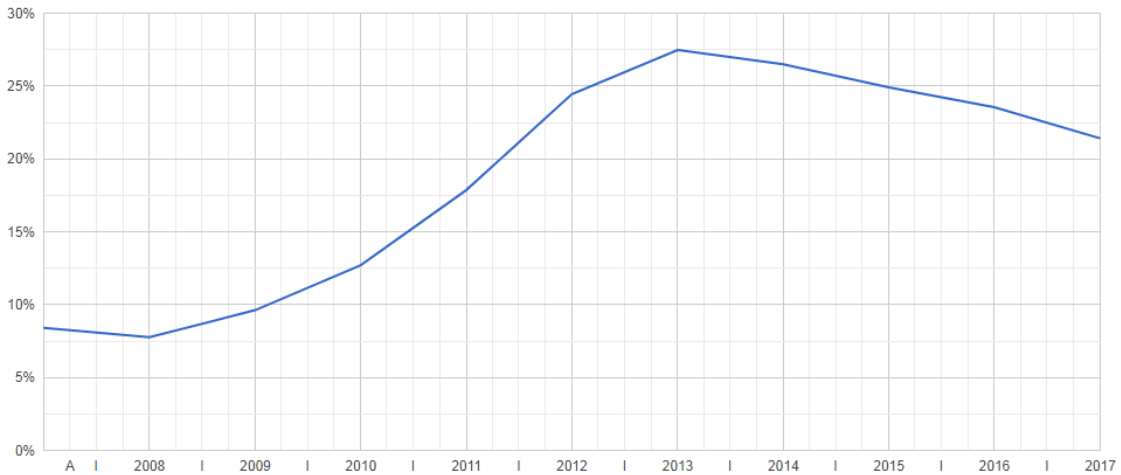
Πηγή: Colasanti, 2016.

Η χώρα έλαβε επίσης ένα τρίτο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής τον Ιούλιο του 2015, στο τέλος μιας δύσκολης περιόδου διαπραγμάτευσης με την κυβέρνηση που ψηφίστηκε έπειτα από τις γενικές εκλογές του Ιανουαρίου του 2015. Η χρηματοδοτική στήριξη ήταν ύψους 86 δις € και θα διατεθεί από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (ΕΜΣ), ο οποίος αντικατέστησε το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας. Η Ελλάδα δεν θα χρειαστεί να αρχίσει να επιστρέφει τα δάνειά της στον ΕΜΣ πριν από το 2034, ενώ η συνολική αποπληρωμή του συνολικού χρέους προβλέπεται να ολοκληρωθεί το 2059 (Colasanti, 2016).

Σε ότι αφορά τον τραπεζικό τομέα, καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης, η Τράπεζα της Ελλάδος ήταν ο φύλακας της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας, προστατεύοντας πλήρως όλους τους καταθέτες (ανεξαρτήτως τύπου και μεγέθους) και υποστηρίζοντας την οικονομία και το δημόσιο συμφέρον. Αρχικά, αυτό επιτεύχθηκε μέσω του νόμου του 2008 που παρείχε κεφαλαία στήριξης για τις ελληνικές τράπεζες και τους επέτρεψε να εκδίδουν κρατικά εγγυημένα ομόλογα τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε πράξεις αναχρηματοδότησης. Ωστόσο, με την έναρξη της κρίσης χρέους, η κατάσταση εντατικοποιήθηκε απαιτώντας συνεχή δράση από την Τράπεζα της Ελλάδος σε δύο ευρύτερα μέτωπα: προς την εξασφάλιση επαρκούς παροχής ρευστότητας και προς της διαχείριση της ανακεφαλαιοποίησης, της εξυγίανσης και της αναδιάρθρωσης των ελληνικών τραπεζών. Όσον αφορά την παροχή ρευστότητας, ο ρόλος της Τράπεζας της Ελλάδας ήταν κρίσιμος προς το σκοπό της διασφάλισης της συνεχούς παροχής ρευστότητας σε τράπεζες χρησιμοποιώντας ένα από τα παλαιότερα διαθέσιμα μακροπροληπτικά εργαλεία, εκείνο του δανειστή της έσχατης λύσης. Σε διάφορες περιπτώσεις, η Τράπεζα της Ελλάδος επέκτεινε την ELA στο τραπεζικό σύστημα. Αυτό συνέβαλε στη διατήρηση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας διασφαλίζοντας ότι τα προβλήματα ρευστότητας δεν θα μετατρέπονταν σε προβλήματα φερεγγυότητας (Stournaras, 2016).

1.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα, είχε μεταξύ άλλων, σημαντικές κοινωνικές συνέπειες. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του κοινωνικού τοπίου στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ήταν η απότομη αύξηση των ποσοστών ανεργίας. Τα ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα, πριν από το Μάιο του 2008 ήταν στο χαμηλότερο επίπεδο τους για μια δεκαετία, φθάνοντας το 6,6% του εργατικού δυναμικού (δηλ. 325.000 άτομα). Παρόλα αυτά, από τότε ξεκίνησε μια ανοδική πορεία, με τον αριθμό των απασχολούμενων να μειώνεται κατά 20% (δηλαδή 930.000 άτομα) κατά την περίοδο 2010-2013. Ειδικότερα, ως επακόλουθο των εφαρμοζόμενων οικονομικών μέτρων, τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν εν μέσω της οικονομικής ύφεσης από 7,7% το 2008, σε 9,5% το 2009, σε 12,6% το 2010, σε 17,7% το 2011, σε 24,3% το 2012, σε 27,5% το 2013 και σε 26,5% το 2014 (Διάγραμμα 1.4.). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2015 το 25,6% των πολιτών βρέθηκε άνεργο, το υψηλότερο ποσοστό που καταγράφηκε στην Ευρωζώνη (Economou et al, 2016).



Διάγραμμα.1.4. Ποσοστό ανεργίας, Ελλάδα, 2008-2017

Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα

Το δεύτερο χαρακτηριστικό του κοινωνικού τοπίου στην Ελλάδα εν μέσω της οικονομικής συρρίκνωσης ήταν η αύξηση των ποσοστών φτώχειας. Ο πληθυσμός που κινδυνεύει από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό αυξήθηκε από 28,1% το 2008 σε 35,7% το 2013 και 36% το 2014. Επιπλέον, από την έναρξη της κρίσης, το 93,7% των νοικοκυριών κατέγραψε σημαντική απώλεια εισοδήματος, με επακόλουθες μειώσεις των δαπανών για βασικά αγαθά και τρόφιμα. Τα μέτρα λιτότητας, οδήγησαν σε μείωση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και του διαθέσιμου εισοδήματος όπου μεταξύ των ετών 2008 και 2011, η συνολική πτώση ήταν πάνω από 15% φτάνοντας σε -8,5% στο τέλος του 2010, το χαμηλότερο επίπεδο (Economou et al, 2016).

Εκτός από τη φτώχεια και την απώλεια εισοδήματος, αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλη την ύφεση η εισοδηματική ανισότητα διευρύνθηκε και στην Ελλάδα και στην πραγματικότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από ό, τι παρατηρείται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Matsaganis και Leventi 2014). Ως εκ τούτου, η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες για το κοινωνικό τοπίο στην Ελλάδα, γεγονός που με τη σειρά του έχει επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού. Οι αξιολογήσεις των επιπτώσεων της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην υγεία στην Ελλάδα υποδηλώνουν σταδιακή επιδείνωση της δημόσιας υγείας. Η μείωση των προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση και την κοινωνική ασφάλιση μειώθηκαν ταυτόχρονα με την αύξηση των ποσοστών ανεργίας και τη συρρίκνωση του εισοδήματος των νοικοκυριών (Economou et al, 2016).

Εκτός από τον κοινωνικό αντίκτυπο που είχε η οικονομική ύφεση, το τραπεζικό σύστημα επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό. Οι συνεχείς υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής αξιολόγησης των ελληνικών τραπεζικών οργανισμών, ως αποτέλεσμα των ανάλογων υποβαθμίσεων γενικότερα της χώρας, ο αποκλεισμός από τις διεθνείς αγορές άντλησης κεφαλαίων, καθώς και ο περιορισμός της ρευστότητάς λόγω της έντονης εκροής καταθέσεων που παρατηρήθηκε στην ελληνική αγορά, αντισταθμίστηκαν σε κάποιο βαθμό από τα συνδυασμένα μέτρα ενίσχυσης της ρευστότητας εκ μέρους του ελληνικού Δημοσίου, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του μηχανισμού Έκτακτης Παροχής Ρευστότητας (ELA) της Τράπεζας της Ελλάδος (EET, 2013).

Επακόλουθο της οικονομικής ύφεσης στον τραπεζικό κλάδο ήταν επίσης και η μείωση της φερεγγυότητας του. Η φερεγγυότητα των τραπεζών ορίζεται ως η ικανότητα ενός χρηματοπιστωτικού ιδρύματος να ανταποκριθεί, βραχυπρόθεσμα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα στις οικονομικές του υποχρεώσεις. Τα υψηλά επίπεδα δανεισμού σε συνένωση με τα επαναλαμβανόμενα ελλείμματα τόσο στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών όσο και των κρατικών προϋπολογισμών συντέλεσαν στη μείωση της φερεγγυότητας του ελληνικού κράτους και συνεπώς και του τραπεζικού συστήματος, από την στιγμή που οι πλεονασματικές μονάδες είναι διατεθειμένες να δανείσουν τα χρήματά τους σε σταθερές οικονομικά χώρες και όχι σε χώρες που έχουν αδύναμες οικονομίες, όπως είναι η Ελλάδα (Bank of Greece, 2014).

Η οικονομική ύφεση οδήγησε περαιτέρω σε σημαίνουσες μεταρρυθμίσεις στον τραπεζικό κλάδο. Η πιο δηλωτική από αυτές είναι ενδεχομένως η συγχώνευση των τραπεζικών ιδρυμάτων, με αποτέλεσμα σήμερα να λειτουργούν τέσσερις συστημικές ελληνικές τράπεζες. Ο αριθμός των τραπεζικών καταστημάτων στην Ελλάδα μειώθηκε σημαντικά, αλλά και πολλές ξένες τράπεζες έκλεισαν τα υποκαταστήματά τους στην Ελλάδα. Η χρηματοπιστωτική κρίση είχε επίσης μεγάλη επίδραση στον αριθμό των μη εξυπηρετούμενων δανείων, το ποσοστό των οποίων μέσα στο σύνολο των δανείων, αυξήθηκε από περίπου 8% το 2008, σε πάνω από 30%, το 2015. Στο ξεκίνημα του έτους 2012 ο λόγος των δανείων σε καθυστέρηση προς το σύνολο των δανείων έφτασε σε ποσοστό 18,7% έναντι του αντίστοιχου 16% στα τέλη του 2011 και του 10,5% τον Δεκέμβριο του 2010. Οι ελληνικές τράπεζες πέρασαν επίσης από δύο διαδικασίες ανακεφαλαιοποίησης, το 2013 και το 2014. Οι εξελίξεις αυτές, συνάμα με τον όλο και αυξανόμενο αριθμό των μη εξυπηρετούμενων δανείων (ύψους άνω των 100 δισ. €) και τη

μείωση των καταθέσεων σε πάνω από 50 δισ., οδήγησαν στους πολυσυζητημένους ελέγχους κεφαλαίου, οι οποίοι επιβλήθηκαν στην Ελλάδα το 2015, ασκώντας πιέσεις στις τράπεζες για πρόσθετες εισφορές κεφαλαίου (Nelson, 2015). Η επιβολή των ελέγχων κεφαλαίου ήταν πρωτοφανής για την Ελληνική οικονομία, και αύξησε τα επίπεδα αβεβαιότητας και εμπιστοσύνης προς το τραπεζικό σύστημα της χώρας (Priftis και Rousakis, 2017).

Ο επιχειρηματικός τομέας δέχτηκε ισχυρό χτύπημα από την οικονομική ύφεση, με περίπου το κλείσιμο μίας στις τέσσερις (πάνω από 205.000) μικρομεσαίες επιχειρήσεις το 2009 και τη διατήρηση αυτής της τάσης έντονα μέχρι και το 2013. Οι εισαγωγές και εξαγωγές, επηρεάστηκαν εξίσου σε μεγάλο βαθμό, παρουσιάζοντας απότομη μείωση από 29,14 δισ € το 2008, σε 18,64 δισ € το 2009, όπου και ανήλθαν σε 21,28 δισ € το 2014. Ενώ η Ελλάδα ήταν στην 83η θέση στον Δείκτη Παγκόσμιας Ανταγωνιστικότητας το 2010, υποχώρησε στην 96η θέση το 2013 (Schwab & Martin, 2012). Η διάβρωση της ανταγωνιστικότητας καθώς και η χρόνια αδυναμία της ελληνικής οικονομίας εξηγεί τη δομή του τρέχοντος ελλείμματος και γιατί οι εξαγωγικές επιδόσεις είναι χαμηλότερες από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Ozturk και Sozdemir, 2015).

1.5. Τρέχουσα κατάσταση και το μέλλον

Τον Φεβρουαρίου 2017, το χρέος της κυβέρνησης ήταν 226,36 δισ €, αυξανόμενο κατά 2,65 δισ € σε σχέση με το προηγούμενο τρίμηνο. Μέχρι τα μέσα του 2017, η απόδοση των ομολόγων του Ελληνικού Δημοσίου άρχισε να πλησιάζει τα επίπεδα πριν από το 2010, υποδεικνύοντας μια πιθανή επιστροφή στην οικονομική ομαλότητα της χώρας. Τον Ιουνίου του 2018, οι πιστωτές της Ελλάδας συμφώνησαν σε μια δεκαετή παράταση των προθεσμιών λήξης για δάνεια ύψους 96,6 δισ € (δηλαδή σχεδόν το ένα τρίτο του συνολικού χρέους της Ελλάδας), καθώς και σε μια 10ετή περίοδο χάριτος για πληρωμές τόκων και αποσβέσεων για τα ίδια δάνεια. Η Ελλάδα εγκατέλειψε με επιτυχία (όπως δηλώθηκε) τα πακέτα διάσωσης μόλις πρόσφατα στις 20 Αυγούστου του 2018 (Mavridis, 2018).

Τα δημόσια οικονομικά υπερέχουν των στόχων του προγράμματος στήριξης της σταθερότητας του ΕΜΣ, συμβάλλοντας στην αποκατάσταση της αξιοπιστίας των δημόσιων οικονομικών, καθώς βελτιώνονται οι φορολογικές εισπράξεις και οι έλεγχοι δαπανών. Το 2015 η Ελλάδα είχε το υψηλότερο κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές

δημοσιονομικό πλεόνασμα στη ζώνη του ευρώ (Weisbrot et al., 2015) και το 2016 μετά από οκτώ χρόνια ύφεσης, η Ελλάδα τελικά έφθασε σε ένα μικρό πρωτογενές πλεόνασμα (0,7%). Αυτό το μικρό πλεόνασμα αποδίδεται στις παρεμβάσεις της τρόικας για να δικαιολογήσει την επιτυχία των αντιμέτρων που έχει ήδη επιβάλει στις ελληνικές κυβερνήσεις τα προηγούμενα χρόνια. Το 2017, το πρωτογενές πλεόνασμα του προϋπολογισμού ανήλθε στο 3,7% του ΑΕΠ ή στο 4,2% του ΑΕΠ. Σύμφωνα με τις τρέχουσες πολιτικές, προβλέπεται ότι θα ξεπεράσει σημαντικά το στόχο του 3,5% του ΑΕΠ το 2018, ενώ θα μειωθεί λίγο πάνω από το στόχο το 2019 στο πλαίσιο της δημοσιονομικής χαλάρωσης. Τον Μάρτιο του 2018, η Ελλάδα ολοκλήρωσε την τρίτη ανασκόπηση του προγράμματος ESM, επιτρέποντας την εκταμίευση κεφαλαίων για την αποπληρωμή του χρέους και την αποκατάσταση των ταμειακών αποθεμάτων (Mavridis, 2018).

Η οικονομική ανάπτυξη σήμερα είναι ισχυρότερη από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η εμπιστοσύνη βελτιώθηκε, υποστηριζόμενη από την επιτυχή ολοκλήρωση των αναθεωρήσεων του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας (ΕΜΣ). Οι επενδύσεις αυξήθηκαν σημαντικά στα τέλη του 2017, αλλά η ανάπτυξή τους παραμένει ασταθής και χαμηλή. Η απασχόληση συνέχισε να αυξάνεται, αλλά η ανάπτυξη της ιδιωτικής κατανάλωσης παραμένει υποτονική, εν μέρει επειδή πολλές νέες θέσεις εργασίας είναι μερικής απασχόλησης ή προσωρινές και πληρώνονται με το ελάχιστο μισθό. Η πλεονάζουσα παραγωγική ικανότητα εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά μεγάλη, μειώνοντας τις πιέσεις των τιμών καταναλωτή. Η στενή πρόσβαση στη χρηματοδότηση συνεχίζει να περιορίζει τις επιχειρηματικές επενδύσεις. Η ζήτηση δανείων για πάγια επένδυση παραμένει μειωμένη και το απόθεμα των μη εξυπηρετούμενων δανείων μειώνεται ραγδαία αν και παραμένει υψηλό (OECD, 2018).

Η Ελλάδα πέτυχε πραγματικό ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ κατά 0,7% το 2014 - μετά από 6 χρόνια οικονομικής ύφεσης- αλλά υποχώρησε κατά 0,3% το 2015 και κατά 0,2% το 2016. Το 2017 ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ έφτασε στο 1,3% και αναμένεται να ενισχυθεί το 2018 (σε 2.0%) και το 2019 (σε 2.3%) καθώς η ανάκαμψη διευρύνεται με την ιδιωτική κατανάλωση και τις επενδύσεις, υποστηριζόμενη το 2019 από ένα μειωμένο πλεόνασμα του διαρθρωτικού προϋπολογισμού. Η μαλακότερη περιφερειακή ζήτηση θα μετριάσει την αύξηση των εξαγωγών το 2019. Η ανάκαμψη της απασχόλησης και ο συνεχιζόμενος χαμηλός πληθωρισμός θα στηρίξουν την ιδιωτική κατανάλωση (OECD, 2018).

Το επιχειρηματικό κλίμα αναμένεται επίσης να βελτιωθεί, οδηγώντας στην επιστροφή των επενδύσεων, καθώς οι όροι χρηματοδότησης μπορούν να ελαφρυνθούν σταδιακά. Το 2018, η αύξηση των επενδύσεων θα επιταχυνθεί περαιτέρω και ο ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου θα καταστεί ο κύριος συντελεστής της ανάπτυξης. Η συμβολή των καθαρών εξαγωγών αναμένεται να είναι θετική το 2018, με βάση την ανάκαμψη του ναυτιλιακού τομέα και την αυξημένη ζήτηση του ελληνικού τουριστικού τομέα (Ministry of Finance, 2017).

Κεφάλαιο 2^ο: Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα

2.1. Ιστορική εξέλιξη

Μετά την ελληνική ανεξαρτησία το 1830 και μέχρι το τέλος του δέκατου ένατου αιώνα, το 10% του ενεργού ελληνικού πληθυσμού είχε κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης. Μετά τον πόλεμο στη Μικρά Ασία το 1922, η Ελλάδα έπρεπε να αντιμετωπίσει μια εισροή 1.221.849 προσφύγων, η μεγάλη πλειοψηφία των οποίων εγκαταστάθηκε στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Η παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας σε αυτόν τον πληθυσμό απαιτούσε σημαντική αναδιοργάνωση του κράτους στον τομέα της υγείας (Πομώνης, 1925). Έτσι, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ιδρύθηκε για πρώτη φορά το 1922 και δημιουργήθηκαν αρκετά νέα κρατικά νοσοκομεία (Μωραΐτης, 2004), ενώ μέχρι τότε διάφορα Υπουργεία, δήμοι και κοινότητες είχαν τον έλεγχο των τότε υπαρχόντων, εθελοντικών, δημοτικών και κοινοτικών νοσοκομείων (WHO, 1996).

Στην περίοδο εκείνη έγινε η πρώτη προσπάθεια περιφερειοποίησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σε μια προσπάθεια να επιτευχθεί ισότητα και αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας με την εισαγωγή ενός ορισμένου βαθμού αποκέντρωσης (Πομώνης, 1925), το νομοθετικό διάταγμα της 28/10/1923 προέβλεπε τη διαίρεση της χώρας σε πέντε περιοχές υγείας. Αυτή η νομοθεσία, ωστόσο, δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Οι λόγοι για την εγκατάλειψη αυτής της πρώτης προσπάθειας εντοπίζονται στην παράδοση μιας ισχυρά κεντρικής κυβέρνησης που θα ήταν απρόθυμη να παραχωρήσει τις εξουσίες της, σε μια περίοδο όπου η χώρα αντιμετώπιζε σοβαρά οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα (Athanasiadis et al, 2015).

Για να ανακάμψει από τη δεκαετία των καταστροφών του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και του εμφυλίου πολέμου, ξεκίνησε μια μεγάλη διαδικασία ανασυγκρότησης στις αρχές της δεκαετίας του '50 που έδωσε έμφαση στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Carpenter, 2003). Ένα σημαντικό βήμα έγινε το 1953 με το νομοθετικό διάταγμα 2592, που αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Ακολούθησε το βασιλικό διάταγμα 297/1953, το οποίο καθόρισε τη χωρική περιφερειοποίηση του συστήματος δημόσιας υγείας της χώρας, σε δεκατρείς περιφέρειες υγείας και την αποκέντρωση των υπηρεσιών του με τη δημιουργία περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων σε κάθε περιοχή υγείας. Τα περιφερειακά συμβούλια υγείας

εξέφραζαν γνώμη σχετικά με τον προγραμματισμό της υγειονομικής περίθαλψης, βάσει κριτηρίων που σχετίζονται με το τοπικό επίπεδο, όπως η πληθυσμιακή δημογραφία, η νοσηρότητα, ο απαραίτητος τεχνικός εξοπλισμός και η υπάρχουσα υποδομή. Η νομοθεσία αντικατόπτριζε την αντίληψη μιας προσέγγισης που βασίζεται στις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης και εισήγαγε ένα ορισμένο βαθμό αποκέντρωσης σε ένα σύστημα διοίκησης και διαχείρισης που μέχρι τότε ήταν εξαιρετικά συγκεντρωτικό. Οι διατάξεις που πρότεινε αυτή η νομοθεσία έγιναν δεκτές από το Κοινοβούλιο με την υποστήριξη της πλειοψηφίας των πολιτικών κομμάτων, αλλά καμία δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή (Θεοδώρου, κ.α., 2001).

Αυτό αποδόθηκε εν μέρει στο γεγονός ότι, στις αρχές της δεκαετίας του 1950, η Ελλάδα ήταν μια χώρα που είχε πληγεί από πολέμους και δεν διέθετε το θεσμικό πλαίσιο που ήταν απαραίτητο για την υλοποίηση των προβλεπόμενων διοικητικών και διαχειριστικών αλλαγών. Ταυτόχρονα, η έλλειψη οικονομικής πολιτικής προσανατολισμένης προς ένα πρότυπο ισορροπημένης περιφερειακής ανάπτυξης για τη χώρα και, για άλλη μια φορά, η πολιτική απροθυμία να παραχωρήσει οποιαδήποτε εξουσία, αποτελούσαν σοβαρά εμπόδια στην εφαρμογή οποιασδήποτε σημαντικής αλλαγής. Επιπλέον, οι διατάξεις της νομοθεσίας θεωρήθηκαν υπερβολικά ριζοσπαστικές λόγω της έντονα συντηρητικής ιδεολογίας που κυριαρχούσε στην πολιτική ζωή μετά το τέλος του ελληνικού εμφυλίου πολέμου (Θεοδώρου, κ.α., 2001).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές της δεκαετίας του 1960 δεν υπήρξαν διαρθρωτικές αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ η επταετής στρατιωτική δικτατορία (1967-1974) που μεσολάβησε, ήταν μια περίοδος που χαρακτηρίστηκε από περιορισμένες επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας το 1974 και τη δεκαετία του 1980, ξεκίνησε μια νέα εποχή με αρκετές μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας με την εισαγωγή σημαντικών νομοθετικών πράξεων (Carpenter, 2003).

Το 1979, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) εξέδωσε μια έκθεση ορόσημο για την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας, εντοπίζοντας τα κύρια προβλήματα στο σύστημα υγείας. Ένα από τα προβλήματα του συστήματος ήταν η ύπαρξη ανισοτήτων μεταξύ των κύριων αστικών κέντρων και της υπόλοιπης χώρας. Η δημιουργία ενός περιφερειακού συστήματος προτάθηκε ως μέσο για

τη μείωση των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πόρων (χρηματοδότηση, υπηρεσίες και προσωπικό) (Athanasiadis et al, 2015).

Το ίδιο έτος (1979), μια ομάδα εμπειρογνομόνων υπό την ηγεσία του τότε υπουργού Υγείας Σπύρου Δοξιάδη συγκρότησε την «μονάδα σχεδιασμού υγείας» και προετοίμασε ένα νομοθετικό σχέδιο με τίτλο «Μέτρα για την Προστασία της Υγείας» με στόχο την αναδιοργάνωση του ελληνικού τομέα της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003; Τούντας, 2008). Μεταξύ άλλων, το σχέδιο πρότεινε την αποκέντρωση του συστήματος σε διάφορες περιφέρειες υγείας, καθεμιά από τις οποίες θα διαχειρίζεται ένα υγειονομικό συμβούλιο, που θα είναι υπεύθυνο για τον περιφερειακό προγραμματισμό της υγειονομικής πολιτικής και για την κατανομή των πόρων στο πλαίσιο του προϋπολογισμού που όριζε η κεντρική κυβέρνηση (Davaki και Mossialos, 2005). Το σχέδιο αυτό αποτέλεσε αντικείμενο έντονης δημόσιας συζήτησης για περίοδο περίπου τριών ετών (1978-1981) και προκάλεσε έντονες αντιδράσεις από τις ιατρικές ενώσεις, τις συνδικαλιστικές οργανώσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και τα πολιτικά κόμματα. Οι διαφωνίες μεταξύ των βασικών ομάδων συμφερόντων ήταν τόσο ισχυρές, ώστε οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις δεν συζητήθηκαν στο Κοινοβούλιο, αν και το σχέδιο υποβλήθηκε στο Κοινοβούλιο το 1981, λίγο πριν από τις εκλογές (Davaki και Mossialos, 2005).

Οι εκλογές του 1981, έφεραν το σοσιαλιστικό κόμμα στην εξουσία και η νομοθεσία για την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας εγκρίθηκε από το Κοινοβούλιο τον Σεπτέμβριο του 1983 με την ψήφιση του νόμου 1397. Κύριοι στόχοι του νόμου ήταν η παροχή καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η επίτευξη δίκαιης κατανομής των πόρων υγείας, η αύξηση των πόρων της δημόσιας υγείας και η αποκέντρωση του συστήματος υγείας, καθώς και η διοικητική αναδιοργάνωση, αποτέλεσαν μέσο για την επίτευξη κοινωνικής και γεωγραφικής ισότητας (Kygiourou & Tsalikis, 1993). Η αποκέντρωση επετεύχθη μέσω της δημιουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας, τα οποία είχαν συμβουλευτική και εποπτική εξουσία σε θέματα υγείας σε κάθε περιοχή. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.ΣΥ) δημιουργήθηκε ως συμβουλευτικό όργανο στον Υπουργό, επιφορτισμένο με τις αρμοδιότητες του σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας και του συντονισμού των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (WHO, 1996).

Ωστόσο, η δημιουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας εγκαταλείφθηκε στις αρχές του 1987, όταν αποφασίστηκε να μην προχωρήσει περαιτέρω με την εφαρμογή

της ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η λήψη αποφάσεων και η διαχείριση της διοίκησης συνέχισαν να εξαρτώνται από ένα κεντρικό και γραφειοκρατικό υπουργείο (Tountas et al., 2002; Carpenter, 2003).

Στην συνέχεια, στην επόμενη δεκαετία, οι εκλογές του 1990 οδήγησαν το συντηρητικό κόμμα στην εξουσία. Τότε ήταν που θεσπίστηκε ένας νέος πλήρης νόμος (νόμος 2071/1992) ο οποίος επανέλαβε πολλές από τις διατάξεις του νόμου 1397/1983, συμπεριλαμβανομένης της δήλωσης για αποκέντρωση, αν και με τη δημιουργία Περιφερειακών Διευθύνσεων Υγείας, σε αντικατάσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας του 1983. Αυτά οι Διευθύνσεις θα είχαν εποπτική και συντονιστική λειτουργία σε όλα τα ιδρύματα που παρείχαν υπηρεσίες υγείας, καθώς και συμβουλευτικό ρόλο στο Υπουργείο Υγείας, όσον αφορά την κάλυψη των τοπικών αναγκών. Ωστόσο, για άλλη μια φορά, καμία από τις παραπάνω διατάξεις δεν εφαρμόστηκαν, καθώς οι εθνικές εκλογές του 1993 ακολούθησαν σύντομα, επιστρέφοντας το σοσιαλιστικό κόμμα στην κυβέρνηση (Tragakos και Polyzos, 1998).

Στην δεκαετία του 2000, η ανάγκη για ριζική αλλαγή στο ελληνικό σύστημα υγείας συνέχισε να υπάρχει. Το σοσιαλιστικό κόμμα, που ανέλαβε την εξουσία από το 1993, επανεξελέγη το 2000 και το Μάρτιο του 2001 εισήγαγε μια νέα μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας, με επίκεντρο την περιφερειακή οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας: δημιουργήθηκαν δεκαεπτά Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Tountas et al, 2002). Όλα τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τα κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στη γεωγραφική περιοχή ευθύνης τους, ενσωματώθηκαν σε ένα ενιαίο νομικό σώμα στο δημόσιο δίκαιο, που ονομάστηκε ΠΕΣΥ. Τα ΠΕΣΥ αποτέλεσαν διοικητικά και οικονομικά αποκεντρωμένες μονάδες, παρέχοντας στο διοικητικό συμβούλιο δυνητικά ισχυρές εξουσίες για να επηρεάσουν τις λειτουργίες και τις υπηρεσίες τους (Ballas και Tsoukas, 2004). Κάθε ΠΕΣΥ είχε ένα διοικητικό συμβούλιο με μέλη που καθορίζονταν από το Υπουργείο Υγείας καθώς και από άλλα ενδιαφερόμενα μέρη, υπό την προεδρία ενός Προέδρου-Γενικού Διευθυντή ο οποίος ήταν υπόλογος στο υπουργείο Υγείας και ο οποίος δεσμεύτηκε από ένα «συμβόλαιο αποτελεσματικότητας» (Aletras et al., 2007). Τα ΠΕΣΥ ήταν επίσης υπεύθυνα για την εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου και για τον καθορισμό προτεραιοτήτων προκειμένου να διατεθούν αποτελεσματικά οι πόροι και να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο (Aletras et al., 2007). Ωστόσο, δεν είχαν καμία εξουσία για μεγάλες

κεφαλαιουχικές επενδύσεις, πληρωμές παρόχων ή αναθεώρηση των μεθόδων πληρωμής για το νοσοκομειακό προσωπικό, οι οποίες παρέμειναν υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας (Mossialos et al, 2005). Η δημιουργία των ΠΕΣΥ αποτέλεσε μια ριζική αλλαγή στη θεσμική δομή του συστήματος υγείας, δεδομένου ότι προοριζόταν να είναι διαμεσολαβητικά όργανα μεταξύ των επιμέρους νοσοκομείων και του Υπουργείου Υγείας. Υπήρχε μια μετατόπιση των ευθυνών (και επομένως της μετατόπισης της εξουσίας) από το Υπουργείο Υγείας προς τις περιφέρειες, ενώ τα νοσοκομεία λογοδοτούσαν στην περιφερειακή διοίκηση υγείας παρά απευθείας στο υπουργείο (Mossialos et al, 2005). Αν και η προσπάθεια αποκέντρωσης συνίστατο κυρίως στην εκχώρηση πολιτικής και επιχειρησιακής εξουσίας στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές, δεν σταμάτησε να μετατοπίζει την πλήρη οικονομική ευθύνη στα ΠΕΣΥ, στο βαθμό που δεν είχαν δικά τους κονδύλια για να τα διαχειριστούν και το ίδιο το Υπουργείο έπρεπε να επικυρώσει όλες τις οικονομικές συναλλαγές (Ζηλίδης, 2005).

Η κατάσταση άλλαξε και πάλι το 2003 με τον νόμο 3106. Τα ΠΕΣΥ μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) και, παρά τις υπάρχουσες επιφυλάξεις, οι αρμοδιότητές τους επεκτάθηκαν ώστε να συμπεριλάβουν όλες τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας εντός των γεωγραφικών τους ορίων που ήταν υπόλογες στο Υπουργείο Υγείας. Ωστόσο, ο διορισμός ενός νέου Υπουργού Υγείας κατά το επόμενο κυβερνητικό ανασχηματισμό, οδήγησε στην αντικατάσταση μεγάλου αριθμού ΠΕΣΥΠ. πρόεδροι. Κατά συνέπεια, προέκυψαν ασυνέπειες στη συνέχιση της πολιτικής, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση ή ακόμη και την ακύρωση συγκεκριμένων τοπικών πολιτικών και μέτρων, γεγονός που αποδυνάμωσε τη συνολική προσπάθεια αποκέντρωσης (Τούντας, 2008).

Στην συνέχεια οι εθνικές εκλογές του 2004 οδήγησαν σε μια νέα πολιτική σκηνή, καθώς το συντηρητικό κόμμα επέστρεψε στην εξουσία. Με το νόμο 3329, ο οποίος ψηφίστηκε από το Κοινοβούλιο τον Απρίλιο του 2005, τα ΠΕΣΥΠ καταργήθηκαν και αντικαταστάθηκαν από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις Υγείας (Δ.Υ.Π.Ε.). Κάθε ΔΥΠΕ ήταν μια δημόσια ανεξάρτητη διοικητική περιοχή υγείας που διαχειριζόταν από έναν διευθυντή και ένα επταμελές συμβούλιο υγείας που διορίστηκε από τον Υπουργό Υγείας. Ωστόσο, οι ΔΥΠΕ διατήρησαν μόνο την λειτουργία συντονισμού όσον αφορά τις υπηρεσίες και την ανάπτυξη των νοσοκομείων. Κρίθηκε ότι ο αναμενόμενος έλεγχος των δαπανών για την υγεία και η αναμενόμενη αποτελεσματικότητα μέσω του ριζικού

συστήματος περιφερειοποίησης των ΠΕΣΥΠ δεν είχε επιτευχθεί και χρειάστηκε ένα σώμα με πιο περιορισμένες ικανότητες. Για μια ακόμη φορά αντικαταστάθηκαν οι πρόεδροι / γενικοί διευθυντές και υπήρξε έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των προηγούμενων και των νεοδιορισθέντων διευθυντών, γεγονός το οποίο αποτέλεσε ένα ακόμη εμπόδιο στην επιτυχή εφαρμογή οποιασδήποτε πολιτικής αποκέντρωσης (Υφαντόπουλος, 2007).

Τον Φεβρουάριο του 2007 ο κυβερνητικός ανασχηματισμός έφερε ένα νέο πρόσωπο στη θέση του Υπουργού Υγείας και ψηφίστηκε νέα νομοθεσία (νόμος 3527/2007). Αυτή τη φορά υπήρξε μια θεμελιώδης αλλαγή στον χάρτη των περιοχών υγείας: Οι δεκαεπτά Περιφερειακές Διευθύνσεις Υγείας (ΔΥΠΕ) συγχωνεύθηκαν σε επτά Περιφέρειες Υγείας (ΥΠΕ). Ωστόσο, οι νέες ΥΠΕ είχαν περιορισμένες και μάλλον ασαφείς συντονιστικές, εποπτικές και συμβουλευτικές λειτουργίες στα νοσοκομεία. Ένα άλλο σκανδαλώδες στοιχείο αυτής της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης ήταν ότι, αν και η αρχικά δηλωθείσα πρόθεση του νέου Υπουργού Υγείας ήταν να καταργήσει πλήρως τις Περιφερειακές Διευθύνσεις Υγείας, θέτοντας έτσι τέλος στις νομοθετικές προσπάθειες που ξεκίνησαν το 2001, διατηρήθηκαν οι περιφερειακές δομές χωρίς άλλη αιτιολόγηση (Τούντας, 2008). Το Διοικητικό Συμβούλιο της Περιφέρειας καταργήθηκε και όλες οι αρμοδιότητές του ανατέθηκαν στον Διευθυντή της Περιφέρειας Υγείας και στους δύο Αντιπροσώπους του (Νόμος 3527/2007). Ο ουσιαστικός έλεγχος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρέμεινε στο Υπουργείο Οικονομικών (2010) (Athanasiadis et al, 2015).

Οι εκλογές του 2009 οδήγησαν σε αλλαγή του κυβερνώντος κόμματος, δίνοντας στο σοσιαλιστικό κόμμα σαφή πλειοψηφία στο Κοινοβούλιο. Αυτή τη φορά, οι ΥΠΕ διατήρησαν χωρίς καμία αλλαγή στις αρμοδιότητές τους, αλλά τα άτομα που κατείχαν τις θέσεις του Γενικού Διευθυντή και του αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή αντικαταστάθηκαν σύμφωνα με τις παραδοσιακές πρακτικές και τις πολιτικές συμμαχίες του κόμματος. Ο νόμος 4052/2012 διατήρησε τον αριθμό των επτά περιφερειών υγείας, ωστόσο άλλαξε τα γεωγραφικά τους όρια, επαναπροσδιορίζοντας τα σύμφωνα με τα όρια των επτά περιφερειακών διοικήσεων (Athanasiadis et al, 2015).

Παράλληλα πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ο νόμος 3918 του 2011 συγχώνευσε τα τέσσερα βασικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης σε έναν οργανισμό, ο οποίος ονομάστηκε ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός

Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και στη συνέχεια ενσωματώθηκαν σχεδόν όλα τα άλλα (μικρότερα) ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Κατά συνέπεια, οι πολυκλινικές του ΠΚΑ υπήχθησαν στο πλαίσιο της υπηρεσίας που ήταν επιφορτισμένη με την αγορά υπηρεσιών υγείας. Αυτό θεωρήθηκε ως μη βιώσιμη κατάσταση και το 2014 οι υπηρεσίες αυτές μεταφέρθηκαν στην αρχή των επτά περιοχών υγείας. Οι ΥΠΕ, κατ' αυτόν τον τρόπο ήταν ο μοναδικός δημόσιος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, ενεργώντας παράλληλα με τον ιδιωτικό τομέα (Athanasiadis et al, 2015).

2.2. Δομή και οργάνωση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα

2.2.1. Ο δημόσιος τομέας της υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας σε κάθε χώρα, προσφέρονται τόσο από δημόσιους, όσο και από ιδιωτικούς φορείς. Μια δημόσια υπηρεσία υγείας αναφέρεται σε μια υπηρεσία που ανήκει στο κράτος, ενώ αντίστοιχα οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται από άτομα ή / και ιδρύματα που δεν διαχειρίζεται το κράτος (Giusti, Criel και De Béthune, 1997). Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το κράτος σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, ενώ οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα ευρύ φάσμα φορέων στους οποίους μπορεί να περιλαμβάνονται κερδοσκοπικοί κυρίως, αλλά και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, μικρές επιχειρήσεις και μεμονωμένα άτομα (ιδιωτικοί ιατροί) (Deber et al, 1998).

Στην Ελλάδα το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνει στοιχεία τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Ιστορικά, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης διαδραμάτισαν πάντοτε πολύ σημαντικό ρόλο όσον αφορά την κάλυψη, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας το 1983 έφερε το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δευτεροβάθμιων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) (Αντωνοπούλου, 2008; Economidou, 2010). Το ΕΣΥ παρέχει επείγουσα προ-νοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσηλευτική περίθαλψη μέσω των κέντρων υγείας και των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς και των αγροτικών ιατρείων. Το ΕΣΥ παρέχει γενική κάλυψη στον πληθυσμό και, επιπλέον, ολόκληρος ο πληθυσμός καλύπτεται από ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το 15% του πληθυσμού διατηρεί συμπληρωματική εθελοντική κάλυψη ασφάλισης υγείας, η οποία,

μαζί με τις άμεσες πληρωμές, χρηματοδοτεί μια αρκετά μεγάλη ιδιωτική αγορά υγειονομικής περίθαλψης (Economou, 2010).

Οι γιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι υπάλληλοι πλήρους απασχόλησης οι οποίοι δεν επιτρέπεται να ασκούν τη δική τους ιδιωτική πρακτική. Από το 2011, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι ο μόνος αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Από το 2014, η ευθύνη για την παροχή δημόσιας πρωτοβάθμιας / περιπατητικής περίθαλψης ανήκει στα εθνικά δίκτυα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΠΕΔΥ) τα οποία συντονίζονται από τις Περιφερειακές Αρχές Υγείας (Υγειονομικές Περιφέρειες - ΥΠΕ). Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω άμεσων και έμμεσων φορολογικών εσόδων και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και παρέχει τακτική και επείγουσα προ-νοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσηλευτική περίθαλψη μέσω κέντρων υγείας σε αστικές και αγροτικές περιοχές και δημόσιων νοσοκομείων (Economou et al, 2017).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), το 2015 το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης για την υγεία προήλθε από ιδιωτικές δαπάνες (41%), ακολουθούμενη από τις ασφαλιστικές εισφορές και τον κρατικό προϋπολογισμό (30% και 29% αντίστοιχα) (Eurostat, 2018). Η περίθαλψη στα νοσοκομεία είναι ο κύριος τομέας των δαπανών, με το 40,5% των δαπανών για την υγεία να δαπανάται από τα δημόσια νοσοκομεία. Περαιτέρω το 26% δαπανάται για φαρμακευτικά και ιατρικά προϊόντα, ενώ το 21% των δαπανών υγείας διατίθεται για εξωτερική περίθαλψη. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία αφορά τους παρόχους υπηρεσιών νοσοκομειακής νοσηλείας και φαρμακευτικών προϊόντων (14% και 13%, αντίστοιχα), ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες για εξωτερική περίθαλψη αντιπροσωπεύουν το 10% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία (Eurostat, 2018) (Πίνακας 2.2.1).

	Φροντίδα εσωτερικών ασθενών (συμπεριλα- μβανομένης της ημερήσιας φροντίδας)	Φροντίδα εξωτερικών ασθενών	Μακροχρόνια φροντίδα	Φαρμακευτικά προϊόντα	Προληπτική φροντίδα	Διαχείριση - Διοίκηση	Άλλες υπηρεσίες	Σύνολο
Δημόσιες δαπάνες	26,5	11,6	0,4	13,4	1,2	2,1	4,0	59,1
Γενική κυβέρνηση	21,3	6,6	0,4	0,1	1,2	0,2	0,4	30,3
Κοινωνική ασφάλιση	5,1	5,0	-	13,3	0	1,9	3,6	28,8
Ιδιωτικές δαπάνες	14,0	9,7	1,6	12,5	0,1	0,6	2,4	40,9
Ιδιωτικές άμεσες πληρωμές	11,2	9,3	-	12,5	-	-	2,4	35,4
Ιδιωτική ασφάλιση	2,8	0,4	0,03	-	0,1	0,6	-	3,9
Άλλα (ΜΚΟ, κλπ.)	-	-	1,6	-	-	-	-	1,6
Συνολικές δαπάνες	40,4	21,3	2,0	25,9	1,3	2,6	6,4	100

Πίνακας 2.2.1. Ποσοστό δαπανών για την υγεία που καταβλήθηκε ανάλογα με τη λειτουργία και το είδος χρηματοδότησης, το 2015.

Πηγή: Eurostat, 2018.

2.2.2. Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα και τις ανεξάρτητες πρακτικές, που χρηματοδοτούνται κυρίως από άμεσες πληρωμές και, σε μικρότερο βαθμό, από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ένα μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα, συνάπτει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ, για την παροχή υπηρεσιών, κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης και χρηματοδοτείται επί αμοιβής για εξυπηρέτηση βάσει προκαθορισμένων συμφωνημένων τιμών (Economou, 2010). Ένας μεγάλος αριθμός φορέων είναι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, τη διοίκηση, τη ρύθμιση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα της υγείας (Economou et al, 2017).

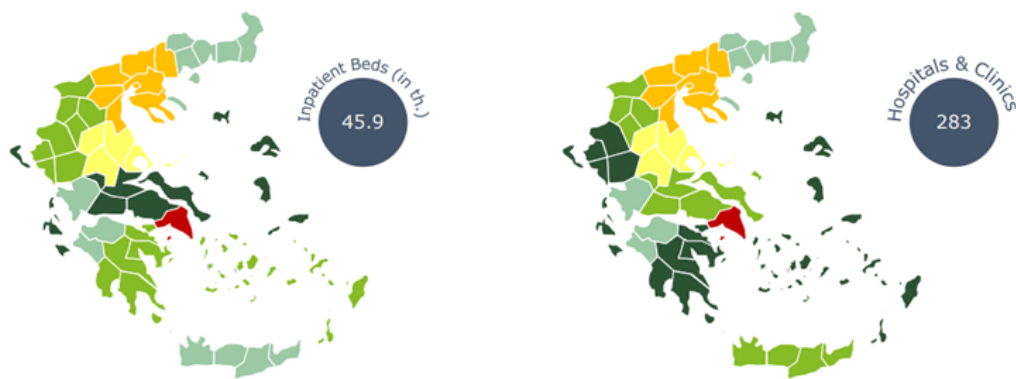
Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αν και δεν έχει άμεση συμμετοχή στον προγραμματισμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του δημόσιου συστήματος. Χρηματοδοτείται κυρίως από τον ΕΟΠΥΥ, το οποίο συνάπτει συμβάσεις με παρόχους του ιδιωτικού τομέα για την

παροχή υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των δικαιούχων του. Περιλαμβάνει γενικά νοσοκομεία και νοσοκομεία υποστήριξης της μητρότητας, έναν μεγάλο αριθμό ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και ειδικούς ιατρούς, που είτε είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, είτε πληρώνονται απευθείας από τους ασθενείς, με άμεσες πληρωμές. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης (π.χ. φυσιοθεραπευτές) και οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους (γηροκομεία) προσφέρονται κατά κύριο λόγο από τον ιδιωτικό τομέα (Economou et al, 2017). Τα διαγνωστικά κέντρα που ανήκουν σε ιδιωτικές εταιρείες ελέγχουν περισσότερο από το 70-80% του συνολικού βιοϊατρικού εξοπλισμού της χώρας. Οι ιδιωτικοί ιατροί και τα διαγνωστικά κέντρα λαμβάνουν πληρωμές από τους χρήστες, πληρωμές αμοιβής για υπηρεσία από συμβεβλημένους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης υγείας και αμοιβή για υπηρεσία ή πληρωμές από ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας (Kondilis et al, 2012).

Ο ιδιωτικός τομέας έχει σημειώσει σημαντική ανάπτυξη κατά τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα να ακολουθεί τις τάσεις ιδιωτικοποίησης του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που καταγράφονται σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Η τάση αυτή επηρεάζεται από την οικονομική ανάπτυξη, τη δυσαρέσκεια του κοινού όσον αφορά την πρόσβαση και την ποιότητα της δημόσιας περίθαλψης και την υπερπροσφορά ιατρών και άλλων ιδιωτικών υπηρεσιών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, 2017).

2.2.3. Μέγεθος δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας

Στην Ελλάδα υπάρχουν 283 ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία που διαθέτουν περίπου 45.900 κρεβάτια. Από αυτά τα 124 ανήκουν στον δημόσιο τομέα και τα υπόλοιπα 159 στον ιδιωτικό τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα, καταγράφονται σημάδια ενοποίησης καθώς ο αριθμός των νοσοκομείων μειώθηκε κατά ~ 6%, ενώ το μέσο μέγεθος τους σε κρεβάτια, μειώθηκε κατά ~ 1% κατά την περίοδο 2012-2015. Υπάρχει άνιση κατανομή των μονάδων υγείας μεταξύ των διαφορετικών νομών της χώρας, καθώς το μεγαλύτερο μέρος των μονάδων υγείας και των κρεβατιών τους αντίστοιχα είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένα στον Ν. Αττικής και στον Ν. Θεσσαλονίκης (Deloitte, 2017) (Διάγραμμα 2.1).



Χρώμα	Αριθμός κρεβατιών	Χρώμα	Αριθμός κρεβατιών
	Κάτω από 1.000 κρεβάτια		Κάτω από 10 μονάδες υγείας
	1.001 – 2.000 κρεβάτια		11 – 15 μονάδες υγείας
	2.001 – 3.000 κρεβάτια		16 – 20 μονάδες υγείας
	3.001 – 5.000 κρεβάτια		21 – 40 μονάδες υγείας
	5.001 – 10.000 κρεβάτια		41 – 60 μονάδες υγείας
	19.491 κρεβάτια (Αττική)		97 μονάδες υγείας (Αττική)

Διάγραμμα 2.2.3. Κατανομή μονάδων υγείας και κρεβατιών στους νομούς της Ελλάδας, 2015

Πηγή: Deloitte, 2017

Από τον συνολικό αριθμό των περίπου 45.900 κρεβατιών στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας, περίπου τα 19.500 βρίσκονται σε μονάδες υγείας στην Αττική και τα υπόλοιπα 26.400 κατανέμονται στην υπόλοιπη Ελλάδα. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας, διαθέτουν περίπου το 35% του συνολικού δυναμικού των κλινών (Deloitte, 2017). Αυτή η ανισοκατανομή στους νομούς της Ελλάδας έχει δημιουργήσει υπερπροφορά κατά 18% στον Ν. Αττικής, ενώ από την άλλη έχει συμβάλει στο γεγονός ότι πολλές αγροτικές δεν εξυπηρετούνται επαρκώς, γεγονός που με την σειρά του συμβάλει σε υψηλά επίπεδα ανικανοποίητης ζήτησης για ιατρική περίθαλψη. Για παράδειγμα, ο αριθμός των κλινών σε τμήματα οξέων περιστατικών νοσοκομείων το 2015 (360 ανά 100.000 κατοίκους) δεν ήταν μόνο κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ (418), αλλά παρουσίασε επίσης μια τριπλή διαφορά μεταξύ των αριθμών των κλινών στη μητροπολιτική Αττική και στην αγροτική κεντρική Ελλάδα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, 2017).

Στην Ελλάδα επιπλέον υπάρχουν 13 στρατιωτικά νοσοκομεία και δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία που διαχειρίζονται και χρηματοδοτούνται από τα Υπουργεία Άμυνας και Εκπαίδευσης αντίστοιχα, με συνολική χωρητικότητα περίπου 4.000 κλινών. Υπάρχουν επίσης 202 Κέντρα Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και 1.500 αγροτικές

ιατρικές υπηρεσίες που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές περιοχές δωρεάν και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Deloitte, 2017).

2.2.4. Εθελοντικές οργανώσεις, ΜΚΟ και άτυπα δίκτυα υγείας

Οι εθελοντικές οργανώσεις, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) και τα άτυπα δίκτυα υγείας, έχουν τα τελευταία χρόνια, αποκτήσει αυξανόμενη σημασία στον τομέα της υγείας. Μετά το 2010, ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων, των ΜΚΟ και των ανεπίσημων δικτύων υγείας αυξήθηκε σημαντικά για να καλύψει τις ανάγκες ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού, που δεν είχε ασφαλιστική κάλυψη και πρόσβαση στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη (Economou et al., 2014).

Οι εθελοντικές οργανώσεις, οι ΜΚΟ και άλλοι σχετικοί οργανισμοί, βοηθούν συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όπως άτομα με αναπηρία και χρόνιες ασθένειες, πρόσφυγες, Ρομά, κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά, καθώς και τους φτωχούς. Ορισμένες από αυτές τις οργανώσεις, όπως η Ελληνική Εταιρεία για την Προστασία και Αποκατάσταση Ατόμων με Αναπηρία, οι Γιατροί του Κόσμου, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, ο Ερυθρός Σταυρός και το Χαμόγελο του Παιδιού έχουν καταφέρει προσελκύσουν αρκετά σημαντική χρηματοδότηση και δωρεές. Συνήθως κατανέμουν τους πόρους τους σε προγράμματα πρωτοβάθμιας και προληπτικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και στη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας και πρόνοιας, ξενώνων ή νοσοκομειακών τμημάτων για ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. άτομα με αναπηρίες, παιδιά με καρκίνο ή άτομα με νευρομυϊκές παθήσεις). Οι ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στους τομείς των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας πρέπει να είναι διαπιστευμένες και εγγεγραμμένες στα σχετικά μητρώα ΜΚΟ που διατηρούνται στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, ως προϋπόθεση για οποιαδήποτε χρηματοδότηση από την Κυβέρνηση ή για τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από δημόσιους ή κοινοτικούς πόρους (Economou et al., 2014).

Ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων και των ΜΚΟ ενισχύθηκε ακόμη περισσότερο μετά το 2010 καθώς μεγάλο μέρος του Ελληνικού πληθυσμού έχασε την ασφαλιστική του κάλυψη. Πριν από την οικονομική κρίση, οι ΜΚΟ κάλυπταν ξένους μετανάστες και πρόσφυγες, αλλά στη συνέχεια επέκτειναν τις υπηρεσίες τους,

προκειμένου να καλύψουν και άλλες ευάλωτες ομάδες του ελληνικού πληθυσμού, με την υποστήριξη των μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων (Economidou et al., 2014).

Επιπλέον, οι εθελοντές ιατροί, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί συνενώθηκαν σε άτυπα δίκτυα υγείας με τη δημιουργία προσωρινών κλινικών, που ονομάστηκαν κοινωνικά ιατρεία, λειτουργώντας στους χώρους των δημοτικών αρχών στις διάφορες πόλεις της Ελλάδας. Ένα δίκτυο περίπου 40 κοινοτικών κλινικών (π.χ. της Μητροπολιτικής Κοινοτικής Κλινικής στο Ελληνικό) λειτουργεί σε ολόκληρη την Ελλάδα παρέχοντας κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και δωρεάν φάρμακα σε άτομα που δεν είναι σε θέση ή δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Sotiropoulos και Bourikos, 2014; Zafiropoulou, 2014).

2.2.5. Κεντρική Οργάνωση και Διοίκηση

Η διαχείριση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένη. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των γενικών στόχων και των θεμελιωδών αρχών του ΕΣΥ, όπως η ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες. Το Υπουργείο λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με θέματα πολιτικής υγείας και τον γενικό σχεδιασμό και την εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών για την υγεία. Καθορίζει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, ορίζει τη χρηματοδότηση για τις προτεινόμενες δραστηριότητες και κατανέμει τους σχετικούς πόρους, προτείνει αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Το Υπουργείο Υγείας είναι επίσης υπεύθυνο για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, συντονίζοντας την πρόσληψη νέου προσωπικού στον δημόσιο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, με την επιφύλαξη της έγκρισης από το υπουργικό συμβούλιο. Παρόλο που ορισμένες από τις αρμοδιότητες του Υπουργείου μεταφέρθηκαν κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών στις ΥΠΕ, εξακολουθεί να διαδραματίζει τον κυρίαρχο ρόλο στη ρύθμιση, το σχεδιασμό και τη διαχείριση του Ε.Σ.Υ. και τη ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, ο ΕΟΠΥΥ εμπίπτει επίσης στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας, μια σημαντική αλλαγή από την περίοδο πριν από το 2011, όπου τα ταμεία ασφάλισης υγείας υπάγονταν στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Πρόνοιας.

Το Υπουργείο Υγείας, με επικεφαλής τον υπουργό, αναπληρωτή υπουργό και τρεις γενικούς γραμματείς, οργανώνεται σε τρεις γενικές διευθύνσεις: τη Γενική Διεύθυνση

Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, τη Γενική Διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων και Διοικητικής Υποστήριξης και τη Γενική Διεύθυνση Οικονομικών. Το Υπουργείο εποπτεύει επίσης έναν αριθμό οργανισμών και ιδρυμάτων, όπως:

- 1) το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) που είναι υπεύθυνο για την πρόληψη των ασθενειών και την επιδημιολογική επιτήρηση, καθώς και για τον έλεγχο όλων των μεταδοτικών ασθενειών και του HIV / AIDS,
- 2) τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) που είναι ο αρμόδιος φορέας για την αξιολόγηση και την αδειοδότηση των φαρμάκων στην αγορά.
- 3) το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) που είναι υπεύθυνο για τη στατιστική ανάλυση της φαρμακευτικής αγοράς και τη διανομή φαρμακευτικών προϊόντων.
- 4) το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και της Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ) που είναι υπεύθυνο για την πιστοποίηση, τον ποιοτικό έλεγχο και την έρευνα για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα.
- 5) τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), ο οποίος είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, το συντονισμό και την εφαρμογή των πολιτικών για την καταπολέμηση της τοξικομανίας.
- 6) το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτώμενων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), το οποίο παρέχει βοήθεια σε άτομα που πάσχουν από εξάρτηση, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, του τζόγου και του διαδικτύου.
- 7) το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας (ΕΚΕΑ), το οποίο είναι το επιστημονικό και διοικητικό όργανο για την αιμοδοσία και τις μεταγίσεις αίματος
- 8) τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ), ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση και τη διασφάλιση της ορθής χρήσης των μοσχευμάτων.
- 9) την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), η οποία είναι υπεύθυνη για την μεταπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.
- 10) το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Έρευνας (ΕΚΕΨΥΕ), το οποίο είναι αρμόδιο για την έρευνα, την πρόληψη και την παροχή ανοικτής ψυχικής υγείας.
- 11) το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη μελέτη λοιμωδών, αυτοάνοσων και νευροεκφυλιστικών ασθενειών, την κατανόηση της παθογένειας και την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών.
- 12) το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΙΥΠ), το οποίο είναι αρμόδιο για την έρευνα, τις εκπαιδευτικές και τις προληπτικές δραστηριότητες που αφορούν τα παιδιά.

- 13) το Εθνικό Κέντρο για το Διαβήτη (ΕΚΕΔΙ), το οποίο είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση και το συντονισμό της έρευνας, της πρόληψης και της θεραπείας του διαβήτη.
- 14) το Ελληνικό Ινστιτούτο DRG (ΚΕΤΕΚΝΥ), τον οποίο ιδρύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2014, με σκοπό να αναπτύξει και να διαχειριστεί ένα διαφανές, δίκαιο, έγκυρο και αξιόπιστο σύστημα μέτρησης του κόστους των νοσοκομειακών ιατρικών διαδικασιών, που βασίζονται σε διεθνείς Ομάδες Διαγνωστικής (DRGs).
- 15) το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), το οποίο συντονίζει τα ιδρύματα που είναι υπεύθυνα για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και καταστροφών που είναι επικίνδυνες για τη δημόσια υγεία.
- 16) την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών για την Υγεία (ΕΚΑΠΥ), η οποία ιδρύθηκε τον Μάιο του 2017, και είναι υπεύθυνη για την εθνική πολιτική προμηθειών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και την ετήσια προσφορά προϊόντων και υπηρεσιών στον δημόσιο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Εκτός από το Υπουργείο Υγείας, μια σειρά από άλλα υπουργεία έχουν ευθύνες που συνδέονται με το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν είναι πλέον υπεύθυνο για την λειτουργία της πλειοψηφίας των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά εξακολουθεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο δεδομένου ότι οι εισφορές της ασφάλισης υγείας δεν καταβάλλονται απευθείας από τους υπαλλήλους και τους εργοδότες (από το 2017), αλλά συλλέγονται μέσω ενός κοινού ταμείου, του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Από τον Ιανουάριο του 2017, ο ΕΦΚΑ εισπράζει όλες τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και μεταφέρει το τμήμα που αντιστοιχεί στην ασφάλιση υγείας στον ΕΟΠΥΥ.

Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας διαθέτει επίσης 14 στρατιωτικά νοσοκομεία (με περίπου 1900 κρεβάτια), 10 από τα οποία έχουν λιγότερα από 100 κρεβάτια. Αυτά τα νοσοκομεία και το προσωπικό τους απολαμβάνουν ειδικό καθεστώς καθώς λειτουργούν εκτός του Ε.Σ.Υ. Ωστόσο, τα στρατιωτικά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης έχουν παράσχει υπηρεσίες και σε πολίτες από το 2011 και συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας έκτακτης ανάγκης.

Το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων είναι υπεύθυνο για την προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και για την απονομή ακαδημαϊκών τίτλων, όπως μεταπτυχιακοί και μεταδιδακτορικοί τίτλοι. Σε συνεργασία με

το Υπουργείο Υγείας, ορίζει τα επαγγελματικά δικαιώματα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Το Υπουργείο διαθέτει επίσης δύο μικρά εκπαιδευτικά νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν εκτός του Ε.Σ.Υ., υπό την αιγίδα του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τέλος το Υπουργείο Οικονομικών προετοιμάζει και ελέγχει τον εθνικό προϋπολογισμό και κατά συνέπεια αποφασίζει για το ποσά που διατίθενται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι επίσης υπεύθυνο για την κάλυψη τυχόν ελλείμματος στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ.

Λόγω της μεγάλης συγκέντρωσης στην διαχείριση του τομέα της υγείας, ο ρόλος των Περιφερειών και των Δήμων της Ελλάδας, είναι ιδιαίτερα περιορισμένος, σε θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης και παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου οι περιφερειακές και τοπικές αρχές της χώρας, έχουν διαδραματίσει έναν δευτερεύοντα ρόλο λόγω της έλλειψης εξουσίας και οικονομικών πόρων για την εφαρμογή πολιτικών υγείας σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Ο ρόλος τους περιορίζεται στην παροχή φυλλαδίων υγείας για τη φτώχεια, τη λειτουργία δημόσιων παιδικών σταθμών και κέντρων ημερήσιας φροντίδας για τη γήρανση του πληθυσμού · και την εφαρμογή ορισμένων προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας, όπως το Βοήθεια στο Σπίτι. Από το 2013, κάποιες περιφερειακές αρχές ανέλαβαν την λειτουργία των κέντρων κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης μερικοί μεγάλοι δήμοι διαχειρίζονται κέντρα υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής, παρέχοντας υπηρεσίες κυρίως στους κοινωνικά αποκλεισμένους, τους φτωχούς και τους ανασφάλιστους. Ο αυξανόμενος ρυθμός ανεργίας και φτώχειας μετά το 2010 είχε ως αποτέλεσμα την αυξημένη αξιοποίηση των υπηρεσιών των δημοτικών κέντρων υγείας. Επιπλέον, πολλοί δήμοι δημιούργησαν δημοτικά φαρμακεία για την παροχή δωρεάν φαρμάκων στους άπορους και ανέπτυξαν προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, παρέχοντας στέγη και γεύματα στον αυξανόμενο αριθμό των αστέγων.

Κεφάλαιο 3ο: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας

3.1. Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης

Όταν μια χώρα είναι αντιμέτωπη με μια δημοσιονομική κρίση, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής δέχονται πιέσεις για να μειώσουν ή να αυξήσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία (ή για να ανακατανέμουν τα κονδύλια στο πλαίσιο του συστήματος υγείας). Οι αλλαγές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία μπορεί να εμπλέκουν διάφορα μέσα πολιτικής (ή συνδυασμός αυτών) με στόχο να την δημόσια χρηματοδοτούμενη φροντίδα υγείας. Η Ελλάδα δεν αποτέλεσε εξαίρεση στον γενικό αυτό κανόνα, καθώς η οικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία (Simou και Koutsogeorgou, 2014; Τούντας κ.α., 2016).

Στην Ελλάδα παρά το γεγονός ότι η υγεία θεωρείται θέμα της εσωτερικής διακυβέρνησης, τα μνημόνια που η χώρα υπέγραψε, απαίτησαν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να μην υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ. Η εξοικονόμηση των δαπανών θα προερχόταν κυρίως από τη μείωση των δημόσιων δαπανών για φάρμακα, την μείωση του εργατικού δυναμικού και αλλαγές στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος ήταν να επιτευχθεί σημαντική εξοικονόμηση κόστους από το 2010 μέχρι το τέλος του 2012, συμπεριλαμβανομένης μιας μείωσης κατά 25% των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, μείωση κατά 50% του διοικητικού προσωπικού στο κεντρικό ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και 25% μείωση σε συμβεβλημένα ταμεία, μείωση κατά 30% του κόστους των υπηρεσιών που αναθέτονται σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών, 15% μείωση του κόστους των νοσοκομείων, και μείωση κατά 25% σε μισθούς (Karaniolos et al, 2013).

Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να ειπωθεί ότι για πολλά χρόνια, το ΕΣΥ βρισκόταν σε μια κατάσταση συνεχούς κρίσης με προβλήματα στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα, την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την οργάνωση, τη δομή, τη διαχείριση, την έλλειψη σκοπιμότητας, το και το κατακερματισμένο διοικητικό πλαίσιο (Notara et al, 2010).

Αρκετά από τα πρώτα μέτρα που επιβλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας για την μείωση των δημοσίων δαπανών της υγείας, περιλάμβαναν την συγχώνευση των τεσσάρων εκ των μεγαλύτερων οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης υπό τον Εθνικό Οργανισμό για

την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη δραστηριότητα και τις δαπάνες των νοσοκομείων σε μηνιαία βάση, την μείωση των μισθών των εργαζομένων της υγείας, τους περιορισμούς στις προσλήψεις νέου προσωπικού και τις μειώσεις στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και την προμήθεια ιατρικού υλικού. Αυτές οι μειώσεις στους προϋπολογισμούς για την υγεία που επιβλήθηκαν μετά το 2009 συντέλεσαν στην αύξηση του αριθμού των ατόμων που δεν ήταν σε θέση να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και οι ευάλωτες ομάδες ήταν αυτές που επηρεάστηκαν κυρίως, καθώς και τα τέλη χρήσης για επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία αυξήθηκαν από € 3 σε € 5 (Karanikolos et al, 2013).

Παρ' όλα αυτά, η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, δεν σήμαινε την αύξηση των δαπανών των παρεχόμενων υπηρεσιών των χρηστών για την υγεία - τουλάχιστον μέχρι το τέλος του 2010 (Vandoros και Stargardt, 2013). Το νέο σύστημα για τις ιατρικές προμήθειες που εισήγαγε το Υπουργείο Υγείας (το 2010) είχε ως αποτέλεσμα την ετήσια εξοικονόμηση του ποσού των € 80 εκατ. Συγκεκριμένα, η προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών συσκευών, μέχρι το 2010 είχε πραγματοποιηθεί από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) με αποτέλεσμα μειώσεις στις δαπάνες του εθνικού συστήματος υγείας (Triantafyllou και Angeletopoulou, 2011).

Η αναδιάρθρωση των δημόσιων νοσοκομείων το 2011, με σκοπό την περαιτέρω εξοικονόμηση και την βελτίωση της αποτελεσματικότητας περιελάμβανε επίσης την κατάργηση ή συγχώνευση 370 εξειδικευμένων μονάδων, την μείωση των δημοσίων νοσοκομειακών κλινών από 35.000 έως 33.000, το πάγωμα των προσλήψεων νέων γιατρών, και την άδεια για ιδιωτικά συμβεβλημένα ασφαλιστικά ταμεία να εργαστούν σε δημόσια νοσοκομεία μία φορά την εβδομάδα (Simou και Koutsogeorgou, 2014). Ο αριθμός των μονάδων υγείας, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στον δημόσιο τομέα, έχει μειωθεί μεταξύ των ετών 2012-2015, φτάνοντας από 133 μονάδες υγείας το 2012, σε 124 μονάδες υγείας το 2015 στον δημόσιο τομέα και από 169 μονάδες υγείας το 2012, σε 159 μονάδες το 2015, στον ιδιωτικό τομέα (Deloitte, 2017).

Παρά το γεγονός ότι το σύνολο των δαπανών υγείας αυξήθηκαν από 53% του ΑΕΠ το 1991 σε 97% το 2008, η κατάσταση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα έχει στην πραγματικότητα χειροτερέψει από την άποψη των αποτελεσμάτων (Mossialos et al, 2005). Τα εμπόδια σε διοικητικό επίπεδο επηρέασαν κάθε πτυχή του συστήματος ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης σύστημα, με ίσως τις μεγαλύτερες ελλείψεις και ανεπάρκειες να

εντοπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε γενικές γραμμές, η ελληνική πρωτοβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει υψηλό βαθμό κατακερματισμού, δεδομένου ότι υπάρχουν αρκετά διαφορετικά κοινά και ιδιωτικοί πάροχοι που συμμετέχουν σε αυτό, με κανένα συντονισμό μεταξύ τους (Simou και Koutsogeorgou, 2014).

Μερικοί από τους κύριους λόγους για το υψηλό κόστος της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι η επανάληψη των εξετάσεων και των ιατρικών συνταγών που οφείλονται στην κακή μεταφορά πληροφοριών μεταξύ των παρόχων υγείας και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Το τελευταίο είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας και μπορεί να εξηγηθεί από τον μεγάλο αριθμό των ειδικών-των υψηλότερο μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας (ΟΟΣΑ), καθώς και από την αναποτελεσματικότητα των υφιστάμενων μηχανισμών ελέγχου στον τομέα της ασφάλισης της υγείας, η οποία επιβάρυνε με επιπλέον κεφάλαια τις δαπάνες υγείας (Οικονομου και Tountas, 2011).

Το 2015, η Ελλάδα δαπάνησε περίπου το 8,4% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη. Το ποσοστό των τρεχόντων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκε από 7,2% το 2000 σε 9,6% το 2010, πριν μειωθεί σημαντικά σε 9,1% το 2011 και σε 7,9% το 2014. Αντίστοιχα, οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία στην κατά κεφαλήν ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σχεδόν διπλασιάστηκαν από 1.417 δολάρια ΗΠΑ το 2000, σε 2697 δολάρια ΗΠΑ το 2010, και μετά από αυτό το έτος μειώθηκαν ραγδαία κατά ένα πέμπτο στα έτη που ακολούθησαν. Η Ελλάδα δαπάνησε κατά 2.204 δολάρια Η.Π.Α. στην κατά κεφαλήν ισοτιμία αγοραστικής δύναμης το 2015, το οποίο είναι το χαμηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ πριν από το 2004 (Πίνακας 3.1.) (Economou et al, 2017).

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (σε \$, Ισοτιμία αγοραστικής δύναμης)	1.417	2.305	2.697	2.374	2.211	2.170	2.094	2.204
Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (% ΑΕΠ)	7,2	9,0	9,6	9,1	8,8	8,3	7,9	8,4
Δημόσιες δαπάνες για την υγεία στον προϋπολογισμό (% των δαπανών υγείας)	-	-	69,0	66,0	66,0	62,0	58,0	59,0
Ιδιωτικές δαπάνες για την υγείας (% των δαπανών υγείας)	-	-	31,0	34,0	34,0	37,0	41,0	39,0
Δαπάνες γενικής κυβέρνησης για την υγεία (% των δαπανών γενικής κυβέρνησης)	-	-	12,6	11,1	10,5	8,3	9,1	9,1

Δημόσιες δαπάνες για την υγεία (% του ΑΕΠ)	4,5	5,6	6,6	6,0	5,8	5,1	4,6	5,0
Άμεσες πληρωμές (% των δαπανών υγείας)	-	-	28,1	30,9	30,5	34,0	36,8	35,5
Άμεσες πληρωμές (% των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία)	-	-	90,9	90,8	89,8	89,0	87,6	86,7
Κοινωνική Ασφάλιση (% των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία)	-	-	9,1	8,6	9,7	8,9	9,3	9,5

Πίνακας 3.1. Εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 2000-2015

Πηγή: Economou et al, 2017

Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία από το 2010 και μετά ακολούθησε τη συνολική συρρίκνωση της ελληνικής οικονομίας από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 5% του ΑΕΠ το 2015. Παρά το γεγονός ότι ιστορικά το ποσοστό αυτό ποτέ δεν ξεπέρασε τον μέσο όρο της ΕΕ και έφθασε στο ανώτατο σημείο του 6,6% το 2010, τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής της Ελλάδας για τη μείωση του αυξανόμενου δημόσιο ελλείμματος, απαίτησε οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να μην υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε 6,7 δισ. € μεταξύ των ετών 2009 και 2015 και προέρχονταν σε μεγάλο βαθμό από μειώσεις στη χρηματοδότηση των κονδυλίων των ασφαλιστικών ταμείων. Το 2015 το ποσοστό των δημόσιων δαπανών για την υγεία ήταν 59% (το τέταρτο χαμηλότερο στην ΕΕ) (Πίνακας 3.1.), ενώ το υπόλοιπο 41% αποτελούσε ιδιωτικές πληρωμές. Τα υψηλά επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, κυρίως με τη μορφή άμεσων πληρωμών, υπήρξαν ανέκαθεν χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και συνέχισαν να είναι υψηλά ακόμη και κατά την οικονομική κρίση. Το 2015, η Ελλάδα είχε το πέμπτο μεγαλύτερο μερίδιο των άμεσων πληρωμών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, που αποτελούν το 35% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα, η Ελλάδα έχει ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα δημόσιας δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών της γενικής κυβέρνησης μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ (Εικ.3.5) (Economou et al, 2017).

Η οικονομική κρίση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια ευκαιρία για την αντιμετώπιση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, που ενδεχομένως θα οδηγήσει σε καλύτερη πρόσβαση των ασθενών και σε αύξηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, μαζί με περισσότερα κίνητρα για τους επαγγελματίες της υγείας να παρέχουν πιο αποτελεσματικές και λιγότερο δαπανηρές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αφ

'ετέρου, η άποψη ότι η οικονομική κρίση δίνει την ευκαιρία στο εθνικό σύστημα υγείας να προχωρήσει, έχει βρεθεί άμεσα αντίθετη με την αιτιολογία ότι οι δραματικές περικοπές δαπανών έχουν πραγματικά βλάψει το σύστημα υγείας αντί να το ενισχύσουν (Karamanoli, 2011).

3.2. Ανθρώπινο Δυναμικό στον τομέα της υγείας

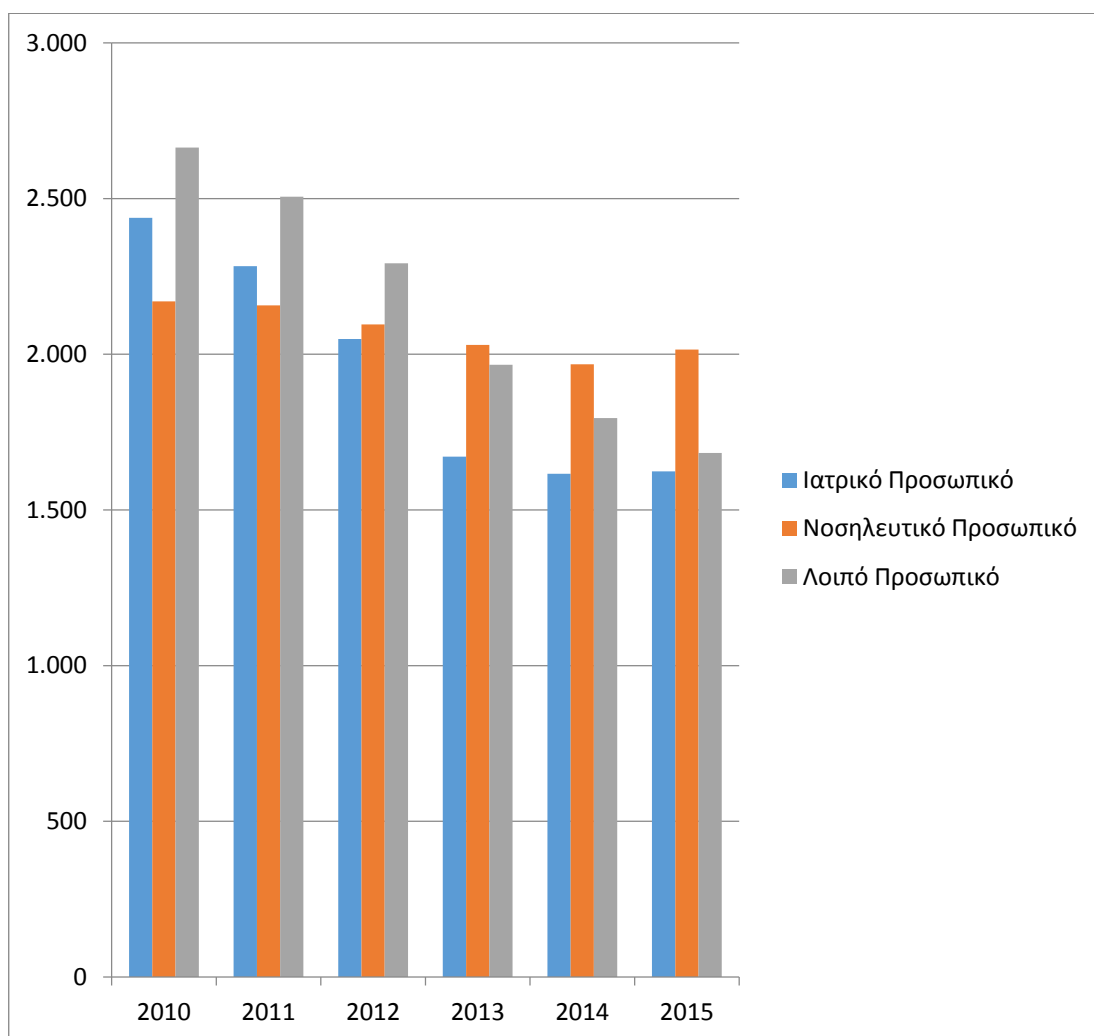
Η οικονομική κρίση είχε επίδραση και στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Προκειμένου να περιοριστούν οι δαπάνες υγείας, εφαρμόστηκαν μέτρα τα οποία επηρέασαν το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας. Το εργατικό δυναμικό του τομέα της υγείας επηρεάστηκε επίσης από τις οικονομικές αλλαγές που επιβλήθηκαν μετά το 2009 για τους μισθούς και τις συντάξεις του δημόσιου τομέα. Μερικά από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν, και τα οποία επηρέασαν το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας, ήταν οι κατά 15% περικοπές σε όλους τους μισθούς του δημοσίου τομέα, η κατάργηση του δέκατου τρίτου και δέκατου τέταρτου μισθού, και οι κατά 10% περικοπές στις συντάξεις – μείωση από 7% σε € 800 ανά μήνα για 23% στα € 3,500 ανά μήνα. Μετά το 2010, όχι μόνο όλες οι συνταξιοδοτικές παροχές μειώθηκαν βάσει νομοθεσίας (Νόμος 3863), αλλά και η ηλικία συνταξιοδότησης αυξήθηκε (από 65 έως 67) (Simou και Koutsogeorgou, 2014).

Παρά τη συνολική υπερπροσφορά γιατρών, τα δημόσια νοσοκομεία και ορισμένες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται συχνά από υποστελέχωση ή λειτουργούν κάτω από το όριο της επιχειρησιακής τους ικανότητας (Clarke et al, 2016). Το εθνικό σύστημα υγείας σήμερα λειτουργεί σήμερα με 10-40% λιγότερους εργαζόμενους των οποίων ο μισθός έχει μειωθεί κατά 40% (Economou et al, 2013). Ως εκ τούτου υπάρχει υποστελέχωση και έλλειψη προσωπικού, ενώ η ζήτηση για υποστηρικτική εργασία στην κοινότητα και στα σχολεία έχει αυξηθεί (Simou και Koutsogeorgou, 2014).

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία, που δημοσιεύθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2018, μειώσεις σημειώθηκαν, τόσο στο ιατρικό προσωπικό, όσο και στο νοσηλευτικό και στο λοιπό προσωπικό από άλλες ειδικότητες. Συγκεκριμένα ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού μειώθηκε από περίπου 2.400 ιατρούς το 2010, σε περίπου 1.600 ιατρούς το 2014, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε από περίπου 2.100 νοσηλευτές το 2010, σε περίπου 1.900 νοσηλευτές το 2014. Μετά το 2014, σημειώθηκαν κάποιες ελαφρές αυξήσεις, τόσο στο ιατρικό, όσο και στο νοσηλευτικό

προσωπικό, ωστόσο αυτές δεν ήταν σημαντικές. Το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων μειώθηκε επίσης από περίπου 2.700 άτομα το 2010, σε περίπου 1.600 άτομα το 2016, καταγράφοντας συνεχή μείωση (ΕΛΣΤΑΤ, 2018) (Διάγραμμα 3.1.).

Επιπρόσθετα έχει εκτιμηθεί ότι λόγω της οικονομικής κρίσης περίπου το 1/3 των μεταπτυχιακών νοσηλευτών θα παραμείνουν άνεργοι για διάστημα έως τέσσερα χρόνια μετά την αποφοίτησή τους, και οι έκτακτης ανάγκης νοσηλευτές θα πρέπει να εργαστούν υπερωρίες, με λιγότερους πόρους (π.χ. φάρμακα και αποστειρωμένο εξοπλισμό), με λιγότερες ημέρες ρεπό και χαμηλότερο μισθό από ό, τι πριν από τρία χρόνια (Kalafati, 2012). Πράγματι σύμφωνα με την έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ (2018), τα μηχανήματα στις μονάδες υγείας μειώθηκαν από 2.397 το 2012, σε 2.288 το 2016.



Διάγραμμα 3.2. Εξέλιξη αριθμού ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, 2010-2015

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018

Η οικονομική κρίση αύξησε επίσης το υφιστάμενο χάσμα μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης σε ιατρικό προσωπικό. Σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις επαγγελματικών ενώσεων και όπως καταγράφεται από μια έκθεση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τον ΟΟΣΑ (2017), περίπου το 25% των ιατρών είναι πλέον άνεργοι, ενώ σχεδόν 7.340 ιατροί έχουν εγκαταλείψει την Ελλάδα μεταξύ των ετών 2009 και 2015. Ένα επιπλέον στοιχείο που απαιτεί παρακολούθηση όσον αφορά την επίπτωσή του στην πρόσβαση στη δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη είναι το σύστημα των διοικητικών ανώτατων ορίων στη δραστηριότητα των γιατρών. Παραδοσιακά, η προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς ήταν σημαντικό πρόβλημα στον ιδιωτικό τομέα, και οδηγούσε σε περιττή υπερκατανάλωση υπηρεσιών. Ως απάντηση, τέθηκαν ανώτατα όρια στον αριθμό των επισκέψεων που μπορεί να δεχτεί μηνιαίως ένας γιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και στον αριθμό των παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, οι γιατροί εργάζονται στο πλαίσιο ενός μηνιαίου πλαφόν στην αξία των φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφήσουν (προσαρμοσμένο ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών, την περιοχή και τον μήνα του έτους) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, 2017).

Σε μια ακόμα πρόσφατη έρευνα από τους Kerasidou et al (2017) οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας ανέφεραν ότι λειτουργούσαν σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που δεν έχει επαρκείς πόρους, με χαμηλό κεφάλαιο και κακοδιαχείριση, όπου αναμένεται να εργάζονται πολύ περισσότερες ώρες σε δύσκολες συνθήκες και να βλέπουν περισσότερους ασθενείς για χαμηλότερη αμοιβή. Επίσης οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι το παλαιό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρειαζόταν αναδιάρθρωση. Ανέφεραν ότι υπήρχαν συστημικές ανεπάρκειες που απαιτούσαν άμεση προσοχή και μεταρρύθμιση, όπως ο εξορθολογισμός της συνταγογράφησης και οι εργαστηριακές εξετάσεις. Ωστόσο, στην πράξη, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με γνώμονα την λιτότητα αμφισβήτησαν την ιδέα επαγγελματικού προσανατολισμού των ιατρών και των νοσηλευτών. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αγωνίζονται να διατηρήσουν το ίδιο επίπεδο επαγγελματισμού στην καθημερινή τους πρακτική στις μεταβαλλόμενες και προκλητικές συνθήκες των μεταρρυθμίσεων υγείας που βασίζονται στη λιτότητα, στην Ελλάδα. Αναγνώρισαν ότι η αύξηση του αριθμού των ασθενών που χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη μείωση του προσωπικού επηρεάζει τον τρόπο άσκησης της υγειονομικής περίθαλψης. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, όπως υποστήριξαν μερικοί από τους συνεντευξιαζόμενους, έχει

μετατρέψει το ιατρικό επάγγελμα σε εργασία γραμμής παραγωγής. Επίσης, θεώρησαν ότι η σημαντική μείωση των αποδοχών έχει προσβάλει το επάγγελμά τους. Τα συναισθήματα ότι ο ρόλος τους στην κοινωνία και η σκληρή δουλειά τους δεν αναγνωρίζονται από το κράτος ήταν κοινά μεταξύ των ερωτηθέντων (Kerasidou et al, 2017).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, συν τις τρέχουσες μεταβολές στα συστήματα συντάξεων που έχουν οδηγήσει σε υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας και επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ως εκ τούτου, πολλοί νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης έχουν αιτηθεί για πρόωρη συνταξιοδότηση, μαζί με πολλούς άλλους εργαζόμενους από άλλες ειδικότητες στην υγειονομική περίθαλψη (Simou και Koutsogeorgou, 2014).

3.3. Παροχή υπηρεσιών υγείας

Η οικονομική κρίση είχε επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην παροχή υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στις πανεπιστημιακές νοσοκομειακές μονάδες, εντείνοντας την ανισότητα στην πρόσβαση στις μονάδες υγείας. Στην ουσία αυτό σήμαινε ότι κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης πολλοί Έλληνες είχαν ανάγκες υγείας που έμειναν ανεκπλήρωτες. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες συνιστούν δείκτη της ισότητας και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και μπορούν να οριστούν ως οι διαφορές, εάν υπάρχουν, μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες για την κατάλληλη αντιμετώπιση των καθορισμένων προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που πραγματικά λαμβάνονται (Allin et al, 2010). Κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων, η ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η αξιοποίηση αυτών των υπηρεσιών ακολουθεί τη γενική πτώση του κοινωνικοοικονομικού καθεστώτος. Τέτοιες αλλαγές ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν φραγμούς στην πρόσβαση λόγω της αυξημένης ανεργίας και της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (Yang et al, 2001).

Πράγματι, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Kentikelenis et al, 2011) και αναμένεται ότι η τάση αυτή θα συνεχιστεί (Pappa et al, 2013). Άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι το κλείσιμο πολλών μονάδων υγείας συνέβη όταν αυξημένος αριθμός Ελλήνων ανέφεραν ότι δεν ζητούν την υγεία ή την οδοντιατρική φροντίδα, εξέταση ή θεραπεία, ακόμη και αν

πιστεύουν ότι είναι απαραίτητη για αυτούς, λόγω του κόστους, της αναμονής, της απόστασης, και για άλλους λόγους (Vandoros et al, 2013).

Δεδομένα από τα έτη 2009-2011 έδειξαν αυξήσεις των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και μείωση στις εισαγωγές στα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, επειδή οι ασθενείς δεν είχαν ιδιωτική ασφάλιση (Kentikelenis et al, 2012).

Μια πιο πρόσφατη έρευνα επιβεβαιώνει πράγματι ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμα και σήμερα σε μεγάλο βαθμό. Στην έρευνα αυτή οι Zavras et al (2016), αξιολόγησαν πως η οικονομική κρίση επηρέασε τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, συγκρίνοντας δεδομένα μεταξύ των ετών 2006 και 2011. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μη ικανοποιημένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αυξήθηκαν μετά την εφαρμογή μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα, κυρίως λόγω της δυσκολίας των ασθενών να καλύψουν το κόστος της ιατρικής περίθαλψης. Οι πιθανότητες ανεκπλήρωτων αναγκών λόγω οικονομικών λόγων ήταν 44% υψηλότερες το 2011 σε σχέση με το 2006. Οι ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες που οφείλονται σε οικονομικούς λόγους συνδέονται με το εισόδημα και την ασφάλιση υγείας, το οποίο σημαίνει ότι άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι είναι πιο πιθανό να έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες ανεκπλήρωτων ιατρικών αναγκών λόγω οικονομικών λόγων.

Μια άλλη πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα ανέφερε επίσης ότι τα οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση για τους ασθενείς με χρόνιες ασθένειες αυξήθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Kyriopoulos et al, 2014).

Επίσης πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία από την στατιστική έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) αποκαλύπτουν ότι οι επιδεινούμενες οικονομικές συνθήκες της Ελλάδας έχουν υπονομεύσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα για εκείνους που είναι πιο ευάλωτοι. Το ποσοστό ατόμων με χαμηλό εισόδημα που αναφέρουν ανεκπλήρωτη ιατρική ανάγκη λόγω κόστους διπλασιάστηκε από 7% το 2008 σε 13,9% το 2013. Ταυτόχρονα, η αυτοαναφερόμενη ανεκπλήρωτη ανάγκη στον πλουσιότερο πληθυσμό πεμπτημόριου βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο από την αρχή της κρίσης, οδηγώντας στην αύξηση του σχετικού χάσματος μεταξύ των πλουσιότερων και φτωχότερων πληθυσμιακών ομάδων σε σχεδόν δέκα φορές, μεταξύ των ετών 2008 και 2013 (Karanikolos και Kentikelenis, 2016).

Επιπλέον, οι πιο ευάλωτες ομάδες, οι οποίες συχνά παραμένουν αόρατες για τις επίσημες στατιστικές και τις δημογραφικές έρευνες, βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των συνεπειών των μέτρων λιτότητας. Μια μελέτη που επικεντρώθηκε στους παράνομους μετανάστες, έδειξε ότι το 62% είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, ενώ το 53% αντιμετώπισε μείζονες δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, με βασικούς φραγμούς το κόστος και τους μακρούς καταλόγους αναμονής (Kentikelenis et al, 2015).

Σε μια άλλη έρευνα δείχθηκε ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έκτακτης και νοσοκομειακής περίθαλψης, των ιατρικών εξετάσεων και της φροντίδας ψυχικής υγείας, επιδεινώθηκε για τους άστεγους κατά τη διάρκεια της ύφεσης (Agaroglou και Gounis, 2015). Η παροχή υπηρεσιών για αυτές τις ευάλωτες ομάδες βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε φιλανθρωπικές οργανώσεις, οι οποίες τώρα πρέπει επίσης να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη ζήτηση από τον φτωχό γενικό πληθυσμό, καθώς τα τέλη χρήσης για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τα φαρμακευτικά προϊόντα επηρεάζουν μεγάλο ποσοστό νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα (Karanikolos και Kentikelenis, 2016).

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας κατά την διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, έχουν επίσης αναφερθεί και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Σε μια πρόσφατη ανοιχτή επιστολή προς τον πρωθυπουργό της Ελλάδας, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (2017) περιέγραψε τον αντίκτυπο των πολιτικών λιτότητας στα άτομα με αναπηρίες, είτε έμμεσα, μέσω ευρύτερων μεταρρυθμίσεων, είτε μέσω πολιτικών που απευθύνονται άμεσα σε αυτές τις ομάδες ατόμων. Αν και οι συν-πληρωμές για τα φάρμακα, για παράδειγμα, ισχύει για όλους, μπορεί να επηρεάσει δυσανάλογα τα άτομα με αναπηρίες, τα οποία μπορεί να μην δικαιούνται οποιεσδήποτε εκπτώσεις για τα φάρμακα που χρειάζονται τακτικά.

Σε μια πρόσφατη έρευνα οι Rotarou και Sakellariou (2017), διερεύνησαν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των ατόμων με αναπηρίες στην Ελλάδα στο πλαίσιο των διαρθρωτικών προσαρμογών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με αναπηρίες αναφέρουν υψηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, με το κόστος, τη μεταφορά και τους μακρούς καταλόγους αναμονής να αποτελούν σημαντικά εμπόδια. Η εμπειρία όλων των φραγμών συνδέθηκε θετικά με την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι ένα τμήμα του πληθυσμού που μπορεί να έχει υψηλότερη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζει

μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι πολιτικές λιτότητας έχουν αντίκτυπο στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τόσο με άμεσο όσο και με έμμεσο τρόπο, δημιουργώντας μακροπρόθεσμα μειονεκτήματα για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι κοινωνικές πολιτικές και η ολοκληρωμένη νομοθεσία κατά των διακρίσεων μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση ορισμένων από τα εμπόδια που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός.

Δεδομένου ότι το ζήτημα των επιπτώσεων της κρίσης και της λιτότητας στην υγεία και την πρόσβαση στην περίθαλψη τέθηκε πριν από μερικά χρόνια στην Ελλάδα (Kentikelenis et al, 2013), λήφθηκαν ορισμένες δράσεις και μέτρα. Για παράδειγμα, ένα σύστημα κουπονιών υγείας που κάλυπτε 230.000 άτομα με βασικές υπηρεσίες κάλυψε μόνο το 10% αυτών κατά τους πρώτους 17 μήνες από την εισαγωγή του το 2013. Η νομοθετική πρωτοβουλία από τον Ιούνιο του 2014 που επέτρεψε την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη και στα φάρμακα για τους ανασφάλιστους, στην πράξη παρεμποδίστηκε από τις άκαμπτες γραφειοκρατικές διαδικασίες ελέγχου των μέσων για τις επιλέξιμες ομάδες και την έλλειψη πληροφοριών για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Kentikelenis, 2015).

Αυτά τα μέτρα για την άμβλυνση των επιπτώσεων της κρίσης και της λιτότητας στη δημόσια υγεία στην Ελλάδα είναι πολύ λίγα και έχουν με πολύ αργούς ρυθμούς. Το αυξανόμενο χάσμα της ανισότητας στην υγεία υποδηλώνει ότι το ελληνικό κράτος πρόνοιας, με την πίεση της εξαντλητικής λιτότητας, δεν κατάφερε να ανταποκριθεί στην υπόσχεσή του για παγκόσμια κάλυψη υγείας (Karaniolos και Kentikelenis, 2016).

Οι Έλληνες ασθενείς επιβαρύνθηκαν επίσης με το κόστος φαρμακευτικών αγωγών, λόγω έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης. Αν και η Ελλάδα έχει εξασφαλίσει χαμηλές τιμές για πολλά φάρμακα κοινόχρηστης ονομασίας μέσω διαπραγματεύσεων με φαρμακευτικές εταιρείες, εκτεταμένες ελλείψεις φαρμάκων αναφέρθηκαν σε φαρμακεία, καθώς οι χονδρέμποροι είχαν στραφεί σε αγορές με υψηλότερες αποδοχές. Στο μεταξύ τα ασφαλιστικά ταμεία καθυστερούν όλο και περισσότερο την επιστροφή των αποδοχών στα φαρμακεία, με αποτέλεσμα την συσσώρευση των χρεών, η οποία οδήγησε τα φαρμακεία να ζητήσουν από τους ασθενείς να πληρώνουν για φάρμακα σε μετρητά και στη συνέχεια να επιστρέφονται από τα κεφάλαια (Karaniolos et al, 2013).

Επίσης, η χειρουργική κοινότητα επηρεάστηκε από τις σημαντικές μειώσεις των δαπανών για την υγεία που ακολούθηθηκε από την έλλειψη του κατάλληλου εξοπλισμού

για χειρουργικές επεμβάσεις, και οδήγησε σε προβληματική παροχή χειρουργικών υπηρεσιών υγείας και, κατά συνέπεια επιδείνωση της υγείας των ασθενών που χειρουργούνταν (Karidis et al, 2011). Οι αλλαγές στα ποσοστά αποδοχής είχαν αντίκτυπο στις υπηρεσίες υγείας με τους ασθενείς να μετατοπίζονται από τον ιδιωτικό τομέα προς την δημόσια υγεία, όπως αποδεικνύεται από την αύξηση κατά 24% του αριθμού των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο 2009-2010, ποσοστό το οποίο συνέχισε να αυξάνεται κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011 κατά 8%, ενώ κατά την περίοδο 2009-2010 υπήρξε μείωση των εισαγωγών στα ιδιωτικά νοσοκομεία από 25-30%, κυρίως επειδή οι ασθενείς δεν μπορούσαν πλέον να αντέξουν οικονομικά την ιδιωτική περίθαλψη (Karamanoli, 2011).

Οι δαπάνες για κοινωνικές παροχές των συντάξεων, την ασθένεια και τα φαρμακευτικά προϊόντα μειώθηκαν κατά 9,6%. Οι περικοπές σε μισθούς, κοινωνικές παροχές, όπως η ασφάλιση υγείας και οι συντάξεις, καθώς και η απώλεια τους, λόγω της ανεργίας, είναι επίσης θέματα που σχετίζονται με τα μέτρα λιτότητας με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια από φιλανθρωπικές οργανώσεις και την εκκλησία. Τέλος, η έλλειψη ενός καλά οργανωμένου συστήματος παραπομπής έχει αναφερθεί επίσης στην βιβλιογραφία καθώς, γεγονός που συμβάλλει στην κακό συντονισμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Simou και Koutsogeorgou, 2014).

Τα τέλη χρήσης για την επίσκεψη εξωτερικά ιατρεία έχουν αυξηθεί από € 3 έως € 5,73 και πολλές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης έχουν κλείσει (Carassava, 2013). Τα δημοσιεύματα των αρνητικών κοινωνικών επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων των αστέγων, της έξαρσης της εγκληματικότητας, και των παιδιών που χρειάζονται φροντίδα, έχουν πλέον γίνει από τα πιο κοινά. Το πακέτο διάσωσης που προβλέπονταν από την τρόικα ήρθε με συνθήκες αυστηρής λιτότητας, συμπεριλαμβανομένων περικοπών στην κοινωνική πρόνοια, την εκπαίδευση και την υγεία αφήνοντας Ελλάδα με πολύ λίγες επιλογές για την αντιμετώπιση της κλιμακούμενης κοινωνικής κρίσης (Karaniolos et al, 2013).

Γενικά οι μεταρρυθμίσεις στις προμήθειες και την τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων ήταν ένα θέμα που τονίζεται εκτενώς στην επιστημονική βιβλιογραφία, και έχει προκαλέσει την αύξηση των δαπανών υγείας των ίδιων των ασθενών, συνεπώς είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι οι χρήστες των υπηρεσιών έχουν αυξανόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση (Vandoros και Stargardt, 2013).

Έχει αναφερθεί ακόμα ότι οι αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες με την αύξηση των ελλείψεων στον τομέα των φαρμάκων και του ιατρικού εξοπλισμού. καθώς και με τον αυξανόμενο αριθμό ασθενών που αναζητούν τώρα δημόσιες και όχι ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Kerasiidou et al, 2016).

Τα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας αντιμετώπισαν επίσης σημαντικές προκλήσεις κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Η κρίση και τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν μετά το 2010 είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην επάρκεια και την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Οι οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες για την υγεία, η μη ανανέωση των συμβάσεων ορισμένου χρόνου για τους έκτακτους υπαλλήλους και η μείωση της αντικατάστασης των συνταξιοδοτικών υπαλλήλων είχαν ως αποτέλεσμα περίπου το ένα πέμπτο του εθνικού στόλου ασθενοφόρων να βρίσκεται εκτός λειτουργίας, λόγω ελλείψεων στα πληρώματα ασθενοφόρων, και καθυστερήσεις στην προμήθεια νέων ασθενοφόρων. Η σωστή λειτουργία των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης παρεμποδίστηκε από διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων ήταν η αυξημένη επισκεψιμότητα από ασθενείς που δεν είχαν επείγουσες ανάγκες, αυξάνοντας τον φόρτο εργασίας τους. Παράλληλα οι περικοπές του προϋπολογισμού είχαν ως αποτέλεσμα την έλλειψη προσωπικού για την ταξινόμηση των ασθενών. Οι ελλείψεις του παραϊατρικού προσωπικού στα τμήματα έκτακτης ανάγκης οδηγούν συχνά σε πληρώματα ασθενοφόρων που αναγκάζονται να αναλάβουν το ρόλο του παραϊατρικού προσωπικού με τη μεταφορά ασθενών από ένα νοσοκομειακό τμήμα σε άλλο, καθυστερώντας τους από την εκτέλεση των βασικών τους καθηκόντων (Economou et al, 2017).

3.4. Οργανωτικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας

3.4.1. Ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, έγιναν πολλές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Η σημαντικότερη ίσως και μεγαλύτερη από αυτές ήταν η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, μέσω της συγχώνευσης των υπαρχόντων μεμονωμένων ασφαλιστικών ταμείων.

Το 2010, σύμφωνα με τις διατάξεις του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής και των πιέσεων των πιστωτών για ταχείες αλλαγές, η κυβέρνηση εισήγαγε

ένα νέο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με μεταγενέστερες αλλαγές στα ποσοστά συνεισφοράς (χρηματοδότηση) και την τυποποίηση του πακέτου παροχών. Η μεταρρύθμιση επικεντρώθηκε στον διαχωρισμό των κλάδων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, από τη διαχείριση των συντάξεων και τη συγχώνευση των ταμείων υγείας, φέρνοντας όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγεία στο Υπουργείο Υγείας. Ένα συμβούλιο που δημιουργήθηκε για να επιβλέπει αυτή τη διαδικασία, αποσκοπούσε στην απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος, καθορίζοντας τα κριτήρια και τους όρους υπό τους οποίους τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης θα μπορούσαν να συνάπτουν σύμβαση με τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες και να επιτευχθεί εξοικονόμηση στην αγορά ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών συμφωνίες τιμών-όγκου. Αυτή η σημαντική αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας θεσπίστηκε με τη νομοθεσία το Μάρτιο του 2011 (Economou, 2012).

Πιο αναλυτικά, μέχρι το 2010, υπήρχε μια πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων, με βάση το επάγγελμα (τα οποία στην πραγματικότητα, ήταν κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων, που διαχειριζόταν επίσης συντάξεις). Συνεπώς, υπήρχαν ποικίλα συστήματα, διαφορές στα ποσοστά συνεισφοράς, στα ποσοστά κάλυψης, στα οφέλη και στους όρους χορήγησης αυτών των παροχών, με αποτέλεσμα την άνιση πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Economou, 2010; Polyzos et al, 2013).

Το 2011, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, οδήγησαν στην συνένωση των προηγούμενων ασφαλιστικών ταμείων, σε έναν ενιαίο ασφαλιστικό φορέα, τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος θα ενεργούσε ως αγοραστής φαρμάκων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους, αυξάνοντας έτσι τη διαπραγματευτική ισχύ με τους προμηθευτές (Niakas, 2013). Μεταξύ των ετών 2011 και 2014, ο ΕΟΠΥΥ μετατράπηκε σταδιακά σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας και εδραιώθηκε ο ρόλος του, ως μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο των μεταβατικών ρυθμίσεων, όσοι ήταν μέλη των προηγούμενων ασφαλιστικών ταμείων πριν από το 2011, εξακολουθούσαν να καταβάλλουν τα ποσοστά συνεισφοράς για την υγεία που προβλέπονται από αυτά τα κεφάλαια, ενώ τα άτομα που προσχώρησαν στο νέο σύστημα από το 2011 και μετά, έγιναν άμεσα μέλη του ΕΟΠΥΥ και κατέβαλαν το τυποποιημένο ποσοστό εισφορών στον ΕΟΠΥΥ. Αξιοποιώντας την υπάρχουσα διοικητική υποδομή, εισπράχθηκαν εισφορές από τα μεμονωμένα κεφάλαια των συνενωμένων ασφαλιστικών και στη συνέχεια μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ διαχειρίζεται ως αυτοδιοικούμενος δημόσιος

φορέας και λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Λειτουργεί ως μονοπώλιο, καθώς είναι ο μόνος αγοραστής υπηρεσιών υγείας, θέτοντας τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για συμβατικές δεσμεύσεις με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Economou et al, 2017).

Από το 2017, η λειτουργία αυτή αναλήφθηκε από έναν ενιαίο οργανισμό, το Ενοποιημένο Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), το οποίο είναι αρμόδιο για τη συλλογή όλων των συνεισφορών για την υγεία και για τις συντάξεις. Μέχρι το 2014, ο ΕΟΠΥΥ ήταν επίσης το κύριο όργανο της χώρας που ήταν επιφορτισμένο με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ρόλος του ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ρύθμιση των συμβάσεων με όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και η θέσπιση προτύπων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με τον ευρύτερο στόχο να ανακουφισθεί η πίεση στα τμήματα εξειδικευμένης και έκτακτης φροντίδας στα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, το 2014, η ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεταφέρθηκε στα ΠΕΔΥ και συντονίστηκε από τις ΥΠΕ. Οι ΥΠΕ είναι αρμόδιες για όλες τις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των κέντρων υγείας και των χειρουργείων τους, καθώς και των εγκαταστάσεων που προηγουμένως άνηκαν στους διάφορους κλάδους ασφάλισης υγείας που συγχωνεύθηκαν στον ΕΟΠΥΥ (Symeonidis, 2017).

Το 2017, ο ΕΦΚΑ δημιουργήθηκε με σκοπό την ενοποίηση των προϋπαρχόντων φορέων κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούσαν στη χώρα μας μέχρι σήμερα και με στόχο την απλοποίηση και τον εκσυγχρονισμό όλων των σχετικών διαδικασιών. Με την ίδρυση του ΕΦΚΑ, από 1/1/2017, οι παλιοί ασφαλιστικοί φορείς παύουν να υφίστανται. Ενοποιούνται όλοι σε έναν, νέο, σύγχρονο, αποτελεσματικό, Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο ΕΦΚΑ λειτουργεί ως μια ενιαία διοικητική και οικονομική οργάνωση, και οι ασφαλισμένοι υπόκεινται σε νέους και ομοιόμορφους κανόνες και συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης και λαμβάνουν ενιαία οφέλη. Μέσω των μεταρρυθμίσεων θα αυξηθούν επίσης τα ποσοστά των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και θα μειωθούν οι μηνιαίες συντάξεις. Στον ΕΦΚΑ καταβάλλουν τις εισφορές τους όλοι οι εργαζόμενοι είτε ως μισθωτοί είτε ως αυτοαπασχολούμενοι και από τον ΕΦΚΑ λαμβάνουν την κύρια σύνταξή τους όλοι οι συνταξιούχοι. Επίσης ενοποιήθηκαν όλοι οι κανόνες και οι υπηρεσίες για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από τη σχέση εργασίας, τον τομέα απασχόλησης (δημόσιο και ιδιωτικό) και το επάγγελμα. Για όλους τους πολίτες

δημιουργούνται προσωπικοί ασφαλιστικοί λογαριασμοί, στους οποίους είναι διαθέσιμες όλες τις αναγκαίες πληροφορίες από όλα τα πρώην ταμεία (ΕΦΚΑ, 2018).

Μια άλλη σημαντική εξέλιξη ήταν η προσπάθεια για μεγαλύτερη αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Τον Ιούνιο του 2010, η κυβέρνηση θέσπισε νόμο για τη δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής για τους δήμους και τις περιφέρειες (γνωστό ως Σχέδιο Καλλικράτη): δημιουργήθηκαν 13 περιφέρειες για να αντικαταστήσουν 76 νομούς, ενώ οι 1034 δήμοι μειώθηκαν σε 325. Σύμφωνα με την αναδιοργάνωση, αναμένεται να διαδραματίσουν πολύ σημαντικότερο ρόλο στη διαχείριση και την οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ και στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, αυτή η ενίσχυση των εξουσιών τους δεν έχει ακόμη υλοποιηθεί (Athanasiadis et al, 2018).

3.4.2. Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Η απότομη αύξηση της ανεργίας συντέλεσε ώστε περίπου 2,5 εκ, άνθρωποι ή το ένα τέταρτο του πληθυσμού να χάσουν πλήρη κάλυψη υγείας τους. Έγιναν αρκετές προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού. Αρχικά, ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2013 ένα πρόγραμμα κουπονιών υγείας, στοχεύοντας τους ανθρώπους που είχαν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη και επιτρέποντάς τους να έχουν πρόσβαση μόνο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και μόνο σε ένα καθορισμένο αριθμό περιόδων κατά τη διάρκεια των τεσσάρων μηνών. Το μέτρο εγκαταλείφθηκε ως αναποτελεσματικό λόγω των πολύ χαμηλών ποσοστών απορρόφησης και της περιορισμένης κάλυψης που προσέφερε (Kentikelenis, 2015).

Πρόσθετα μέτρα τέθηκαν σε ισχύ το 2014 και αποσκοπούσαν στο να επιτρέψουν σε άτομα που δεν ήταν ασφαλισμένα με οποιοδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό ταμείο, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσηλείας, καθώς και φαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα εξακολουθούσαν να υπόκεινται στους ίδιους όρους και επιβαρύνσεις επιστροφής, όπως και για τους ασθενείς που εξασφάλισε ο ΕΟΠΥΥ, αφήνοντας την εφαρμογή των μέτρων, με πολλά οικονομικά εμπόδια για την πρόσβαση σε φάρμακα (Economidou, 2015).

Το 2016 τέθηκε σε ισχύ μια νέα νομοθεσία, η οποία παρείχε πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων

των ατόμων χωρίς υγειονομική περίθαλψη, των μεταναστών που διαμένουν νομίμως στην Ελλάδα, των παιδιών, των εγκύων γυναικών και των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, ανεξάρτητα από το ασφαλιστικό τους καθεστώς. Αυτές οι ομάδες έχουν τώρα το δικαίωμα να έχουν το ίδιο επίπεδο πρόσβασης με εκείνους που ασφαλίζονται από τον ΕΟΠΥΥ, υπό τον όρο ότι έχουν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης ή μεταναστευτική κάρτα υγείας (Economou et al, 2017).

Πρέπει επίσης να ειπωθεί ότι οι συγκρούσεις στη Μέση Ανατολή είχαν ως αποτέλεσμα να έρχονται στην Ελλάδα μεγάλοι αριθμοί προσφύγων. Ενώ οι περισσότεροι παράνομοι μετανάστες εξακολουθούν να έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης για τη θεραπεία απειλητικών για τη ζωή συνθηκών, η πρόσβαση σε υπηρεσίες για ορισμένες ομάδες που θεωρούνται ως υψηλή προτεραιότητα (π.χ. άτομα που πάσχουν από χρόνιες, ψυχικές ή σπάνιες ασθένειες, άτομα με αναπηρία που φιλοξενούνται σε μονάδες κοινωνικής μέριμνας, άτομα με ποσοστό αναπηρίας 67% ή υψηλότερο, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους) έχει επεκταθεί. Επιπλέον, οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και νοσηλείας, οι εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις και τα φάρμακα από τα νοσοκομειακά φαρμακεία παρέχονται δωρεάν για τους ανθρώπους που ζουν σε καταφύγια προσφύγων και τα λεγόμενα "hot-spots", εφόσον οι ασθενείς παραπέμπονται από τους γιατρούς που παρέχουν φροντίδα σε αυτά τα περιβάλλοντα. Παρόλο που τα μέτρα αυτά θεσπίστηκαν αρκετά καθυστερημένα, είναι βαρύνουσας σημασίας, δεδομένης της ικανότητας που έχουν να αυξήσουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στους ευάλωτους πληθυσμούς (Economou et al, 2017).

Το 2017 δύο ακόμα σημαντικές μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν στο σύστημα υγείας ήταν η θέσπιση οικογενειακών γιατρών και η δημιουργία τοπικών μονάδων υγείας σε κάθε γειτονιά. Αρχικά, το νέο αυτό σύστημα θα απασχολεί 3.000 επαγγελματίες υγείας και θα χρηματοδοτεί 250 τοπικές μονάδες υγείας, που θα λειτουργούν σε 60 μεγάλες πόλεις - καλύπτοντας το 30% του αστικού πληθυσμού της Ελλάδας. Κάθε οικογενειακός γιατρός θα είναι υπεύθυνος για περίπου 2.000 άτομα και κάθε μονάδα υγείας θα καλύψει έναν πληθυσμό 10.000 κατά μέσο όρο. Κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα θα ακολουθηθούν προκειμένου να αποφευχθεί η επαγόμενη ζήτηση και οι περιττές διοικητικές και ιατρικές δαπάνες (Μακράκης, 2018).

Εκτός από τις υφιστάμενες δομές υγείας, το σύστημα βασίζεται σε νέες αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, που ονομάζονται Τοπικές Μονάδες Υγείας. Αυτές οι Μονάδες Τοπικής Υγείας θα λειτουργήσουν με βάση το μοντέλο της

οικογενειακής ιατρικής. Στον πυρήνα αυτού του μοντέλου είναι ο οικογενειακός γιατρός, μαζί με τους νοσηλευτές, τους επισκέπτες της υγείας και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Κάθε οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για περίπου 2.000 άτομα, όσον αφορά τον εμβολιασμό, τους προληπτικούς ελέγχους, τους τακτικούς ελέγχους, την εκπαίδευση για την υγεία, την παρακολούθηση των χρόνιων ασθενειών και τις παραπομπές (Μακράκης, 2018).

Από το 2018, οι γιατροί που θα στελεχώσουν το νέο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Υγείας θα απασχολούνται σε πλήρη και αποκλειστική βάση. Για να αναβαθμιστούν ως οικογενειακοί ιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι, υποβάλλονται σε σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιασμένο από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και το Πανεπιστήμιο Κρήτης. Μια βασική προϋπόθεση του συστήματος, που βασίζεται στο πορτογαλικό πρότυπο για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, είναι ότι οι πολίτες θα εμπιστεύονται την τοπική μονάδα υγείας και τον οικογενειακό γιατρό για να τους καθοδηγήσει και να τους συμβουλευσει στις αποφάσεις τους για την υγεία. Αυτό θα σημάνει μια μεγάλη αλλαγή από τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή: οι περισσότεροι πολίτες επισκέπτονται άμεσα όποιον γιατρό πιστεύουν ότι μπορεί να τους βοηθήσει (Μακράκης, 2018).

3.4.3. Παρακολούθηση και αξιολόγηση συστήματος υγείας

Μετά από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ο σχεδιασμός των προμηθειών της υγειονομικής περίθαλψης έγινε σε περιφερειακό επίπεδο. Οι επιτροπές συντονισμού για τις προμήθειες, στο πλαίσιο του Υπουργείου Υγείας, είναι υπεύθυνες για τον ορισμό μιας αναθέτουσας αρχής και του μηχανισμού διαγωνισμού για κάθε τύπο προμηθειών. Οι επιτροπές μπορούν να επιλέξουν δημόσιους ή ιδιωτικούς εργολάβους σύμφωνα με το στόχο της επίτευξης οικονομιών κλίμακας και συνολικής αποτελεσματικότητας. Έχουν επίσης εισαχθεί ή εξετάζονται ορισμένες ειδικές μεταρρυθμίσεις παρακολούθησης και λογιστικής. Για παράδειγμα, η λογιστική σε δεδουλευμένη βάση διπλής εισόδου εισήχθη σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία τον Ιανουάριο του 2012. Αναμενόταν να κυκλοφορήσει ένα σύστημα λογιστικής κοστολόγησης το 2013, ωστόσο μέχρι σήμερα, αυτό δεν έχει εφαρμοστεί σε όλα τα νοσοκομεία. Ένα ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης προϊόντων εισήχθη το 2012 μαζί με τη δημιουργία ενός κοινού μητρώου ιατρικών ειδών για σκοπούς προμήθειας. Ωστόσο, η μηχανοργάνωση και η ενοποίηση των συστημάτων τεχνολογίας

πληροφοριών και η συγκέντρωση πληροφοριών δεν έχουν ακόμη επιτευχθεί για όλα τα νοσοκομεία. Άλλα βασικά μέτρα που υιοθετήθηκαν για τη χρηματοδότηση και την παρακολούθηση στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν (Vassilakopoulou και Marmaras, 2013; Chouvarda και Maglaveras, 2015; Economou et al, 2015; Athanasiadis et al, 2018):

1. την μεγαλύτερη δημοσιονομική και λειτουργική εποπτεία των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη από τον υπουργό Οικονομικών, με τη δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών
2. την μηνιαία αναφορά των δημόσιων δαπανών, των επιστροφών φόρων και των καθυστερήσεων που πρέπει να παρασχεθούν από το Υπουργείο Οικονομικών
3. την δημιουργία διαδικτυακών πλατφορμών, συμπεριλαμβανομένου του ΕΣΥnet, από το Υπουργείο Υγείας (2012) για τη συγκέντρωση και ανάλυση μηνιαίων δεδομένων από νοσοκομεία του ΕΣΥ, σχεδιασμένα και διαχειριζόμενα από το Υπουργείο Υγείας και από το Τμήμα Πληροφορικής του ΕΟΠΥΥ
4. την ανάπτυξη του εργαλείου παρακολούθησης των τιμών για τη συλλογή και ανάλυση των προσφορών και των τεχνικών προδιαγραφών που δημοσιεύονται από τα νοσοκομεία
5. την ανάπτυξη ενός εργαλείου παρακολούθησης των τιμών για τη συλλογή και ανάλυση των προσφορών και των τεχνικών προδιαγραφών που δημοσιεύονται από τα νοσοκομεία
6. η ίδρυση του ΕΚΑΠΤΥ το 2011 με λειτουργίες όπως η πιστοποίηση για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, η επιθεώρηση και δοκιμή συσκευών και η ανάπτυξη ψηφιακών υποδομών για την υποστήριξη δημοσίων συμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης και του μητρώου ιατρικών συσκευών
7. η δημιουργία του e-ΔΑΠΥ το 2011, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες, το κόστος και τις διοικητικές λειτουργίες των ιδιωτικών παρόχων και την πλατφόρμα ηλεκτρονικής διάγνωσης του ΕΟΠΥΥ το 2012 για τους γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι, προκειμένου να ζητήσουν διαγνωστικές ιατρικές υπηρεσίες.

3.4.4. Φαρμακευτική αγορά

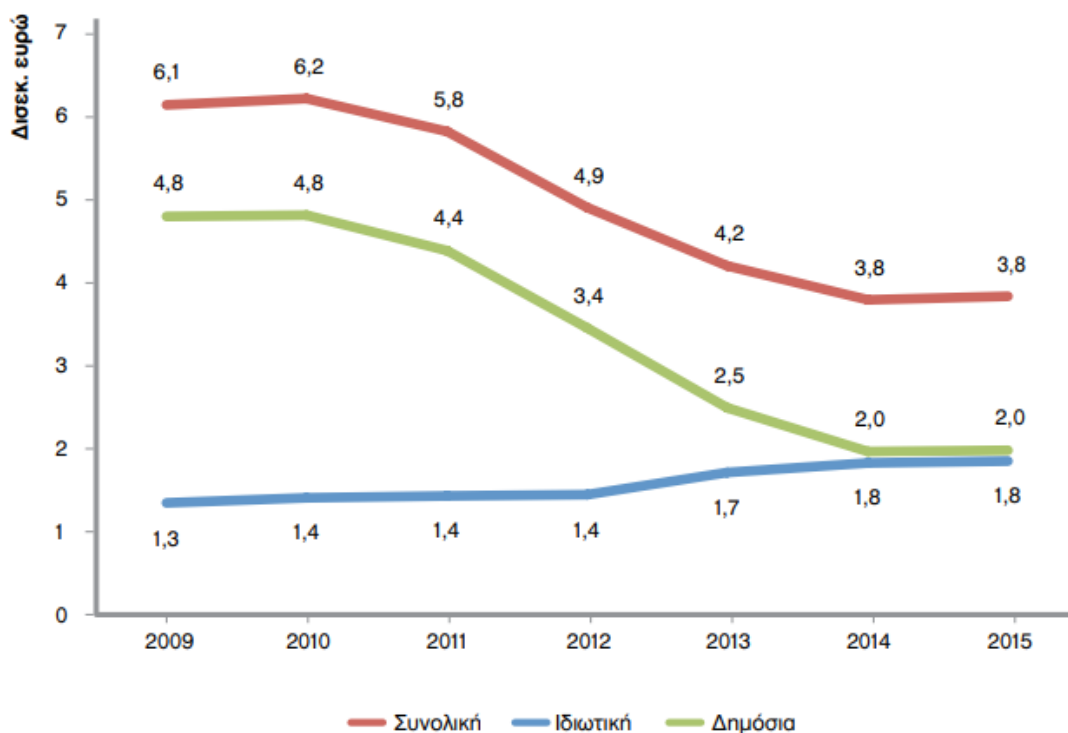
Πολυάριθμες ήταν και οι αλλαγές που έγιναν στην φαρμακευτική αγορά και τις διαδικασίες συνταγογράφησης φαρμάκων, προκειμένου να μειωθούν οι φαρμακευτικές δαπάνες. Στην Ελλάδα, οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν με πολύ ταχύτερο ρυθμό,

από το ΑΕΠ, κατά τη δεκαετία του 1990 και τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Κατά τη δεκαετία του 2000, η Ελλάδα υιοθέτησε επεκτατικές φαρμακευτικές πολιτικές με περιορισμένο δημοσιονομικό έλεγχο, με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών. Συγκεκριμένα, η συσσωρευμένη αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα μεταξύ των ετών 2000 και 2007 ήταν τριπλάσια του μέσου όρου της ΕΕ (δηλ. 146% έναντι 58% στην ΕΕ), καθιστώντας την έτσι, έναν από τους μεγαλύτερους καταναλωτές φαρμάκων στην ευρωπαϊκή περιφέρεια προς το τέλος της δεκαετίας του 2000 (Yfantopoulos et al, 2016). Η φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο ήταν ελαφρώς μικρότερη από € 200 το έτος 2000, ενώ το 2008 ήταν σχεδόν € 700. Πέντε χρόνια πριν από την οικονομική κρίση η συνολική φαρμακευτική δαπάνη της χώρας σχεδόν διπλασιάστηκε, αφού το 2004 ανήλθε σε 4.329 εκατομμύρια € και το 2008 έφτασε τα 7.788 εκατομμύρια € (Vandoros και Stargardt, 2013). Αυτή η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει αποδοθεί στην έλλειψη των κατάλληλων παράλληλων μέτρων όπως η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η παρακολούθηση των συνταγογραφήσεων, η έλλειψη μιας ισχυρής επιβολής των κανονισμών, και η κατάργηση της λίστας φαρμάκων το 2006 (Vandoros και Stargardt, 2013).

Πιο αναλυτικά ένα χρόνο μετά το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης, το 2009, ήταν η χρονιά κατά την οποία το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης έφτασε στο ανώτερο σημείο του. Συνεπώς υποστηρίχθηκε από πολλούς πως αυτή η χρονιά ήταν η ευκαιρία προκειμένου να υιοθετηθεί μία καθολική πολιτική στον τομέα των φαρμάκων η οποία θα συντελούσε αρχικά στην πτώση της φαρμακευτικής δαπάνης, με σκοπό αρχικά να ενισχυθεί η βιωσιμότητα των ταμείων ασφάλισης, αλλά παράλληλα η πολιτική αυτή να μην περιόριζε την πρόσβαση των ασθενών στα αναγκαία φάρμακα (Vandoros και Stargardt, 2013).

Μεταξύ των ετών 2009 και 2015, οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα μειώθηκαν από 2,6% σε 2,1% ως ποσοστό του ΑΕΠ (από 6,1 σε 3,8 δις €). Σύμφωνα με το μνημόνιο συμφωνίας, τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα πρότειναν την εφαρμογή ενός ευρέος φάσματος φαρμακευτικών πολιτικών ελέγχου του κόστους με στόχο τη μείωση του μεριδίου των φαρμακευτικών δαπανών στο ΑΕΠ σε λιγότερο από 1% μέχρι το έτος 2014. Με την εφαρμογή μιας απλής τεχνικής γραμμικής παρέκτασης εκτιμά ότι, ελλείψει αυτών των πολιτικών, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες θα φθάσουν το επίπεδο των 8,3 δις €

μέχρι το έτος 2016. Ωστόσο, η εφαρμογή μιας σειράς μέτρων ελέγχου των τιμών, όπως οι αυξήσεις των συνδρομών, των εκπτώσεων και των clawbacks και οι πολιτικές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μείωσαν τις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες στο επίπεδο των 1,95 δις € (Yfantopoulos et al, 2016; Yfantopoulos και Chantzaras, 2018).



Διάγραμμα 3.4.4. Φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα, 2009- 2015

Πηγή: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας (IOBE) και Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, 2018

Μια σημαντική αλλαγή, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης ήταν η εισαγωγή του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης φαρμάκων. Πρέπει να ειπωθεί ότι προ οικονομικής κρίσης, η διαχείριση στο εθνικό σύστημα υγείας έχει υποφέρει εξαιτίας της διαφθοράς, με τις άτυπες πληρωμές των γιατρών να αποτελούν έναν πολύ συνηθισμένο φαινόμενο (Liagoroulos, 2012). Αυτό είχε σημαντική αρνητική επίπτωση στο εθνικό σύστημα υγείας, αλλά δυστυχώς τέτοιες δραστηριότητες παραμένουν μη καταγεγραμμένες μέχρι σήμερα. Ωστόσο, οι παράνομες πληρωμές στην Ελλάδα έχει εκτιμηθεί ότι καλύπτουν περισσότερο από το 20% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών (Vandoros και Stargardt, 2013).

Το πρόβλημα των άτυπων πληρωμών αποτελεί ένα σημαντικό αγκάθι στον τομέα της χρηματοδότησης. Μεταξύ των υπολοίπων, η ύπαρξη τους οφείλεται στην ανεπάρκεια ορθολογικής πολιτικής ως προς την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τις πληρωμές των επαγγελματιών υγείας. Οι επιλήψιμες συναλλαγές σχετίζονται κατά κύριο λόγο στην προσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις πληρωμές προς τους γιατρούς, κυρίως τους χειρουργούς, με σκοπό ο ασθενής να κατορθώσει την παράκαμψη της λίστας αναμονής, την αποκατάσταση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και τη σημαντική προσοχή από την πλευρά του ιατρού. Καταγράφηκαν επίσης και περιστατικά κατά τα οποία γιατροί οι οποίοι δουλεύουν σε δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραπέμπουν τους ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία (Vandoros και Stargardt, 2013).

Η μη επαρκής συστηματοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα συμβάλλει στην υπέρμετρη παρακλινική συνταγογραφία και στην κερδοσκοπία μέσω εκτεταμένων παραπομπών των ασθενών σε ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί πολλές προσπάθειες για την αξιολόγηση του μεγέθους και της έκτασης της παραοικονομίας στον κλάδο της υγείας στην χώρα μας. Σε μια από αυτές υπολογίστηκε ότι το 1994 αυτή έφθανε στο 1,13% του ΑΕΠ ή στο 16,9% του συνόλου των δαπανών υγείας (Κυτσοπούλου, 2004). Μια πιο πρόσφατη μελέτη για την αξιολόγηση του μεγέθους της παραοικονομίας και της φοροδιαφυγής στην Ελλάδα καταστάλαξε στο συμπέρασμα ότι στον κλάδο της υγείας οι πιο πολλές άτυπες πληρωμές συγκεντρώνονται στον τομέα της καρδιοχειρουργικής και το μέγεθος του πληρωθέντος ποσού είναι ανάλογο της φήμης του ιατρού και της θέσης στην κοινωνία που έχει ο ασθενής, αλλά και επιπρόσθετα της οικονομικής του θέσης (Zavras et al., 2012).

Το θέμα της διαφθοράς υπήρξε ιδιαίτερα έκδηλο στη φαρμακευτική αγορά, με τους γιατρούς να συνταγογραφούν περισσότερα ειδικά φάρμακα ή εμπορικά σήματα από ότι χρειάζονταν στην πραγματικότητα. Ως εκ τούτου προκειμένου να καταπολεμηθεί το φαινόμενο αυτό, υλοποιήθηκε το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης (Vandoros και Stargardt, 2013). Η εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στη μείωση του κόστους που σχετίζεται με την υπέρμετρη συνταγογράφηση, καθώς παρακολουθεί τα πρότυπα συνταγογράφησης των ιατρών και τα μοντέλα διανομής των φαρμακείων. Η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένεται επίσης να χρησιμεύσει ως εργαλείο για την προώθηση της εναρμόνισης με τις κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης, για την παρακολούθηση της χρήσης

φαρμάκων, για τη στήριξη της διαδικασίας εφαρμογής clawbacks και για τη βελτίωση της διαφάνειας, διευκολύνοντας τη διαδικασία συνταγογράφησης. Ωστόσο, τα προβλήματα που σχετίζονται με το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εξακολουθούν να επιβάλλουν εμπόδια στην πρόσβαση σε παροχές σε είδος, όπως για παράδειγμα σε αναλώσιμα για ασθενείς με διαβήτη (Yfantopoulos και Chantzaras, 2018).

Επιπρόσθετα τον Ιανουάριο του 2014 επιβλήθηκε ανώτατο όριο 80% του προϋπολογισμού της προηγούμενης χρονιάς, για το μηνιαίο ποσό που μπορεί να συνταγογραφήσει ένας γιατρός. Το 2015 ο κανόνας αυτός τροποποιήθηκε και το επίδομα φαρμακευτικών δαπανών θα εξαρτιόταν από την ειδικότητα του γιατρού, τον αριθμό των ασθενών, την περιοχή και την εποχή. Τα όρια έχουν υπολογιστεί βάσει στατιστικής ανάλυσης ιστορικών δεδομένων σχετικά με τη φαρμακευτική κατανάλωση σε ολόκληρη τη χώρα (Yfantopoulos και Chantzaras, 2018).

Εκτός από την θέσπιση του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης, η ευθύνη για την τιμολόγηση των φαρμάκων μεταφέρθηκε στον ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων) και όλες οι υπόλοιπες ευθύνες της φαρμακευτικής πολιτικής στο Υπουργείο Υγείας τον Ιανουάριο του 2013. Προηγουμένως, οι τιμές καθορίζονταν από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου. Η αλλαγή αυτή αποσκοπούσε στην τόνωση της αποτελεσματικότερης λήψης αποφάσεων και διοίκησης. Ένας θετικός κατάλογος για φάρμακα εισήχθη το 2011, αφού είχε προηγουμένως καταργηθεί το 2006. Αντί να περιορίσει την πρόσβαση, η επανεισαγωγή του καταλόγου αιτιολογήθηκε από την πρόθεση να αυξηθούν τα πρόσθετα έσοδα, δεδομένου ότι υπήρχε απαίτηση για ειδική αμοιβή που πρέπει να καταβάλλουν οι φαρμακευτικές εταιρείες κάθε φορά που προστίθεται ένα νέο φάρμακο. Το 2012, εισήχθη ένας νέος αρνητικός κατάλογος μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, που περιείχε πολλά φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία προηγουμένως ήταν επιλέξιμα για συνταγογράφηση. Αυτός ο αρνητικός κατάλογος ενημερώνεται δύο φορές το χρόνο. Παράλληλα, ένας κατάλογος φαρμάκων χωρίς συνταγή, τέθηκε σε ισχύ από το 2012 και περιέχει πολλά φάρμακα τα οποία μέχρι τότε ήταν επιλέξιμα για συνταγογράφηση (π.χ. μερικά φάρμακα για την ανακούφιση από τον πόνο), αλλά τώρα απαιτούν άμεση πληρωμή από τον ασθενή (Panteli et al., 2016; Yfantopoulos και Chantzaras, 2018).

Τον Νοέμβριο του 2012 εισήχθη ένα νέο σύστημα τιμολόγησης αναφοράς για τα φάρμακα με επιστροφή, στον θετικό κατάλογο, με αποτέλεσμα τη μείωση της

επιστρεπτέας τιμής των φαρμάκων έως και 70%. Αυτή η στρατηγική ακολούθησε τη μείωση του ΦΠΑ για τα φάρμακα (από 11% σε 6,5%) που τέθηκε σε εφαρμογή το 2011, γεγονός που μείωσε επίσης τις τιμές των φαρμάκων. Παράλληλα, εφαρμόστηκε ένας μηχανισμός τριμηνιαίων εκπτώσεων (αυτόματου clawback) από τη φαρμακευτική βιομηχανία σε περίπτωση που οι φαρμακευτικές δαπάνες υπερβαίνουν τα προσυμφωνημένα ανώτατα όρια. Η κυβέρνηση έχει προωθήσει την ευρύτερη χρήση των φαρμάκων κοινόχρηστης ονομασίας (γενόσημα) και τη συνταγογράφηση δραστικών ουσιών. Υπάρχει πλέον πολιτική που ορίζει ότι η μέγιστη τιμή των γενόσημων φαρμάκων δεν μπορεί να καθοριστεί σε περισσότερο από το 60% των επώνυμων φαρμάκων. Ένα άλλο σημαντικό μέτρο είναι η συνταγογράφηση με βάση το διεθνές μη κατοχυρωμένο όνομα, μαζί με μια πολιτική ότι το 50% των φαρμάκων που συνταγογραφούνται / χρησιμοποιούνται σε δημόσια νοσοκομεία πρέπει να είναι γενόσημα. Αυτό έχει αυξήσει το ποσοστό της αξίας των γενόσημων φαρμάκων που χορηγούνται στα νοσοκομεία για νοσηλεύόμενους από το 26% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών το 2012, σε 31% το 2014 (Economou et al, 2017).

Οι φαρμακευτικές δαπάνες έχουν επίσης μειωθεί στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μέσω της εφαρμογής αποτελεσματικότερων στρατηγικών προμηθειών, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των τιμών αγοράς φαρμάκων μέσω της εφαρμογής ανώτατων ορίων για τα εγκεκριμένα φάρμακα, της σύστασης προσφορών για την προμήθεια φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία και την ανάπτυξη ενός καταλόγου φαρμάκων για τα οποία η συντονιστική επιτροπή για τις δημόσιες συμβάσεις, εκδίδει ενοποιημένες προσφορές για συμβάσεις προμηθειών (Yfantopoulos και Chantzaras, 2018).

Εισήχθησαν επίσης ορισμένα καινοτόμα μέτρα για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών στα εξωτερικά ιατρεία, όπως για παράδειγμα, το γεγονός ότι τα ακριβά φάρμακα για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες διανέμονται μέσω των κρατικών φαρμακείων, καθώς οι τιμές είναι χαμηλότερες από ό, τι στα ιδιωτικά φαρμακεία. Τέλος, θεσπίστηκαν μέτρα για την απελευθέρωση της αγοράς φαρμάκων ώστε να αυξηθεί η πρόσβαση και να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα. Μερικά από αυτά περιλαμβάνουν: 1) περισσότεροι από ένας φαρμακοποιοί μπορούν να εργαστούν στο ίδιο φαρμακείο, 2) νέοι φαρμακοποιοί μπορούν να συνάπτουν εταιρικές σχέσεις με κατεστημένους φορείς, 3) τα φαρμακεία μπορούν να εγκαθίστανται σε στενότερη γειτνίαση μεταξύ τους, 4) οι ώρες εργασίας έχουν επεκταθεί, 5) έχει εφαρμοστεί μείωση του ορίου πληθυσμού για τη δημιουργία φαρμακείου, και τέλος

6) οι εκπτώσεις μπορούν να επιβληθούν στα φαρμακεία, μειώνοντας ουσιαστικά τα περιθώρια κέρδους τους (Economou et al, 2017).

Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον τομέα της φαρμακευτικής αγοράς, υιοθέτησαν μέτρα των οποίων τα επακόλουθα δεν ήταν τα επιθυμητά. Η φαρμακευτική δαπάνη μπορεί μεν να μειώθηκε, ωστόσο οι προϋπολογισμοί ήταν στην πράξη ανέφικτοι και οδήγησαν σε σημαντικές ελλείψεις φαρμάκων για τους ασθενείς. Η περικοπή της φαρμακευτικής δαπάνης προήλθε σε ποσοστό 80% από οριζόντιες –στις περισσότερες περιπτώσεις- πτώσεις τιμών και σε ποσοστό 20% πήγασε από διαρθρωτικά μέτρα μόνιμου χαρακτήρα τα οποία σχετίζονταν με την προσφορά και την ζήτηση των φαρμάκων. Παρόμοιες τακτικές σε άλλες χώρες της ΕΕ υποδείκνυαν σε ποσοστό 50% την παρέμβαση σε φάρμακα μέσω τιμών και σε ίδιο επίσης ποσοστό την παρέμβαση με την λήψη διαρθρωτικών μέτρων (Vandoros και Stargardt, 2013).

Στις μειώσεις που έγιναν στα φαρμακευτικά προϊόντα η μεγαλύτερη πτώση σημειώθηκε στα ελληνικά φάρμακα, ενώ οι μικρότερες μειώσεις έγιναν στα εισαγόμενα. Συγκεκριμένα μεταξύ της περιόδου 2010-2014, σε 30 ελληνικά φάρμακα επιβλήθηκαν πτώσεις της τάξης του 45% - 65%, καθώς στα εισαγόμενα οι αντίστοιχες μειώσεις έφτασαν μόλις το ποσοστό 15% - 24%. Η μη επάρκεια μέριμνας για την ελληνική παραγωγή φαρμάκων καθώς και η μη ύπαρξη κινήτρων που να οδηγούν στην κατανάλωση γεννόσημων φαρμάκων ακινητοποίησε τα μερίδια αγοράς ποσοστά που ήταν μικρότερα της τάξης του 20%, καθώς από την άλλη πλευρά τα εισαγόμενα φάρμακα υπερίσχυαν με ποσοστό 80% (Vandoros και Stargardt, 2013).

Επίσης, οι αλλαγές στην σήμανση των χονδρέμπορων, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών, με τα μεγαλύτερα και φθηνότερα φαρμακευτικά προϊόντα, να αντικαθίστανται από νεότερα και περισσότερο ακριβά. Προκειμένου να μειωθεί το κόστος, η κυβέρνηση επέβαλε μειώσεις στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, και μείωση της τιμής των γεννόσημων φαρμάκων, συνάμα με δύο φορές την αύξηση του φόρου προστιθέμενης αξίας (ΦΠΑ) σε φάρμακα το 2010. Όλα αυτά οδήγησαν σε σημαντικές ελλείψεις φαρμακευτικών προϊόντων (Vogler et al, 2011). Αυτές οι ελλείψεις αλλά και οι συχνές απεργίες των φαρμακοποιών προκάλεσαν την δημόσια δυσαρέσκεια και οι φαρμακευτικές εταιρείες προτιμούσαν πλέον να μην πωλούν τα προϊόντα τους στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης (Karamanoli, 2012).

Σε μια έρευνα για τις φαρμακευτικές πολιτικές στην Ευρώπη προτάθηκε ότι το ελληνικό κράτος ήταν ένα από τα κράτη που υιοθέτησε τα αυστηρότερα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων μειώσεων των τιμών και των συντελεστών ΦΠΑ για τα φάρμακα. Έχει ακόμα αναφερθεί ότι η αντίδραση της κυβέρνησης ήταν επιτυχής όσον αφορά την εξοικονόμηση δημόσιων δαπανών στην φαρμακευτική αγορά. Δεδομένα επιβεβαιώνουν το παραπάνω γεγονός, δεδομένου ότι οι δαπάνες των φαρμάκων μειώθηκαν από 5.09 δις € το 2009 σε 4.25 δις € το 2010 και 4,10 δις € το 2011 (Ifanti et al, 2013).

3.4.5. Αποδοτικότητα νοσοκομείων

Στα δημόσια νοσοκομεία, έγιναν επίσης διάφορες μεταρρυθμίσεις, προκειμένου να ενισχυθεί η αποδοτικότητα τους, όπως κυρίως αλλαγές στο σύστημα νοσοκομειακών πληρωμών και μείωση του κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών. Μια σημαντική αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα ανακοινώθηκε τον Ιούλιο του 2011, ως μέρος των προσπαθειών βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας τους, η οποία περιλάμβανε ένα σχέδιο για τη μείωση του αριθμού των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών και τη μείωση του αριθμού κλινικών και ειδικών μονάδων. Επιπλέον, 500 δημόσια νοσοκομειακά κρεβάτια προορίζονταν για χρήση από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τους πελάτες τους, ως μέτρο αύξησης των εσόδων (Economidou et al, 2017). Μέχρι στιγμής, η πρόοδος στην εφαρμογή αυτής της μεγάλης αναδιάρθρωσης ήταν περιορισμένη και πρέπει να επαληθευθεί ο πραγματικός αντίκτυπος αυτών των μέτρων και η αναμενόμενη εξοικονόμηση κόστους (Goranitis et al, 2014).

Από τη μία πλευρά, οι σχεδιαζόμενες συγχωνεύσεις μεταξύ νοσοκομείων που ανήκουν στο ΙΚΑ και εκείνων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. έχουν τεθεί σε εφαρμογή, τοποθετώντας τες όλες υπό κρατική ιδιοκτησία. Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή άλλων σημαντικών στοιχείων περιορίστηκε στην διοικητική συγχώνευση των παρακείμενων νοσοκομείων και στην ενοποίηση παρόμοιων τμημάτων στο ίδιο νοσοκομείο (Goranitis et al, 2014).

Όσον αφορά τον εξορθολογισμό του συστήματος νοσοκομειακών πληρωμών, η προηγούμενη μέθοδος αποζημίωσης βάσει σταθερού ημερήσιου τέλους αντικαταστάθηκε από ένα ελληνικό σύστημα ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (DRG) το 2013. Το νέο σύστημα αντιμετώπισε ορισμένα προβλήματα και εξακολουθεί να μην είναι πλήρως

ανεπτυγμένο, αν και έχει αναγνωριστεί ότι έχει συμβάλει στην αποτελεσματικότερη και ορθολογικότερη κατανομή των πόρων (Polyzos et al., 2013, Siskou et al., 2014).

Η μείωση του κόστους των εισροών, συμπεριλαμβανομένου του συνολικού κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών (φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικά βοηθήματα, ορθοπεδικά υλικά και χημικά αντιδραστήρια) αποτελεί έναν βασικό στόχο. Τα υψηλά επίπεδα "αποβλήτων" στις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης οφείλονταν κυρίως στο κατακερματισμένο και απαρχαιωμένο σύστημα προμηθειών. Ως εκ τούτου, δόθηκε έμφαση στη συγκράτηση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων και στην πιο ορθολογική κατανομή των πόρων (Goranitis et al, 2014).

3.5. Η επίδραση στην ψυχική και γενική υγεία

Ο τομέας της ψυχικής υγείας, επηρεάστηκε ιδιαίτερα από την οικονομική κρίση, καθώς οι οικονομικές δυσκολίες και η ανεργία επηρέασαν την ψυχική υγεία των πολιτών. Γενικότερα έχει υποστηριχθεί ότι οι οικονομικές κρίσεις συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα γενικής και ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, μια συστηματική αξιολόγηση για τη θνησιμότητα κατά τη διάρκεια των περιόδων οικονομικής κρίσης έχει δείξει ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα ποσοστά θνησιμότητας (από οποιαδήποτε αιτία), αυξάνονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με τις περιόδους πριν και μετά την οικονομική κρίση. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, όλες οι μελέτες κατέγραψαν αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας και των ποσοστών θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών, ενώ η πλειοψηφία τους ανέφεραν μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Falagas et al, 2009).

Το 2011 το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας δήλωσε ότι το ετήσιο ποσοστό αυτοκτονίας είχε αυξηθεί κατά 40%, χωρίς ωστόσο να δημοσιεύονται μέχρι τότε συστηματικές έρευνες για την αντιμετώπιση της επίδρασης της ελληνικής οικονομικής κρίσης σχετικά με τα ποσοστά αυτοκτονιών (Economou et al, 2011).

Σε μια προσπάθεια να γεμίσει το κενό αυτό, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) έθεσε σε εφαρμογή την διεξαγωγή έρευνας για το σκοπό αυτό, η οποία ολοκληρώθηκε την 1η Μαΐου, 2011. Η έρευνα μελέτησε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μείζονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασθενών και των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών. Από τα ευρήματα της μελέτης, το πιο ανησυχητικό

αφορούσε τις απόπειρες αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα η έρευνα κατέγραψε μια αύξηση της τάξης του 36% στον αριθμό των ατόμων που ανέφεραν ότι έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας στο μήνα πριν την διενέργεια της έρευνας (24 άτομα, 11% το 2009 και 34 άτομα, 15% το 2011) (Madianos et al, 2011).

Σύμφωνα με τους Karanikolos et al (2013), τα πιο ευάλωτα άτομα σε ψυχικές ασθένειες είναι εκείνα στις χώρες που αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες περικοπές στους κρατικούς προϋπολογισμούς και την αύξηση της ανεργία. Τόσο η απώλεια θέσεων εργασίας, όσο και ο φόβος απώλειας της θέσης εργασίας έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, όπως επίσης και η μείωση του εισοδήματος, το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι περικοπές στις υπηρεσίες που εμποδίζουν την πρόσβαση των ασθενών σε αυτή.

Τα παραπάνω υποδηλώνουν ότι υπάρχει επείγουσα ανάγκη για εντατικό έλεγχο, παρακολούθηση, και θεραπεία των ατόμων με τάσεις αυτοκτονίας, ιδιαίτερα τώρα που η ύφεση έχει αποδεδειγμένα οδηγήσει σε αυξήσεις τόσο στις απόπειρες αυτοκτονίας, όσο και τις αυτοκτονίες. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, με σκοπό να συμβάλλουν στον μετριασμό του άγχους ο οποίος προέρχεται από τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα, την πρόληψη της διάδοσης των αυτοκτονικών σκέψεων, και την καθοδήγηση των ατόμων στην αποτελεσματική και έγκαιρη θεραπεία (Economou et al, 2011).

Στην πορεία υπήρξαν και λοιπά αποδεικτικά στοιχεία πάνω στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 2 χρόνια. Μια έρευνα από τους Kentekelenis et al (2011), έδειξε ότι η αυτο-αναφερόμενη γενική υγεία έχει επιδεινωθεί, που σημαίνει ότι περισσότεροι άνθρωποι ανέφεραν την κατάσταση της υγείας τους ως «κακή» ή «πολύ κακή» το 2009, σε σχέση με το 2007.

Επίσης υπήρξε ξέσπασμα του ιού HIV σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, που ξεκίνησε το 2011 και επιδεινώθηκε το 2012. Ο αριθμός των λοιμώξεων από τον HIV αυξήθηκε σε 256 το 2011, και έως 314 κατά το πρώτο οχτάμηνο του 2012 (Karamanoli, 2012). Η χαμηλή παροχή υπηρεσιών πρόληψης προξένησε μια σημαντική συμβολή στην αυξημένη μετάδοση του ιού HIV, καθώς μη κυβερνητικοί οργανισμοί ανέφεραν διαταραχή της ανταλλαγής προγραμμάτων συριγγών και άλλων προληπτικών πρωτοβουλιών από το 2008 (Karanikolos et al, 2013). Σε μια άλλη έρευνα αναφέρεται επίσης ότι οι περικοπές στα ήδη μέτρια προγράμματα πρόληψης των ασθενειών οδήγησαν σε επιδημία HIV

μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών το 2011-13, ενώ η επίπτωση της φυματίωσης υπερδιπλασιάστηκε σε αυτόν τον πληθυσμό το 2013 σε σύγκριση με το 2012 (Kentikelenis et al, 2014).

Κατά τη διάρκεια των ετών 2009-2011 η Ελλάδα γνώρισε άνισα υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω της επιβάρυνσης από τις διάφορες επιδημίες μεγάλης κλίμακας: υψηλή θνησιμότητα λόγω της πανδημικής γρίπης Α (H1N1) το 2009, μεγάλες ξέσπασμα σε μολύνσεις από τον ιό του Δυτικού Νείλου (WNV) το 2010 και το 2011 και ξέσπασμα της ελονοσίας την περίοδο 2009-2011 (Simou και Koutsogeorgou, 2014). Ο αντίκτυπος της τρέχουσας ελληνικής οικονομικής κρίσης στην μολυσματικές ασθένειες, δεν έχει ωστόσο ακόμα αποδειχθεί με ποσοτικά στοιχεία. Πάντως, αναμένεται ότι οι τρέχουσες κοινωνικο-οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που οδηγούν στην επιδείνωση της δημόσιας υγείας θα βοηθήσουν τις επιδημίες να ανθίσουν (Bonovas & Nikolopoulos, 2012).

Επιπλέον, το σημερινό μη ασφαλές και ασταθές οικονομικό περιβάλλον της χώρας δυσχεραίνει τη διαδικασία αποκατάστασης για τους χρήστες ναρκωτικών και των οικογενειών τους. Τέλος καταγράφηκε αύξηση του αριθμού των επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για δύο ειδών ωτορινολαρυγγολογικές διαταραχές, ίλιγγο και εμβοές, μεταξύ των ετών 2009 και 2011, και οι οποίες πιθανώς σχετίζονται με το αυξημένο στρες και το κοινωνικό άγχος που προκαλείται από την οικονομική κρίση (Karatzanis et al, 2012).

Κεφάλαιο 4^ο: Μελέτη Περίπτωσης



Εικόνα 1. Π.Π.Γ.Ν.Ι.
Πηγή: Google.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα Μελέτη Περίπτωσης αφορά το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και της Οικονομικής-Κοινωνικές επιπτώσεις που επέφερε η κρίση σε αυτό.

Τα στοιχεία αντλήθηκαν από το ετήσιο Annual Report που δημιουργεί η Υποδιεύθυνση Πληροφορικής μέσα από το μηχανογραφικό Σύστημα του Νοσοκομείου. Η αξιολόγηση έγινε με τη συνεργασία υπαλλήλου της Οικονομικής Υπηρεσίας και του Προϊσταμένου του Τμήματος Πληροφορικής.

4.1. ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

Από μια γενική επισκόπηση των δεικτών παραγωγικότητας του προηγούμενου έτους και από την επεξεργασία των δεδομένων που καταχωρήθηκαν στα Πληροφοριακά Συστήματα του Νοσοκομείου, προκύπτουν γενικά τα εξής :

- ✓ Διατηρήθηκε η αυξητική τάση του **συνολικού αριθμού εξυπηρετούμενων ασθενών**, από τα όλα γενικά τα Τμήματα του Νοσοκομείου ξεπερνώντας πλέον τους 350.000 ασθενείς ετησίως, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 2,99% σε σχέση με το προηγούμενο έτος.
- ✓ Η αυξητική τάση εξυπηρετούμενων ασθενών αφορά τόσο τους νοσηλευθέντες ασθενείς σε κλινικές (αύξηση κατά 1,08%) όσο και τους ασθενείς που επισκέπτονται είτε τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, με αύξηση 3,86%, είτε τα Απογευματινά Ιατρεία (Ολοήμερης λειτουργίας) με αύξηση κατά 9,73%

- ✓ Σε ετήσια βάση, το συνολικό **ποσοστό κάλυψης κλινών** του Νοσοκομείου παρέμεινε και το 2017 στο 65%, όπως και ο συνολικός αριθμός **χειρουργικών επεμβάσεων** που παρέμεινε σταθερός, γύρω στις 12.000 επεμβάσεις ετησίως (τακτικές, έκτακτες και τοκετοί).
- ✓ Ειδικά για τους **νοσηλευθέντες ασθενείς**, που το 2017 ξεπέρασαν τους 58.000 ασθενείς, παρατηρήθηκε για δεύτερη φορά ετήσια αύξηση (κατά 1,08%), μετά από έξι έτη συνεχούς μείωσης, από το 2010 μέχρι και το 2015.
- ✓ Στα **Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** παρουσιάζεται μια μείωση του ρυθμού ετήσιας μεταβολής (αυξητική πάντα) του αριθμού των ασθενών που προσέρχονται σ' αυτά. Έτσι το 2017 το ποσοστό ετήσιας μεταβολής ήταν 3,86% σε σχέση με το 2016, όταν το 2016 το αντίστοιχο ποσοστό ετήσιας μεταβολής έναντι του 2015 ήταν 9,94%, το 2015 έναντι του 2014 ήταν 13,84% και το 2014 έναντι του 2013 ήταν 10,04%.
- ✓ Αξιίζει να επισημανθεί ότι στα **Εξωτερικά Ιατρεία Ολοήμερης Λειτουργίας (Απογευματινά)** και το 2017 συνεχίστηκε η αυξητική τάση επισκευσιμότητας ασθενών, με ετήσια μεταβολή κατά 9,73% έναντι του 2016, όταν παρατηρήθηκε για πρώτη φορά αύξηση των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν σ' αυτά, έναντι του προηγούμενου έτους 2015 κατά 5,79%, ύστερα από 4 έτη συνεχούς ετήσιας μείωσης, αφού το 2015 υπήρξε μείωση κατά 2,29% έναντι του 2014, το 2014 μείωση κατά 1,48% έναντι του 2013 και το 2013 μείωση κατά 19,42% έναντι του 2012.
- ✓ Αντίθετα στο **Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών - Τ.Ε.Π.** το 2017 παρατηρήθηκε μια σταθεροποίηση του αριθμού των προσερχομένων ασθενών σ' αυτό, που κυμαίνεται γύρω στους 52.000 ασθενείς ετησίως. Επισημαίνεται ότι το 2017 η μεταβολή του αριθμού των προσερχομένων ασθενών, σε σχέση με το 2016 ήταν -0,03%.

Υπενθυμίζεται επίσης ότι το 2016 είχε παρουσιαστεί, για πρώτη φορά, μείωση των προσερχομένων ασθενών στο Τ.Ε.Π. κατά 3,20%, ύστερα από δύο έτη συνεχούς ετήσιας αύξησης των προσερχομένων σ' αυτό, αφού το 2015, η αύξηση ήταν 5,41% έναντι του 2014, το 2014 ήταν 18,03% έναντι του 2013.

Επισημαίνεται επίσης ότι η αύξηση κατά 25% των καταγεγραμμένων προσελεύσεων στο Τ.Ε.Π. που είχε παρατηρηθεί το 2013 έναντι του 2012 ήταν πλασματική και οφειλόταν κυρίως στην έναρξη λειτουργίας του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος κλινικής διαχείρισης ασθενών, που είχε σαν αποτέλεσμα την πλήρη καταγραφή όλων των προσερχομένων ασθενών και όχι σε αύξηση του απόλυτου αριθμού των ασθενών.

- ✓ Στη **ΜΕΘ** και το 2017 συνεχίστηκε ο ρυθμός της αρνητικής μεταβολής της κάλυψης, η οποία κυμάνθηκε στο -4,00% έναντι του 2016, όταν η αντίστοιχη μεταβολή του 2016 έναντι του 2015 ήταν -0,66%, το 2015 έναντι του 2014 ήταν -7,65% και το 2014 έναντι του 2013 ήταν -3,54%. Η τελευταία χρονιά που είχε παρουσιαστεί θετική μεταβολή της κάλυψης της ΜΕΘ ήταν το 2013, με αύξηση κατά 3,35% έναντι του 2012.
- ✓ Στη **ΜΕΠΚ** παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση της ετήσιας κάλυψης κατά 11,54% έναντι του 2016, όταν το 2016 είχε παρουσιαστεί μείωση της κάλυψης κατά 4,92%, ύστερα από δύο έτη συνεχούς αύξησης, αφού το 2015 είχε παρατηρηθεί αύξηση κατά 4,25% έναντι του 2014 και το 2014 είχε παρατηρηθεί αύξηση κατά 0,29% σε σχέση με το 2013.
- ✓ Στη **MTN** το 2017 παρατηρήθηκε για πρώτη φορά μείωση της ετήσιας κάλυψης κατά -3,93%, ύστερα από 4 χρόνια θετικής μεταβολής, αφού το 2016 η αύξηση ήταν 0,79%, το 2015 ήταν 2,16%, το 2014 είχε παραμείνει αμετάβλητη (0,00%) έναντι του 2013 και το 2013 η αύξηση ήταν 0,68% έναντι του 2012.
- ✓ Το 2017 ο **αριθμός των ενεργών Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων**, παραμένει σταθερός, περίπου στο 79% (78,75%) του συνολικού αριθμού καταχωρηθέντων Ιατρείων (135 ενεργά σε σύνολο 171), όταν το 2016 ήταν 72,88%, και το 2015 και 2014 ήταν 74,01%.
- ✓ Στα **Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία**, επισημαίνεται ιδιαίτερα ο μεγάλος αριθμός καταχωρημένων **ραντεβού ασθενών**, τα οποία στη συνέχεια έγιναν και επιβεβαιωμένες πραγματικές επισκέψεις σε ποσοστό 96,62% για το 2017, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του 2016 ήταν 93,64%.
- ✓ Παράλληλα είναι επίσης θετικό το γεγονός της συνεχούς μείωσης του **αριθμού των ακυρωμένων επισκέψεων** στα Τακτικά Ε.Ι. λόγω μη προσέλευσης των ασθενών, αφού το 2017 το ποσοστό των ακυρωμένων επισκέψεων περιορίστηκε στο 3,37%, έναντι 3,70% του 2016, 7,07% του 2015 και 13,23% του 2014.
- ✓ Στο **Τ.Ε.Π.** παρατηρείται πλέον μια σταθεροποίηση του συνολικού αριθμού των καταγεγραμμένων εκτάκτων περιστατικών στη Γραμματεία του Τ.Ε.Π., που αγγίζει τα 52.000 περιστατικά ετησίως. Έτσι για το 2017 ο συνολικός αριθμός των εκτάκτων περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν από τα Ιατρεία του Τ.Ε.Π. ήταν 52.055, έναντι 52.071 το 2016, 53.794 το 2015 και 51.034 το 2014.

Από το σύνολο των περιστατικών αυτών, που έχουν καταχωρηθεί στην υποδοχή του Τ.Ε.Π., το 10,51% αφορά παιδιατρικά περιστατικά που εξυπηρετούνται από το **Παιδιατρικό Ιατρείο Εκτάκτων**, ενώ από τις υπόλοιπες ειδικότητες, το μεγαλύτερο

ποσοστό (27,06%) αφορά παθολογικά περιστατικά, που εξυπηρετούνται από το **Τ.Ε.Π. Παθολογίας** και στη συνέχεια ακολουθούν το **Τ.Ε.Π. Ορθοπαιδικής** με 22,91%, το **Τ.Ε.Π. Χειρουργικής** με 14,58% και το **Τ.Ε.Π. Ω.Ρ.Λ.** με 12,89%

- ✓ Και το 2017 παρέμεινε σε πολύ υψηλά ποσοστά η κάλυψη του **Ψυχιατρικού Τομέα** με **95,32%** και στη συνέχεια ακολουθεί ο **Παθολογικός Τομέας** με ποσοστό κάλυψης **71,68%** και στο τέλος ο **Χειρουργικός Τομέας** με ποσοστό κάλυψης **55,07%**
- ✓ Όπως είχε επισημανθεί και το προηγούμενο έτος, παρατηρείται αμείωτη η συνεχής αύξηση, για 5^η συνεχή χρονιά, του αριθμού των **εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος** (βιοχημικές, αιματολογικές, μικροβιολογικές κλπ), οι οποίες κατά το 2017 άγγιξαν τον αριθμό των 4.670.233 εξετάσεων, εμφανίζοντας αύξηση κατά 1,35% έναντι του 2016.

Το θετικό είναι ότι από το 2014 και μετά, παρατηρείται μια συνεχής μείωση του ποσοστού μεταβολής του συνολικού αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων, αφού το 2016 η αύξηση ήταν 6,69% σε σχέση με το 2015, το 2015 ήταν 8,08% σε σχέση με το 2014 και το 2014 ήταν 6,07% σε σχέση με το 2013.

Επισημαίνεται ότι το 2017 ο συνολικός αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος ήταν 4.670.233, ενώ το 2001, δηλαδή πριν από 16 έτη, ο αντίστοιχος αριθμός ήταν μόνο 2.527.879 εξετάσεις ετησίως και το 2007, δηλαδή πριν από 10 χρόνια, ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 3.354.441 εξετάσεις ετησίως.

Όμως αν παρατηρήσουμε τον δείκτη του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος **ανά ασθενή**, αυτός, από το 2003, παραμένει σταθερός στις **13 εξετάσεις ανά ασθενή**.

- ✓ Αντίθετα στις **απεικονιστικές εργαστηριακές εξετάσεις** το έτος 2017 παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του συνολικού αριθμού τους, κατά 9,68% έναντι αντίστοιχης μείωσης κατά 0,26% το 2016 έναντι του 2015.

Έτσι, σε ετήσια βάση, το 2017, ο συνολικός αριθμός των απεικονιστικών εξετάσεων ήταν μόνο 152.351 (όταν το 2016 ήταν 168.671) έναντι 321.743 εξετάσεων του 2008.

Αντίστοιχα ο αριθμός των απεικονιστικών εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή, παραμένει σταθερός στις **0,5 εξετάσεις ανά ασθενή**.

- ✓ Όσον αφορά τους **τοκετούς** που πραγματοποιούνται στη Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου, ο αριθμός τους παραμένει σταθερός, στους 1.200 ετησίως περίπου.

Έτσι το 2017 ο συνολικός αριθμός τους ήταν 1.228 τοκετοί, έναντι 1.231 τοκετών το 2016, 1.147 τοκετών το 2015 και 1.2012 τοκετών το 2014.

Όσον αφορά δε την κατανομή τους, ανάμεσα σε **φυσιολογικούς τοκετούς** και **καισαρικές** και το 2017 το ποσοστό των καισαρικών 62,05% παραμένει υψηλό έναντι των φυσιολογικών τοκετών 37,95%.

Όμως είναι ενδεχομένως θετικό το γεγονός ότι το έτος 2017 παρατηρήθηκε μια μεταβολή κατά 2,53% των παραπάνω ποσοστών σε σχέση με το 2016, η οποία αφορά μείωση κατά 2,53% των καισαρικών, έναντι αντίστοιχης αύξησης κατά 2,53% των φυσιολογικών τοκετών.

Επισημαίνεται ιδιαίτερα ότι στο Νοσοκομείο μας, ενώ το 2001 το ποσοστό των φυσιολογικών τοκετών ήταν 74,16% έναντι 25,84% των καισαρικών, τα ποσοστά αυτά έχουν αναστραφεί και το 2017 είναι 37,95% και 62,05% αντίστοιχα. Η αναστροφή αυτή πραγματοποιήθηκε τη διετία 2009 – 2010.

- ✓ Από τα λοιπές κατηγορίες χειρουργείων, αξίζει να επισημανθεί η αύξηση κατά 154,55% των επεμβάσεων **Αγγειοχειρουργικής**, κατά 46,67% των επεμβάσεων **Γναθοχειρουργικής**, κατά 14,23% των επεμβάσεων **Καρδιοχειρουργικής** και κατά 6,14% των επεμβάσεων **Ω.Ρ.Λ.**

Αντίθετα, το 2017, παρατηρήθηκε μείωση κατά 8,05% στις επεμβάσεις **Οφθαλμολογίας**, μείωση κατά 6,81% στις επεμβάσεις **Πλαστικής Χειρουργικής**, μείωση κατά 6,55% στις επεμβάσεις **Γυναικολογίας** και μείωση κατά 2,41% στις επεμβάσεις **Νευροχειρουργικής**.

- ✓ Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε για δεύτερη φορά και μια συσχέτιση του παραγόμενου έργου με το ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου.

Η προσέγγιση αυτή είναι γενική γιατί δεν έχουν οριστεί ακόμη κέντρα κόστους και πλήρης καταγραφή του προσωπικού ανά θέση εργασίας και Τμήμα απασχόλησης. Έτσι η εν λόγω συσχέτιση θα είναι επιστημονικά ορθή μόνο όταν ολοκληρωθεί η πλήρης εφαρμογή της Αναλυτικής Λογιστικής στο Νοσοκομείο.

Σε πρώτη φάση επιλέχθηκαν 4 χαρακτηριστικά έτη για τη λειτουργία του Νοσοκομείου, τα 2012, 2015, 2016 και 2017, για τα οποία ο αντίστοιχος αριθμός εργαζομένων ήταν αντίστοιχα 1.901, 1.788, 1.760 και 1.953, παρουσιάζοντας μια αύξηση του συνόλου των εργαζομένων το 2017 κατά 10,97% έναντι του 2016, ή αύξηση κατά 2,74% έναντι του 2012.

Όμως η αύξηση αυτή αφορά κυρίως βοηθητικό προσωπικό και δευτερευόντως νοσηλευτικό προσωπικό (αύξηση κατά 2,73%) και παραϊατρικό προσωπικό (αύξηση 9,33%)

Όμως όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό υπάρχει μείωση κατά 10,32% στους ειδικευμένους γιατρούς ΕΣΥ, όπου εμφανίζεται και η μεγαλύτερη μείωση. Επίσης το 2017 υπήρξε μείωση κατά 8,44% στους ειδικευόμενους γιατρούς καθώς και μείωση κατά 1,87% στα μέλη ΔΕΠ.

Έτσι ενώ το 2012 σε κάθε ιατρό (οποιασδήποτε βαθμίδας) αντιστοιχούσαν 490 ασθενείς ετησίως, το 2017 ο αριθμός αυτός ανήλθε στους 755 ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση των εξυπηρετούμενων ασθενών ανά γιατρό κατά 54,02%

Αντίστοιχα για το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το 2012 σε κάθε νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια αντιστοιχούσαν 311 ασθενείς ετησίως, το 2017 ο αριθμός αυτός ανήλθε στους 410 ασθενείς ανά νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια, παρουσιάζοντας αύξηση των εξυπηρετούμενων ασθενών κατά 31,84%.

Αν μπορεί να υπάρξει μια αντίστοιχη συσχέτιση, του συνολικού αριθμού των εργαζομένων στο Νοσοκομείο, οποιαδήποτε ειδικότητας ή κλάδου με τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετούμενων από το Νοσοκομείο ασθενών, τότε προκύπτει το γεγονός ότι ενώ το 2012 σε εργαζόμενο αντιστοιχούσαν 141 ασθενείς ετησίως, το 2017 ο αριθμός αυτός ανήλθε στους 181 ασθενείς ανά εργαζόμενο, παρουσιάζοντας αύξηση των εξυπηρετούμενων ασθενών κατά 28,78%

4.2. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Στο Νοσοκομείο λειτουργούν **45 κλινικά Τμήματα** (κλινικές & ειδικές Μονάδες) με σύνολο ανεπτυγμένων κλινών 756.

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟ	ΤΜΗΜΑ - ΜΟΝΑΔΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ	WARD	2017				
				ΑΝΕΠΤ. ΚΛΙΝΕΣ	ΑΣΘΕΝ	ΗΜ.ΝΟΣ.	%	ΜΑΝ
0	Π100	ΤΜΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	A-3					
1	Π101	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	A-3	24	1.447	6.520	74,43	4,51

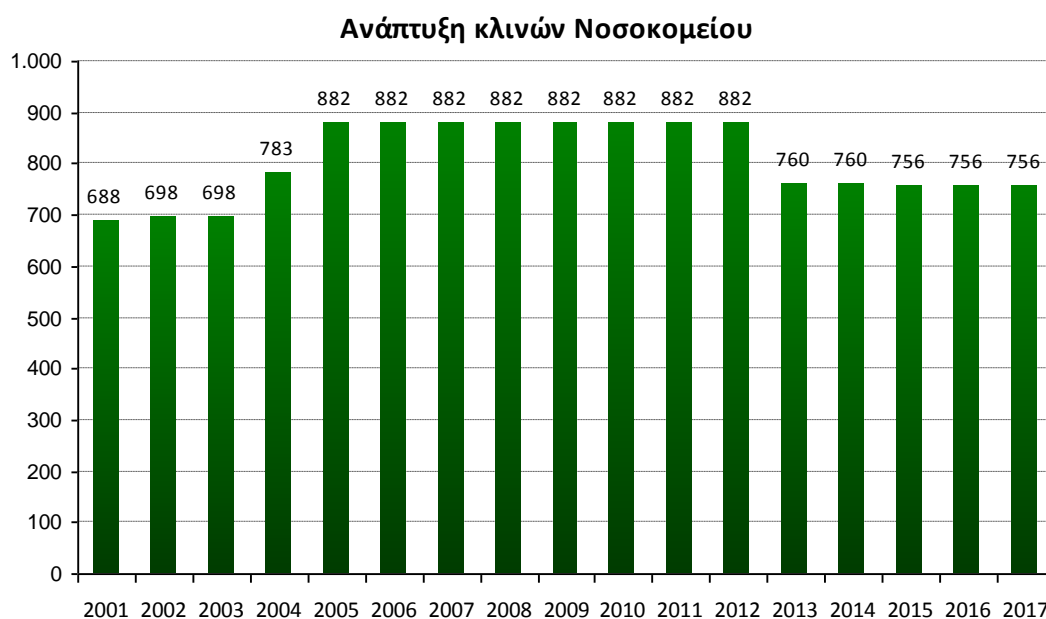
Α/Α	ΚΩΔΙΚΟ Σ	ΤΜΗΜΑ - ΜΟΝΑΔΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ	WARD	2017				
				ΑΝΕΠΤ. ΚΛΙΝΕΣ	ΑΣΘΕΝ	ΗΜ.ΝΟΣ.	%	ΜΑΝ
2	Π103	ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ	B-0					
3	Π400	ΤΜΗΜΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	B-1	16	831	2.795	47,86	3,36
4	Π405	ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	B-1	2	348	348	47,67	1,00
5	Π403	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	N-1	9			101,48	
6	Π404	ΜΟΝΑΔΑ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓ.	N-1					
6	Π602	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	A-3	8	1.556	3.321	113,73	2,13
7	Π601	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤ.	B-0	4	2.442	2.442	167,26	1,00
8	Π700	ΤΜΗΜΑ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	A-4	12	1.615	2.369	54,09	1,47
9	Π800	ΤΜΗΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	A-4	12	845	2.526	57,67	2,99
10	Π900	ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	A-4	26	2.058	7.122	75,05	3,46
		ΣΥΝΟΛΟ Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		113	11.142	27.443	66,54	2,46
11	Π014	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛ. ΝΕΟΓΝΩΝ	K-1	24	438	5.884	67,17	13,43
12	Π020	ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ	A-0	48	2.714	7.053	40,26	2,60
13	Π102	B ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	A-3	28	1.663	8.018	78,45	4,82
14	Π106	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	A-2	8	1.805	1.805	61,82	1,00
15	Π140	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	A-2	24	2.129	9.300	106,16	4,37
16	Π150	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Γ-4	8	476	1.026	35,14	2,16
17	Π200	ΤΜΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ	A-2	24	1.167	6.549	74,76	5,61
18	Π300	ΤΜΗΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	Γ-1					
19	Π301	A ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Γ-1	19	2.320	5.372	77,46	2,32
20	Π302	B ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Γ-1	19	2.245	6.651	95,90	2,96
21	Π303	ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ	Γ-1	6	754	1.810	82,65	2,40
22	Π500	ΤΜΗΜΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	B-2	24	1.170	6.087	69,49	5,20
23	Π501	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	B-0	20	9.085	9.085	124,45	1,00
24	Π504	ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	E-1	6	363	1.876	85,66	5,17
25	Π506	ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠ. ΑΚΤΙΝ/ΠΕΙΑΣ	B-0	2	0	0	0,00	0,00
26	Π510	ΜΟΝΑΔΑ ΙΩΔΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	B-0	2	93	151	20,68	1,62
		ΣΥΝΟΛΟ Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		262	26.422	70.667	73,90	2,67
		ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		375	37.564	98.110	71,68	2,61
27	X100	ΤΜΗΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Γ-3	50	2.561	12.000	65,75	4,69
28	X107	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Γ-4	8	81	210	7,19	2,59
29	X108	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	Γ-3	1				
30	X903	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ	K-1	4	36	36	2,47	1,00
31	X300	ΤΜΗΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ / ΚΑΡΔΙΑΣ	Γ-1	16	636	4.049	69,33	6,37
32	X303	ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Γ-1	4	343	945	64,73	2,76
33	X400	ΤΜΗΜΑ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	B-3	32	2.999	6.907	59,14	2,30
34	X601	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	A-1	46	2.269	10.227	60,91	4,51
35	X602	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	B-1	28	1.467	4.457	43,61	3,04
		ΣΥΝΟΛΟ Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		189	10.392	38.831	56,29	3,74
36	X050	ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Γ-4	26	557	5.473	57,67	9,83
37	X150	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Γ-4	4	373	482	33,01	1,29
38	X200	ΤΜΗΜΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	Γ-2	48	1.570	8.937	51,01	5,69
39	X208	ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΙΔΟΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ	Γ-4	8	293	1.207	41,34	4,12
40	X500	ΤΜΗΜΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	B-3	32	5.387	7.060	60,45	1,31
41	X700	ΤΜΗΜΑ Ω. Ρ. Λ.	B-2	20	1.036	3.207	43,93	3,10
42	X801	ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΦΙΑ	12	212	2.948	67,31	13,91
		ΣΥΝΟΛΟ Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		150	9.428	29.314	53,54	3,11
		ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		339	19.820	68.145	55,07	3,44
43	Ψ100	ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	Γ-0	24	505	8.476	96,76	16,78
44	Ψ110	ΜΟΝΑΔΑ ΟΞΕΩΝ ΨΥΧ/ΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤ.	Γ-0	4	76	1.266	86,71	16,66
		ΣΥΝΟΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ		28	581	9.742	95,32	16,77
		ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΜΕΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		742	57.965	175.997	64,98	3,04
45	X010	M. E. Θ.	K-1	14	288	3.887	76,07	13,50
		ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		756	58.253	179.884	65,19	3,09

Πίνακας 4.2.: Π.Π.Γ.Ν.Ι. 45 Κλινικά Τμήματα.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Το Νοσοκομείο από το 2005 μέχρι το 2012 είχε **881** αναπτυγμένες κλίνες. Στον αριθμό αυτό περιλαμβάνονται και οι 15 κλίνες της Μονάδας Μετεγχειρητικής Ανάνηψης, καθώς και οι 10 κλίνες ημερήσιας νοσηλείας του Τ.Ε.Π..

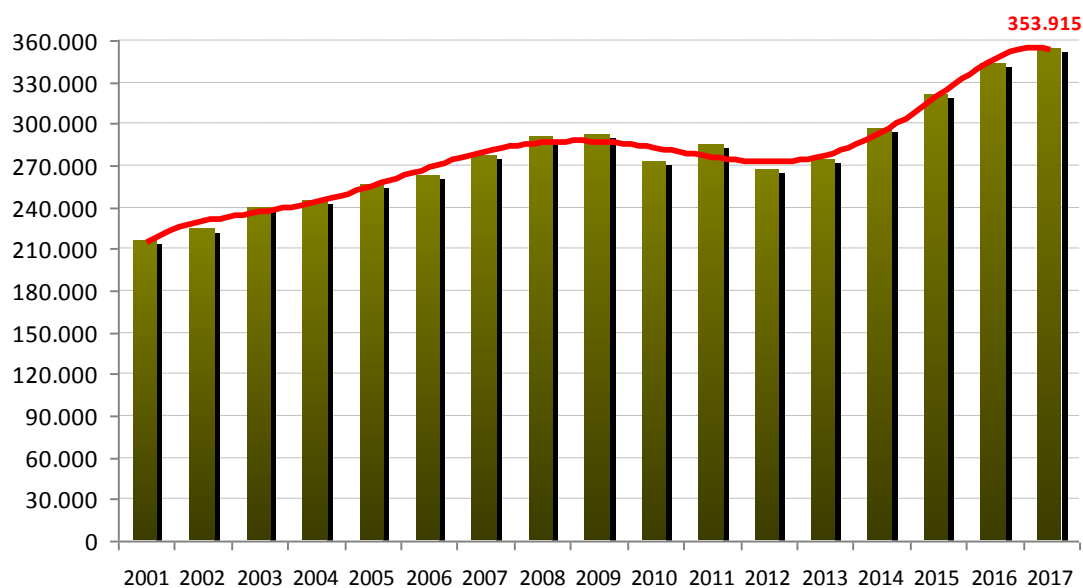
Από το 2013 και μετά ο αριθμός των κλινών είναι **760** κλίνες με βάση τον νέο Οργανισμό του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 1243/Β/2012), από τις οποίες είναι ανεπτυγμένες πλέον οι **756** κλίνες (Απόφαση Δ.Σ. 22/30-6-2015 (Θ.2))



Διάγραμμα 4.2. Ανάπτυξη Κλινών Νοσοκομείου.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Σύνολο ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από το Νοσοκομείο



Διάγραμμα 4.2.Α. Σύνολο ασθενών που εξυπηρετήθηκαν στο Νοσοκομείο.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

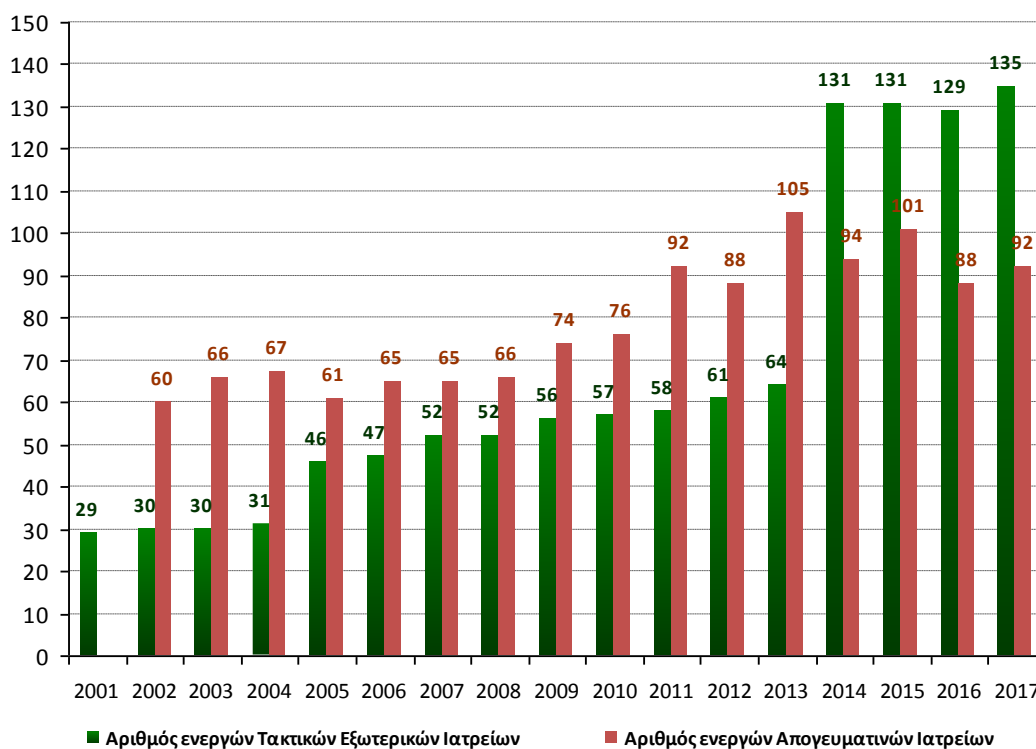
Επισημαίνεται ιδιαίτερα ότι και το **2017** συνεχίστηκε η ανοδική τάση του συνολικού αριθμού των **εξυπηρετούμενων ασθενών** από το Νοσοκομείο, αγγίζοντας τους **353.915** ασθενείς και εμφανίζοντας αύξηση κατά **2,99%** σε σχέση με το **2016** και κατά **32,30%** σε σχέση με το **2012**

4.3. ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Στο Νοσοκομείο είναι καταγραμμένα στο Πληροφοριακό Σύστημα (βάσει του Οργανισμού του Νοσοκομείου) **177 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία**, από τα οποία είναι ενεργά (δηλαδή έχουν κίνηση) τα **135** Ιατρεία και **106 Εξωτερικά Ιατρεία Ολοήμερης λειτουργίας (Απογευματινά)**, από τα οποία είναι ενεργά τα **92**.

Ιατρεία

Ανάπτυξη Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου



Διάγραμμα 4.3. Ανάπτυξη Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Στα Εξωτερικά Ιατρεία και το 2017 συνεχίστηκε η αυξητική τάση επισκεψιμότητας, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 3,86% σε σχέση με το 2016, ενώ το 2016 η αντίστοιχη αύξηση ήταν 15,79% σε σχέση με το 2015.

Έτσι για το 2017 υπήρχαν **237.091 προγραμματισμένα ραντεβού** ασθενών για επίσκεψή τους σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Από το σύνολο των ραντεβού αυτών, επιβεβαιώθηκαν τα **229.071**, δηλαδή έγιναν επισκέψεις στα αντίστοιχα Εξωτερικά Ιατρεία, δηλαδή το 96,62%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό επιβεβαίωσης ραντεβού για το 2016 ήταν 93,64%.



Διάγραμμα 4.3.Α. Κίνηση Εξωτερικών Ιατρείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Επισημαίνεται ότι μέχρι το 2013 στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου η καταγραφή των επισκέψεων των ασθενών, γινόταν χειρόγραφα, με τήρηση αντίστοιχου βιβλίου επισκέψεων σε κάθε ένα από αυτά.

Το 2014 ξεκίνησε τη λειτουργία του το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα κλινικής διαχείρισης ασθενών και σε όλα τα Εξωτερικά Ιατρεία, για τα επόμενα δύο έτη, 2014 και 2015, υπήρχε παράλληλη καταγραφή των ασθενών τόσο στο Πληροφοριακό Σύστημα όσο και στα βιβλία επισκέψεων των ασθενών στα Ιατρεία.

Από το 2016 καταργήθηκε πλέον η χειρόγραφη τήρηση των βιβλίων επισκέψεων των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία και οι ασθενείς καταχωρούνται αποκλειστικά από τη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων στο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα κλινικής διαχείρισης ασθενών.

Όμως τα δύο έτη 2014 και 2015 με την παράλληλη καταγραφή των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία, χειρόγραφα και μηχανογραφημένα, διαπιστώθηκε απόκλιση των στοιχείων, με μία υστέρηση στο Πληροφοριακό Σύστημα κατά 15.000 ασθενείς περίπου ετησίως. Προφανώς αυτή οφείλεται στην προσέλευση ασθενών απευθείας σε Εξωτερικά

Ιατρεία, χωρίς να προηγηθεί μηχανογραφημένη καταγραφή των ασθενών στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων.

Έτσι για λόγους απόλυτης μαθηματικής σύγκρισης των δεδομένων κίνησης των προσερχομένων ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, στον αριθμό των εξυπηρετηθέντων ασθενών σ' αυτά, προστέθηκε για τα έτη 2014 και 2015 και ο αντίστοιχος αριθμός ασθενών που είχε εξυπηρετηθεί σ' αυτά, εκτός Πληροφοριακού Συστήματος.

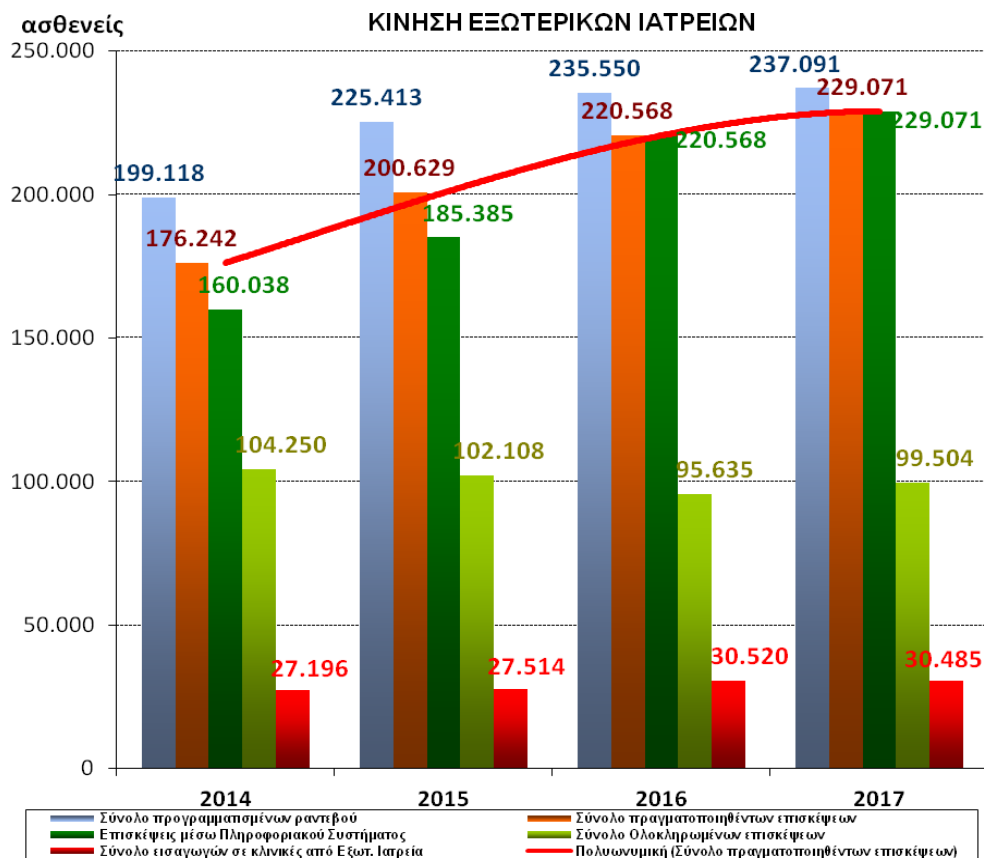
Ο αριθμός αυτός για το έτος 2014 ήταν 16.204 ασθενείς, ενώ για το έτος 2015 ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 15.244 ασθενείς.

Από το έτος 2016 και μετά δεν υπάρχει καταγεγραμμένος αριθμός ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, εκτός Πληροφοριακού Συστήματος.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	2014	2015	2016	2017	Μεταβολή % 2017-2016	Μεταβολή % 2017-2014
Σύνολο Εξωτερικών Ιατρείων (κωδικοί)	177	177	177	171	-3,39%	-3,39%
Εξωτερικά Ιατρεία με κίνηση	131	131	129	135	4,65%	3,05%
Ποσοστό ενεργών Εξωτερικών Ιατρείων	74,01%	74,01%	72,88%	78,95%	8,32%	6,67%
Σύνολο προγραμματισμένων ραντεβού	199.118	225.413	235.550	237.091	0,65%	19,07%
Ακυρωμένα ραντεβού λόγω μη προσέλευσης	26.336	15.947	8.720	7.985	-8,43%	-69,68%
Ποσοστό ακυρωμένων ραντεβού	13,23%	7,07%	3,70%	3,37%	-9,02%	-74,54%
Σύνολο πραγματοποιηθέντων επισκέψεων	176.242	200.629	220.568	229.071	3,86%	29,98%
Ποσοστό πραγματοποιηθέντων ραντεβού	88,51%	89,01%	93,64%	96,62%	3,18%	9,16%
Επισκέψεις εκτός Πληροφοριακού Συστήματος	16.204	15.244	0	0	0,00%	-100,00%
Επισκέψεις μέσω Πληροφοριακού Συστήματος	160.038	185.385	220.568	229.071	3,86%	43,14%
Σύνολο Ολοκληρωμένων επισκέψεων	104.250	102.108	95.635	99.504	4,05%	-4,55%
Ποσοστό Ολοκληρωμένων επισκέψεων	59,15%	50,89%	43,36%	43,44%	0,18%	-26,56%
Σύνολο μη Ολοκληρωμένων επισκέψεων	71.992	98.521	124.933	129.567	3,71%	79,97%
Ποσοστό μη Ολοκληρωμένων επισκέψεων	40,85%	49,11%	56,64%	56,56%	-0,14%	38,47%
Σύνολο εισαγωγών σε κλινικές από Εξ. Ιατρεία	27.196	27.514	30.520	30.485	-0,11%	12,09%
Ποσοστό εισαγωγών σε κλινικές	15,43%	13,71%	13,84%	13,31%	-3,82%	-13,76%
Σύνολο ακυρώσεων με ευθύνη ή εντολή ιατρού	55	121	55	34	-38,18%	-38,18%
Ποσοστό ακυρώσεων με ευθύνη ή εντολή ιατρού	0,03%	0,06%	0,02%	0,01%	-40,48%	-52,44%

Πίνακας 4.3. Καταγεγραμμένος αριθμός ασθενών στα πληροφοριακά συστήματα.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.3.Β. Κίνηση Εξωτερικών Ιατρείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Από την επεξεργασία της κίνησης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων διαπιστώθηκε ότι παραμένει σταθερό το ποσοστό εισαγωγών ασθενών σε κλινικές, μετά την επίσκεψή τους σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, το οποίο κυμαίνεται γύρω στο 14%. Το ποσοστό αυτό, το έτος 2014 ήταν 15,43%, το 2015 ήταν 13,71%, το 2016 ήταν 13,84% και το 2017 ήταν 13,31%

Όμως επισημαίνεται ότι παραμένει υψηλό το ποσοστό των μη ολοκληρωμένων (μηχανογραφικά) επισκέψεων, το οποίο από το 2014 μέχρι και το 2016 ήταν συνεχώς αυξανόμενο, ενώ το 2017 σταθεροποιήθηκε, αφού το 2014 ήταν το 40,85% των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων, το 2015 ήταν 49,11%, το 2016 έφτασε στο ποσοστό 56,64%, ενώ το 2017 σταθεροποιήθηκε στο 56,56%

Έτσι επιβεβαιώνεται για άλλη μια χρονιά ότι υπάρχει άγνοια των βασικών διαδικασιών κλινικής διαχείρισης των ασθενών που προσέρχονται σε Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Από το 2014 στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου λειτουργούν τρία νέα Τμήματα, τα οποία δημιουργήθηκαν αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

Τα Τμήματα αυτά είναι :

1. Τμήμα Εξωτερικών ασθενών Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
2. Τμήμα Εθελοντών Αιμοδοτών
3. Τμήμα Επανελέγχου νοσηλευθέντων ασθενών

Η αντίστοιχη κίνηση των τριών αυτών Τμημάτων, σύμφωνα με το Πληροφοριακό Σύστημα κλινικής διαχείρισης ασθενών, για τα έτη 2014 έως και 2017 είναι :

A/A	Τ Μ Η Μ Α	2014	2015	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 17-16	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 16-15	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 15-14
1	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	6.126	10.002	12.037	15.612	29,70%	20,35%	63,27%
2	ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ	565	599	535	498	-6,92%	-10,68%	6,02%
3	ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	979	1.713	2.261	1.927	-14,77%	31,99%	74,97%
Σ Υ Ν Ο Λ Ο		7.670	12.314	14.833	18.037	21,60%	20,46%	60,55%

Πίνακας 4.3.A. Κίνηση Τριών (3) Νέων Τμημάτων Εξυπηρέτησης Ασθενών.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Στο 1^ο Τμήμα γίνεται η υποδοχή εξωτερικών ασθενών με παραπεμπτικά Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από γιατρούς εκτός Νοσοκομείου (ιδιώτες ή γιατρούς άλλων Νοσοκομείων ή Κ.Υ.) για εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων, τις οποίες οι ασθενείς επιθυμούν να εκτελέσουν στο Νοσοκομείο μας.

Στα τρία χρόνια λειτουργίας του είναι εντυπωσιακή η ετήσια αύξηση της κίνησης του, η οποία ξεκίνησε το 2014 με 6.126 ασθενείς, το 2015 παρουσίασε αύξηση κατά 63,27% και εξυπηρέτησε 10.002 ασθενείς, το 2016 εξυπηρέτησε 12.037 ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 20,35% και το 2017 εξυπηρέτησε 15.612 ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 29,70%.

Στο 2^ο Τμήμα γίνεται η υποδοχή αποκλειστικά των εθελοντών αιμοδοτών, προκειμένου να εκτελέσουν απαραίτητες εργαστηριακές αιματολογικές εξετάσεις, πριν την αιμοληψία.

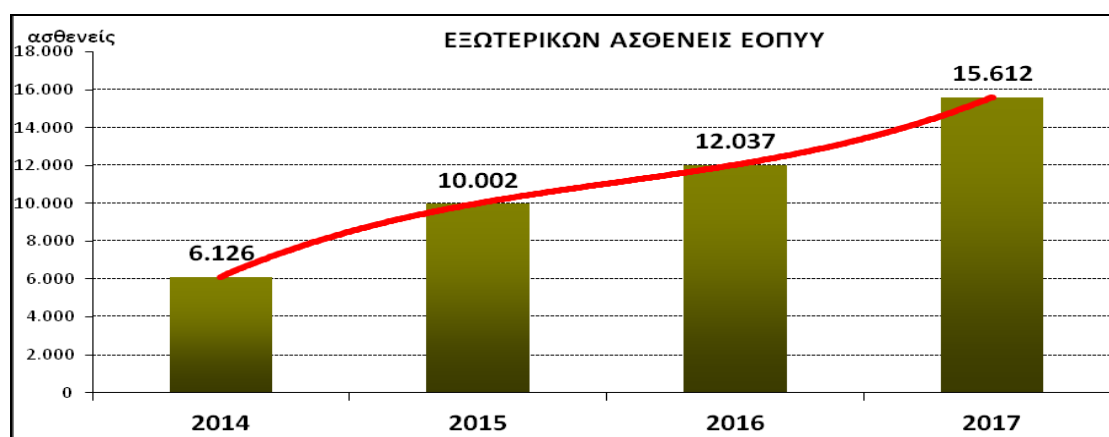
Αξίζει να επισημανθεί ότι από το 2015 και μετά ο αριθμός του είναι συνεχώς μειούμενος.

Έτσι, ενώ το 2014 το Τμήμα είχε υποδεχτεί 565 αιμοδότες, το 2015 υποδέχτηκε 599 αιμοδότες, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 6,02%

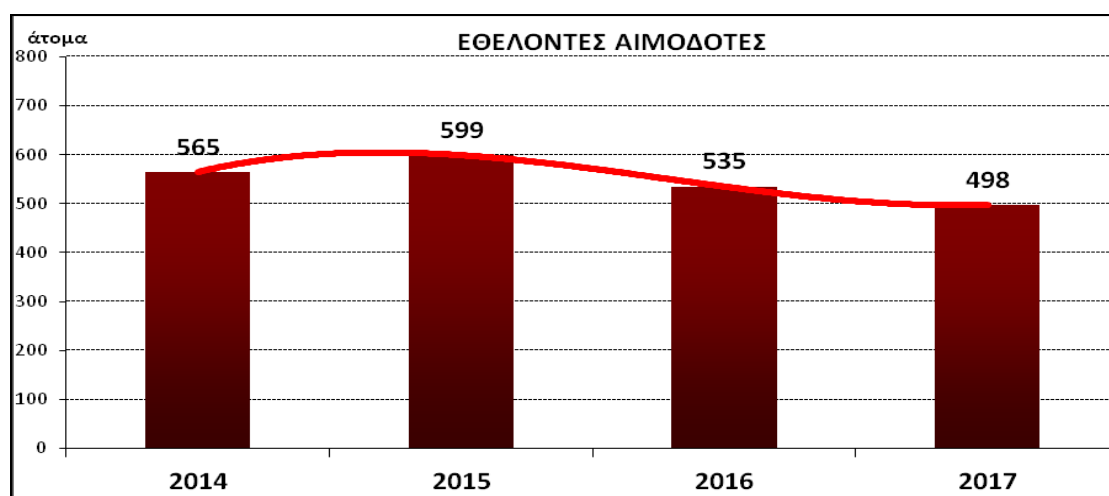
Όμως το 2016 υποδέχτηκε 535 αιμοδότες, παρουσιάζοντας μείωση κατά 10,68%, ενώ το 2017 υποδέχτηκε 498 αιμοδότες, παρουσιάζοντας και νέα μείωση κατά 6,92%.

Στο 3^ο Τμήμα γίνεται **επανελέγχος νοσηλευθέντων ασθενών** προκειμένου να πραγματοποιήσουν και μια σειρά απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων.

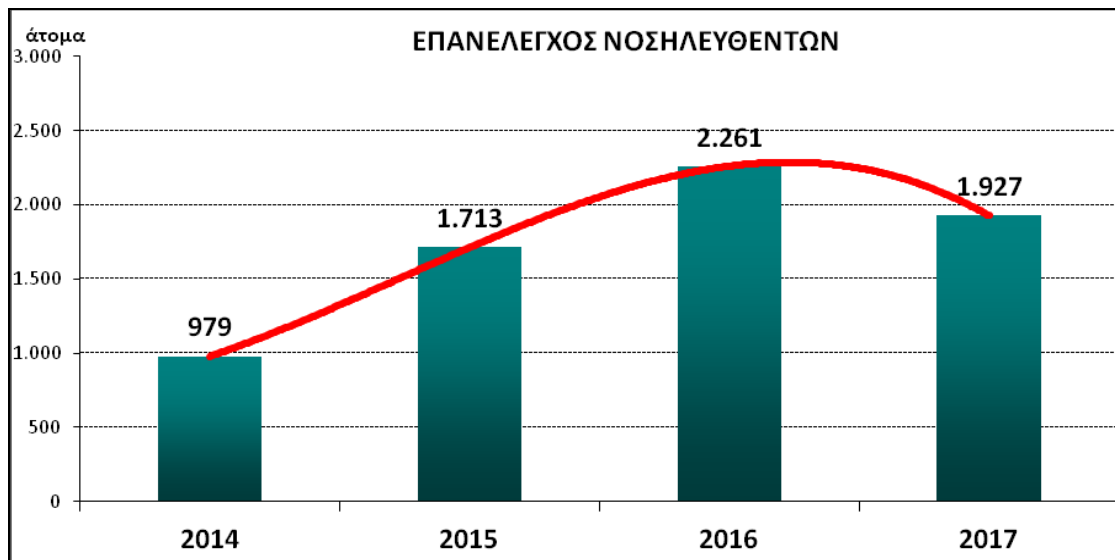
Η αποδοχή του Τμήματος υπήρξε μεγάλη και ενώ το 2014 εξυπηρέτησε μόνο 979 ασθενείς, τον επόμενο χρόνο η κίνηση αυξήθηκε κατά 74,97% εξυπηρετώντας 1.713 ασθενείς, το 2016 η κίνηση αυξήθηκε και πάλι κατά 31,99% εξυπηρετώντας 2.261 ασθενείς, ενώ το 2017 η κίνηση του Τμήματος σταθεροποιήθηκε στους 1.927 ασθενείς, παρουσιάζοντας μείωση κατά 14,77% σε σχέση με το 2016.



Διάγραμμα 4.3.Γ. Εξωτερικών Ασθενείς ΕΟΠΥΥ
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



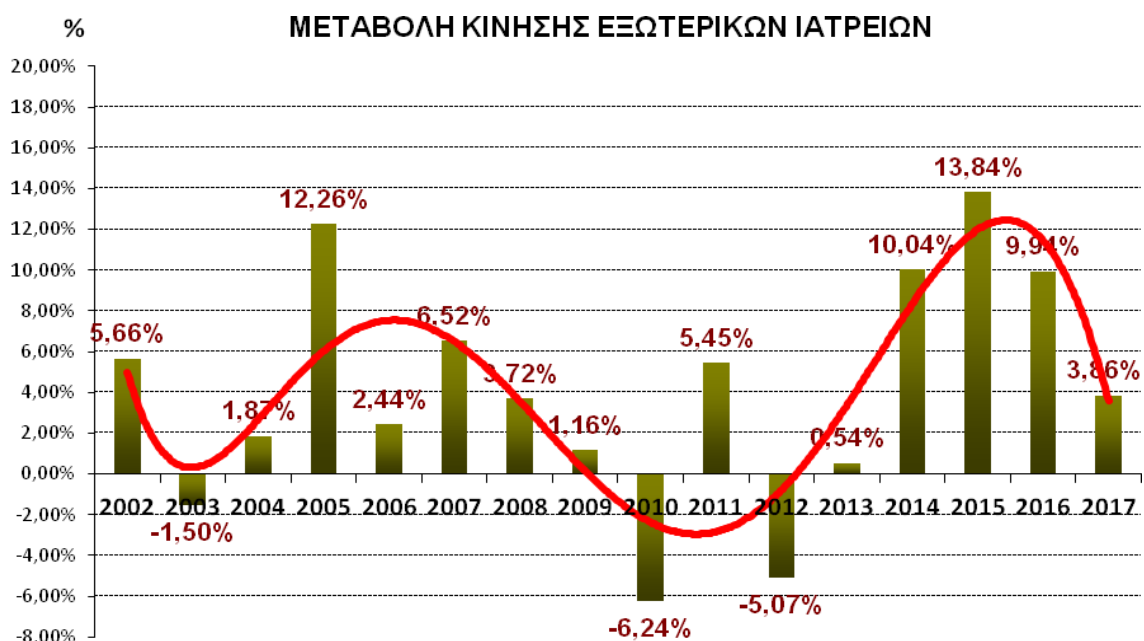
Διάγραμμα 4.3.Δ. Εθελοντές Αιμοδότες
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.3.Ε. Επανελέγχος Νοσηλευθέντων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένα, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, το 2017 εξυπηρετήθηκαν 229.071 ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 3,86% σε σχέση με το 2016.

Είναι ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι η παραπάνω αύξηση της κίνησης των τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, είναι η 5^η κατά σειρά θετική μεταβολή της κίνησης, μετά την μεταβολή κατά 0,54% το 2013 σε σχέση με το 2012, κατά 10,04% το 2014, κατά 13,84% το 2015 και κατά 9,94% το 2016.



Διάγραμμα 4.3.Ζ. Μεταβολή Κίνησης Εξωτερικών Ιατρείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Υπενθυμίζεται ότι το 2005, η πολύ μεγάλη αύξηση της κίνησης στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, κατά 12,26%, σε σχέση με το 2004, οφειλόταν στην εμφάνιση του στελέχους H5N1 του τύπου Α, του ιού της γρίπης, που ήταν γνωστή και ως **γρίπη των πτηνών**, με πολύ υψηλή παθογένεια.

Αντίθετα η αύξηση των επισκέψεων των ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, από το 2014 και μετά οφείλεται κυρίως στην έναρξη της λειτουργίας του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος κλινικής διαχείρισης ασθενών από 01/01/2014.

Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να υπάρχει πλήρης καταγραφή όλων των περιστατικών από τη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, κατά την ημέρα επιβεβαίωσης της επίσκεψης του ασθενή στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Έτσι ενώ το **2013** οι επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν **160.167** ασθενείς, το **2014**, με την έναρξη λειτουργίας του Πληροφοριακού Συστήματος, καταχωρήθηκαν **160.038** επισκέψεις στο Πληροφοριακό Σύστημα και **16.204** επισκέψεις χειρόγραφα, δηλαδή συνολικά **176.242** ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 10,04%.

Σ' αυτούς αν προστεθούν και οι **7.670** ασθενείς που αφορούν τα τρία νέα ειδικά Τμήματα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αιμοδότες και Επανελέγχου), το σύνολο των καταγεγραμμένων επισκέψεων για το 2014 ανέρχεται σε **183.912** ασθενείς.

Αντίστοιχα για το **2015**, καταχωρήθηκαν **185.385** επισκέψεις στο Πληροφοριακό Σύστημα και **15.244** επισκέψεις χειρόγραφα, δηλαδή συνολικά **200.629** ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 13,84%.

Σ' αυτούς αν προστεθούν και οι **12.314** ασθενείς που αφορούν τα τρία νέα ειδικά Τμήματα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αιμοδότες και Επανελέγχου), το σύνολο των καταγεγραμμένων επισκέψεων για το 2015 ανέρχεται σε **212.943** ασθενείς.

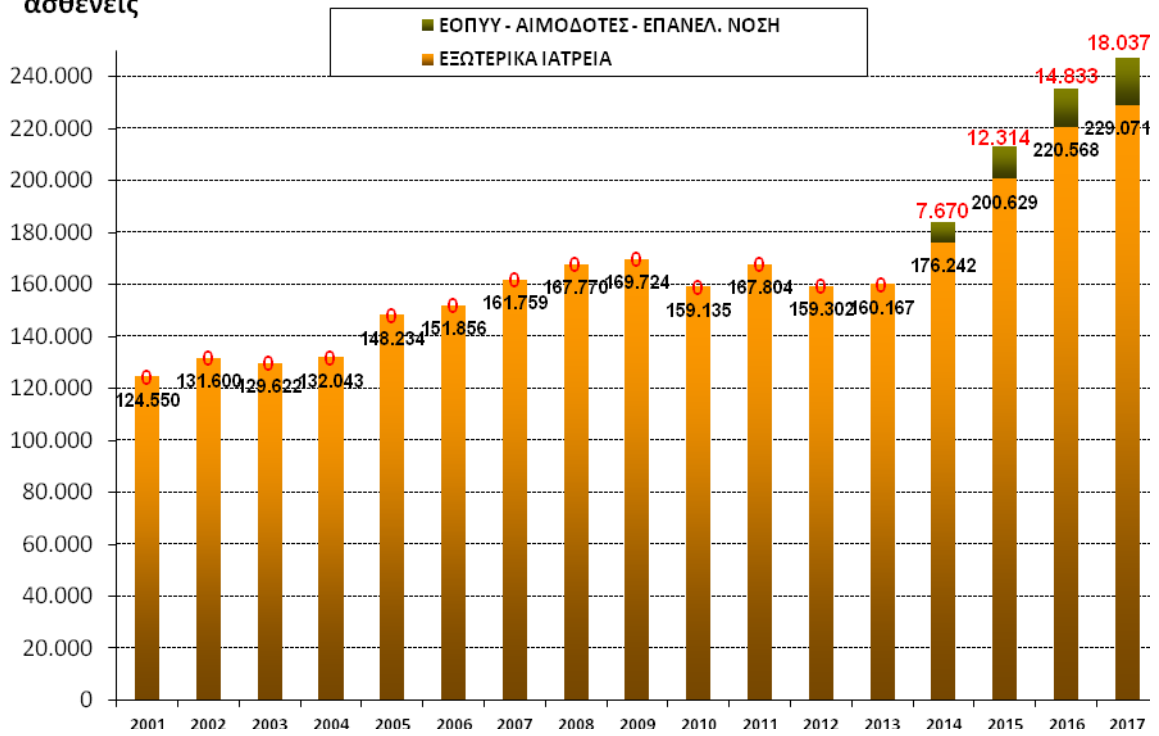
Το **2016**, καταχωρήθηκαν **220.568** επισκέψεις αποκλειστικά και μόνο στο Πληροφοριακό Σύστημα, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 10,33%.

Σ' αυτούς αν προστεθούν και οι **14.833** ασθενείς που αφορούν τα τρία νέα ειδικά Τμήματα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αιμοδότες και Επανελέγχου), το σύνολο των καταγεγραμμένων επισκέψεων για το 2016 ανέρχεται σε **235.401** ασθενείς.

Τέλος το **2017**, καταχωρήθηκαν **229.071** επισκέψεις αποκλειστικά και μόνο στο Πληροφοριακό Σύστημα, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 3,86%.

Σ' αυτούς αν προστεθούν και οι **18.037** ασθενείς που αφορούν τα τρία νέα ειδικά Τμήματα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αιμοδότες και Επανελέγχου), το σύνολο των καταγεγραμμένων επισκέψεων για το 2016 ανέρχεται σε **247.108** ασθενείς.

ασθενείς



Διάγραμμα 4.3.Η. Ασθενείς: ΕΟΠΥΥ, Αιμοδότες, Επαν. Νοση. Εξωτερικά Ιατρείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.3.1. ΚΙΝΗΣΗ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2001 – 2017

A/A	Τμήμα	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	ΕΞ. ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.					6.126	10.002	12.037	15.612
2	ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ					565	599	535	498
3	ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ					979	1.713	2.261	1.927
1	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ε.Ι.	6.236	7.776	9.981	7.203	9.008	8.737	8.368	8.129
2	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - Ε.Ι. (ΟΛΑ)	0	0	0	0	666	4.281	6.422	5.626
3	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΙΩΔΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	0	0	0	0	0	96	103	141
4	ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	1.482	1.340	1.266	1.496	1.651	1.135	1.157	957
5	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	2.576	2.410	2.198	1.897	2.004	1.854	2.176	2.573
6	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ	6.224	6.097	6.004	6.103	6.372	7.287	7.905	5.469
7	ΠΑΙΔΟΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	0	0	100	181	122	182	195	209
8	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΣΥΓΚΕΝΩΝ. ΚΑΡ. Ε.Ι.	880	880	1.063	560	722	581	355	65
9	ΠΡΟΛ. ΚΑΡΔΙΑΓΓ.ΚΙΝΔ. ΠΑΙΔΩΝ-ΕΦ	0	0	0	0	70	106	147	145
10	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΣΥΓΚ ΚΑΡ ΕΠΑ	0	0	0	0	0	38	41	65
11	ΠΑΙΔΟΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Ε.Ι.	0	0	0	0	1	6	3	112
12	ΠΑΙΔΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	0	0	0	0	392	252	11	0
13	ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	0	0	99	128	154	252	168	278
14	ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	976	1.262	1.560	1.898	1.883	1.729	1.788	1.609
15	ΠΑΙΔΟΛΟΙΜΩΣΙΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	2	3	1
16	ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	1	0	0	1
17	ΠΑΙΔΟΓΑΣΤΡΕΝΕΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	83	288	200	250	392	498	368	436
18	ΠΑΙΔΟΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	239	595	629	693	739	737	735	812
19	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟ	1.683	1.442	2.205	1.811	3.071	4.372	4.795	4.687
20	ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ Ε.Ι.	5.310	5.100	4.985	4.678	4.302	4.441	4.588	4.246
21	Ε.Δ.Ι. ΕΞΩΤ.ΔΙΑΒΗΤ.ΙΑΤΡΕΙΟ	0	0	0	0	283	338	346	333
22	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - Α.Ν.	0	0	0	0	120	107	210	349
23	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ	0	0	0	0	23	5	5	0
24	Ε.Δ.Ι. ΕΞΩΤ.ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΥΠΟΥ 1	0	0	0	0	0	8	0	0
25	ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
26	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	1	3	3	0
27	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	5.605	5.791	5.794	5.643	9.974	10.203	11.321	9.459
28	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ Ε.Ι.	6.606	6.732	4.660	6.080	2.959	2.929	3.307	2.655
29	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	526
30	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΔΙΑΒΗΤΗ Ε.Ι.	0	0	0	0	481	653	5.214	0
31	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
32	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
33	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	1	2	0	1
34	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΝΕΩΝ ΤΥΠΟΥ 1	0	0	0	0	9	3	20	0
35	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ	0	0	0	0	3	1	0	0
36	ΕΝΔ/ΚΟ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	1	0	1

A/A	Τμήμα	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
37	ΕΝΔ/ΚΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	287
38	ΕΝΔ/ΚΟ ΓΕΝΙΚΟ Ε.Ι.	0	0	0	0	1.356	1.966	1.994	2.316
39	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟ Ε.Ι.	1.935	1.733	2.633	2.914	2.189	2.723	2.979	3.264
40	ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΗΣΕΩΝ & ΠΡΟΕΓΧ. Ε.Ι.	1.801	2.058	1.405	2.383	0	2	0	0
41	ΔΙΑΜΕΣΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ Ε.Ι.	666	711	949	1.064	263	364	355	190
42	ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΙΝΟΥ Ε.Ι.	511	788	794	807	205	131	120	216
43	ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	0	0	0	0	0	0	0	0
44	ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟ Ε.Ι.	0	114	109	138	228	173	236	200
45	ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	0	0	25	50	26	4	0	0
46	ΑΣΘΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	1
47	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	2.471	5.107	3.088	5.658	4.200	6.512	8.419	7.509
48	ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΗΜ/ΤΩΝ-ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	1.113	965	982	960
49	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	1.942
50	ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ Ε.Ι.	695	650	562	641	623	764	792	848
51	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ	2.655	2.521	2.749	2.991	2.923	2.619	2.430	2.415
52	HOLTER ΡΥΘΜΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
53	ΥΠΕΡ/ΜΑ ΜΕ ΦΟΡΤΙΣΗ STRESS ECHO	0	0	0	0	4	178	264	0
54	ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	9	1	0	0
55	ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	0	0	0	0	187	271	497	778
56	ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	2	0	1	0
57	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
58	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦ. ΚΑΡΔΙΑΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
59	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	1.879	1.922	1.820	1.915	1.214	1.108	1.122	1.475
60	ΙΑΤΡΕΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	0	0	0	0	248	314	314	309
61	ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ	0	0	0	570	3	0	1	0
62	ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	0	0	0	0	396	529	713	661
63	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	645	1.199	1.473	1.039
64	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ	0	0	0	0	0	1.332	179	749
65	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 1 FOLLOW UP	17.467	16.039	15.521	16.110	2.429	2.352	2.107	1.841
66	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 2 Ε.Ι.	0	0	0	0	2.172	1.639	1.468	1.548
67	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 3 Ε.Ι.	0	0	0	0	2.064	2.221	2.131	2.361
68	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 4 Ε.Ι.	0	0	0	0	1.214	217	201	96
69	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 5 Ε.Ι.	0	0	0	0	1.817	1.617	1.505	1.628
70	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 6 Ε.Ι.	0	0	0	0	2.127	2.403	2.226	1.972
71	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 7 Ε.Ι.	0	0	0	0	1.774	2.223	1.732	1.148
72	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 8 Ε.Ι.	0	0	0	0	2.119	2.269	1.283	1.073
73	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 9 Ε.Ι.	0	0	0	0	2.033	652	2.147	2.004
74	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	10.400	12.787	11.606	12.449
	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι. (ΣΥΝΟΛΟ)	17.467	16.039	15.521	16.110	28.149	29.712	26.585	26.869
75	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	-	3.730	3.117	3.455	3.738	906	1.768	915
76	ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	0	0	0	0	4.101	4.438	5.549	6.162
77	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ	-	0	0	0	0	659	896	684

A/A	Τμήμα	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ								
78	ΗΠ/ΚΟ-ΚΙΡΡΩΣΗ-ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ	0	0	0	0	0	168	225	472
79	ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΠΕΠΤ. ΣΩΛ.	0	0	0	0	2	1	0	0
80	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	7.959	8.039	7.347	8.975	8.468	8.549	8.501	8.359
81	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	20	1.821	2.133	2.194
82	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	5.552	6.546	4.778	4.099	3.537	5.254	5.520	5.701
83	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	10	0	1	0
84	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	3.211	4.034	2.270	3.039	993	1.243	1.843	1.923
85	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Α.Ε.Ε. Ε.Ι.	0	0	0	0	352	465	427	493
86	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ-ΑΘΗΡΩΜΑΤ.	0	0	0	0	380	480	533	546
87	ΕΡΓ. ΗΛΕΚΤΡΟΝΥΣΤΑΓΜΟΓΡΑΦΕΙΑΣ	0	0	0	0	0	0	0	0
88	ΜΥΟΠΑΘΕΙΩΝ-ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	478	650	749	699
89	ΕΞΩΠ/ΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ Ν.ΡΑΚ Ε.Ι.	0	0	0	0	692	760	872	852
90	ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	2.035	1.902	1.832	1.891
91	ΝΕΥΡΟΛ Ε.Ι. ΔΥΣΤΟΝΙΑΣ ΣΠΑΣ/ΤΑΣ	0	0	0	0	48	176	204	249
92	ΝΕΥΡ.ΔΙΑΤΑΡ.ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	0	0	0	0	0	10	27	21
93	ΕΡΓ. ΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΙΑΣ	0	0	0	61	35	14	12	2
94	ΕΡΓ. ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΑΣ	1.236	1.232	840	1.289	1.083	1.091	911	1.028
95	ΕΡΓ. ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΑΓΩΓΗΣ	0	0	0	0	0	0	1	0
96	Μ.Ε.Θ. Ε.Ι.	206	218	157	166	144	215	249	308
97	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠ. & ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
98	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	944	734	568	645	1.160	1.286	1.254	1.385
99	ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ	0	0	0	90	191	251	267	314
100	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	3.900	2.710	2.386	2.180	3.964	4.104	4.311	4.619
101	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
102	ΣΤΟΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
103	ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ & ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΡΩΚ.	0	0	0	0	0	0	0	0
104	ΧΕΙΡ/ΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ & ΜΕΤΑΜΟΣΧ	0	0	0	0	999	973	960	919
105	ΠΡΟΛΗΨΗΣ Κ.Κ.Μ.Ω. Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
106	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ Ε.Ι.	620	650	401	422	435	105	219	1.164
107	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ Ε.Ι.	2.310	2.250	2.100	2.200	1.923	2.161	1.995	1.857
108	ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	628	636	556	452	387	540	510	643
109	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ Ε.Ι.	9.046	8.680	7.365	7.074	6.967	8.738	10.451	10.648
110	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
111	ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ ΣΠΟΝΔ. ΣΤΗΛΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	2	0
112	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	148	140	205	381	423	584	500	589
113	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	3.484	3.416	3.385	1.664	1.818	1.507	1.556	1.510
114	ΛΙΘΙΑΣΗΣ Ε.Ι.	837	606	427	500	433	389	303	274
115	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	810	3.316	4.782	5.967	6.332
116	ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
117	ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	0	0	0	0	0	0	0	0
118	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0

A/A	Τμήμα	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
119	ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	1	0
120	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	1	0
121	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	1	0	0	1
122	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
123	ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΝΕΥΡΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	2.882	1.475	2.755	2.901	1.461	2.102	2.159	1.974
124	ΟΥΡΟΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	0	0	0	0	0	0	1	0
125	ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	1	0	0	0
126	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	6.149	8.250	8.900	8.961	8.806	8.985	9.417	10.498
127	ΟΦΘ/ΓΙΑΣ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ Ε.Ι.	0	0	0	0	12	1	0	56
128	ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	3	0	0	0
129	ΒΥΘΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ Ε.Ι.	1.308	1.996	1.435	1.357	1.133	1.795	1.768	2.058
130	ΕΡΓ. ΦΛΟΥΡΟΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	872	931	932	960	0	0	0	0
131	ΒΥΘΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
132	ΕΡΓ. ΟΦΘΑΛ/ΚΟΥ LASER	133	113	51	31	0	0	0	0
133	ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ Ε.Ι.	338	283	550	526	457	476	467	576
134	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	2	2	1	0
135	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	1.892	2.046	1.754	1.670	1.201	1.280	1.230	1.349
136	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
137	ΠΑΙΔΟΟΦΘ/ΓΙΑΣ&ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	232	324	337	297
138	ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
139	ΟΡΘΟΟΠΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	55	86	1	0
140	ΝΕΥΡΟΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ	340	472	424	301	241	225	294	399
141	ΝΕΥΡΟΟΦΘΑΛΜ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	44	62	0	0
142	ΕΡΓ. ΠΕΡΙΜΕΤΡΙΑΣ (ΟΠΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ)	506	181	174	0	0	0	1	0
143	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	6.576	7.225	7.007	6.454	6.997	6.533	7.809	7.437
144	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	3.890	4.320	4.840	5.344	6.122	7.146	7.979	7.193
145	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	0	0	0	0
146	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0	0	0	503	194	0	0
147	ΓΥΝ/ΚΟ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ-ΕΜΜΗΝ/ΣΗΣ	3.445	5.372	5.402	5.804	2.042	2.335	3.112	3.068
148	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	246	716	1.000	1.047
149	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	242	652	884	907
150	ΥΠΕΡΗΧΩΝ NON STRESS Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
151	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
152	ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
153	ΓΥΝ/ΚΟ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	1
154	ΓΥΝ/ΚΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	0	0
155	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ Ε.Ι.	2.594	3.154	4.402	3.904	3.157	2.775	3.293	2.997
156	ΓΥΝ/ΚΟ ΜΑΣΤΟΥ Ε.Ι.	724	744	762	766	388	450	495	667
157	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ Ε.Ι.	688	726	771	774	787	895	1.133	2.371
158	ΠΑΙΔ. & ΕΦΗΒ. ΓΥΝ/ΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	0	0	1	1
159	ΓΥΝ/ΚΟ ΕΝΔ/ΓΙΑΣ-ΥΠΟΒ. ΑΝΑΠΑΡ.	0	0	0	0	5	3	44	345

A/A	Τμήμα	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
160	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ ΜΑΘΗΜΑ ΠΡΟ.ΓΟΝΕΩΝ	0	0	0	0	826	644	935	1.197
161	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Ι.ΤΟΚΕΣ	0	0	0	0	31	86	119	41
162	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Ι.ΤΟΚΕΣ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	0	0	0	0	100	152	289	177
163	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ ΙΙ.ΤΟΚΕΣ	0	0	0	0	6	2	1	0
164	Ω.Ρ.Λ. Ε.Ι.	7.832	8.692	5.432	5.210	2.140	3.080	3.716	4.268
165	Ω.Ρ.Λ. ΕΠΑΝ	0	0	0	0	258	1	2	0
166	ΤΕΣΤ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ	0	0	0	0	1	2	0	0
167	ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΟΜΙΛΙΑΣ/ΛΟΓΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	47	0	0	0
168	ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΙΑ	0	0	0	0	31	91	57	0
169	ΦΥΣ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤ Ε.Ι.	0	0	0	0	171	118	388	500
170	ΑΠΟΚ/ΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΠΟΝΔ.ΣΤΗΛΗΣ	0	0	0	0	79	73	61	207
171	ΠΟΝΟΥ Ε.Ι.	0	0	0	0	332	131	272	222
172	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ Ε.Ι.	781	511	102	345	668	714	499	722
173	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	6.394	6.949	6.970	3.212	1.204	1.437	1.625	6.348
174	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Β Ε.Ι.	0	0	0	0	3	9	1	0
175	ΨΥΧ.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ-ΨΥΧ.ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	0	0	0	0	378	303	276	273
176	ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΠΑΡΕΜΒ. ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ	0	0	0	0	1	0	0	154
177	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0	0	0	482	1.054	1.320	1.299
	ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	6.394	6.949	6.970	3.212	2.068	2.803	3.222	8.074
177	ΣΥΝΟΛΟ Τ.Ε.Ι.	159.135	167.804	159.302	160.167	176.242	200.629	220.568	229.071
3	Ε.Ο.Π.Υ.Υ. - ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ - ΕΠΑΝΕΛ. ΝΟΣΗ	0	0	0	0	7.670	12.314	14.833	18.037
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο	159.135	167.804	159.302	160.167	183.912	212.943	235.401	247.108
	ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2014 & 2015	159.135	167.804	159.302	160.167	160.038	185.385	235.401	247.108
	ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2014 & 2015	0	0	0	0	16.204	15.244	0	0
	Π Ρ Α Γ Μ Α Τ Ι Κ Ο Σ Υ Ν Ο Λ Ο	159.135	167.804	159.302	160.167	176.242	200.629	220.568	229.071
180	Σ Υ Ν Ο Λ Ο Ε Ν Ε Ρ Γ Ω Ν Ε . Ι .	57	58	61	64	131	131	129	119

Πίνακας 4.3.1. Κίνηση τακτικών εξωτερικών ιατρικών περιόδου 2001-2007
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.4. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α/Α	Τ Μ Η Μ Α	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 2017-2016	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2016
1	ΕΞ. ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	12.037	15.612	29,70%	6,32%	5,11%
2	ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ	535	498	-6,92%	0,20%	0,23%
3	ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΝΤΩΝ	2.261	1.927	-14,77%	0,78%	0,96%
1	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ε.Ι.	8.368	8.129	-2,86%	3,29%	3,55%
2	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - Ε.Ι. (ΟΛΑ)	6.422	5.626	-12,39%	2,28%	2,73%
3	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΙΩΔΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	103	141	36,89%	0,06%	0,04%
4	ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	1.157	957	-17,29%	0,39%	0,49%
5	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	2.176	2.573	18,24%	1,04%	0,92%
6	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ	7.905	5.469	-30,82%	2,21%	3,36%
7	ΠΑΙΔΟΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	195	209	7,18%	0,08%	0,08%
8	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ- ΣΥΓΚΕΝΩΝ. ΚΑΡ. Ε.Ι.	355	65	-81,69%	0,03%	0,15%
9	ΠΡΟΛ. ΚΑΡΔΙΑΓΓ.ΚΙΝΔ. ΠΑΙΔΩΝ- ΕΦ	147	145	-1,36%	0,06%	0,06%
10	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓ-ΣΥΓΚ ΚΑΡ ΕΠΑ	41	65	58,54%	0,03%	0,02%
11	ΠΑΙΔΟΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Ε.Ι.	3	112	3633,33%	0,05%	0,00%
12	ΠΑΙΔΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	11	0	-100,00%	0,00%	0,00%
13	ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	168	278	65,48%	0,11%	0,07%
14	ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1.788	1.609	-10,01%	0,65%	0,76%
15	ΠΑΙΔΟΛΟΙΜΩΣΙΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	3	1	-66,67%	0,00%	0,00%
16	ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	1		0,00%	0,00%
17	ΠΑΙΔΟΓΑΣΤΡΕΝΕΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	368	436	18,48%	0,18%	0,16%
18	ΠΑΙΔΟΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	735	812	10,48%	0,33%	0,31%
19	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟ	4.795	4.687	-2,25%	1,90%	2,04%
20	ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ Ε.Ι.	4.588	4.246	-7,45%	1,72%	1,95%
21	Ε.Δ.Ι. ΕΞΩΤ.ΔΙΑΒΗΤ.ΙΑΤΡΕΙΟ	346	333	-3,76%	0,13%	0,15%
22	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - Λ.Ν.	210	349	66,19%	0,14%	0,09%
23	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ	5	0	-100,00%	0,00%	0,00%
24	Ε.Δ.Ι. ΕΞΩΤ.ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΥΠΟΥ 1	0	0		0,00%	0,00%
25	ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
26	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ Ε.Ι.	3	0	-100,00%	0,00%	0,00%
27	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	11.321	9.459	-16,45%	3,83%	4,81%
28	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ Ε.Ι.	3.307	2.655	-19,72%	1,07%	1,40%
29	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΕΠΑΝ	0	526		0,21%	0,00%
30	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛ. - ΔΙΑΒΗΤΗ Ε.Ι.	5.214	0	-100,00%	0,00%	2,21%
31	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛ. - ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
32	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%

Α/Α	Τ Μ Η Μ Α	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 2017-2016	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2016
33	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΤ. Ε.Ι.	0	1		0,00%	0,00%
34	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΝΕΩΝ ΤΥΠ. 1	20	0	-100,00%	0,00%	0,01%
35	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ	0	0		0,00%	0,00%
36	ΕΝΔ/ΚΟ ΟΣΤΕΟΠΩΡΟΣΗΣ Ε.Ι.	0	1		0,00%	0,00%
37	ΕΝΔ/ΚΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ Ε.Ι.	0	287		0,12%	0,00%
38	ΕΝΔ/ΚΟ ΓΕΝΙΚΟ Ε.Ι.	1.994	2.316	16,15%	0,94%	0,85%
39	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟ Ε.Ι.	2.979	3.264	9,57%	1,32%	1,27%
40	ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡ. & ΠΡΟΕΓΧ. Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
41	ΔΙΑΜΕΣΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘ. Ε.Ι.	355	190	-46,48%	0,08%	0,15%
42	ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΙΝΟΥ Ε.Ι.	120	216	80,00%	0,09%	0,05%
43	ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	0	0		0,00%	0,00%
44	ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟ Ε.Ι.	236	200	-15,25%	0,08%	0,10%
45	ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
46	ΑΣΘΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	0	1		0,00%	0,00%
47	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	8.419	7.509	-10,81%	3,04%	3,58%
48	ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΗΜ/ΤΩΝ-ΑΡΡΥΘΜ. Ε.Ι.	982	960	-2,24%	0,39%	0,42%
49	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	1.942		0,79%	0,00%
50	ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ Ε.Ι.	792	848	7,07%	0,34%	0,34%
51	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ	2.430	2.415	-0,62%	0,98%	1,03%
52	HOLTER ΡΥΘΜΟΥ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
53	ΥΠΕΡ/ΜΑ ΜΕ ΦΟΡΤΙΣΗ STRESS ECHO	264	0	-100,00%	0,00%	0,11%
54	ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
55	ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	497	778	56,54%	0,31%	0,21%
56	ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
57	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ	0	0		0,00%	0,00%
58	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦ. ΚΑΡΔΙΑΣ	0	0		0,00%	0,00%
59	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	1.122	1.475	31,46%	0,60%	0,48%
60	ΙΑΤΡΕΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	314	309	-1,59%	0,13%	0,13%
61	ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧ. ΝΕΦΡΟΥ	1	0		0,00%	0,00%
62	ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	713	661	-7,29%	0,27%	0,30%
63	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ Ε.Ι.	1.473	1.039	-29,46%	0,42%	0,63%
64	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ	179	749	318,44%	0,30%	0,08%
65	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 1 FOLLOW UP	2.107	1.841	-12,62%	0,75%	0,90%
66	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 2 Ε.Ι.	1.468	1.548	5,45%	0,63%	0,62%
67	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 3 Ε.Ι.	2.131	2.361	10,79%	0,96%	0,91%
68	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 4 Ε.Ι.	201	96	-52,24%	0,04%	0,09%
69	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 5 Ε.Ι.	1.505	1.628	8,17%	0,66%	0,64%
70	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 6 Ε.Ι.	2.226	1.972	-11,41%	0,80%	0,95%
71	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 7 Ε.Ι.	1.732	1.148	-33,72%	0,46%	0,74%
72	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 8 Ε.Ι.	1.283	1.073	-16,37%	0,43%	0,55%

Α/Α	Τ Μ Η Μ Α	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 2017-2016	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2016
73	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ 9 Ε.Ι.	2.147	2.004	-6,66%	0,81%	0,91%
74	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	11.606	12.449	7,26%	5,04%	4,93%
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι. (ΣΥΝΟΛΟ)		26.585	26.869	1,07%	10,87%	11,29%
75	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	1.768	915	-48,25%	0,37%	0,75%
76	ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	5.549	6.162	11,05%	2,49%	2,36%
77	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	896	684	-23,66%	0,28%	0,38%
78	ΗΠ/ΚΟ-ΚΙΡΡΩΣΗ-ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ	225	472	109,78%	0,19%	0,10%
79	ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΝΟΜΕΤ. ΠΕΠΤ. ΣΩΛ.	0	0		0,00%	0,00%
80	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	8.501	8.359	-1,67%	3,38%	3,61%
81	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	2.133	2.194	2,86%	0,89%	0,91%
82	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	5.520	5.701	3,28%	2,31%	2,34%
83	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
84	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1.843	1.923	4,34%	0,78%	0,78%
85	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Α.Ε.Ε. Ε.Ι.	427	493	15,46%	0,20%	0,18%
86	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ- ΑΘΗΡΩΜΑΤ.	533	546	2,44%	0,22%	0,23%
87	ΕΡΓ. ΗΛΕΚΤΡΟΝΥΣΤΑΓΜΟΓΡΑΦΕΙΑΣ	0	0		0,00%	0,00%
88	ΜΥΟΠΑΘΕΙΩΝ-ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΩΝ Ε.Ι.	749	699	-6,68%	0,28%	0,32%
89	ΕΞΩΠ/ΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ Ν.ΡΑΡΚ Ε.Ι.	872	852	-2,29%	0,34%	0,37%
90	ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ Ε.Ι.	1.832	1.891	3,22%	0,77%	0,78%
91	ΝΕΥΡΟΛ Ε.Ι. ΔΥΣΤΟΝΙΑΣ ΣΠΑΣ/ΤΑΣ	204	249	22,06%	0,10%	0,09%
92	ΝΕΥΡ.ΔΙΑΤΑΡ.ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	27	21	-22,22%	0,01%	0,01%
93	ΕΡΓ. ΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΙΑΣ	12	2	-83,33%	0,00%	0,01%
94	ΕΡΓ. ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΑΣ	911	1.028	12,84%	0,42%	0,39%
95	ΕΡΓ. ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΑΓΩΓΗΣ	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
96	Μ.Ε.Θ. Ε.Ι.	249	308	23,69%	0,12%	0,11%
97	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠ. & ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
98	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.254	1.385	10,45%	0,56%	0,53%
99	ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ	267	314	17,60%	0,13%	0,11%
100	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	4.311	4.619	7,14%	1,87%	1,83%
101	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
102	ΣΤΟΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
103	ΕΝΔΟΣΚΟΠ. & ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΡΩΚ.	0	0		0,00%	0,00%
104	ΧΕΙΡ/ΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ & ΜΕΤΑΜΟΣΧ	960	919	-4,27%	0,37%	0,41%
105	ΠΡΟΛΗΨΗΣ Κ.Κ.Μ.Ω. Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
106	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ Ε.Ι.	219	1.164	431,51%	0,47%	0,09%
107	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ Ε.Ι.	1.995	1.857	-6,92%	0,75%	0,85%
108	ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	510	643	26,08%	0,26%	0,22%

Α/Α	Τ Μ Η Μ Α	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 2017-2016	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2016
109	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ Ε.Ι.	10.451	10.648	1,88%	4,31%	4,44%
110	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
111	ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ ΣΠΟΝΔ. ΣΤΗΛΗΣ Ε.Ι.	2	0	-100,00%	0,00%	0,00%
112	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	500	589	17,80%	0,24%	0,21%
113	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1.556	1.510	-2,96%	0,61%	0,66%
114	ΛΙΘΙΑΣΗΣ Ε.Ι.	303	274	-9,57%	0,11%	0,13%
115	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	5.967	6.332	6,12%	2,56%	2,53%
116	ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤ. Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
117	ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠ. ΠΡΟΣΤΑΤΗ	0	0		0,00%	0,00%
118	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
119	ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ Ε.Ι.	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
120	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ Ε.Ι.	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
121	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	1		0,00%	0,00%
122	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡ. Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
123	ΓΕΡΟΝΤΟΛ.-ΝΕΥΡΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	2.159	1.974	-8,57%	0,80%	0,92%
124	ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
125	ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
126	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	9.417	10.498	11,48%	4,25%	4,00%
127	ΟΦΘ/ΓΙΑΣ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ Ε.Ι.	0	56		0,02%	0,00%
128	ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
129	ΒΥΘΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ Ε.Ι.	1.768	2.058	16,40%	0,83%	0,75%
130	ΕΡΓ. ΦΛΟΥΡΟΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	0	0		0,00%	0,00%
131	ΒΥΘΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
132	ΕΡΓ. ΟΦΘΑΛ/ΚΟΥ LASER	0	0		0,00%	0,00%
133	ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ Ε.Ι.	467	576	23,34%	0,23%	0,20%
134	ΟΦΘΑΛ/ΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ ΕΠΑΝ	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
135	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	1.230	1.349	9,67%	0,55%	0,52%
136	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
137	ΠΑΙΔΟΟΦΘ/ΓΙΑΣ&ΣΤΡΑΒΙΣΜ. Ε.Ι.	337	297	-11,87%	0,12%	0,14%
138	ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
139	ΟΡΘΟΟΠΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
140	ΝΕΥΡΟΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ	294	399	35,71%	0,16%	0,12%
141	ΝΕΥΡΟΟΦΘΑΛΜ. ΣΤΡΑΒ. ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
142	ΕΡΓ. ΠΕΡΙΜΕΤΡ. (ΟΠΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ)	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
143	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	7.809	7.437	-4,76%	3,01%	3,32%
144	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	7.979	7.193	-9,85%	2,91%	3,39%
145	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
146	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0		0,00%	0,00%
147	ΓΥΝ/ΚΟ ΟΣΤΕΟΠ.-ΕΜΜΗΝ/ΣΗΣ	3.112	3.068	-1,41%	1,24%	1,32%
148	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.000	1.047	4,70%	0,42%	0,42%
149	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	884	907	2,60%	0,37%	0,38%

Α/Α	Τ Μ Η Μ Α	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ % 2017-2016	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2016
150	ΥΠΕΡΗΧΩΝ NON STRESS Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
151	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛ. Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
152	ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
153	ΓΥΝ/ΚΟ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ Ε.Ι.	0	1		0,00%	0,00%
154	ΓΥΝ/ΚΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
155	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ. ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΥ Ε.Ι.	3.293	2.997	-8,99%	1,21%	1,40%
156	ΓΥΝ/ΚΟ ΜΑΣΤΟΥ Ε.Ι.	495	667	34,75%	0,27%	0,21%
157	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ Ε.Ι.	1.133	2.371	109,27%	0,96%	0,48%
158	ΠΑΙΔ. & ΕΦΗΒ. ΓΥΝ/ΓΙΑΣ Ε.Ι.	1	1	0,00%	0,00%	0,00%
159	ΓΥΝ/ΚΟ ΕΝΔ/ΓΙΑΣ-ΥΠΟΒ. ΑΝΑΠ.	44	345	684,09%	0,14%	0,02%
160	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ ΜΑΘΗΜΑ ΠΡΟ. ΓΟΝΕΩΝ	935	1.197	28,02%	0,48%	0,40%
161	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Ι.ΤΟΚΕΣ	119	41	-65,55%	0,02%	0,05%
162	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Ι.ΤΟΚΕΣ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	289	177	-38,75%	0,07%	0,12%
163	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ ΙΙ.ΤΟΚΕΣ	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
164	Ω.Ρ.Λ. Ε.Ι.	3.716	4.268	14,85%	1,73%	1,58%
165	Ω.Ρ.Λ. ΕΠΙΑΝ	2	0	-100,00%	0,00%	0,00%
166	ΤΕΣΤ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ	0	0		0,00%	0,00%
167	ΔΙΑΤΑΡΑΧ. ΟΜΙΛΙΑΣ/ΛΟΓΟΥ Ε.Ι.	0	0		0,00%	0,00%
168	ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΙΑ	57	0	-100,00%	0,00%	0,02%
169	ΦΥΣ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤ Ε.Ι.	388	500	28,87%	0,20%	0,16%
170	ΑΠΟΚ/ΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΠΟΝΔ. ΣΤΗΛΗΣ	61	207	239,34%	0,08%	0,03%
171	ΠΟΝΟΥ Ε.Ι.	272	222	-18,38%	0,09%	0,12%
172	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ Ε.Ι.	499	722	44,69%	0,29%	0,21%
173	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.625	6.348	290,65%	2,57%	0,69%
174	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Β Ε.Ι.	1	0	-100,00%	0,00%	0,00%
175	ΨΥΧ.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ- ΨΥΧ.ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	276	273	-1,09%	0,11%	0,12%
176	ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΠΑΡΕΜΒ. στην ΨΥΧΩΣΗ	0	154		0,06%	0,00%
177	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.320	1.299	-1,59%	0,53%	0,56%
	ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	3.222	8.074	150,59%	3,27%	1,37%
177	ΣΥΝΟΛΟ Τ.Ε.Ι.	220.568	229.071	3,86%	92,70%	93,70%
3	Ε.Ο.Π.Υ.Υ. - ΑΙΜΟΛΟΤΕΣ - ΕΠΑΝΕΛ. ΝΟΣΗ	14.833	18.037	21,60%	7,30%	6,30%
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο	235.401	247.108	4,97%	100,00%	100,00%

Πίνακας 4.4.: Μεταβολή κίνησης τακτικών εξωτερικών ιατρείων και συμμετοχή στη λειτουργία.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Επισημαίνεται ακόμη ότι στο **Τμήμα Ψυχιατρικής**, κατά το έτος 2017, το Γραφείο **Ψυχολόγων** εξυπηρέτησε 1.494 περιστατικά.

Από την μελέτη της κίνησης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στη Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, παραμένουν τα **Εξωτερικά Ιατρεία Ογκολογίας**, με ποσοστό συμμετοχής 10,87%, έναντι 11,27% το 2016 (μεταβολή -0,42%)

Στη συνέχεια ακολουθούν:

το **Ειδικό Τμήμα Εξωτερικών ασθενών Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**, με ποσοστό συμμετοχής 6,32%, έναντι 5,11% το 2016 (μεταβολή 1,20%)

και ακολούθως :

το Ε.Ι. **Ορθοπαιδικής** με 4,31%

το Ε.Ι. **Οφθαλμολογίας** με 4,25%

το Ε.Ι. **Αιματολογίας** με 3,83%

το Ε.Ι. **Ρευματολογίας** με 3,38%

το Ε.Ι. **Ακτινοθεραπείας** με 3,29%

το Ε.Ι. **Καρδιολογίας** με 3,04%

το Ε.Ι. **Μαιευτικής** με 3,01%

το Ε.Ι. **Γυναικολογίας** με 2,91%

και

το Ε.Ι. **Ψυχιατρικής** με 3,27%

Επισημαίνεται ιδιαίτερα ότι από τα 177 καταγεγραμμένα Ιατρεία (κωδικοί στο Πληροφοριακό Σύστημα του Νοσοκομείου) και εκτός από το **Ειδικό Τμήμα Εξωτερικών ασθενών Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** μόνο **3 Τακτικά Ε.Ι.** εξυπηρετούν πάνω από 10.000 ασθενείς ετησίως και αυτά είναι τα Ε.Ι. **Ογκολογίας, Ορθοπαιδικής και Οφθαλμολογίας** και αυτά αποτελούν το 2,26% των Ιατρείων

Ακολουθούν **43 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** που εξυπηρετούν από 1.000 μέχρι 10.000 ασθενείς ετησίως (24,29% των Ε.Ι.)

Στη συνέχεια **48 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** εξυπηρετούν από 100 μέχρι 1.000 ασθενείς ετησίως (27,12% των Ε.Ι.)

5 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία εξυπηρετούν από 10 μέχρι 100 ασθενείς ετησίως (2,82% των Ε.Ι.)

9 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία εξυπηρετούν από 1 μέχρι 10 ασθενείς ετησίως (5,08% των Ε.Ι.)

Και τέλος **61 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** (34,46% των Ε.Ι.) παρουσιάζουν μηδενική κίνηση.

Έτσι είναι σαφές ότι θα πρέπει να επανεξετασθεί η λειτουργία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων στο σύνολο τους, με πιθανή αναστολή λειτουργίας για τουλάχιστον **60 Ιατρεία**.

4.5. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ Ε.Ι.

A/A	Τμήμα	Ασθενείς 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ 177 Ε.Ι.
1	ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι. (ΣΥΝΟΛΟ)	26.869	10,87%	
2	ΕΞ. ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	15.612	6,32%	
3	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ Ε.Ι.	10.648	4,31%	
4	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	10.498	4,25%	2,26%
1	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	9.459	3,83%	
2	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	8.359	3,38%	
3	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ε.Ι.	8.129	3,29%	
4	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	7.509	3,04%	
5	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	7.437	3,01%	
6	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	7.193	2,91%	
7	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	6.348	2,57%	
8	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	6.332	2,56%	
9	ΗΠΙΑΤΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	6.162	2,49%	
10	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	5.701	2,31%	
11	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - Ε.Ι. (ΟΛΑ)	5.626	2,28%	
12	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ	5.469	2,21%	
13	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟ	4.687	1,90%	
14	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	4.619	1,87%	
15	Ω.Ρ.Λ. Ε.Ι.	4.268	1,73%	
16	ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ Ε.Ι.	4.246	1,72%	
17	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟ Ε.Ι.	3.264	1,32%	
18	ΓΥΝ/ΚΟ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ-ΕΜΜΗΝ/ΣΗΣ	3.068	1,24%	
19	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ Ε.Ι.	2.997	1,21%	
20	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ Ε.Ι.	2.655	1,07%	
21	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	2.573	1,04%	
22	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ	2.415	0,98%	
23	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ Ε.Ι.	2.371	0,96%	
24	ΕΝΔ/ΚΟ ΓΕΝΙΚΟ Ε.Ι.	2.316	0,94%	
25	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	2.194	0,89%	
26	ΒΥΘΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ Ε.Ι.	2.058	0,83%	

Α/Α	Τμήμα	Ασθενείς 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ 177 Ε.Ι.
27	ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΝΕΥΡΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	1.974	0,80%	
28	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	1.942	0,79%	
29	ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	1.927	0,78%	
30	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1.923	0,78%	
31	ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ Ε.Ι.	1.891	0,77%	
32	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ Ε.Ι.	1.857	0,75%	
33	ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1.609	0,65%	
34	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1.510	0,61%	
35	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	1.475	0,60%	
36	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.385	0,56%	
37	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	1.349	0,55%	
38	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.299	0,53%	
39	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ ΜΑΘΗΜΑ ΠΡΟ.ΓΟΝΕΩΝ	1.197	0,48%	
40	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ Ε.Ι.	1.164	0,47%	
41	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	1.047	0,42%	
42	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ Ε.Ι.	1.039	0,42%	
43	ΕΡΓ. ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΑΣ	1.028	0,42%	24,29%
1	ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΗΜ/ΤΩΝ-ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ Ε.Ι.	960	0,39%	
2	ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	957	0,39%	
3	ΧΕΙΡ/ΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ & ΜΕΤΑΜΟΣΧ	919	0,37%	
4	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ - ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	915	0,37%	
5	ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	907	0,37%	
6	ΕΞΩΠ/ΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ Ν.ΡΑΡΚ Ε.Ι.	852	0,34%	
7	ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ Ε.Ι.	848	0,34%	
8	ΠΑΙΔΟΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	812	0,33%	
9	ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	778	0,31%	
10	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ Ε.Ι.	722	0,29%	
11	ΜΥΟΠΑΘΕΙΩΝ-ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΩΝ Ε.Ι.	699	0,28%	
12	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ - ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	684	0,28%	
13	ΓΥΝ/ΚΟ ΜΑΣΤΟΥ Ε.Ι.	667	0,27%	
14	ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	661	0,27%	
15	ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	643	0,26%	
16	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ε.Ι.	589	0,24%	
17	ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ Ε.Ι.	576	0,23%	
18	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ-ΑΘΗΡΩΜΑΤ.	546	0,22%	
19	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΕΠΑΝ	526	0,21%	
20	ΦΥΣ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤ Ε.Ι.	500	0,20%	
21	ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ	498	0,20%	
22	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Α.Ε.Ε. Ε.Ι.	493	0,20%	
23	ΗΠ/ΚΟ-ΚΙΡΡΩΣΗ-ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ	472	0,19%	
24	ΠΑΙΔΟΓΑΣΤΡΕΝΕΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	436	0,18%	
25	ΝΕΥΡΟΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ - ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ	399	0,16%	
26	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - Α.Ν.	349	0,14%	

Α/Α	Τμήμα	Ασθενείς 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ 177 Ε.Ι.
27	ΓΥΝ/ΚΟ ΕΝΔ/ΓΙΑΣ-ΥΠΟΒ. ΑΝΑΠΑΡ.	345	0,14%	
28	Ε.Δ.Ι. ΕΞΩΤ.ΔΙΑΒΗΤ.ΙΑΤΡΕΙΟ	333	0,13%	
29	ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ	314	0,13%	
30	ΙΑΤΡΕΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	309	0,13%	
31	Μ.Ε.Θ. Ε.Ι.	308	0,12%	
32	ΠΑΙΔΟΟΦΘ/ΓΙΑΣ&ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ Ε.Ι.	297	0,12%	
33	ΕΝΔ/ΚΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ Ε.Ι.	287	0,12%	
34	ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	278	0,11%	
35	ΛΙΘΙΑΣΗΣ Ε.Ι.	274	0,11%	
36	ΨΥΧ.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ-ΨΥΧ.ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	273	0,11%	
37	ΝΕΥΡΟΛ Ε.Ι. ΔΥΣΤΟΝΙΑΣ ΣΠΑΣ/ΤΑΣ	249	0,10%	
38	ΠΟΝΟΥ Ε.Ι.	222	0,09%	
39	ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ Ε.Ι.	216	0,09%	
40	ΠΑΙΔΟΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	209	0,08%	
41	ΑΠΟΚ/ΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΠΟΝΔ.ΣΤΗΛΗΣ	207	0,08%	
42	ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟ Ε.Ι.	200	0,08%	
43	ΔΙΑΜΕΣΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ Ε.Ι.	190	0,08%	
44	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Ι.ΤΟΚΕΣ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	177	0,07%	
45	ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΠΑΡΕΜΒ. ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ	154	0,06%	
46	ΠΡΟΛ. ΚΑΡΔΙΑΓΓ.ΚΙΝΔ. ΠΑΙΔΩΝ-ΕΦ	145	0,06%	
47	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΙΩΔΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	141	0,06%	
48	ΠΑΙΔΟΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Ε.Ι.	112	0,05%	27,12%
1	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΣΥΓΚΕΝΩΝ. ΚΑΡ. Ε.Ι.	65	0,03%	
2	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΣΥΓΚ ΚΑΡ ΕΠΑ	65	0,03%	
3	ΟΦΘ/ΓΙΑΣ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ Ε.Ι.	56	0,02%	
4	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Ι.ΤΟΚΕΣ	41	0,02%	
5	ΝΕΥΡ.ΔΙΑΤΑΡ.ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	21	0,01%	2,82%
1	ΕΡΓ. ΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΙΑΣ	2	0,00%	
2	ΠΑΙΔΟΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	1	0,00%	
3	ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1	0,00%	
4	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Ε.Ι.	1	0,00%	
5	ΕΝΔ/ΚΟ ΟΣΤΕΟΠΩΡΟΣΗΣ Ε.Ι.	1	0,00%	
6	ΑΣΘΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	1	0,00%	
7	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	1	0,00%	
8	ΓΥΝ/ΚΟ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ Ε.Ι.	1	0,00%	
9	ΠΑΙΔ. & ΕΦΗΒ. ΓΥΝ/ΓΙΑΣ Ε.Ι.	1	0,00%	5,08%
1	ΠΑΙΔΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι.	0	0,00%	
2	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ	0	0,00%	
3	Ε.Δ.Ι. ΕΞΩΤ.ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΥΠΟΥ 1	0	0,00%	
4	ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
5	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
6	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΔΙΑΒΗΤΗ Ε.Ι.	0	0,00%	
7	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΠΑΝ	0	0,00%	

Α/Α	Τμήμα	Ασθενείς 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ 177 Ε.Ι.
8	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
9	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΝΕΩΝ ΤΥΠΟΥ 1	0	0,00%	
10	ΕΝΔ/ΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ	0	0,00%	
11	ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΗΣΕΩΝ & ΠΡΟΕΓΧ. Ε.Ι.	0	0,00%	
12	ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	0	0,00%	
13	ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
14	HOLTER ΡΥΘΜΟΥ Ε.Ι.	0	0,00%	
15	ΥΠΕΡ/ΜΑ ΜΕ ΦΟΡΤΙΣΗ STRESS ECHO	0	0,00%	
16	ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0,00%	
17	ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
18	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ	0	0,00%	
19	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦ. ΚΑΡΔΙΑΣ	0	0,00%	
20	ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ	0	0,00%	
21	ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΠΕΙΠΤ. ΣΩΛ.	0	0,00%	
22	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
23	ΕΡΓ. ΗΛΕΚΤΡΟΝΥΣΤΑΓΜΟΓΡΑΦΕΙΑΣ	0	0,00%	
24	ΕΡΓ. ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΑΓΩΓΗΣ	0	0,00%	
25	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠ. & ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝ	0	0,00%	
26	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
27	ΣΤΟΜΙΩΝ Ε.Ι.	0	0,00%	
28	ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ & ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΡΩΚ.	0	0,00%	
29	ΠΡΟΛΗΨΗΣ Κ.Κ.Μ.Ω. Ε.Ι.	0	0,00%	
30	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
31	ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ ΣΠΟΝΔ. ΣΤΗΛΗΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
32	ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ Ε.Ι.	0	0,00%	
33	ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	0	0,00%	
34	ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ Ε.Ι.	0	0,00%	
35	ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ Ε.Ι.	0	0,00%	
36	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
37	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
38	ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	0	0,00%	
39	ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
40	ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
41	ΕΡΓ. ΦΛΟΥΡΟΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	0	0,00%	
42	ΒΥΘΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
43	ΕΡΓ. ΟΦΘΑΛ/ΚΟΥ LASER	0	0,00%	
44	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
45	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
46	ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ Ε.Ι.	0	0,00%	
47	ΟΡΘΟΟΠΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
48	ΝΕΥΡΟΟΦΘΑΛΜ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
49	ΕΡΓ. ΠΕΡΙΜΕΤΡΙΑΣ (ΟΠΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ)	0	0,00%	
50	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	

A/A	Τμήμα	Ασθενείς 2017	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ % ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ 2017	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ 177 Ε.Ι.
51	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΑΝ	0	0,00%	
52	ΥΠΕΡΗΧΩΝ NON STRESS Ε.Ι.	0	0,00%	
53	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
54	ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ Ε.Ι.	0	0,00%	
55	ΓΥΝ/ΚΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ Ε.Ι.	0	0,00%	
56	ΨΥΧΟΠΡΟΦ/ΚΗΣ Π.ΤΟΚΕΣ	0	0,00%	
57	Ω.Ρ.Λ. ΕΠΑΝ	0	0,00%	
58	ΤΕΣΤ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ	0	0,00%	
59	ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΟΜΙΛΙΑΣ/ΛΟΓΟΥ Ε.Ι.	0	0,00%	
60	ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΙΑ	0	0,00%	
61	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Β Ε.Ι.	0	0,00%	34,46%
61	ΣΥΝΟΛΟ Τ.Ε.Ι.	229.071	92,70%	
3	Ε.Ο.Π.Υ.Υ. - ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ - ΕΠΑΝΕΛ. ΝΟΣΗ.	18.037	7,30%	
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο	247.108	100,00%	

Πίνακας 4.5. Συγκροτική αξιολόγηση κίνησης τακτικών Ε.Ι.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.6. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων λειτουργεί Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με 7 Ιατρεία υποδοχής εκτάκτων περιστατικών.

Επίσης λειτουργεί και Ιατρείο Παιδιατρικής εκτάκτων, το οποίο στεγάζεται εκτός του χώρου του Τ.Ε.Π., αλλά στον ίδιο όροφο του Νοσοκομείου.

Τέλος λειτουργούν και άλλα 18 Ιατρεία Εκτάκτων, σε χώρους εκτός του Τ.Ε.Π., στα οποία οι εφημερεύοντες ιατροί είτε δέχονται τα έκτακτα περιστατικά στο χώρο τους, είτε τα εξετάζουν στα Ιατρεία του Τ.Ε.Π., σαν μετακαλούμενες ειδικότητες.

Για τις 18 αυτές ειδικότητες υπάρχει αναλυτική καταγραφή, από το 2015 και μετά, με την έναρξη της παραγωγικής λειτουργίας του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος κλινικής διαχείρισης ασθενών.

Η κίνηση των εκτάκτων περιστατικών, για τα έτη 2013 έως 2017 διαμορφώνεται ως εξής :

A/A	ΕΚΤΑΚΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	2013	2014	2015	2016	2017	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2017 - 2016	ΣΥΜΜΕ- ΤΟΧΗ %
1	Τ.Ε.Π. Παθολογικό	11.967	12.144	12.244	12.300	12.608	2,50%	27,06%
2	Τ.Ε.Π. Χειρουργικό	6.167	7.016	7.217	6.580	6.793	3,24%	14,58%
3	Τ.Ε.Π. Καρδιολογικό	3.480	4.099	4.227	4.415	4.423	0,18%	9,49%

4	Τ.Ε.Π. Ορθοπαιδικό	10.156	10.631	10.548	10.608	10.672	0,60%	22,91%
5	Τ.Ε.Π. Ουρολογικό	2.095	2.348	2.355	2.509	2.408	-4,03%	5,17%
6	Τ.Ε.Π. Ω.Ρ.Λ.	2.226	5.856	6.065	5.995	6.004	0,15%	12,89%
7	Τ.Ε.Π. Δερματολογικό	1.043	3.568	3.851	3.941	3.678	-6,67%	7,90%
	ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΕΙΩΝ Τ.Ε.Π.	37.134	45.662	46.507	46.348	46.586	0,51%	100,00%
8	Τ.Ε.Π. Παιδιατρικό	6.103	5.372	7.287	5.723	5.469	-4,44%	10,51%
	ΣΥΝΟΛΟ Τ.Ε.Π.	43.237	51.034	53.794	52.071	52.055	-0,03%	
1	Τ.Ε.Π. Αιματολογικό			552	572	400	-30,07%	2,49%
2	Τ.Ε.Π. Ακτινοθεραπευτικό			58	87	43	-50,57%	0,27%
3	Τ.Ε.Π. Γαστρεντερολογικό			5	4	6	50,00%	0,04%
4	Τ.Ε.Π. Γυναικολογικό			396	279	270	-3,23%	1,68%
5	Τ.Ε.Π. Ενδοκρινολογικό			131	100	174	74,00%	1,08%
6	Τ.Ε.Π. Καρδιοχειρουργικό			96	179	261	45,81%	1,62%
7	Τ.Ε.Π. Μαιευτικό			2.494	2.691	2.575	-4,31%	16,01%
8	Τ.Ε.Π. Νεογνολογικό			847	859	804	-6,40%	5,00%
9	Τ.Ε.Π. Νευρολογικό			2.880	2.806	2.727	-2,82%	16,96%
10	Τ.Ε.Π. Νευροχειρουργικό			1.702	1.630	1.512	-7,24%	9,40%
11	Τ.Ε.Π. Νεφρολογικό			328	452	318	-29,65%	1,98%
12	Τ.Ε.Π. Ογκολογικό			1.332	968	749	-22,62%	4,66%
13	Τ.Ε.Π. Οδοντιατρικό			236	305	277	-9,18%	1,72%
14	Τ.Ε.Π. Οφθαλμολογικό			3.424	3.473	3.531	1,67%	21,96%
15	Τ.Ε.Π. ΠΛΑΣΤ. Χειρουργικής			1	1	1	0,00%	0,01%
16	Τ.Ε.Π. Πνευμονολογικό			1.687	1.552	1.492	-3,87%	9,28%
17	Τ.Ε.Π. Ρευματολογικό			250	205	218	6,34%	1,36%
18	Τ.Ε.Π. Ψυχιατρικό			741	724	724	0,00%	4,50%
	ΣΥΝΟΛΟ ΛΟΙΠΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	8.121	8.763	17.160	16.887	16.082	-4,77%	100,00%
	ΣΥΝΟΛΟ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	51.358	59.797	70.954	68.958	68.137	-1,19%	

Πίνακας 4.6.: Εξωτερικά ιατρεία έκτακτων περιστατικών ΤΕΠ

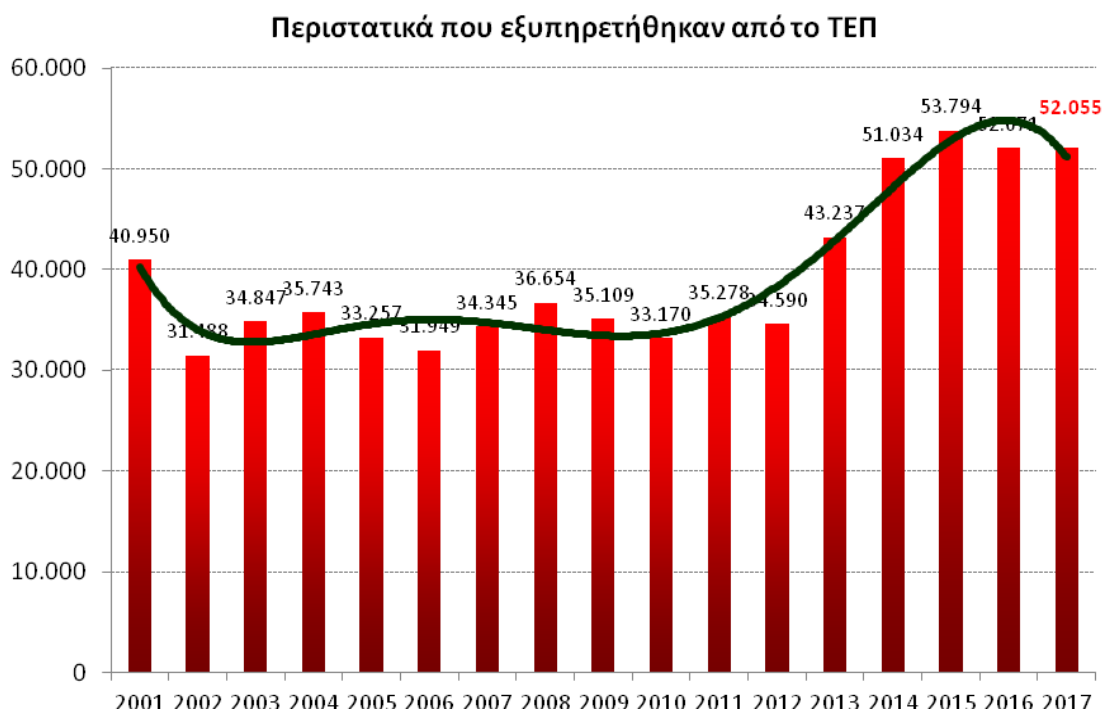
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Το σύνολο των εκτάκτων περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν από τα 7 Ιατρεία του Τ.Ε.Π. και του Ιατρείου Παιδιατρικής, για το έτος **2017**, έφτασε τους **52.055** ασθενείς, παραμένοντας σταθερό με την αντίστοιχη κίνηση του 2016, κατά το οποίο εξυπηρετήθηκαν από το Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου 52.071 περιστατικά.

Από τα 7 Ιατρεία του Τ.Ε.Π. την μεγαλύτερη μεταβολή σε σχέση με το προηγούμενο έτος 2016 παρουσίασε το **Τ.Ε.Π. Δερματολογίας** με ετήσια μείωση κατά **-6,67%** και ακολουθούν το **Τ.Ε.Π. Παιδιατρικής** με **-4,44%** και το **Τ.Ε.Π. Ουρολογικό** με **-4,03%**

Αντίθετα το **Τ.Ε.Π. Χειρουργικής** παρουσίασε αύξηση κατά **3,24%** και το **Τ.Ε.Π. Παθολογίας** κατά **2,50%**

Τέλος η κίνηση του **Τ.Ε.Π. Καρδιολογίας** σταθεροποιήθηκε στους **4.400** περίπου ασθενείς ετησίως, του **Τ.Ε.Π. Ω.Ρ.Λ.** στους **6.000** ασθενείς και του **Τ.Ε.Π. Ορθοπαιδικής** στους **10.600** περίπου ασθενείς.



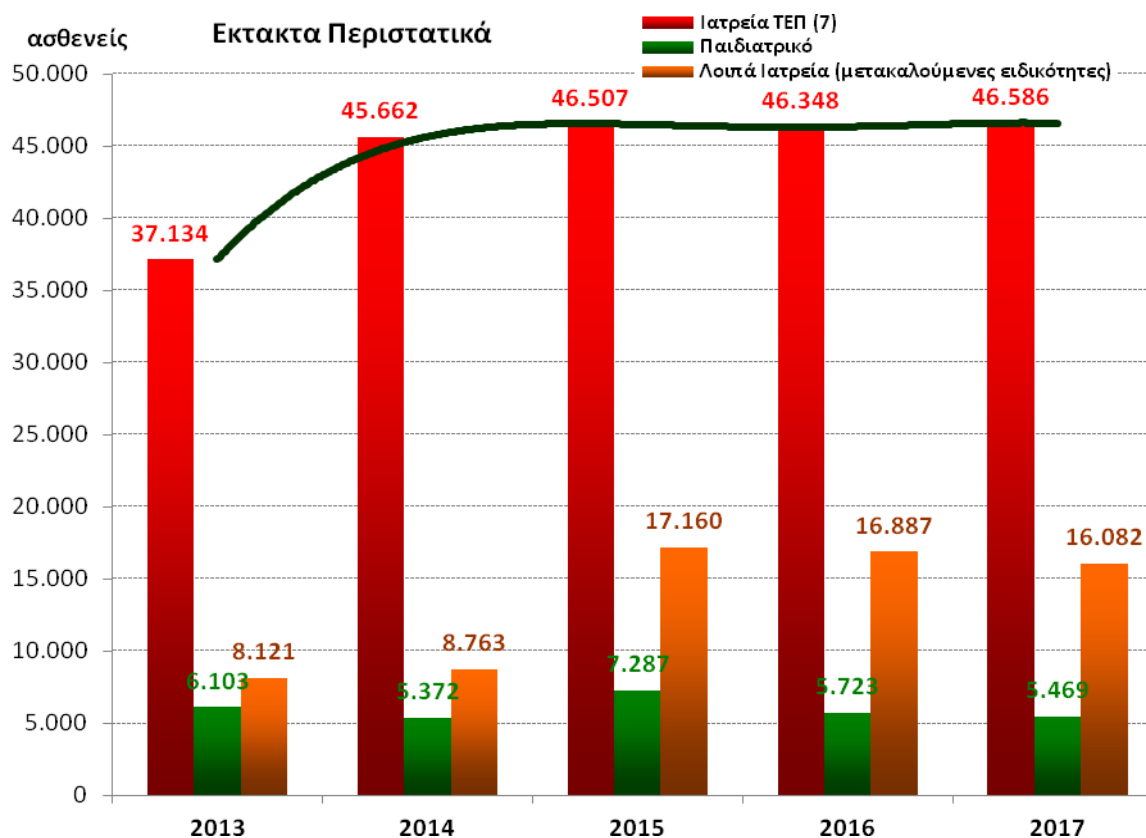
Διάγραμμα 4.6. Περιστατικά που εξυπηρετήθηκαν από το ΤΕΠ.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Από το σύνολο των προσερχομένων ασθενών στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου, που εξυπηρετήθηκαν από τα 7 Ιατρεία του, ο μεγαλύτερος αριθμός (12.672) αφορά παθολογικά περιστατικά, με αποτέλεσμα το **Τ.Ε.Π. Παθολογικό** να έχει την μεγαλύτερη συμμετοχή στην εξυπηρέτηση των εκτάκτων περιστατικών, με ποσοστό **27,06%** έναντι 26,54% το 2016.

Στη συνέχεια ακολουθούν το **Τ.Ε.Π. Ορθοπαιδικής** με **22,91%** έναντι 22,89% το 2016, το **Τ.Ε.Π. Χειρουργικής** με **14,58%** έναντι 14,20% το 2016 και το **Τ.Ε.Π. Ω.Ρ.Λ.** με **12,89%** έναντι 12,93% το 2016

Αν λάβουμε υπ' όψη το σύνολο των εκτάκτων περιστατικών που έχουν καταχωρηθεί στην υποδοχή του Τ.Ε.Π., το 10,51% (έναντι 10,99% το 2016) αφορά παιδιατρικά περιστατικά και εξυπηρετήθηκε από το **Παιδιατρικό Ιατρείο Εκτάκτων**.



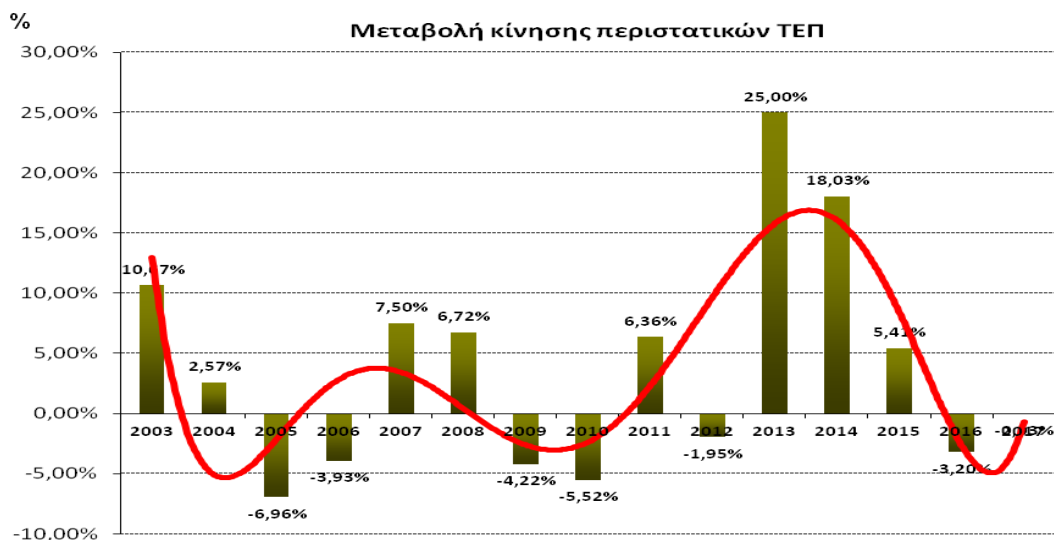
Διάγραμμα 4.6.Α. Εκτακτα Περιστατικά. ΤΕΠ-Παιδιατρικό-Λοιπά Ιατρεία.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Στον χώρο του Τ.Ε.Π. λειτουργεί επίσης και μια χειρουργική αίθουσα, στην οποία πραγματοποιούνται μικρές επεμβάσεις, από τις οποίες το **67,98%** αφορούν **χειρουργικά περιστατικά** (έναντι 68,15% το 2016), το **16,65%** αφορούν **ορθοπεδικά περιστατικά** (έναντι 9,33% το 2016) παρουσιάζοντας αύξηση κατά **87,01%** και τέλος το 15,38% είναι **περιστατικά πλαστικής χειρουργικής** (έναντι 22,52% το 2016), που εξυπηρετούνται τις εργάσιμες ημέρες μη εφημερίας του Νοσοκομείου.

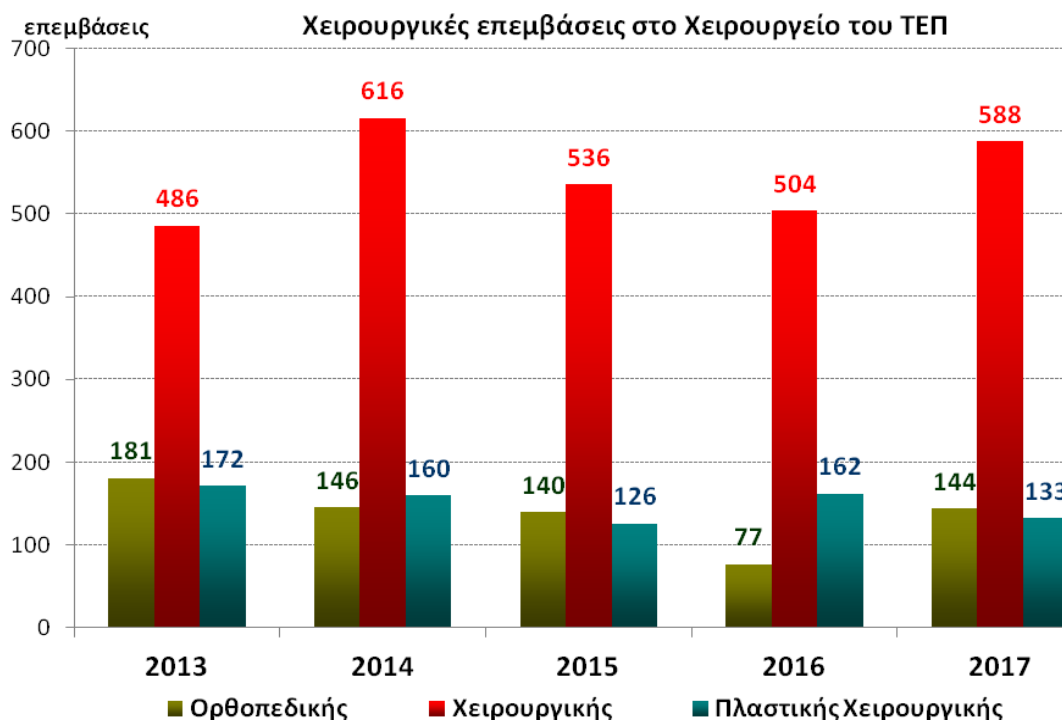
A/A	ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ Τ.Ε.Π.	2013	2014	2015	2016	2017	ΜΕΤΑ- ΒΟΛΗ 2017 - 2016	ΣΥΜΜΕ- ΤΟΧΗ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ
1	Ορθοπεδικής	181	146	140	77	144	87,01%	16,65%
2	Χειρουργικής	486	616	536	504	588	16,67%	67,98%
3	Πλαστικής Χειρουργικής	172	160	126	162	133	-17,90%	15,38%
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο	839	922	802	743	865	16,42%	100,00%

Πίνακας 4.6.Α: Επεμβάσεις στο Χειρουργείο Τ.Ε.Π.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.6.Β. Μεταβολή Κίνησης Περιστατικών ΤΕΠ.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.6.Γ. Χειρουργικές Επεμβάσεις στο Χειρουργείο του ΤΕΠ.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Όσον αφορά τα επί μέρους ποσοστά δραστηριότητας του Τ.Ε.Π., από το Πληροφοριακό Σύστημα κλινικής διαχείρισης του Νοσοκομείου, από το έτος 2014 και μετά, προκύπτουν τα εξής:

ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	2014	2015	2016	2017	Μεταβολή %
Σύνολο εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών στα 7 Ιατρεία του Τ.Ε.Π.	45.662	46.507	46.348	46.586	0,51%
Ποσοστό εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών σε Παιδιατρικό Εκτάκτων	5.372	7.287	5.723	5.469	-4,44%
Σύνολο εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών στα 7 Ιατρεία του Τ.Ε.Π. & Παιδιατρικό	51.034	53.794	52.071	52.055	-0,03%
Σύνολο εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών στα 18 λοιπά Ιατρεία Εκτάκτων	8.763	17.160	16.887	16.082	-4,77%
Σύνολο εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών σε όλα τα Ιατρεία Εκτάκτων	59.797	70.954	68.958	68.137	-1,19%
Ποσοστό (%) εξυπηρετηθέντων εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών στα 7 Ιατρεία του Τ.Ε.Π.	89,47%	86,45%	89,01%	89,49%	0,54%
Ποσοστό (%) εξυπηρετηθέντων εκτάκτων περιστατικών σε Ιατρεία σε ημέρες εφημερίας	10,53%	13,55%	10,99%	10,51%	-4,41%
Σύνολο Ολοκληρωμένων περιστατικών	26.347	33.506	37.117	36.679	-1,18%
Ποσοστό Ολοκληρωμένων περιστατικών	44,06%	47,22%	53,83%	53,83%	0,01%
Σύνολο μη Ολοκληρωμένων περιστατικών	33.450	37.448	31.841	31.458	-1,20%
Ποσοστό μη Ολοκληρωμένων περιστατικών	55,94%	52,78%	46,17%	46,17%	-0,01%
Σύνολο εισαγωγών σε κλινικές από Ιατρεία Εκτάκτων	10.925	13.221	13.536	12.497	-7,68%
Ποσοστό εισαγωγών σε κλινικές	18,27%	18,63%	19,63%	18,34%	-6,56%

Πίνακας 4.6.B: Επί μέρους ποσοστά δραστηριότητας του Τ.Ε.Π.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει αφ' ενός μεν ότι το ποσοστό εισαγωγών παραμένει σταθερό κυμαινόμενο από 18,34% έως 19,63%, αλλά και ότι είναι συνεχώς μειούμενο το ποσοστό μη ολοκληρωμένων περιστατικών.

4.7. ΚΛΙΝΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

4.7.1 ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ – ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Όπως αναφέρθηκε και στην 2^η ενότητα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων λειτουργούν **45 κλινικά Τμήματα** (κλινικές & ειδικές Μονάδες) με σύνολο ανεπτυγμένων κλινών 756.

Οι ειδικές Μονάδες είναι :

- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), με 14 κλίνες

- Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών (ΜΕΠΚ) με 10 κλίνες
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) με 9 κλίνες

Από τα στοιχεία που προκύπτουν από το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα του Νοσοκομείου, κατά το έτος 2017 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων εξυπηρετήθηκαν περισσότεροι ασθενείς κατά 2,99% σε σχέση με το προηγούμενο έτος, στους οποίους και παρασχέθηκαν υπηρεσίες Υγείας υψηλού επιπέδου.

Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων εξυπηρετεί ετησίως περισσότερους από **350.000 ασθενείς**.

Ο αριθμός αυτός, ενώ για το έτος 2012 ήταν 267.506 ασθενείς, το 2017 ο αριθμός αυτός έφτασε στους **353.915** ασθενείς.

ΤΜΗΜΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Μεταβολή % 2017- 2016
Νοσηλευθέντες σε κλινικές	57.666	57.069	56.715	53.906	57.631	58.253	1,08%
Νοσηλευθέντες σε Μ.Ε.Θ.	328	339	327	302	300	288	-4,00%
Νοσηλευθέντες σε Μ.Ε.Π.Κ.	710	680	682	711	676	754	11,54%
Νοσηλευθέντες σε Μ.Τ.Ν.	737	742	742	758	764	734	-3,93%
Εξετασθέντες σε Τακτικά Εξωτ. Ιατρεία	159.302	160.167	176.242	200.629	220.568	229.071	3,86%
Εξετασθέντες σε έκτακτα περιστατικά	34.590	43.237	51.034	53.794	52.071	52.055	-0,03%
Εξετασθέντες σε Απογευματινά Ε.Ι.	14.173	11.420	11.251	10.993	11.629	12.760	9,73%
Σύνολο ασθενών που εξυπηρετήθηκαν	267.506	273.654	296.993	321.093	343.639	353.915	2,99%

Πίνακας 4.7.1: Εξυπηρετούμενοι Ασθενείς 2012-2017

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Από τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετηθέντων ασθενών στο Νοσοκομείο, οι **52.055** ασθενείς ήταν νοσηλευόμενοι σε κλινικές ή ειδικές Μονάδες.

Από τον παραπάνω Πίνακα φαίνεται ότι ενώ η κίνηση των νοσηλευθέντων ασθενών στις κλινικές ήταν αυξημένη στις κλινικές κατά 1,08% και στη ΜΕΠΚ κατά 11,54%.

Αντίθετα, το 2017 η κίνηση ήταν μειωμένη στη ΜΕΘ κατά 4,00% και στη MTN κατά 3,93%

Από τη μελέτη των δεικτών κίνησης του Νοσοκομείου, προκύπτει ότι αν και υπάρχει αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων, υπάρχει μείωση τόσο της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας κατά 6,36%, η οποία από τις 3,34 ημέρες το 2015, μειώθηκε στις 3,13 ημέρες για το 2016, όσο και του ποσοστού των θανάτων νοσηλευόμενων ασθενών κατά 4,30%.

Τέλος αξίζει να επισημανθεί ότι παρά την αύξηση τόσο του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών, όσο και των εξωτερικών ασθενών, υπάρχει μείωση του **αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή** κατά 0,54% για τις εξετάσεις δείγματος και κατά 7,02% για τις απεικονιστικές εξετάσεις.

4.7.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

A/A	ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2017	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2016	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2015	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2017-2016 %
A	ΚΙΝΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ				
1	Σύνολο κλινών	756	756	756	0,00%
2	Σύνολο Νοσηλευθέντων	58.253	57.631	53.906	1,08%
3	Θάνατοι νοσηλευθέντων	595	620	606	-4,03%
4	Ημέρες Νοσηλείας	179.884	180.295	180.094	-0,23%
5	Κάλυψη κλινών (%)	65,19	65,34	65,27	-0,23%
6	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	3,09	3,13	3,34	-1,29%
7	Ρυθμός εισροής ασθενών Pk	77	76	71	1,08%
8	Διάστημα εναλλαγής	1,65	1,66	1,78	-0,64%
9	Ποσοστό (%) θανάτων επί του συνόλου νοσηλευθέντων	1,02	1,08	1,12	-5,06%
B	ΚΙΝΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ				
10	Αριθμός κλινών Παθολογικού Τομέα	375	375	375	0,00%
11	Νοσηλευθέντες Παθολογικού Τομέα	37.564	37.061	35.868	1,36%
12	Ημέρες Νοσηλείας Παθολογικού Τομέα	98.110	98.857	97.238	-0,76%
13	Κάλυψη κλινών (%) Παθολογικού Τομέα	71,68	72,22	71,04	-0,76%
14	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Παθολογικού Τομέα	2,61	2,67	2,71	-2,08%
15	Ρυθμός εισροής ασθενών Pk Παθολογικού Τομέα	100	99	96	1,36%
16	Διάστημα εναλλαγής Παθολογικού Τομέα	1,03	1,03	1,11	0,60%
17	Ποσοστό κλινών που έχουν διατεθεί στον Παθολογικό Τομ.	49,60	49,60	49,60	0,00%
18	Αριθμός Κλινών Χειρουργικού Τομέα	339	339	339	0,00%
19	Νοσηλευθέντες Χειρουργικού Τομέα	19.820	19.628	17.096	0,98%
20	Ημέρες Νοσηλείας Χειρουργικού Τομέα	68.145	67.116	68.216	1,53%
21	Κάλυψη κλινών (%) Χειρουργικού Τομέα	55,07	54,24	55,13	1,53%

A/A	ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2017	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2016	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2015	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2017-2016 %
22	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Χειρουργικού Τομέα	3,44	3,42	3,99	0,55%
23	Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ Χειρουργικού Τομέα	58	58	50	0,98%
24	Διάστημα εναλλαγής Χειρουργικού Τομέα	2,80	2,88	3,25	-2,77%
25	Ποσοστό κλινών που έχουν διατεθεί στον Χειρουργικό Τομ.	44,84	44,84	44,84	0,00%
26	Αριθμός Κλινών Ψυχιατρικού Τομέα	28	28	28	0,00%
27	Νοσηλευθέντες Ψυχιατρικού Τομέα	581	642	640	-9,50%
28	Ημέρες Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομέα	9.742	10.092	10.304	-3,47%
29	Κάλυψη κλινών (%) Ψυχιατρικού Τομέα	95,32	98,75	100,82	-3,47%
30	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομέα	16,77	15,72	16,10	6,67%
31	Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ Ψυχιατρικού Τομέα	21	23	23	-9,50%
32	Διάστημα εναλλαγής Ψυχιατρικού Τομέα	0,82	0,20	0,00	312,65%
33	Ποσοστό κλινών που έχουν διατεθεί στον Ψυχιατρικό Τομ.	3,70	3,70	3,70	0,00%
Γ	ΚΙΝΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ				
34	Χειρουργικές επεμβάσεις (τακτικές)	8.718	9.175	9.216	-4,98%
35	Χειρουργικές επεμβάσεις (εκτακτες)	990	925	912	7,03%
36	Χειρουργικές επεμβάσεις ΤΕΠ	865	743	802	16,42%
37	Τοκετοί	1.228	1.231	1.147	-0,24%
38	Σύνολο χειρουργικών επεμβάσεων	11.801	12.074	12.077	-2,26%
39	Λιθοτριψίες	672	699	640	-3,86%
Δ	ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ				
40	Σύνολο κλινών Μ.Ε.Θ.	14	14	14	0,00%
41	Νοσηλευόμενοι σε Μ.Ε.Θ.	288	300	302	-4,00%
42	Ημέρες Νοσηλείας Μ.Ε.Θ.	3.887	4.230	4.336	-8,11%
43	Κάλυψη (%) Μ.Ε.Θ.	76,07	82,78	84,85	-8,11%
44	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Μ.Ε.Θ.	13,50	14,10	14,36	-4,28%
45	Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ Μ.Ε.Θ.	21	21	22	-4,00%
46	Διάστημα εναλλαγής Μ.Ε.Θ.	4,25	2,93	2,56	44,77%
47	Σύνολο κλινών Μ.Ε.Π.Κ.	6	6	6	0,00%
48	Νοσηλευόμενοι σε Μ.Ε.Π.Κ.	754	676	711	11,54%
49	Ημέρες Νοσηλείας Μ.Ε.Π.Κ.	1.810	1.744	1.688	3,78%
50	Κάλυψη (%) Μ.Ε.Π.Κ.	82,65	79,63	77,08	3,78%
51	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Μ.Ε.Π.Κ.	2,40	2,58	2,37	-6,95%
52	Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ Μ.Ε.Π.Κ.	126	113	119	11,54%
53	Διάστημα εναλλαγής Μ.Ε.Π.Κ.	0,50	0,66	0,71	-23,61%
54	Σύνολο κλινών Μ.Τ.Ν.	9	9	9	0,00%
55	Βάρδιες νοσηλείας Μ.Τ.Ν.	3	3	3	0,00%
56	Νοσηλευόμενοι σε Μ.Τ.Ν. Τακτικοί	563	568	561	-0,88%

A/A	ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2017	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2016	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΤΟΥΣ 2015	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2017-2016 %
57	Νοσηλεύόμενοι σε Μ.Τ.Ν. έκτακτοι	171	196	197	-12,76%
58	Ημέρες Νοσηλείας Μ.Τ.Ν. (συνεδρίες) τακτικοί	7.599	7.799	6.938	-2,56%
59	Κάλυψη (%) Μ.Τ.Ν.	101,48	104,15	92,65	-2,56%
60	Μονάδα Πλασμαφαιρεσης Νεφρολογίας (Συνεδρίες)	36	152	36	-76,32%
Ε	ΚΙΝΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ				
61	Αριθμός ενεργών Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων	135	129	131	4,65%
62	Αιμοληψίες	98.870	94.813	91.718	4,28%
63	Εξετασθέντες στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	229.071	220.568	200.629	3,86%
64	Εξετασθέντες σε Γ.Ε.Π. & Ιατρεία εκτάκτων	52.055	52.071	53.794	-0,03%
65	Αριθμός ενεργών Απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων	92	88	101	4,55%
66	Εξετασθέντες σε Απογευματινά Ε.Ι.	12.760	11.629	10.993	9,73%
67	Σύνολο ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από το Νοσοκομείο	353.915	343.639	321.093	2,99%
ΣΤ	ΚΙΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ				
68	Σύνολο εργαστηριακών εξετάσεων (με δείγμα)	4.670.233	4.607.982	4.318.997	1,35%
69	Σύνολο απεικονιστικών εργαστηριακών εξετάσεων	152.351	168.671	169.111	-9,68%
70	Ακτινοθεραπείες (Πεδία)	53.995	42.110	39.231	28,22%
71	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	58.064	45.871	43.102	26,58%
72	Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος ανά ασθενή	13,20	13,41	13,45	-1,59%
73	Αριθμός απεικονιστικών εξετάσεων ανά ασθενή	0,43	0,49	0,53	-12,30%

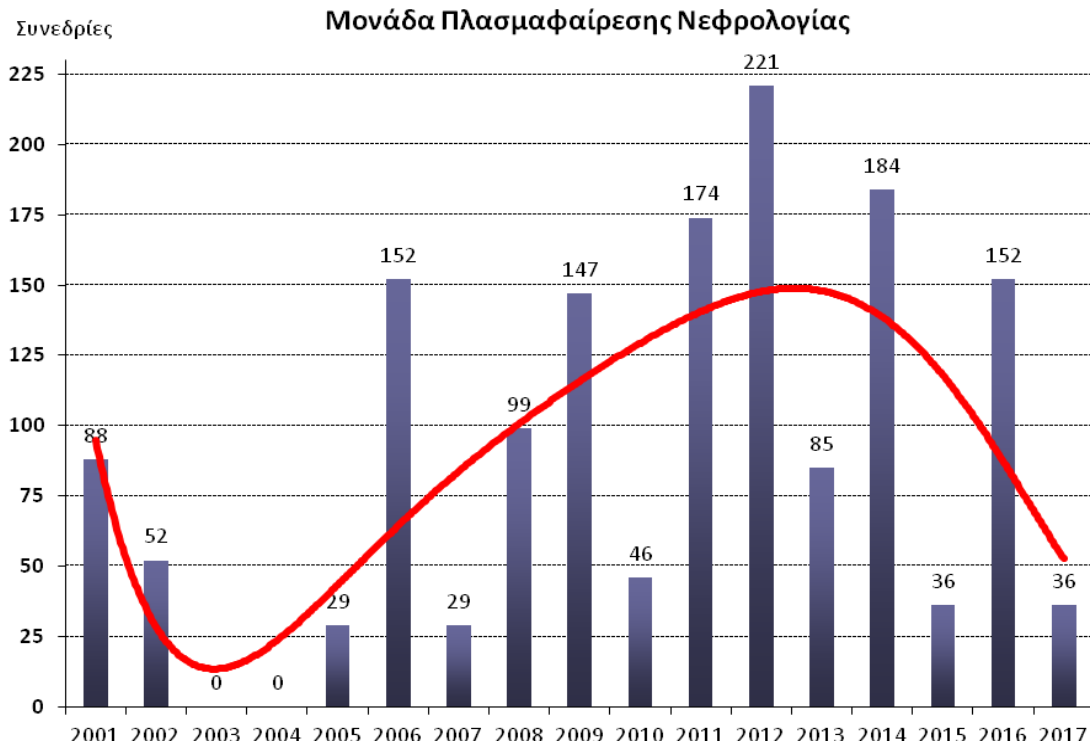
Πίνακας 4.7.2: Δείκτες Παραγωγικότητας.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Στον αριθμό των αναπτυγμένων κλινών του Νοσοκομείου, δεν υπολογίζονται οι 15 κλίνες της Μονάδας Ανάνηψης και οι 10 κλίνες ημερήσιας νοσηλείας του Τ.Ε.Π.. Με βάση αυτή τη λογική ο αριθμός των αναπτυγμένων κλινών, πάνω στα οποία υπολογίζονται οι βασικοί δείκτες του Νοσοκομείου για τα έτη 2005 - 2012 ήταν **868**, ενώ από το 2013 και μετά ο αριθμός των αναπτυγμένων κλινών είναι **756** κλίνες, σε σύνολο **760** προβλεπόμενων κλινών, από τον νέο Οργανισμό του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 1243/Β/2012)
2. Ο ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μια χρονική περίοδο (εκφράζεται σε αριθμό ασθενών ανά κρεβάτι ανά μονάδα χρόνου).
3. Το διάστημα εναλλαγής μετράει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενό ένα κρεβάτι (Εκφράζεται σε αριθμό ημερών).
4. Για τη Μ.Τ.Ν. με ν μηχανήματα αιμοκάθαρσης, θεωρούμε ότι σε χρονική περίοδο ενός έτους (52 εβδομάδες) έχουμε πληρότητα 100% όταν:
(ν-1) μηχανήματα είναι σε χρήση επί 3 βάρδιες ημερησίως, για έξι (6) ημέρες την εβδομάδα και καλύπτουν για κάθε ασθενή 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης εβδομαδιαίως, δηλαδή όταν πραγματοποιούνται:
$$[(ν-1) \times 3 \text{ βάρδιες} \times 6 \text{ ημέρες/εβδομ.} \times 52 \text{ εβδομάδες}] \text{ νοσηλείες,}$$

Συνεπώς, για το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, με δυναμικότητα της MTN 9 μηχανήματα, η μέγιστη κάλυψη (100%) σε συνεδρίες είναι: $(9-1) \times 3 \times 6 \times 52 = 7.488$ συνεδρίες
5. Οι Λιθοτριπίες αφορούν εξώσωματική λιθοτριψία, με κρουστικό κύμα για λίθους στην ουροποιητική οδό (Κωδικός ΚΕΝ Υ22Α)
6. Από την παρούσα Έκθεση άρχισε επίσης και η καταγραφή της κίνησης (συνεδρίες) της Μονάδας Πλασμαφαίρεσης (κωδικός Π403) που λειτουργεί στο πλαίσιο της Νεφρολογικής κλινικής.



Διάγραμμα 4.7.2. Μονάδα Πλασμαφαίρεσης Νεφρολογίας.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

4.7.3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΕΛΕΥΤΙΑΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ 2007 - 2017

A/A	ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A	ΚΙΝΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ημέρες)	365	366	365	365	365	366	365	366	365	365	365
1	Γενικό σύνολο κλινών (με Μ. Ανάνηψης & Τ.Ε.Π.)	882	882	882	882	882	882	760	760	756	756	756
2	Σύνολο κλινών	868	868	868	868	868	868	760	760	756	756	756
3	Σύνολο Νοσηλευθέντων	61.251	65.689	68.070	62.520	63.400	57.666	57.069	56.715	53.906	57.631	58.253
4	Ποσοστό % μεταβολής νοσηλευόμενων	0,95%	7,25%	3,62%	-8,15%	1,41%	-9,04%	-1,04%	-0,62%	-4,95%	6,91%	1,08%
5	Θάνατοι νοσηλευθέντων	538	577	560	568	555	625	600	649	606	620	595
6	Ημέρες Νοσηλείας	208.486	213.378	210.497	193.919	194.805	187.129	182.132	179.721	180.094	180.295	179.884
7	Κάλυψη κλινών (%)	65,81	67,17	66,44	61,21	61,49	58,90	65,66	64,61	65,27	65,34	65,19
8	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	3,4	3,2	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	3,1	3,1
9	Ρυθμός εισροής ασθενών Pk	71	76	78	72	73	66	75	75	71	76	77
10	Διάστημα εναλλαγής	1,77	1,59	1,56	1,97	1,92	2,26	1,67	1,74	1,78	1,66	1,65
11	Ποσοστό (%) θανάτων επί του συνόλου νοσηλ.	0,88	0,88	0,82	0,91	0,88	1,08	1,05	1,14	1,12	1,08	1,02
B	ΚΙΝΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ											
12	Αριθμός κλινών Παθολογικού Τομέα	404	404	404	404	404	404	375	375	375	375	375
13	Νοσηλευθέντες Παθολογικού Τομέα	36.395	39.435	41.281	38.625	39.420	36.226	36.294	36.017	35.868	37.061	37.564
14	Ημέρες Νοσηλείας Παθολογικού Τομέα	100.797	105.251	104.933	100.104	101.081	99.098	98.322	96.273	97.238	98.857	98.110
15	Κάλυψη κλινών (%) Παθολογικού Τομέα	68,36	71,18	71,16	67,89	68,55	67,02	71,83	70,14	71,04	72,22	71,68
16	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Παθολογικού Τομ.	2,8	2,7	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6
17	Ρυθμός εισροής ασθενών Pk Παθολογικού Τομ.	90	98	102	96	98	90	97	96	96	99	100
18	Διάστημα εναλλαγής Παθολογικού Τομέα	1,28	1,08	1,03	1,23	1,18	1,35	1,06	1,14	1,11	1,03	1,03
19	Ποσοστό κλινών Παθολογικού Τομέα	46,54	46,54	46,54	46,54	46,54	46,54	49,34	49,34	49,60	49,60	49,60
20	Αριθμός Κλινών Χειρουργικού Τομέα	414	414	414	414	414	414	339	339	339	339	339
21	Νοσηλευθέντες Χειρουργικού Τομέα	23.880	25.287	25.896	23.014	23.161	20.642	19.875	19.787	17.096	19.628	19.820
22	Ημέρες Νοσηλείας Χειρουργικού Τομέα	95.913	95.349	93.427	82.327	82.857	76.197	71.291	71.220	68.216	67.116	68.145
23	Κάλυψη κλινών (%) Χειρουργικού Τομέα	63,47	63,10	61,83	54,48	54,83	50,42	57,62	57,56	55,13	54,24	55,07
24	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Χειρουργικού Τομ.	4,0	3,8	3,6	3,6	3,6	3,7	3,6	3,6	4,0	3,4	3,4
25	Ρυθμός εισροής ασθενών Pk Χειρουργικού Τομ.	61	61	63	56	56	50	59	59	50	58	58
26	Διάστημα εναλλαγής Χειρουργικού Τομέα	1,94	2,21	2,23	2,99	2,95	3,63	2,64	2,65	3,25	2,88	2,80
27	Ποσοστό κλινών Χειρουργικού Τομέα	47,70	47,70	47,70	47,70	47,70	47,70	44,61	44,61	44,84	44,84	44,84
28	Αριθμός Κλινών Ψυχιατρικού Τομέα	36	36	36	36	36	36	32	32	28	28	28
29	Νοσηλευθέντες Ψυχιατρικού Τομέα	575	562	470	507	479	470	561	584	640	642	581
30	Ημέρες Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομέα	7.632	8.602	7.955	7.198	7.124	7.793	8.377	8.871	10.304	10.092	9.742
31	Κάλυψη κλινών (%) Ψυχιατρικού Τομέα	58,08	65,29	60,54	54,78	54,22	59,15	71,72	75,74	100,82	98,75	95,32
32	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομ.	13,3	15,3	16,9	14,2	14,9	16,6	14,9	15,2	16,1	15,7	16,8
33	Ρυθμός εισροής ασθενών Pk Ψυχιατρικού Τομ.	16	16	13	14	13	13	18	18	23	23	21

A/A	ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
34	Διάστημα εναλλαγής Ψυχιατρικού Τομέα	9,58	8,14	11,03	11,72	12,56	11,45	5,89	4,86	0,00	0,20	0,82
35	Ποσοστό κλινών Ψυχιατρικού Τομέα	4,15	4,15	4,15	4,15	4,15	4,15	4,21	4,21	3,70	3,70	3,70
Γ	ΚΙΝΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ											
36	Χειρουργικές επεμβάσεις (τακτικές)	9.122	9.175	9.630	7.929	8.345	9.313	8.915	8.911	9.216	9.175	8.718
37	Χειρουργικές επεμβάσεις (έκτακτες)	1.384	1.656	1.541	1.464	1.579	1.148	1.043	1.195	912	925	990
38	Χειρουργικές επεμβάσεις ΤΕΠ	974	994	993	690	966	856	0	916	802	743	865
39	Τοκετοί	1.641	1.814	1.800	1.914	1.725	1.649	1.336	1.202	1.147	1.231	1.228
40	ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ	13.121	13.639	13.964	11.997	12.615	12.966	11.294	12.224	12.077	12.074	11.801
41	Λιθοτριψίες						495	664	635	640	699	672
Δ	ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ											
42	Σύνολο κλινών Μ.Ε.Θ.	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
43	Νοσηλεύόμενοι σε Μ.Ε.Θ.	401	405	423	374	340	328	339	327	302	300	288
44	Ημέρες Νοσηλείας Μ.Ε.Θ.	4.144	4.176	4.182	4.290	3.743	4.041	4.142	3.357	4.336	4.230	3.887
45	Κάλυψη (%) Μ.Ε.Θ.	81,10	81,50	81,84	83,95	73,25	78,86	81,06	65,52	84,85	82,78	76,07
46	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Μ.Ε.Θ.	10,3	10,3	9,9	11,5	11,0	12,3	12,2	10,3	14,4	14,1	13,5
47	Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ Μ.Ε.Θ.	29	29	30	27	24	23	24	23	22	21	21
48	Διάστημα εναλλαγής Μ.Ε.Θ.	2,41	2,34	2,19	2,19	4,02	3,30	2,86	5,40	2,56	2,93	4,25
49	Σύνολο κλινών Μ.Ε.Π.Κ.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
50	Νοσηλεύόμενοι σε Μ.Ε.Π.Κ.	698	841	742	693	714	710	680	682	711	676	754
51	Ημέρες Νοσηλείας Μ.Ε.Π.Κ.	2.077	2.022	1.880	1.638	1.654	1.782	1.693	1.537	1.688	1.744	1.810
52	Κάλυψη (%) Μ.Ε.Π.Κ.	94,84	92,08	85,84	74,79	75,53	81,15	77,31	69,99	77,08	79,63	82,65
53	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Μ.Ε.Π.Κ.	3,0	2,4	2,5	2,4	2,3	2,5	2,5	2,3	2,4	2,6	2,4
54	Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ Μ.Ε.Π.Κ.	116	140	124	116	119	118	113	114	119	113	126

Πίνακας 4.7.3.: Δείκτες παραγωγικότητας τελευταίας δεκαετίας 2007-2017.

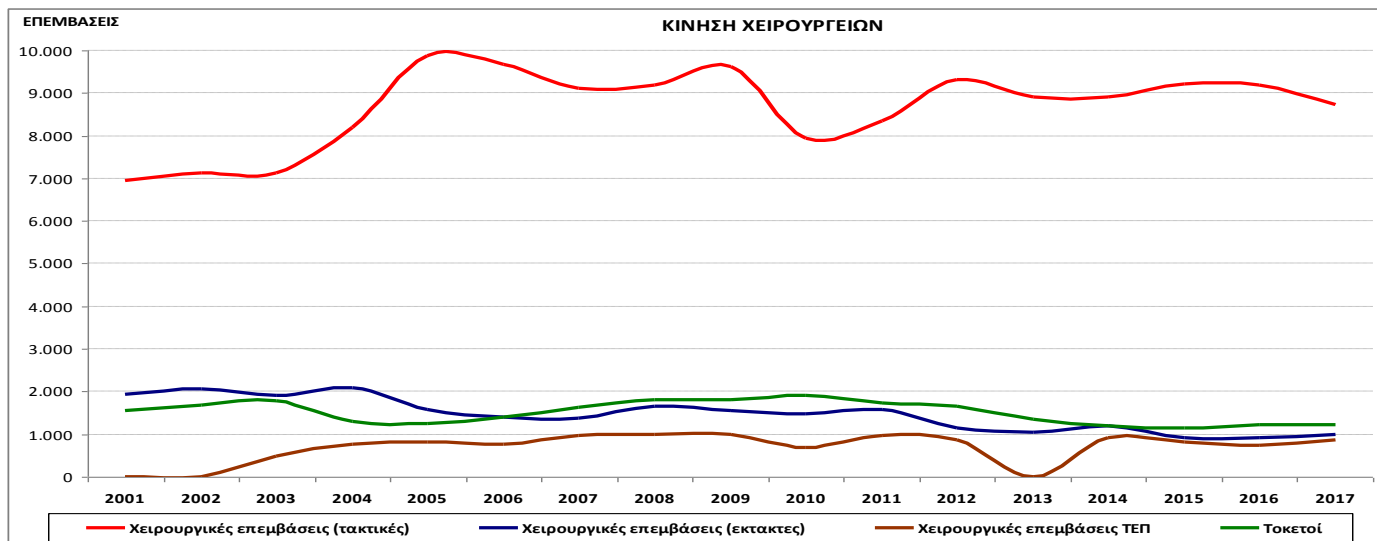
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

4.8. ΚΙΝΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2002 - 2017

Α/Α	Ε Τ Ο Σ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ																
1	ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ	1.960	1.981	2.212	2.306	2.315	2.066	2.009	1.955	1.585	1.703	1.629	1.431	1.530	1.500	1.302	1.300
2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1.031	1.378	1.559	1.606	1.554	1.656	1.792	1.801	1.660	1.895	1.873	1.454	2.078	1.983	1.851	1.841
3	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	2.456	2.500	2.750	3.089	3.089	2.921	2.996	3.402	2.188	2.563	2.884	2.445	2.423	2.544	2.571	2.364
4	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ	1.407	1.430	1.721	1.935	1.935	1.617	1.654	1.649	1.557	1.633	1.801	1.847	1.945	1.987	2.075	2.055
5	Ω. Ρ. Λ.	551	533	517	680	680	520	486	528	414	413	393	349	394	435	456	484
6	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ	1.134	1.014	1.366	1.515	1.515	1.484	1.516	1.557	1.410	1.271	1.229	1.151	1.166	1.129	1.206	1.127
7	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ	414	411	382	401	508	760	824	963	1.029	920	989	744	750	702	795	762
8	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΦΥΣ.ΤΟΚΕΤΟΙ	1.276	1.381	912	853	882	881	990	837	885	805	660	592	452	445	436	466
9	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118	27	62	72	83
10	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	424	392	379	396	433	271	320	365	317	312	332	344	233	359	373	364
11	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	232	267	292	313	197	176	172	217	183	210	231	227	273	245	239	273
12	ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	0	0	230	428	127	585	666	690	601	680	476	219	421	376	411	383
13	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0	1	0	0	184	214	0	168	210	204	210	148	42	11	28
14	ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	242	156	384	255	257	204
15	ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	3	0	13	15	22
16	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	4	0	0	0	0
17	ΛΟΙΠΑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	45
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο ΧΕΙΡ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ	10.885	11.287	12.321	13.522	13.235	13.121	13.639	13.964	11.997	12.615	12.966	11.294	12.224	12.077	12.074	11.801
	ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ (%)	4,58%	3,69%	9,16%	9,75%	-2,12%	-0,86%	3,95%	2,38%	14,09%	5,15%	2,78%	12,90%	8,23%	-1,20%	-0,02%	-2,26%
1	Χειρουργικές επεμβάσεις (τακτικές)	7.137	7.114	8.191	9.875	9.681	9.122	9.175	9.630	7.929	8.345	9.313	8.915	8.911	9.216	9.175	8.718
2	Χειρουργικές επεμβάσεις (εκτακτες)	2.058	1.910	2.081	1.589	1.398	1.384	1.656	1.541	1.464	1.579	1.148	1.043	1.195	912	925	990
3	Χειρουργικές επεμβάσεις ΤΕΠ	0	471	755	804	766	974	994	993	690	966	856	0	916	802	743	865
4	Τοκετοί	1.690	1.792	1.294	1.254	1.390	1.641	1.814	1.800	1.914	1.725	1.649	1.336	1.202	1.147	1.231	1.228
	ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ	10.885	11.287	12.321	13.522	13.235	13.121	13.639	13.964	11.997	12.615	12.966	11.294	12.224	12.077	12.074	11.801

Πίνακας 4.8.: Κίνηση χειρουργείων 2002-2017.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.8. Κίνηση Χειρουργείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Εικόνα 2. Κίνηση Χειρουργείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Εικόνα 3. Κίνηση Χειρουργείων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.9. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Στον Εργαστηριακό Τομέα, του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων λειτουργούν πλήρως 11 Εργαστήρια:

1. Βιοχημικό
2. Μικροβιολογικό
3. Αιματολογικό
4. Αιμοδοσία
5. Παθολογοανατομικό
6. Κυτταρολογικό
7. Ακτινολογικό
8. Πυρηνικής Ιατρικής
9. Αιμοδυναμικό
10. Ακτινοθεραπεία (το κλινικό του Τμήμα ανήκει στον Β' Παθολογικό Τομέα)
11. Ιατροδικαστική & Τοξικολογία

Από τα παραπάνω 11 Εργαστηριακά Τμήματα, μόνο το Τμήμα Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας λειτουργεί στους χώρους της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Όλα τα υπόλοιπα λειτουργούν σε χώρους του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων πραγματοποιούνται ετησίως περίπου **4.500.000** εργαστηριακές εξετάσεις δείγματος και **200.000** απεικονιστικές εξετάσεις.

Όμως, αν παρατηρήσουμε την κίνηση του εργαστηριακού τομέα τα τελευταία 15 έτη, από το 2001 μέχρι και το 2017, παρατηρείται μια αυξητική τάση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων, η οποία όμως δεν είναι ανάλογη με τον ετήσιο αριθμό εξυπηρετούμενων ασθενών από το Νοσοκομείο.

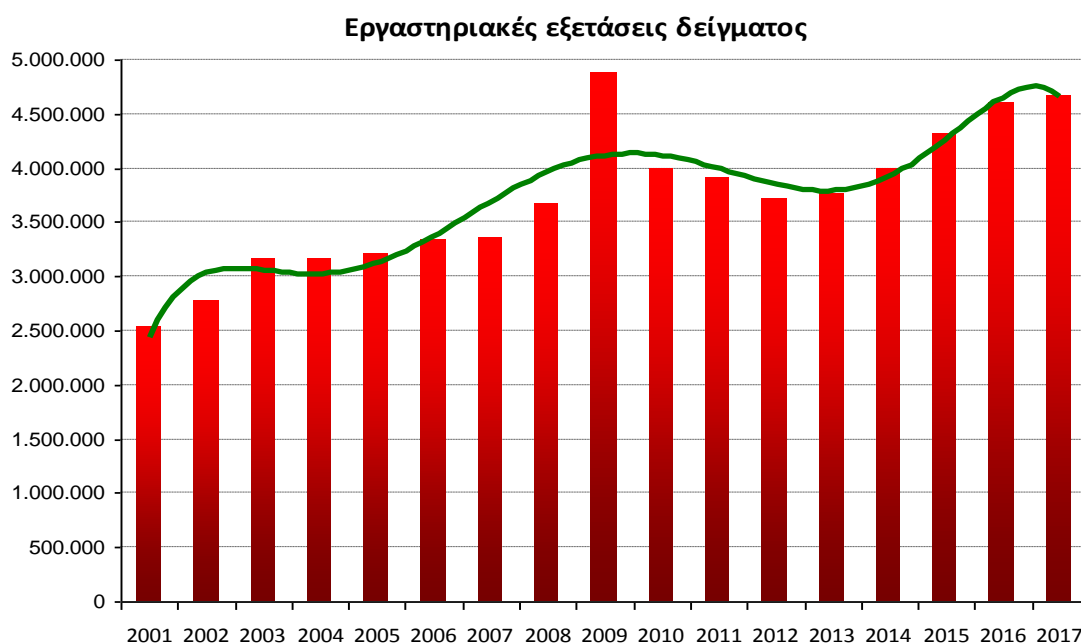
Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στις **εργαστηριακές εξετάσεις δείγματος**, για τις οποίες, ενώ ο συνολικός αριθμός τους, το έτος **2001**, ήταν **2.527.879** εξετάσεις, το **2017** ο αντίστοιχος αριθμός διπλασιάστηκε και έφτασε στον συνολικό αριθμό των **4.670.233** εξετάσεων ετησίως, παρουσιάζοντας αύξηση κατά **84,75%**.

Ιδιαίτερα δε για τις **βιοχημικές εξετάσεις**, η αύξηση που παρατηρείται από το 2001 μέχρι το 2017 είναι **102,84%**, για τις **μικροβιολογικές 78,34%** και για τις **αιματολογικές 75,35%**.

Αυξητική τάση υπήρξε και στις **απεικονιστικές εξετάσεις**, ο συνολικός αριθμός των οποίων, ενώ το έτος **2001** ήταν μόνο **126.760** εξετάσεις, το **2017** ο αντίστοιχος αριθμός εξετάσεων ήταν **152.351**, παρουσιάζοντας όμως συνολική αύξηση μόνο κατά **20,19%**.

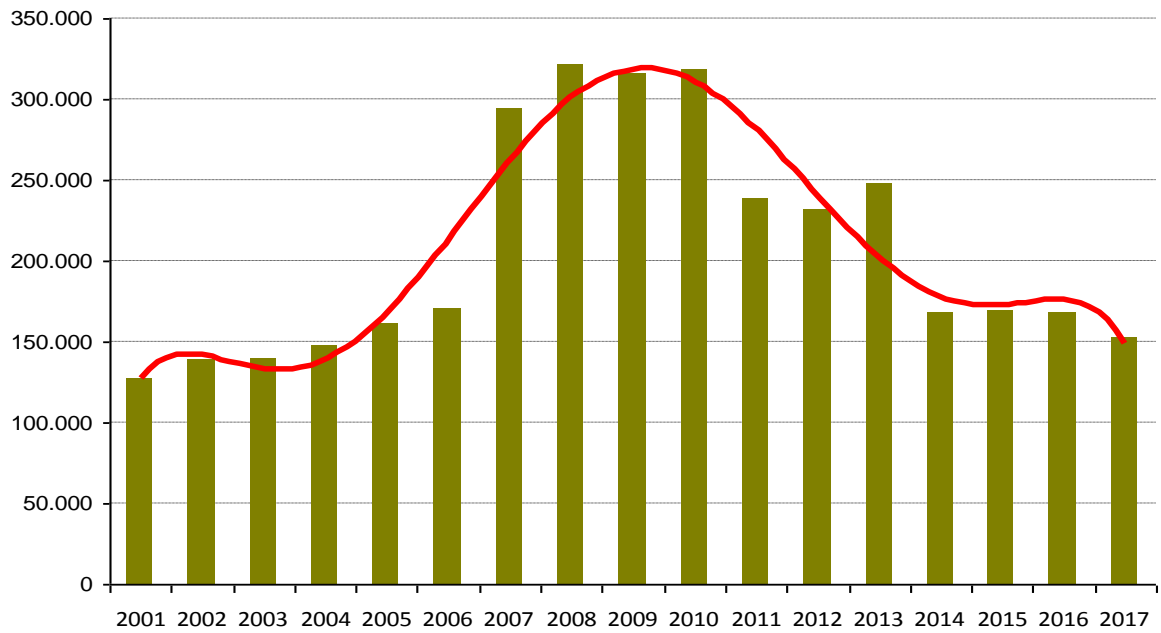
Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ενώ για τις εργαστηριακές εξετάσεις δείγματος, η αυξητική τάση είναι συνεχής, από το 2001 μέχρι σήμερα, αντίθετα για τις απεικονιστικές εξετάσεις, μετά από μια συνεχή αυξητική τάση από το 2001 μέχρι το 2008, στη συνέχεια αυτές σταθεροποιήθηκαν για περίπου 3 χρόνια στις 320.000 εξετάσεις περίπου ετησίως και στη συνέχεια, από το 2010 μέχρι σήμερα παρουσιάζουν μια συνεχή πτωτική τάση.

Σ' αυτό συνέβαλε αποφασιστικά το Πληροφοριακό Σύστημα κλινικής διαχείρισης ιατρικών εικόνων (PACS/RIS), με τη βοήθεια του οποίου ο κλινικός γιατρός έχει πρόσβαση πλέον σε όλο το ιστορικό των απεικονιστικών εξετάσεων των ασθενών του, χωρίς να απαιτούνται συνεχώς νέες.



Διάγραμμα 4.9. Εργαστηριακές Εξετάσεις Δείγματος.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

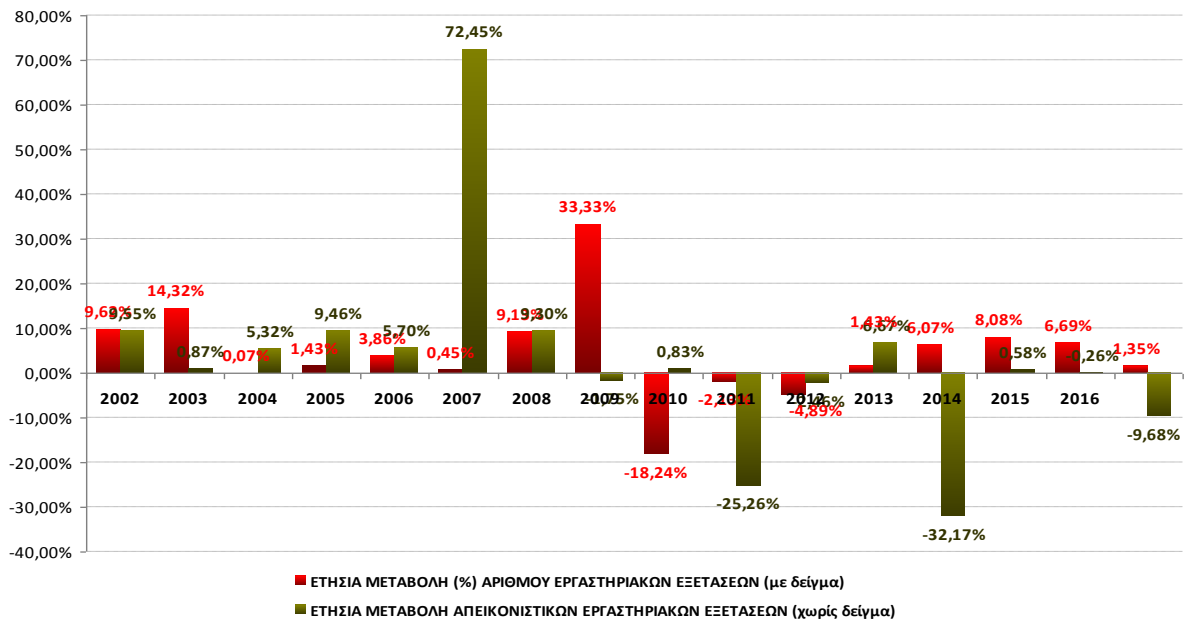
Απεικονιστικές Εργαστηριακές εξετάσεις



Διάγραμμα 4.9.A. Απεικονιστικές εργαστηριακές εξετάσεις

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Ποσοστιαία μεταβολή αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων



Διάγραμμα 4.9.B. Ποσοστιαία μεταβολή αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων

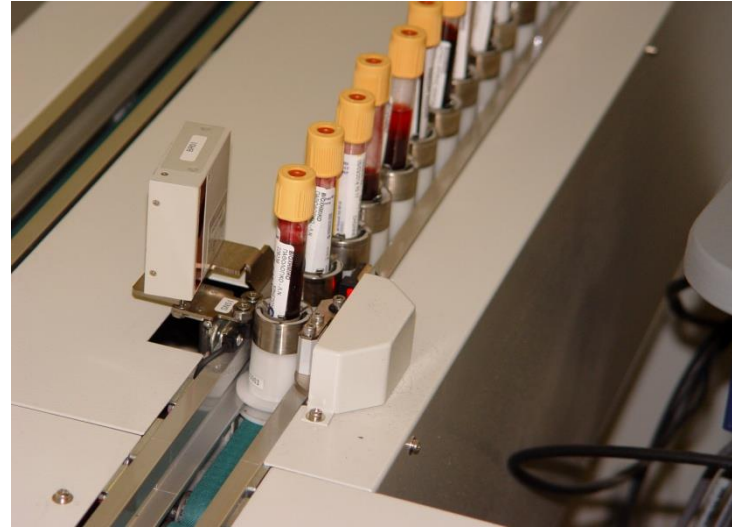
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.9.1 ΚΙΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ (2007 – 2017)

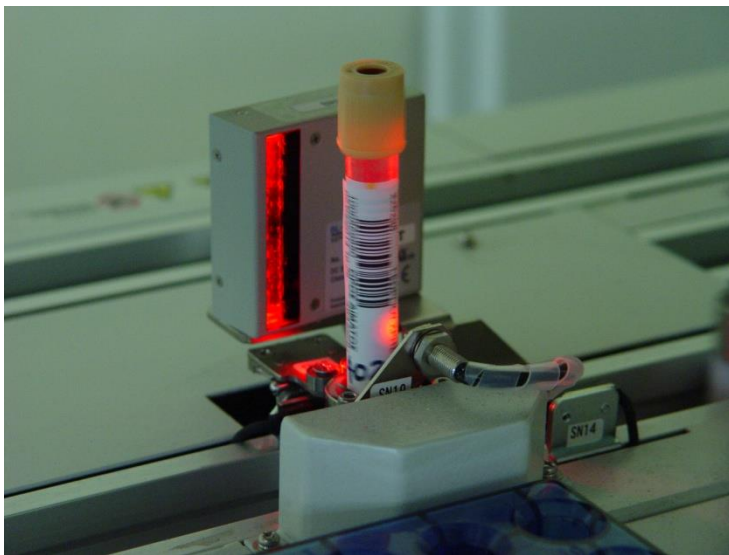
A/A	Δ Ε Ι Κ Τ Η Σ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	Αριθμός εξετάσεων Βιοχημικού Εργαστηρίου	1.675.446	1.913.639	2.157.798	1.864.221	1.942.684	1.938.063	1.960.482	2.168.115	2.320.953	2.464.048	2.554.148
2	Αριθμός εξετάσεων Μικροβιολογικού Εργαστηρίου	921.253	925.013	1.844.129	1.301.052	1.179.299	1.088.270	1.026.769	1.052.355	1.127.743	1.299.316	1.273.866
3	Αριθμός εξετάσεων Αιματολογικού Εργαστηρίου	322.508	345.712	353.246	393.564	377.167	280.493	335.950	371.243	373.705	405.675	428.129
4	Αριθμός εξετάσεων Μονάδας Αιμοδοσίας	418.987	459.627	508.222	413.593	386.625	386.208	423.407	382.819	476.613	416.371	394.122
5	Αριθμός εξετάσεων Παθολογοανατομικού Εργαστ.	10.003	10.415	10.682	11.606	12.481	13.167	12.801	14.140	12.873	14.839	11.926
6	Αριθμός εξετάσεων Κυτταρολογικού Εργαστηρίου	6.244	6.333	6.627	6.429	7.281	8.290	8.094	7.571	7.110	7.733	8.042
7	Αριθμός εξετάσεων Πυρηνικής ιατρικής (RIA)											
I	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	3.354.441	3.660.739	4.880.704	3.990.465	3.905.537	3.714.491	3.767.503	3.996.243	4.318.997	4.607.982	4.670.233
8	Αριθμός εξετάσεων Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστ.	287.945	315.251	309.547	312.739	231.393	224.494	240.391	161.564	162.755	163.181	145.819
9	Ισότοπα (Πυρηνική Ιατρική)	6.435	6.492	6.577	6.003	6.829	7.877	7.471	6.566	6.356	5.490	6.532
II	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣ/ΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (χωρίς δείγμα)	294.380	321.743	316.124	318.742	238.222	232.371	247.862	168.130	169.111	168.671	152.351
10	Εξετάσεις Αιμοδυναμικού	2.702	3.380	3.100	2.944	3.196	3.736	3.354	3.749	3.871	3.761	4.069
11	Ακτινοθεραπείες (Πεδία)	36.985	37.307	40.081	44.992	47.642	50.011	42.134	39.509	39.231	42.110	53.995
III	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡ. ΤΟΜΕΑ	39.687	40.687	43.181	47.936	50.838	53.747	45.488	43.258	43.102	45.871	58.064
IV	ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ (%) ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (με δείγμα)	0,45%	9,13%	33,33%	-18,24%	-2,13%	-4,89%	1,43%	6,07%	8,08%	6,69%	1,35%
V	ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (χωρίς δείγμα)	72,45%	9,30%	-1,75%	0,83%	-25,26%	-2,46%	6,67%	-32,17%	0,58%	-0,26%	-9,68%

Πίνακας 4.9.1. Κίνηση εργαστηριακού τομέα δεκαετίας (2007-2017)

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Εικόνες 4-7. Κίνηση Χειρουργείων
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



4.9.2 ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ 2001 - 2017

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου 9, από το 2001 μέχρι σήμερα παρατηρείται μια συνεχής αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος, οι οποίες ενώ το έτος **2001** ήταν **2.527.879**, το **2017** ο συνολικός αριθμός τους έφτασε στις **4.670.233** εξετάσεις, παρουσιάζοντας αύξηση κατά **84,75%**.

Αντίθετα οι απεικονιστικές εξετάσεις, οι οποίες το έτος **2001** ήταν μόνο **126.760**, μετά από μια συνεχή αυξητική τάση από το 2001 μέχρι το 2008, στη συνέχεια σταθεροποιήθηκαν για περίπου 3 χρόνια στις 320.000 εξετάσεις ετησίως. Στη συνέχεια, από το 2010 μέχρι σήμερα, παρουσιάζουν μια συνεχή πτωτική τάση και το **2017** ο αριθμός τους ήταν **152.351** εξετάσεις, παρουσιάζοντας μία αύξηση μόνο κατά **20,19%** σε σχέση με το 2001.

Αυξητική τάση υπήρξε και στις **απεικονιστικές εξετάσεις**, ο συνολικός αριθμός των οποίων, ενώ το έτος **2001** ήταν μόνο **126.760** εξετάσεις, το **2017** ο αντίστοιχος αριθμός εξετάσεων ήταν **152.351**, παρουσιάζοντας όμως συνολική αύξηση μόνο κατά **20,19%**.

Αντίστοιχα, ο συνολικός αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν το **2001** από το Νοσοκομείο ήταν **215.794** ενώ ο αριθμός αυτός το **2017** ήταν **353.915** ασθενείς, παρουσιάζοντας αύξηση κατά **64,01%**.

Όμως αν μελετηθεί η ετήσια ποσοστιαία μεταβολή του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων, προκύπτει ότι σε γενικές γραμμές η τάση μεταβολής του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετούνται από το Νοσοκομείο, συμβαδίζει και με την αντίστοιχη τάση μεταβολής του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων.

Εξαιρέση στην παραπάνω τάση παρατηρείται τα έτη 2007, 2009 και 2013.

Το έτος 2007 παρατηρήθηκε αλματώδης αύξηση των απεικονιστικών εξετάσεων, οι οποίες παρουσίασαν αύξηση κατά 72,45%, όταν η αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από το Νοσοκομείο, το έτος αυτό, ήταν μόνο 5,50% και η αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος ήταν μόνο 0,45%

Το έτος 2009 παρατηρήθηκε αλματώδης αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος, οι οποίες παρουσίασαν αύξηση κατά 33,33%, όταν η αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από το Νοσοκομείο, το έτος αυτό, ήταν μόνο 0,37% και οι απεικονιστικές εξετάσεις είχαν παρουσιάσει πτώση κατά 1,75%.

Η αύξηση αυτή οφείλεται στην αλματώδη αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων που ζητούσαν οι κλινικοί γιατροί, λόγω της πανδημίας του ιού της γρίπης Α (H1N1), που είχε ανακοινώσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2009, λόγω μετάλλαξης της γρίπης των χοίρων, με αποτέλεσμα να ζητούνται κατά μέσο όρο 17 εργαστηριακές εξετάσεις δείγματος ανά ασθενή, όταν μέχρι και το 2008 ο αριθμός αυτός ήταν 12 εξετάσεις ανά ασθενή.

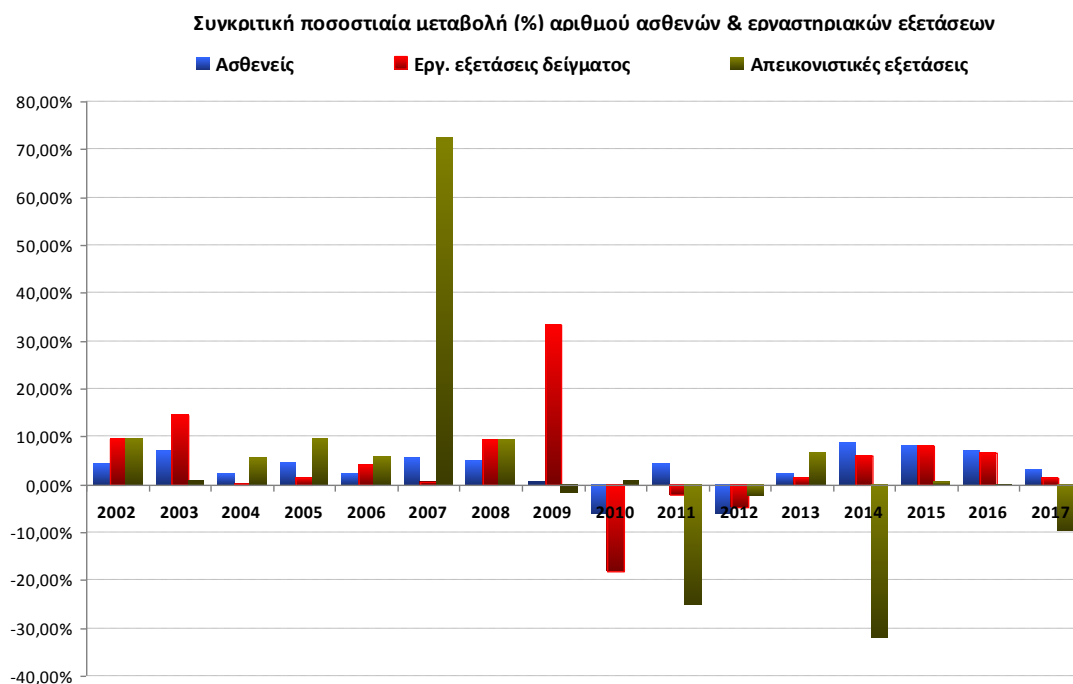
Το έτος 2013 παρατηρήθηκε και πάλι αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων τόσο των εξετάσεων δείγματος όσο και των απεικονιστικών, ύστερα από δύο χρόνια πτωτικής τάσης κατά τα έτη 2010 και 2012.

Έτσι το 2013 υπήρξε αύξηση κατά 1,43% των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος και κατά 6,67% των απεικονιστικών εξετάσεων, όταν η αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από το Νοσοκομείο, το έτος αυτό, ήταν 2,30%

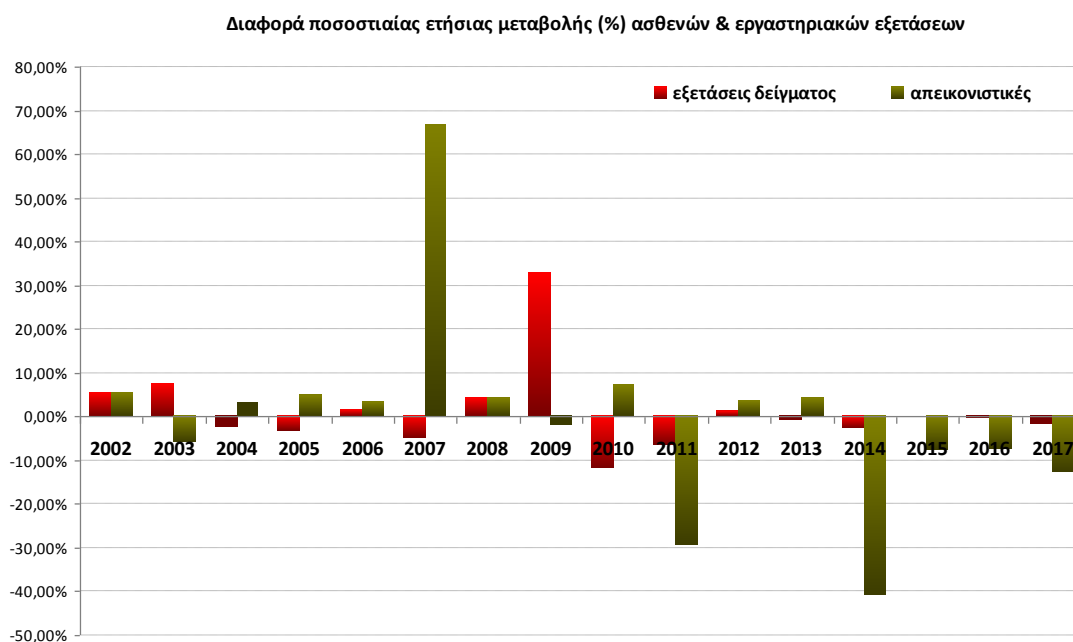
Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση του αριθμού των εκτάκτων περιστατικών στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου, στο οποίο υπήρξε αύξηση των ασθενών κατά 25%, όταν για τους νοσηλευθέντες υπήρχε πτώση κατά 1,04%

Από το 2013 και μετά παρατηρείται μια συνεχής αυξητική τάση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων δείγματος, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην αυξημένη προσέλευση ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, είτε σαν τακτικά είτε σαν έκτακτα περιστατικά.

Αντίθετα δεν παρατηρείται αντίστοιχη αύξηση και στις απεικονιστικές εργαστηριακές εξετάσεις, γεγονός που οφείλεται κυρίως στη λειτουργία του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος διαχείρισης ιατρικής εικόνας PACS/RIS.



Διάγραμμα 4.9.2. Συγκριτική ποσοστιαία μεταβολή (%) αριθμού ασθενών & εργαστηριακών εξετάσεων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.9.2.Α. Διαφορά ποσοστιαίας ετήσιας μεταβολής (%) ασθενών και εργαστηριακών εξετάσεων
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.9.3 ΚΙΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2001 – 2017



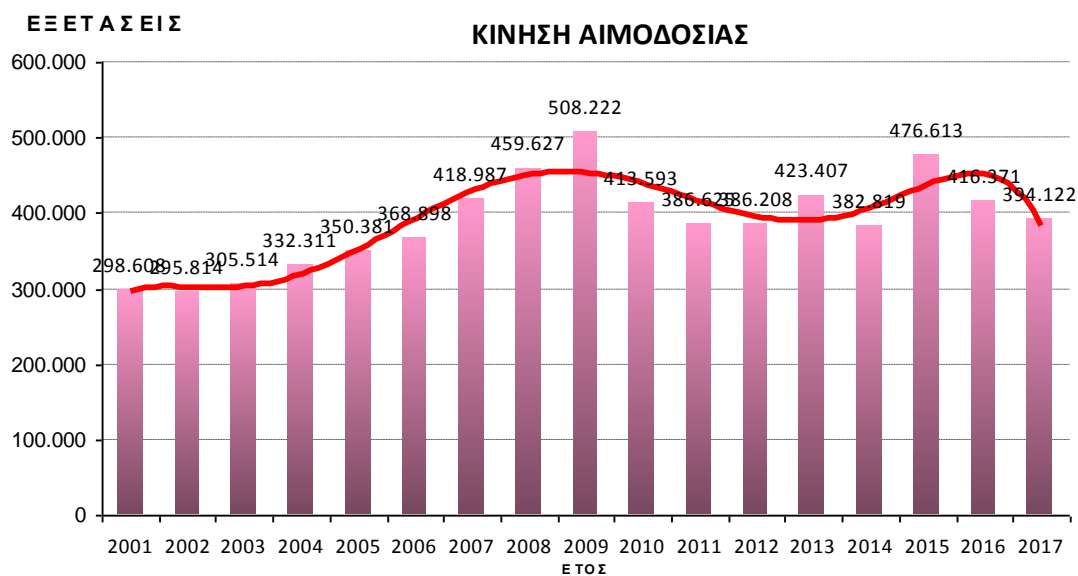
Διάγραμμα 4.9.3. Κίνηση Βιοχημικού Εργαστηρίου
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.9.3.Α. Κίνηση Μικροβιολογικού Εργαστηρίου.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



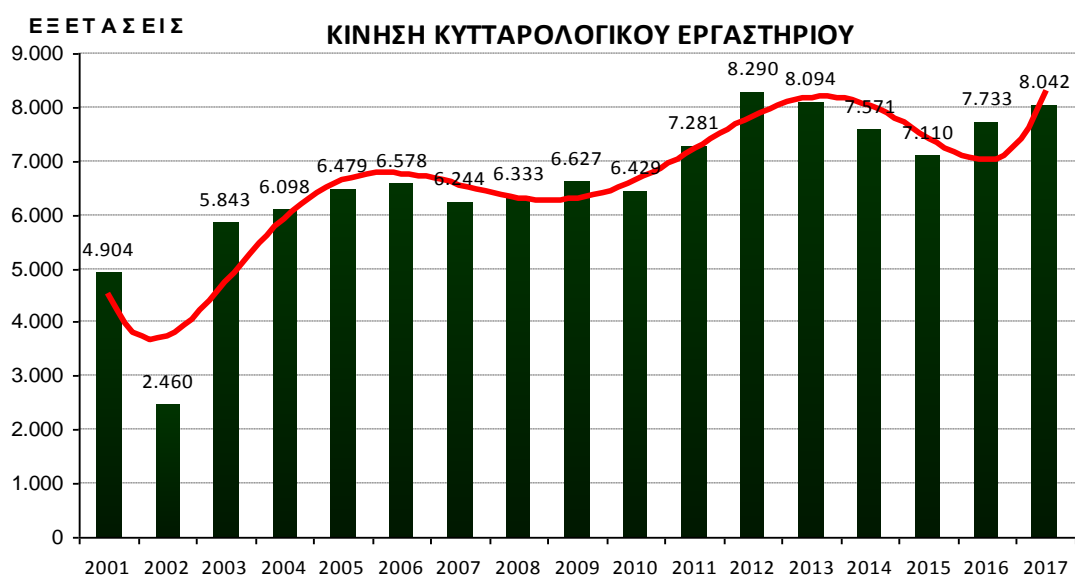
Διάγραμμα 4.9.3.Β. Κίνηση Αιματολογικού Εργαστηρίου
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.9.3.Γ. Κίνηση Αιμοδοσίας
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.9.3.Δ. Κίνηση Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.9.3.Ε. Κίνηση Κυτταρολογικού Εργαστηρίου
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.10. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ



Εικόνα 8: Αιμοδυναμικό

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

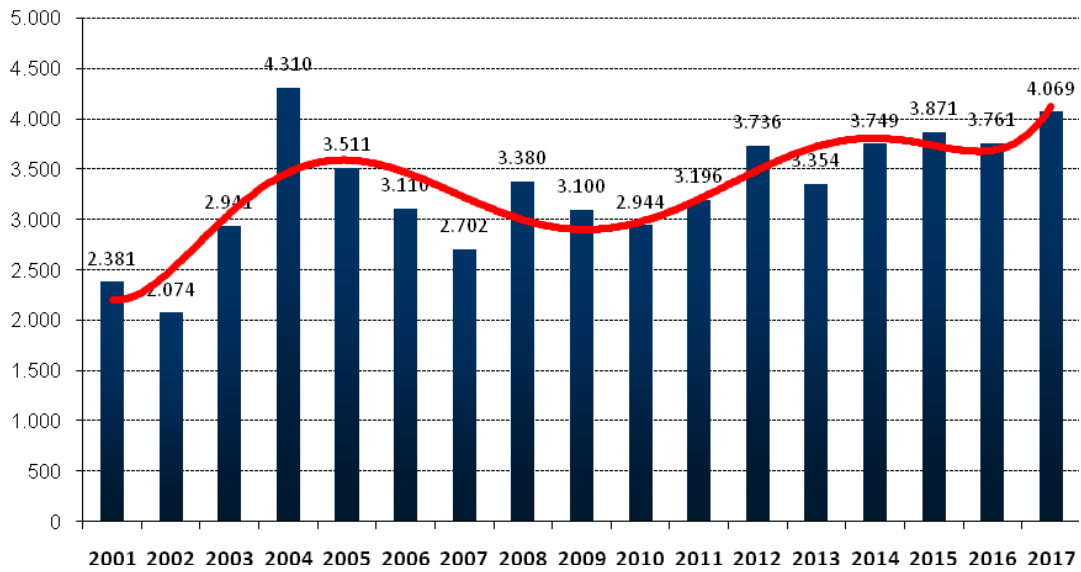
A/A	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	2015	2016	2017	ΜΕΤΑ-ΒΟΛΗ % 2016-2017
1	Στεφανιογραφίες	2.196	2.047	2.229	8,89%
2	Αγγειοπλαστικές	741	784	814	3,83%
3	Αγγειογραφίες	55	40	63	57,50%
4	Βηματοδότες - Απινιδωτές	557	625	677	8,32%
5	Καθετηριασμοί	60	105	88	-16,19%
6	Ηλεκτροφυσιολογική Μελέτη	58	55	40	-27,27%
7	Άλλες	204	105	158	50,48%
	ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	3.871	3.761	4.069	8,19%

Πίνακας 4.10. Αιμοδυναμικό

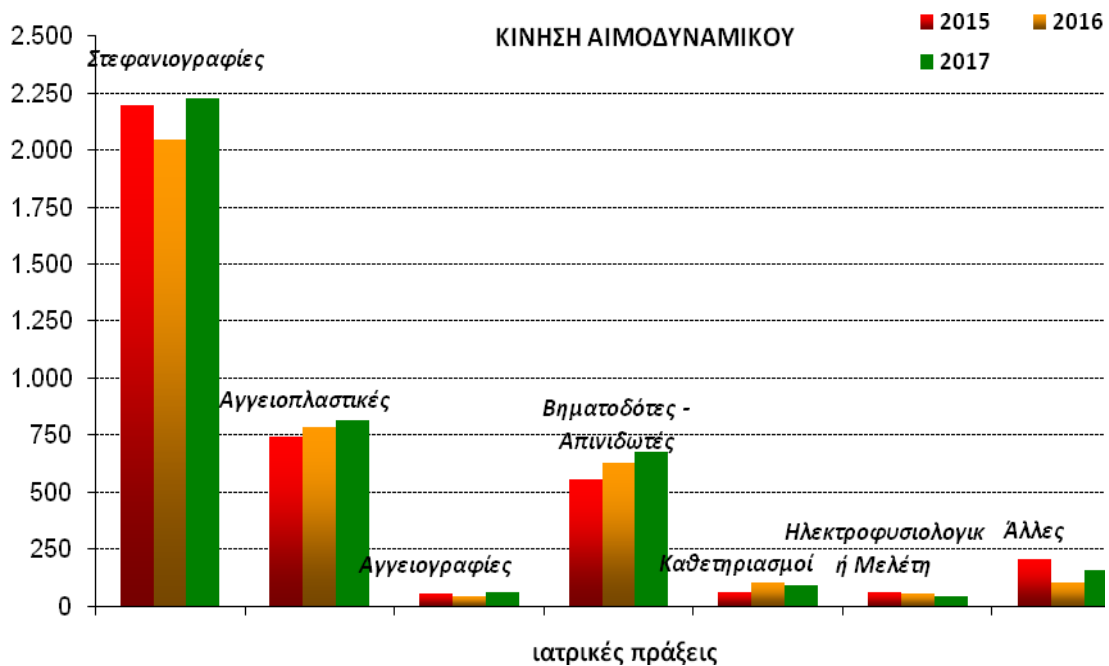
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΙΝΗΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ



Διάγραμμα 4.10. Κίνηση Αιμοδυναμικού.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.10.A. Κίνηση Αιμοδυναμικού.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Εικόνα 9: Αιμοδυναμικό

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.11. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων είναι ένα από τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της χώρας, παρέχοντας υπηρεσίες Υγείας υψηλού επιπέδου στους κατοίκους όχι μόνο της ευρύτερης περιοχής της Ηπείρου ή άλλων περιοχών της χώρας, αλλά και σε ασθενείς άλλων γειτονικών χωρών και κυρίως της Αλβανίας.

Το Νοσοκομείο, εκτός από τους κατοίκους του Νομού Ιωαννίνων, εξυπηρετεί και τους κατοίκους των υπόλοιπων περιοχών της Ηπείρου, τα βόρεια Ιόνια νησιά Κέρκυρα και Λευκάδα, τους γειτονικούς Νομούς της Δυτικής Μακεδονίας Κοζάνη και Γρεβενά, καθώς και την Αιτωλοακαρνανία.

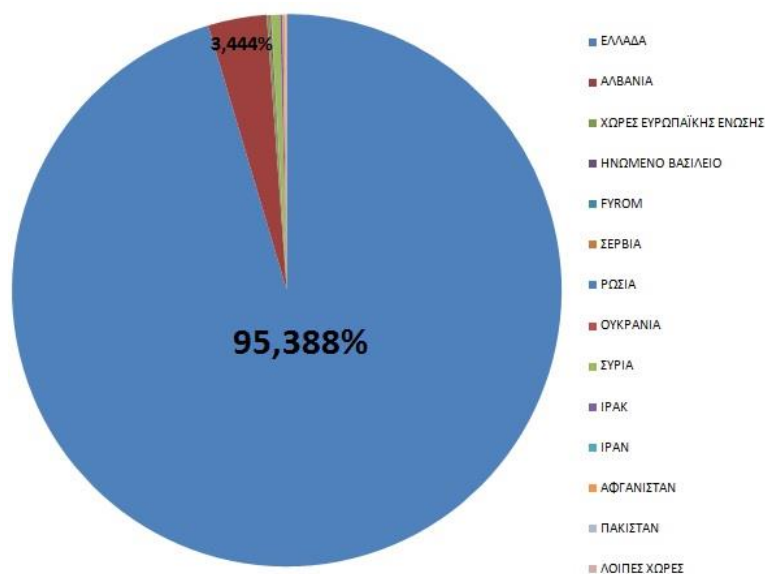
Έτσι το 95% των νοσηλευθέντων ασθενών είναι κάτοικοι Ελλάδος.

Όμως το Νοσοκομείο εξυπηρετεί και πολίτες άλλων χωρών. Έτσι το 5% των νοσηλευόμενων ασθενών είναι αλλοδαποί, προερχόμενοι κυρίως από την γειτονική Αλβανία και ιδιαίτερα από τις περιοχές της Β. Ηπείρου (Αργυρόκαστρο, Δερβιτσάνι κ.λ.π.) από τους Αγίους Σαράντα, το Φιέρι, το Δυρράχιο, αλλά και τα Τίρανα.

Ο συνολικός αριθμός των Αλβανών πολιτών που νοσηλεύονται κάθε χρόνο στο Νοσοκομείο αγγίζει το 3,45% του συνολικού αριθμού νοσηλευθέντων ασθενών στο Νοσοκομείο.

Επίσης ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών είναι πολίτες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από αυτούς το 35,82% ήταν πολίτες της Μεγάλης Βρετανίας.

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	%
ΕΛΛΑΔΑ	95,388%
ΑΛΒΑΝΙΑ	3,444%
ΧΩΡΕΣ Ε.Ε.	0,149%
Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ	0,083%
FYROM	0,003%
ΣΕΡΒΙΑ	0,017%
ΡΩΣΙΑ	0,016%
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	0,007%
ΣΥΡΙΑ	0,493%
ΙΡΑΚ	0,153%
ΙΡΑΝ	0,003%
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	0,146%
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	0,021%
ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ	0,076%
ΣΥΝΟΛΟ	100,000%



Διάγραμμα 4.11. Νοσηλευθέντες ασθενείς (χώρα προέλευσης)

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Πίνακας 4.11. Χώρες Προέλευσης (%)

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Όσον αφορά τώρα τους Έλληνες νοσηλευθέντες ασθενείς, κατά το έτος 2017 αυτοί ήταν μόνο το 48,9% από το Νομό Ιωαννίνων.

Το αντίστοιχο ποσοστό, το 2015 ήταν 49,71% και το 2016 ήταν 49,80%.

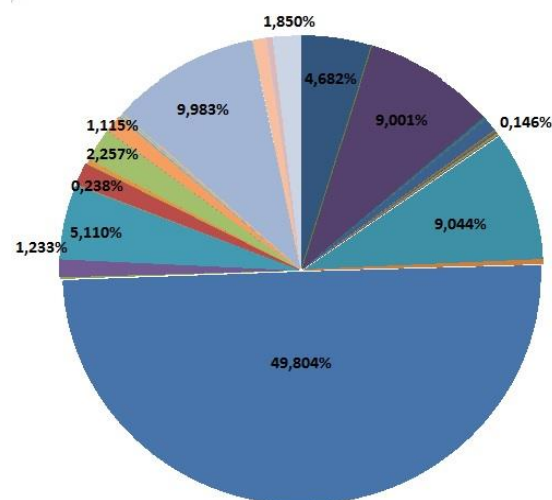
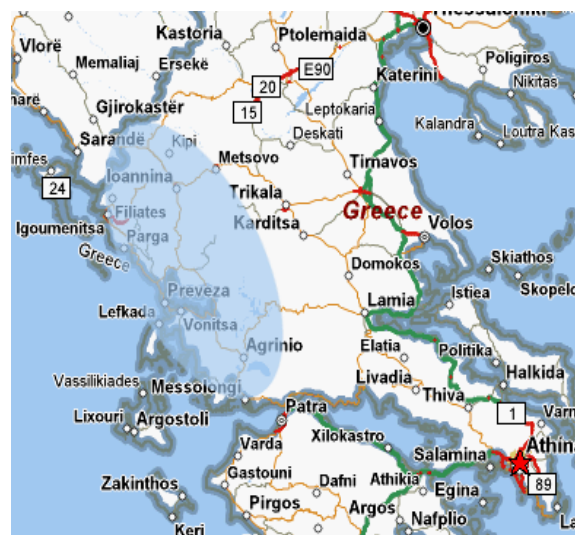
Από το υπόλοιπο ποσοστό 51,01% των νοσηλευόμενων ασθενών, εκτός Νομού Ιωαννίνων, το 9,71% προέρχεται από την Άρτα, με συνεχή αύξηση τα τελευταία 3 χρόνια, ενώ σταθερό διατηρείται το ποσοστό (γύρω στο 10%) των ασθενών που προέρχονται από τους Νομούς Πρέβεζας (9,87%) και Θεσπρωτίας (8,79%).

Έτσι το 77,36% των νοσηλευθέντων ασθενών προέρχονται από τους 4 Νομούς της Ηπείρου και το 8,37% από τα Βόρεια Ιόνια νησιά Κέρκυρα (5,85%) και Λευκάδα (2,52%)

Όμως είναι θετικό το γεγονός ότι το ποσοστό των νοσηλευθέντων ασθενών, που προέρχεται από τα Ιόνια νησιά, σταδιακά μειώνεται, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό το 2015 ήταν 11,13% και το 2017 μειώθηκε στο 8,37%

Από τους υπόλοιπους Νομούς της χώρας, σημαντικός αριθμός ασθενών προέρχεται από την Αιτωλοακαρνανία (4,94%), την Κοζάνη (1,71%), την Καστοριά (1,40%) αλλά και την Αθήνα (1,47%)

ΠΕΡΙΟΧΗ	2015	2016	2017	Μεταβολή 2016-2017
Ιωάννινα	49,71%	49,80%	48,99%	-0,81%
Άρτα	7,31%	9,00%	9,71%	0,71%
Πρέβεζα	9,14%	9,98%	9,87%	-0,11%
Θεσπρωτία	9,36%	9,04%	8,79%	-0,25%
ΗΠΕΙΡΟΣ	75,53%	77,83%	77,36%	-0,47%
Κέρκυρα	8,05%	5,11%	5,85%	0,74%
Λευκάδα	3,08%	2,26%	2,52%	0,26%
ΙΟΝΙΑ	11,13%	7,37%	8,37%	1,01%
Αιτωλοακαρνανία	5,82%	4,68%	4,94%	0,26%
Αθήνα	3,32%	1,24%	1,47%	0,23%
Τρίκαλα	1,14%	0,85%	0,77%	-0,09%
Καστοριά	0,67%	1,23%	1,40%	0,17%
Γρεβενά	0,56%	0,86%	0,99%	0,13%
Κοζάνη	0,53%	1,45%	1,71%	0,25%
Θεσσαλονίκη	0,38%	0,24%	0,26%	0,01%
Αχαΐα	0,31%	0,18%	0,27%	0,09%
Λάρισα	0,23%	0,24%	0,23%	-0,01%
Πέλλα	0,07%	0,13%	0,10%	-0,03%
Ημαθία	0,06%	0,15%	0,14%	0,00%
Ζάκυνθος	0,05%	0,04%	0,07%	0,03%
Φλώρινα	0,05%	0,35%	0,34%	-0,01%
Φθιώτιδα	0,04%	0,06%	0,07%	0,01%
Βοιωτία	0,03%	0,01%	0,02%	0,01%
Καρδίτσα	0,03%	0,16%	0,19%	0,02%
Φοκίδα	0,03%	0,01%	0,04%	0,03%
Δράμα	0,02%	0,02%	0,05%	0,03%
Ευρυτανία	0,00%	0,04%	0,01%	-0,02%
Αρκαδία	0,00%	0,02%	0,03%	0,00%
εκτός Ιωαννίνων	50,29%	50,20%	51,01%	0,81%
εκτός Ηπείρου	24,47%	22,17%	22,64%	0,47%

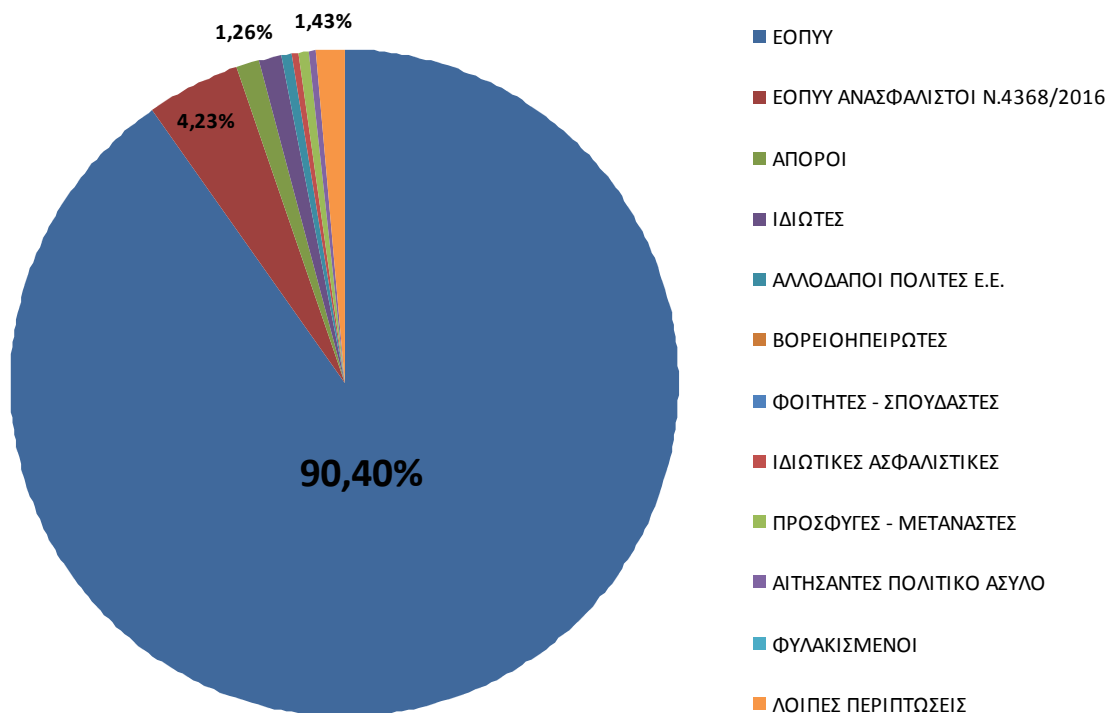


Διάγραμμα 4.11.A Νοσηλευθέντες Ασθενείς, εντός και εκτός Ν. Ιωαννίνων.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Πίνακας 4.11.A. Περιοχή Προέλευσης

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Τέλος όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη των νοσηλευθέντων ασθενών, κατά το 90,40% είναι ασφαλισμένοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το 4,23% ανασφάλιστοι του Ν.4368/2016 που καλύπτονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το 1,26% άποροι.



Διάγραμμα 4.11.Β Ποσοστά Ασφαλισμένων-Ανασφάλιστων Ασθενών.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Επίσης 1,04% ήταν ιδιώτες που κάλυψαν μόνοι τους τα έξοδα νοσηλείας και μόνο το 0,04% των νοσηλευθέντων ασθενών είχαν κάλυψη από ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	%
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	90,40%
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ Ν.4368/2016	4,23%
ΑΠΟΡΟΙ	1,26%
ΙΔΙΩΤΕΣ	1,04%
ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ Ε.Ε.	0,52%
ΒΟΡΕΙΟΗΠΕΙΡΩΤΕΣ	0,04%
ΦΟΙΤΗΤΕΣ - ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ	0,14%
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ	0,04%
ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ - ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	0,62%
ΑΙΤΗΣΑΝΤΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΑΣΥΛΟ	0,26%
ΦΥΛΑΚΙΣΜΕΝΟΙ	0,02%
ΛΟΙΠΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	1,43%
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	100,00%

Πίνακας 4.11.Β. Ποσοστά Ασφαλισμένων-Ανασφάλιστων Ασθενών.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.12. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

4.12.1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Από τη μελέτη των Οικονομικών στοιχείων του Νοσοκομείου και ειδικότερα στον τομέα των δαπανών, προκύπτει ότι από το 2003 μέχρι και το έτος 2009 το συνολικό ετήσιο κόστος λειτουργικών δαπανών του Νοσοκομείου ήταν συνεχώς αυξανόμενο.

Έτσι ενώ το έτος **2003** το συνολικό κόστος δαπανών ήταν **45.212.127,55€**, το έτος **2009** το αντίστοιχο κόστος έφτασε στο ποσό των **76.904.839,47 €** παρουσιάζοντας **αύξηση κατά 70,10% !!** και το οποίο ήταν το υψηλότερο ετήσιο κόστος λειτουργικών δαπανών του Νοσοκομείου.

Όμως από το έτος 2010 και μετά, καταβάλλεται μια συστηματική προσπάθεια περιορισμού του συνολικού ετήσιου κόστους λειτουργικών δαπανών του Νοσοκομείου.

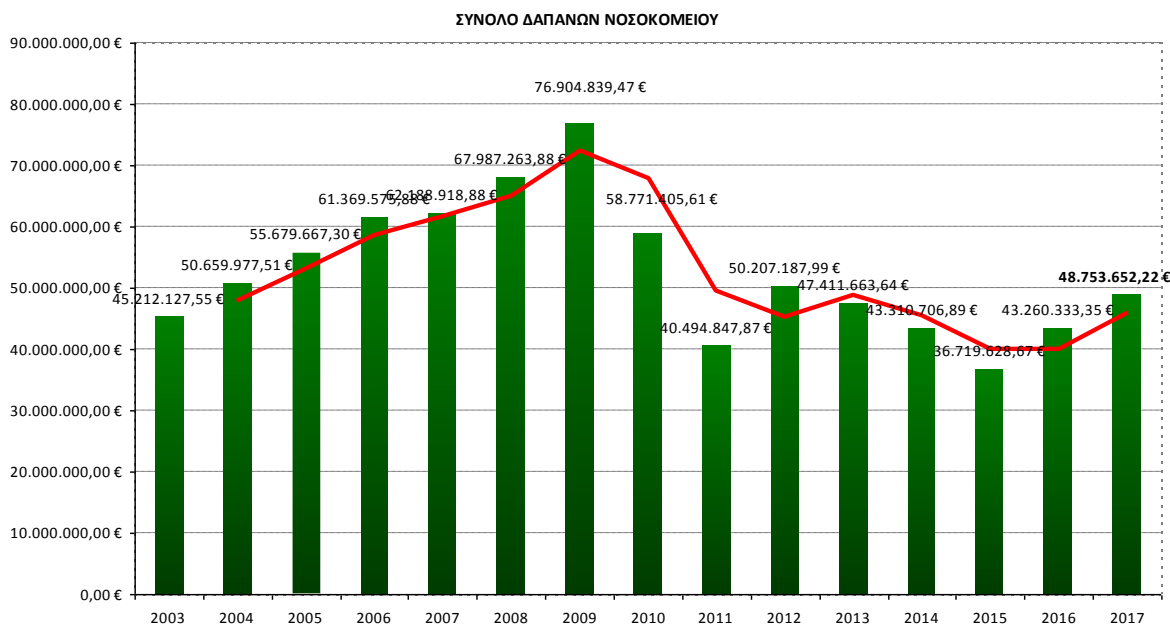
Η μείωση αυτή τα δύο επόμενα έτη 2010 και 2011, ήταν ιδιαίτερα απότομη, δεδομένου ότι το έτος 2010 το αντίστοιχο κόστος μειώθηκε στο ποσό των **58.771.405,61 €** (**μείωση κατά 23,58%**) και το έτος 2011 το συνολικό ποσό δαπανών ήταν μόνο **40.494.847,87€** (**μείωση κατά 31,10%**)

Το έτος **2012** παρατηρείται ανατροπή της πτωτική τάσης του ετήσιου κόστους δαπανών, με μια σημαντική αύξησή του κατά 35% και το αντίστοιχο ποσό δαπανών ήταν **50.207.187,99€**, προσεγγίζοντας το αντίστοιχο κόστος του 2004.

Από το έτος 2013 και μετά υπάρχει μια εξισορρόπηση της λειτουργίας, με μια πιο ομαλή και σταδιακή μείωση του ετήσιου κόστους λειτουργικών δαπανών.

Όμως, ενώ το έτος **2015** το σύνολο δαπανών του Νοσοκομείου ήταν **36.719.628,67€**, το **2016** αυξήθηκε στο ποσό των **43.260.333,35€** (αύξηση κατά **17,81%**) και το **2017** ήταν **48.753.652,22€** παρουσιάζοντας και νέα αύξηση κατά **12,70%**

Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη μεγάλη αύξηση του κόστους φαρμακευτικού υλικού.



Διάγραμμα 4.12.1. Σύνολο δαπανών Νοσοκομείου.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Φάρμακα	19.524.764,18 €	15.962.634,12 €	13.231.562,65 €	10.348.490,31 €	17.263.280,25 €	20.037.181,31 €
Ορθοπεδικό υλικό	1.833.127,73 €	1.805.933,77 €	1.661.838,85 €	2.055.089,41 €	1.671.242,05 €	1.517.801,49 €
Υλικό Αιμοδυναμικού	5.081.109,82 €	5.491.945,98 €	4.168.216,84 €	2.460.441,05 €	3.005.661,79 €	3.207.582,10 €
Χημικά αντιδραστήρια	4.314.644,08 €	3.980.130,67 €	4.091.509,73 €	3.812.459,51 €	3.946.587,30 €	4.064.792,02 €
Υγειονομικό υλικό Φαρμακείου	4.401.036,11 €	3.607.920,54 €	3.223.265,27 €	2.830.914,67 €	3.041.410,66 €	3.150.844,03 €
Υγειονομικό υλικό λοιπό	1.490.417,74 €	3.607.920,54 €	1.372.129,65 €	1.518.112,65 €	1.426.846,57 €	1.322.457,00 €
Σύνολο Υγειονομικού υλικού	5.891.453,85 €	7.215.841,08 €	4.595.394,92 €	4.349.027,32 €	4.468.257,23 €	4.473.301,03 €
Υπηρεσίες			5.627.406,87 €	4.760.756,43 €	4.290.677,58 €	4.866.186,62 €
Λοιπές δαπάνες	13.562.088,33 €	12.955.178,02 €	9.934.777,03 €	8.933.364,64 €	8.614.627,15 €	10.586.807,65 €
ΣΥΝΟΛΟ	50.207.187,99 €	47.411.663,64 €	43.310.706,89 €	36.719.628,67 €	43.260.333,35 €	48.753.652,22 €
Ποσοστιαία ετήσια μεταβολή %	23,98%	-5,57%	-8,65%	-15,22%	17,81%	12,70%

Πίνακας 4.12.1. Κατηγορίες δαπανών Νοσοκομείου

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

Από τη μελέτη του ετήσιου κόστους λειτουργικών δαπανών του Νοσοκομείου προκύπτουν και οι ποσοστιαίες μεταβολές ανά κατηγορία δαπανών, σύμφωνα με τις οποίες διαπιστώθηκε ότι το έτος 2015 υπήρξε πολύ μεγάλη αύξηση (66,82%) στο κόστος προμήθειας **φαρμάκων** και στο κόστος προμήθειας υλικών για το Αιμοδυναμικό εργαστήριο (22,16%)

Ειδικά για τα φάρμακα, η μεγάλη αύξηση της ετήσιας δαπάνης προμήθειάς τους, οφείλεται στο γεγονός ότι στους ασθενείς, ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και κάνουν τακτικές θεραπείες με ακριβά φάρμακα στο Νοσοκομείο μας (ογκολογικά, ρευματολογικά, βιολογικοί παράγοντες κλπ) από το 2016 χορηγεί τα φάρμακα αυτά το Φαρμακείο του Νοσοκομείου, επιβαρύνοντας τον προϋπολογισμό του. Αντίθετα μέχρι και το 2015, τα φάρμακα αυτά χορηγούσε στους ασθενείς το φαρμακείο του ΠΕΔΥ (πρώην ΙΚΑ) και δεν υπήρχε επιβάρυνση του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου.

Επίσης η αύξηση του κόστους προμήθειας **χημικών αντιδραστηρίων** κατά **3,52%** είναι αρκετά μικρότερη από την αντίστοιχη ετήσια αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων κατά **6,69%**.

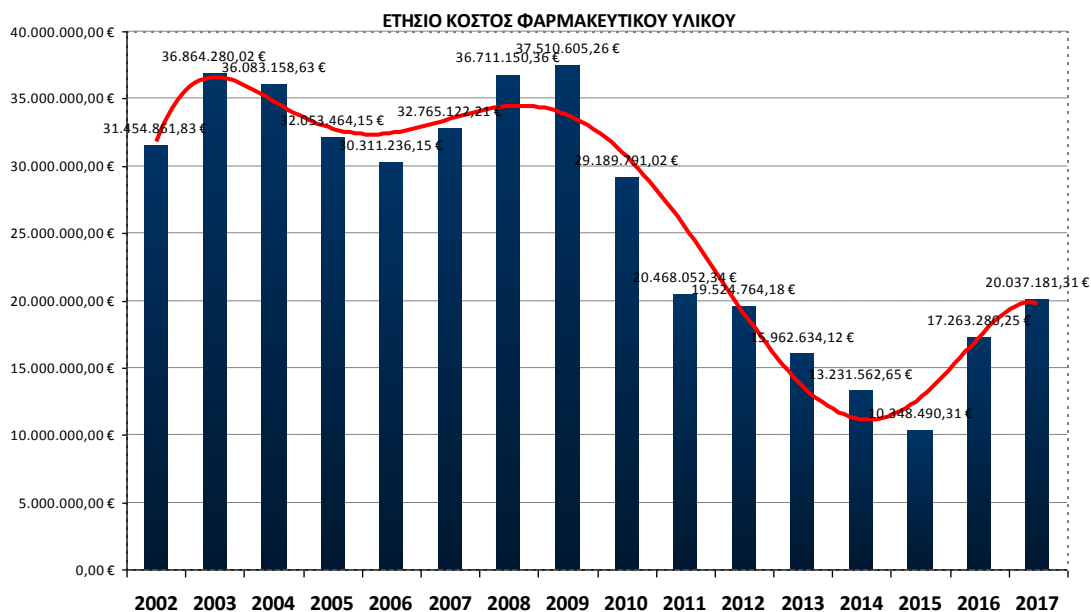
Τέλος, η μείωση του κόστους προμήθειας **ορθοπεδικού υλικού** κατά **-9,18%** είναι ανάλογη με την αντίστοιχη μείωση του αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ορθοπεδική και Παιδοορθοπεδική κλινική κατά **-8,51%**.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ	Μεταβολή % 2017-2016	Μεταβολή % 2016-2015	Μεταβολή % 2015-2014
Φάρμακα	16,07%	66,82%	-11,58%
Ορθοπεδικό υλικό	-9,18%	-18,68%	-8,83%
Υλικό Αιμοδυναμικού	6,72%	22,16%	-40,85%
Χημικά αντιδραστήρια	3,00%	3,52%	-8,53%
Υγειονομικό υλικό Φαρμακείου	3,60%	7,44%	-30,89%
Υγειονομικό υλικό λοιπό	-7,32%	-6,01%	-4,27%
Σύνολο Υγειονομικού υλικού	0,11%	2,74%	-24,16%
Λοιπές δαπάνες	22,89%	-3,57%	-36,48%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ	12,70%	17,81%	-13,84%
Μεταβολή νοσηλευθέντων ασθενών	6,91%	-4,95%	-0,06%
Μεταβολή κίνησης Ορθοπεδικής	-8,51%	-1,83%	-11,62%
Μεταβολή κίνησης Αιμοδυναμικού	-2,84%	3,25%	0,67%
Μεταβολή εργαστηρ. εξετάσεων	6,69%	8,08%	24,05%

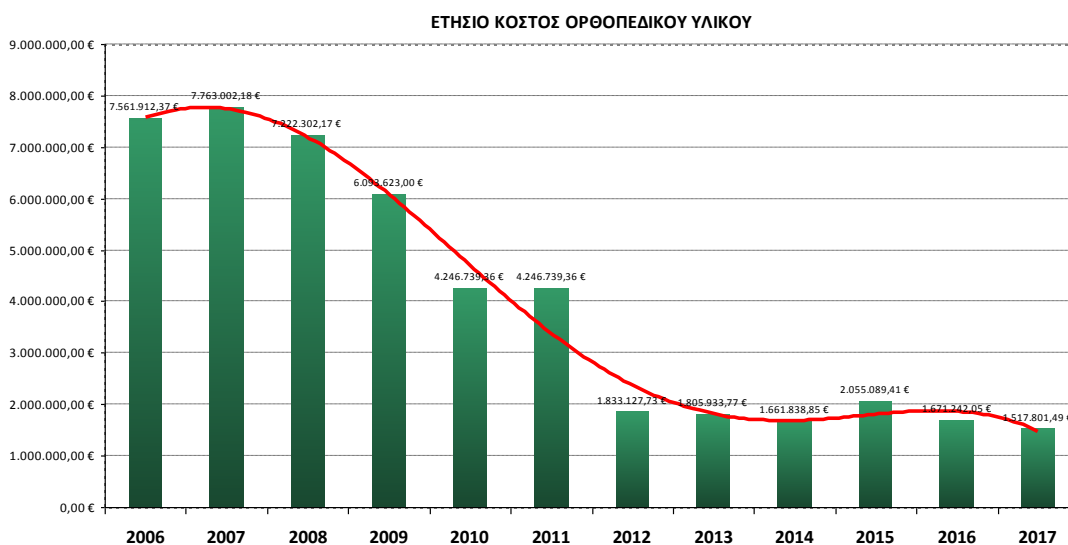
Πίνακας 4.12.1.Α.: Κατηγορίες Δαπανών

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

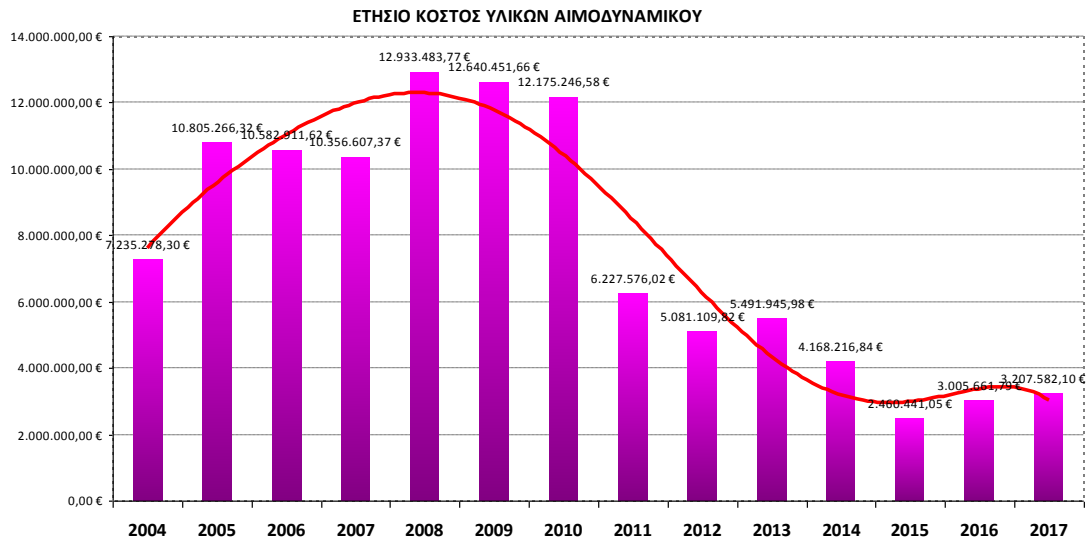
4.12.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ



Διάγραμμα 4.12.2. Λειτουργικές δαπάνες Νοσοκομείου ανά κατηγορία.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

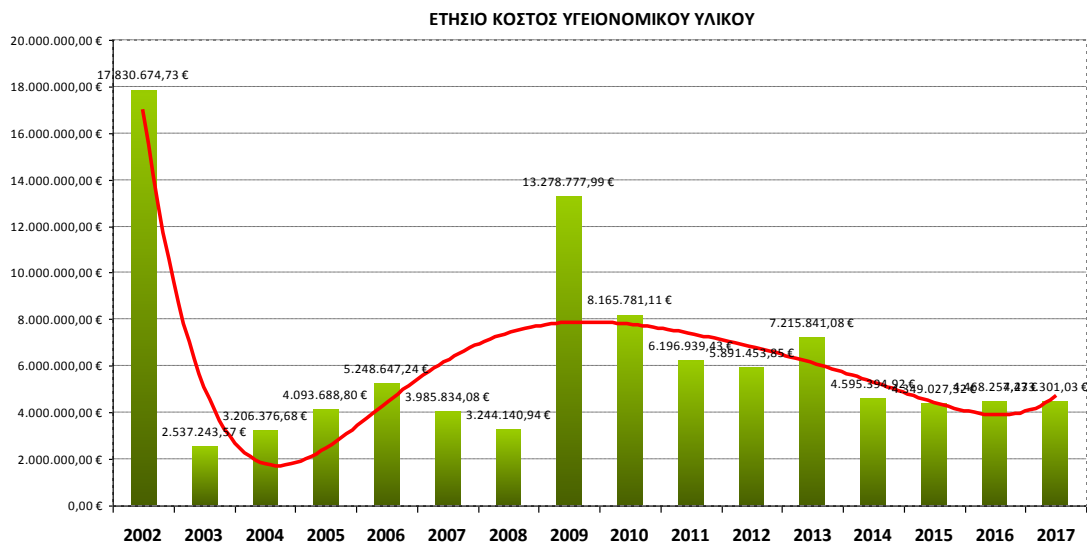


Διάγραμμα 4.12.2.Α. Ετήσιο κόστος ορθοπεδικού υλικού.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



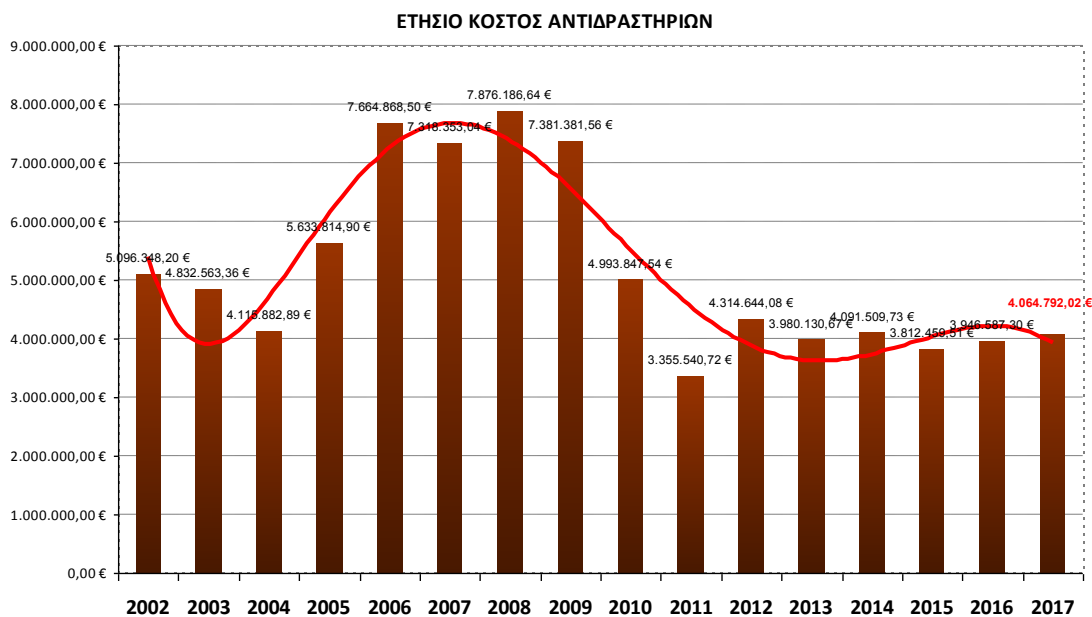
Διάγραμμα 4.12.2.Β. Ετήσιο Κόστος Υλικών Αιμοδυναμικού.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



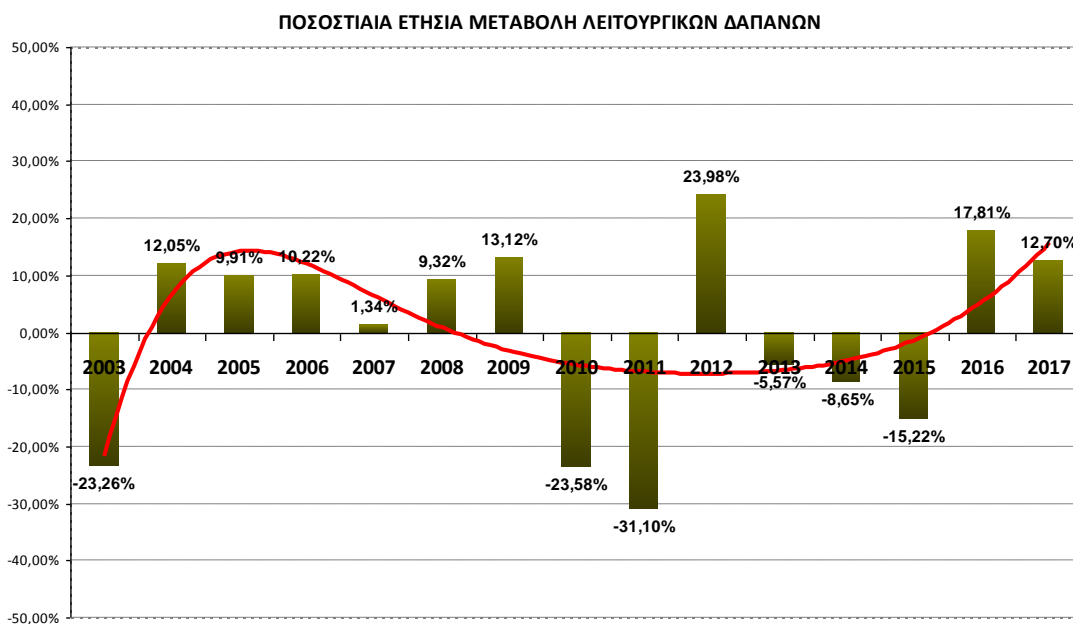
Διάγραμμα 4.12.2.Γ. Ετήσιο Κόστος Υγειονομικού Υλικού.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.12.2.Δ. Ετήσιο Κόστος Αντιδραστήρων.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.12.2.Ε. Ποσοστιαία Ετήσια Μεταβολή Λειτουργικών Δαπανών.

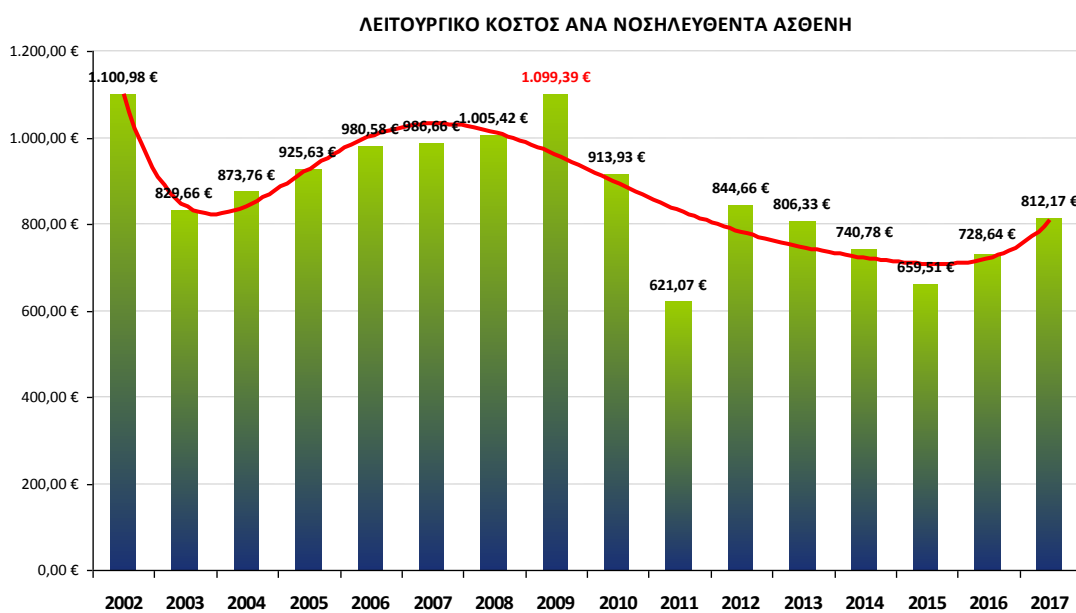
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

4.12.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Από τη μελέτη των Οικονομικών στοιχείων του Νοσοκομείου και ιδιαίτερα στον τομέα των δαπανών προμήθειας φαρμακευτικού υλικού, ορθοπεδικού υλικού, υλικού για το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και χημικών αντιδραστηρίων, σε συσχέτιση με τον ετήσιο αριθμό ασθενών που εξυπηρετούνται από το Νοσοκομείο, διαμορφώνεται και το αντίστοιχο κόστος ανά ασθενή.

Γενικά το **λειτουργικό κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή**, ενώ από το 2012 μέχρι το 2015 παρουσίαζε πτωτική τάση, από το έτος 2016 αρχίζει να αυξάνεται. Έτσι, ενώ το **2015** ήταν **659,51€** ανά ασθενή, το **2016** ανέβηκε στα **728,64€** και το **2017** στα **812,17€**.

Βέβαια παραμένει ικανοποιητικά χαμηλό, συγκρινόμενο με το **2009** που είχε εκτοξευθεί στα **1.099,39€** ή το **2008** που ήταν **1.005,42€** ή ακόμη και με το υπερβολικό κόστος του **2002** που ήταν **1.100,98€** ή την απότομη και βίαιη διόρθωση του **2011** με κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή μόνο **621,07 €**

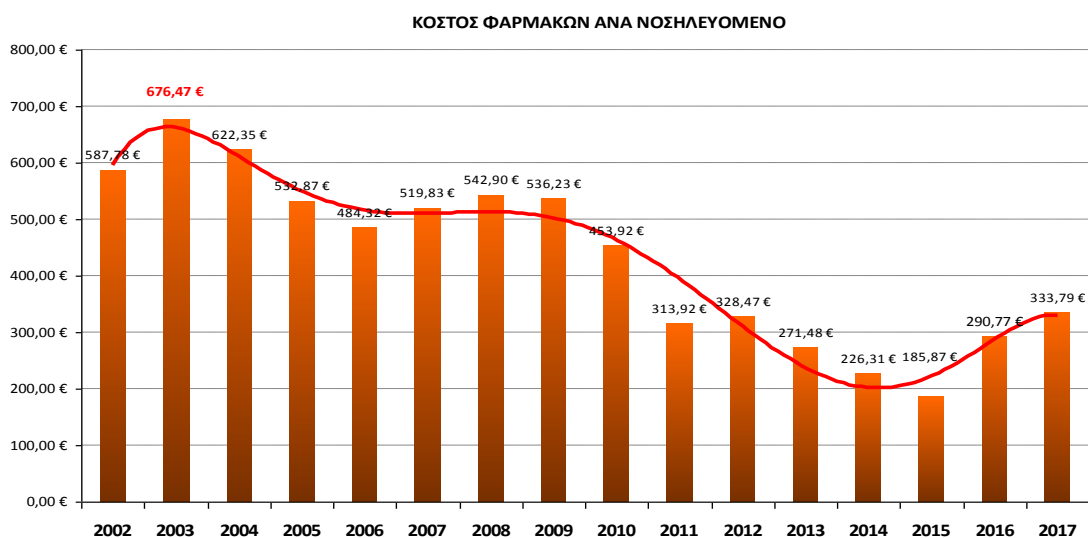


Διάγραμμα 4.12.3. Λειτουργικό Κόστος Ανά Νοσηλευθέντα Ασθενή.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

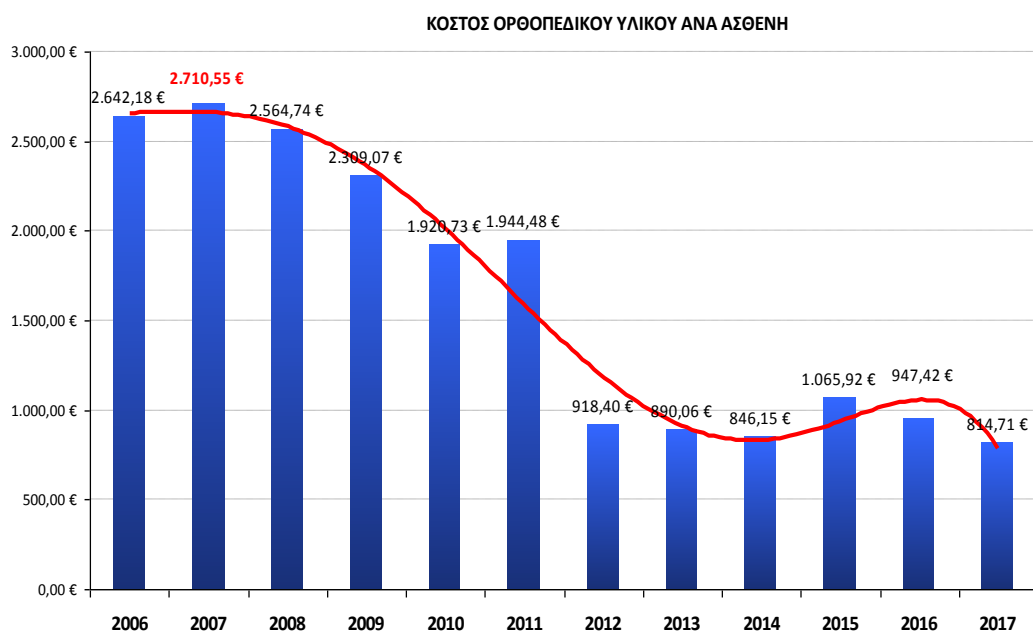
Αντίστοιχα και το **κόστος προμήθειας φαρμάκων ανά νοσηλευόμενο**, από το 2003 μειώνεται συνεχώς και από τα **676,47€** ανά ασθενή το **2003**, το 2015 μειώθηκε στο ποσό των **185,87€** (συνολική μείωση 71,93%). Όμως από το 2016 παρατηρείται και πάλι

σταδιακή αύξηση του κόστους, αφού το 2016 ανέβηκε στα **290,77€** και το 2017 στα **333,79€**, δηλαδή αύξηση κατά 93,62% σε σχέση με το 2015.



Διάγραμμα 4.12.3.Α. Κόστος Φαρμάκων Ανά Νοσηλεύόμενο.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

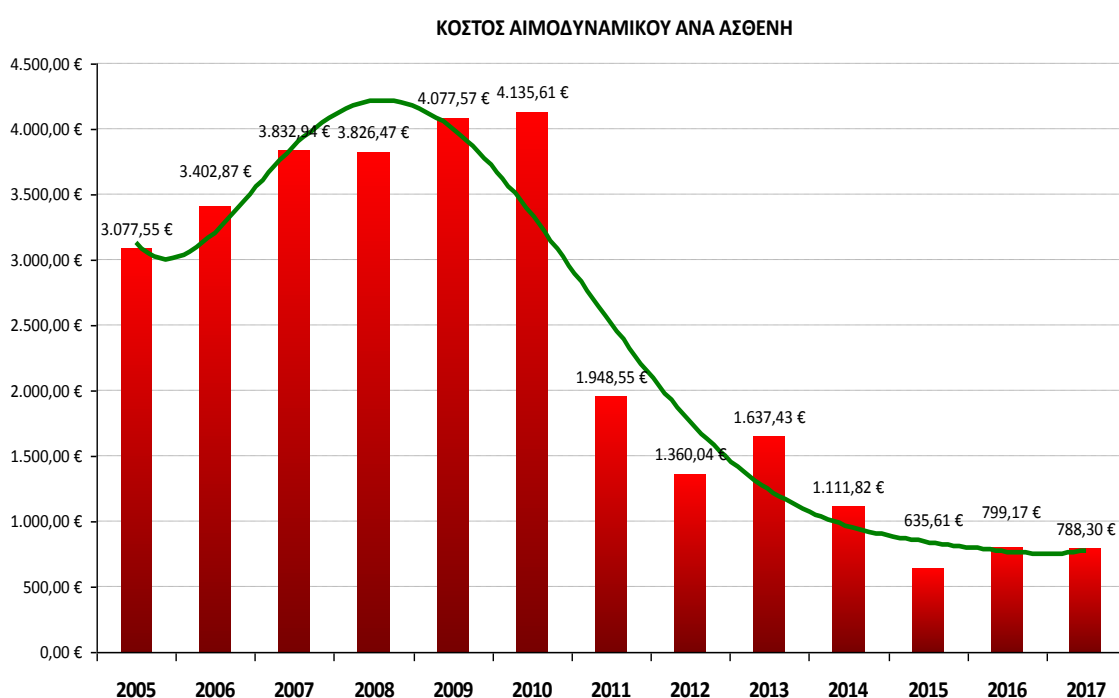
Όμως το **κόστος ορθοπεδικού υλικού ανά νοσηλευόμενο ασθενή** στην Ορθοπεδική & Παιδοορθοπεδική κλινική, μειώνεται συνεχώς και από **2.710,55€** το 2007, το 2017 ήταν μόνο **814,71€**.



Διάγραμμα 4.12.3.Β. Κόστος Ορθοπεδικού Υλικού Ανά Ασθενή.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Αλλά και το **κόστος του Αιμοδυναμικού ανά ασθενή**, αν και από το 2005 μέχρι το 2010 παρουσίαζε συνεχή άνοδο, αφού από **3.077,55€** ανά ασθενή το **2005** έφτασε στο ποσό των **4.135,61€** το **2010**, σημειώνοντας συνολική αύξηση κατά 34,38%.

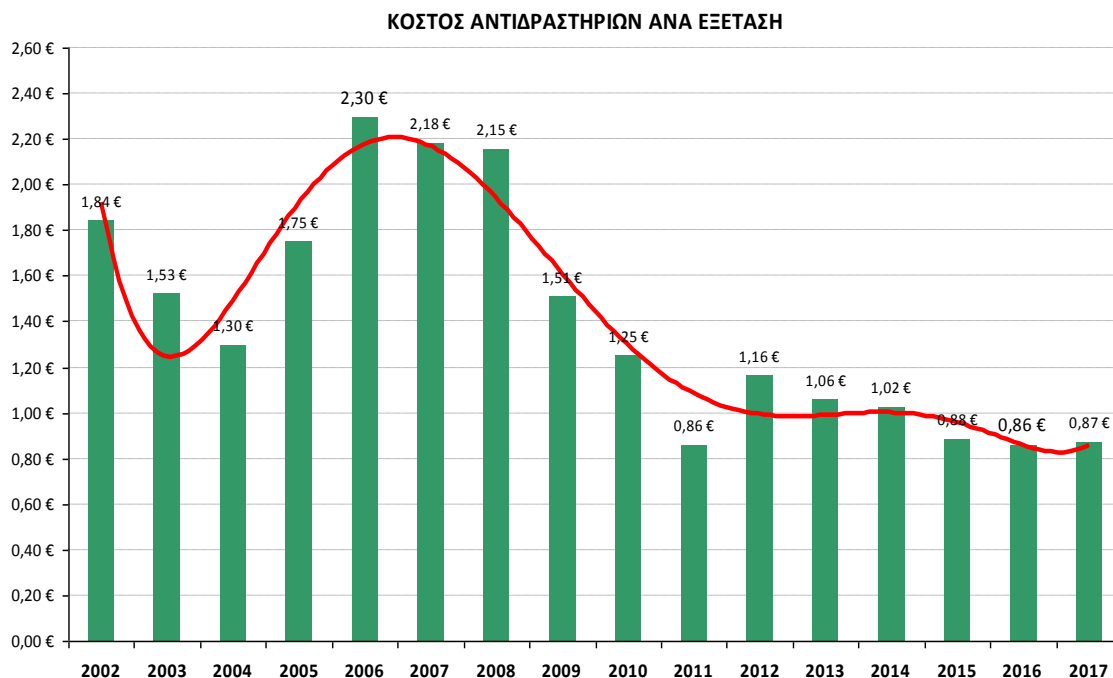
Όμως, μετά την μεγάλη μείωση του κόστους το 2011, όταν το κόστος ανά ασθενή από τα 4.135,61€ μειώθηκε στα 1.948,55€ (ετήσια μείωση κατά 52,88%) στη συνέχεια παρατηρείται μια σταθερή σταδιακή μείωση, με αποτέλεσμα το **2017** το αντίστοιχο κόστος να είναι μόνο **788,30€** ανά ασθενή. Έτσι η συνολική μείωση του κόστους του Αιμοδυναμικού ανά ασθενή, από το 2010 μέχρι το 2017 φτάνει το **- 80,94%**.



Διάγραμμα 4.12.3.Γ. Κόστος Αιμοδυναμικού Ανά Ασθενή.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Τέλος το **κόστος αντιδραστηρίων ανά εξέταση**, από **2,30€** ανά εξέταση το 2006 μειώθηκε στο ποσό των **0,87€** ανά εξέταση το **2017**.

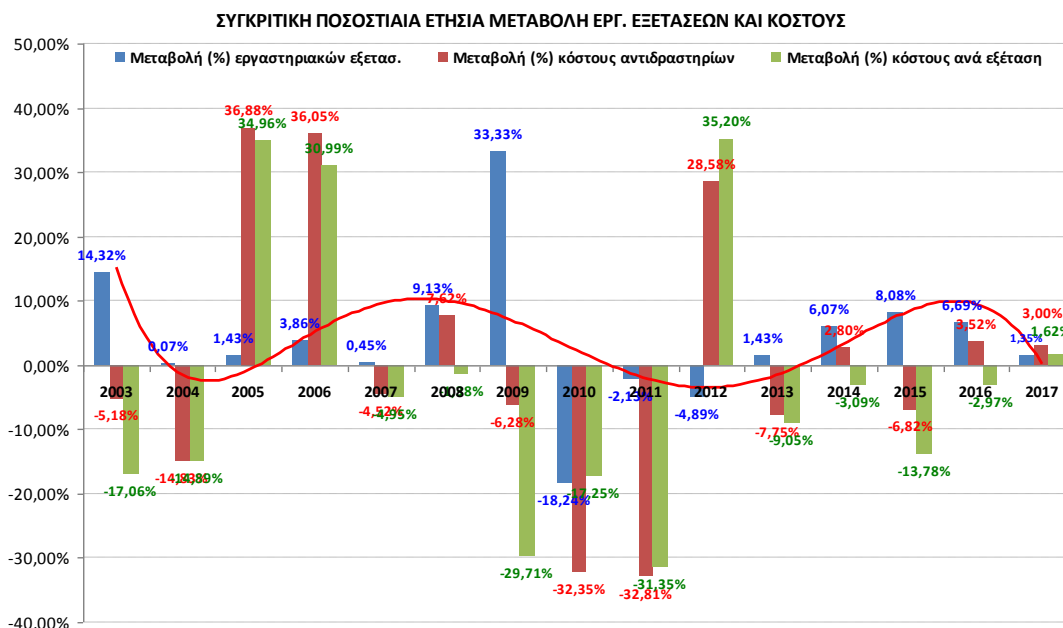


Διάγραμμα 4.12.3.Δ. Κόστος Αντιδραστηρίων Ανά Εξέταση.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Αν γίνει μια συσχέτιση των ποσοστιαίων ετήσιων μεταβολών, αφενός μεν του ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων, αφετέρου δε του ετήσιου κόστους προμήθειας αντιδραστηρίων και του κόστους ανά εξέταση, παρατηρούμε ότι υπάρχει μικρή απόκλιση των αντίστοιχων ποσοστών μεταβολής.

Έτσι, για το 2017, ενώ αριθμός εξετάσεων αυξήθηκε κατά 1,55%, αν και το κόστος αντιδραστηρίων αυξήθηκε κατά 3,00%, όμως το κόστος ανά εξέταση αυξήθηκε μόνο κατά 1,62%, το οποίο βέβαια επηρεάζεται σημαντικά και από το είδος των εξετάσεων.



Διάγραμμα 4.12.3.Ε. Συγκριτική Ποσοστιαία Ετήσια Μεταβολή Εργ. Εξετάσεων και Κόστους.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

4.13. ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ



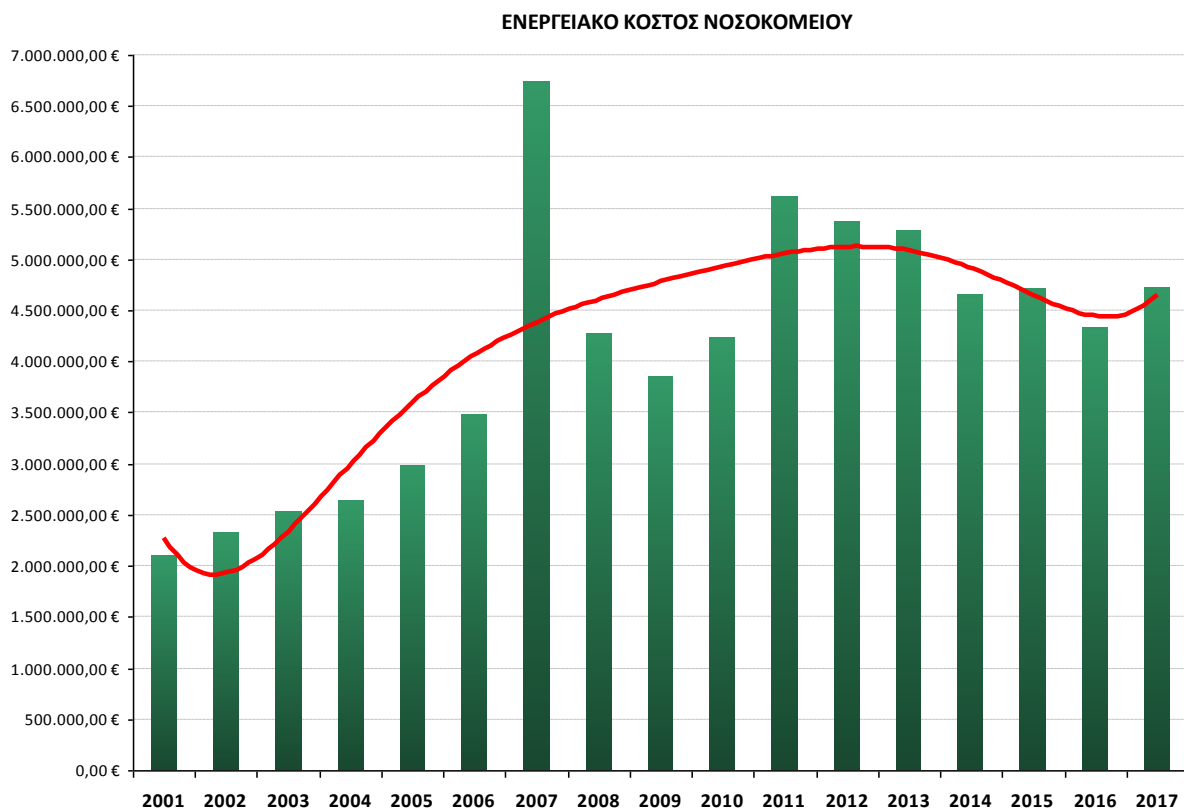
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ	775.933,84 €	868.936,33 €	893.329,87 €	873.616,05 €	884.900,91 €	1.045.800,41 €
ΚΑΥΣΙΜΑ	1.313.438,19 €	1.443.940,63 €	1.633.166,02 €	1.759.791,57 €	2.093.105,84 €	2.430.843,06 €
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	2.089.372,03 €	2.312.876,96 €	2.526.495,89 €	2.633.407,62 €	2.978.006,75 €	3.476.643,47 €

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ	1.970.271,78 €	1.171.351,29 €	1.240.314,99 €	1.332.988,59 €	1.267.734,87 €	1.403.577,83 €
ΚΑΥΣΙΜΑ	4.774.802,92 €	3.110.933,75 €	2.620.429,46 €	2.896.820,06 €	4.343.534,18 €	3.976.637,74 €
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	6.745.074,70 €	4.282.285,04 €	3.860.744,45 €	4.229.808,65 €	5.611.269,05 €	5.380.215,57 €

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ	2013	2014	2015	2016	2017	Μεταβολή % 2016-2017
ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ	1.617.759,49 €	1.567.031,88 €	1.587.790,56 €	1.447.302,60 €	1.435.612,80 €	-0,81%
ΚΑΥΣΙΜΑ	3.666.423,90 €	3.084.343,04 €	3.125.957,19 €	2.885.648,50 €	3.284.292,51 €	13,81%
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	5.284.183,39 €	4.651.374,92 €	4.713.747,75 €	4.332.951,10 €	4.719.905,31 €	8,93%

Πίνακας 4.13. Ενεργειακές Δαπάνες.

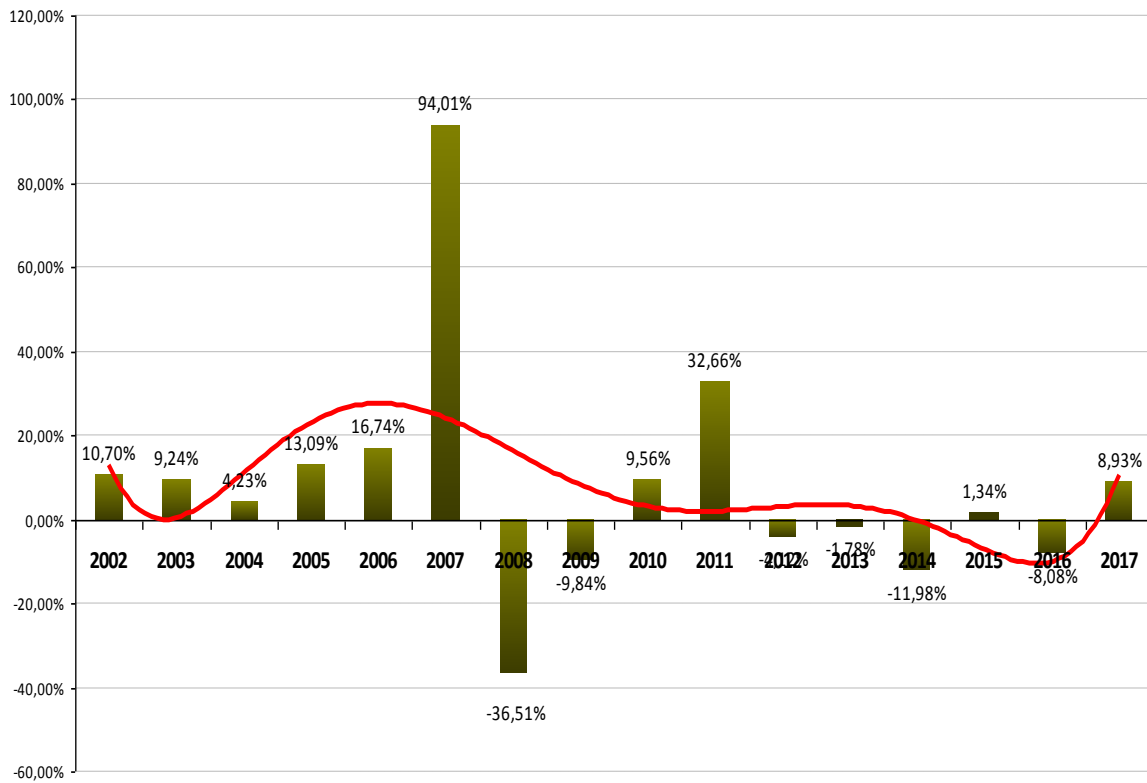
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



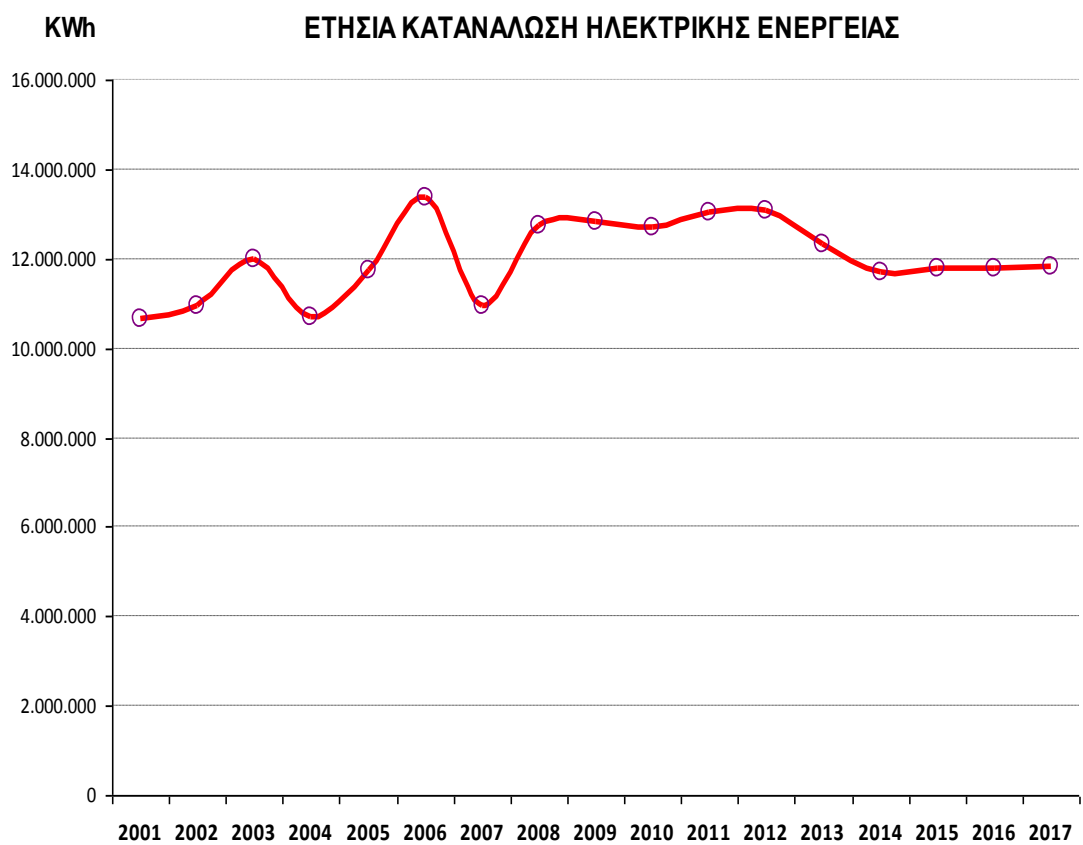
Διάγραμμα 4.13. Ενεργειακό Κόστος Νοσοκομείου.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

ΜΕΤΑΒΟΛΗ (%) ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

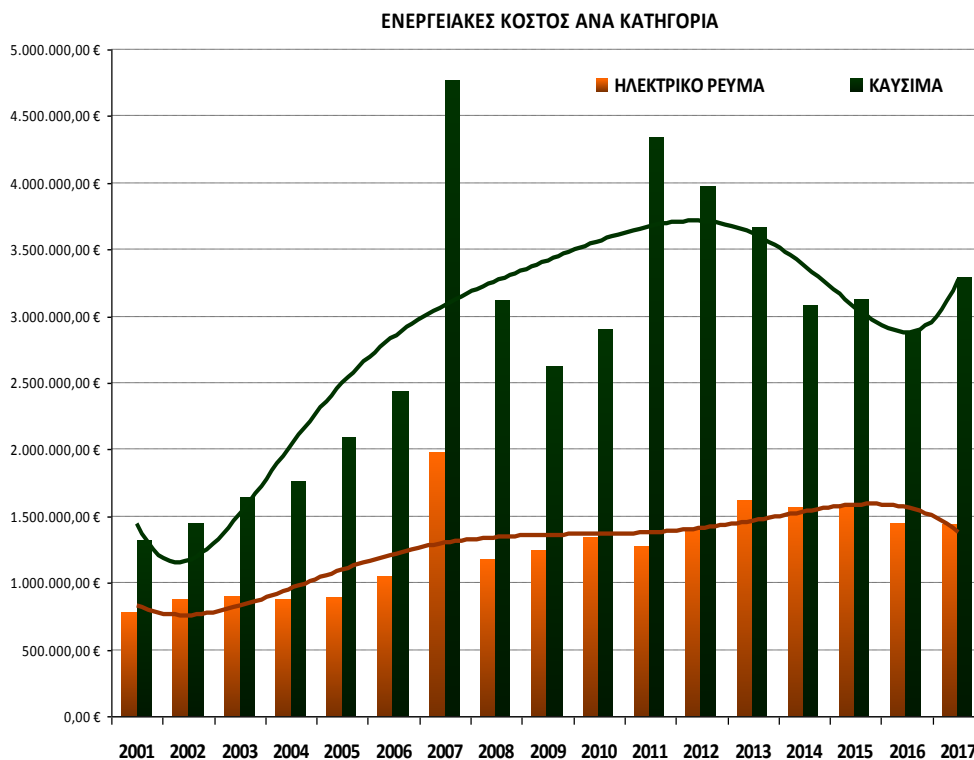


Διάγραμμα 4.13.Α. Μεταβολή (%) Ενεργειακού Κόστους.
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

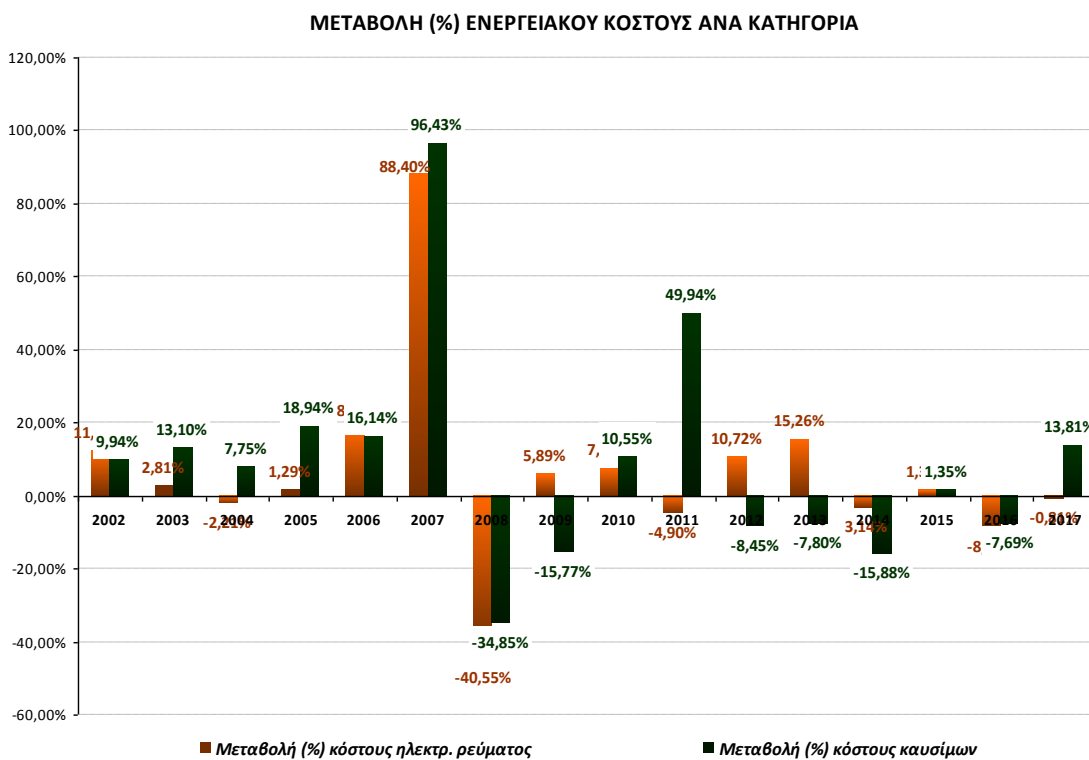


Διάγραμμα 4.13.Β. Ετήσια Κατανάλωση Ηλεκτρικής Ενέργειας.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.13.Γ. Ενεργειακές Κόστος ανά κατηγορία.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



Διάγραμμα 4.13.Δ. Μεταβολή (%) Ενεργειακού Κόστος Ανά Κατηγορία.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

4.14. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ & ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΟ ΕΡΓΟ

Στην παρούσα μελέτη, επιχειρείται για πρώτη φορά και μια συσχέτιση του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου με το παραγόμενο έργο.

Η προσέγγιση αυτή προς το παρόν είναι γενική γιατί δεν έχουν ορισθεί ακόμη κέντρα κόστους και πλήρης καταγραφή του προσωπικού ανά θέση εργασίας και Τμήμα απασχόλησης.

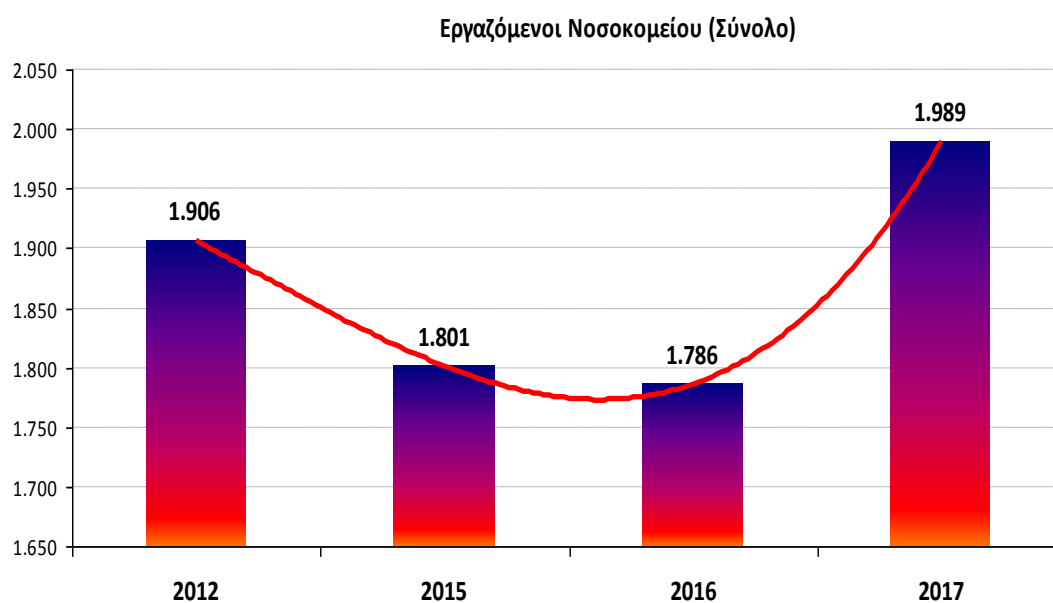
Η παραπάνω συσχέτιση θα είναι επιστημονικά ορθή όταν ολοκληρωθεί η πλήρης εφαρμογή της Αναλυτικής Λογιστικής στο Νοσοκομείο.

Σε πρώτη φάση επιλέχτηκαν τρία χαρακτηριστικά έτη για τη λειτουργία του Νοσοκομείου, τα 2012, 2015, 2016 και 2017.

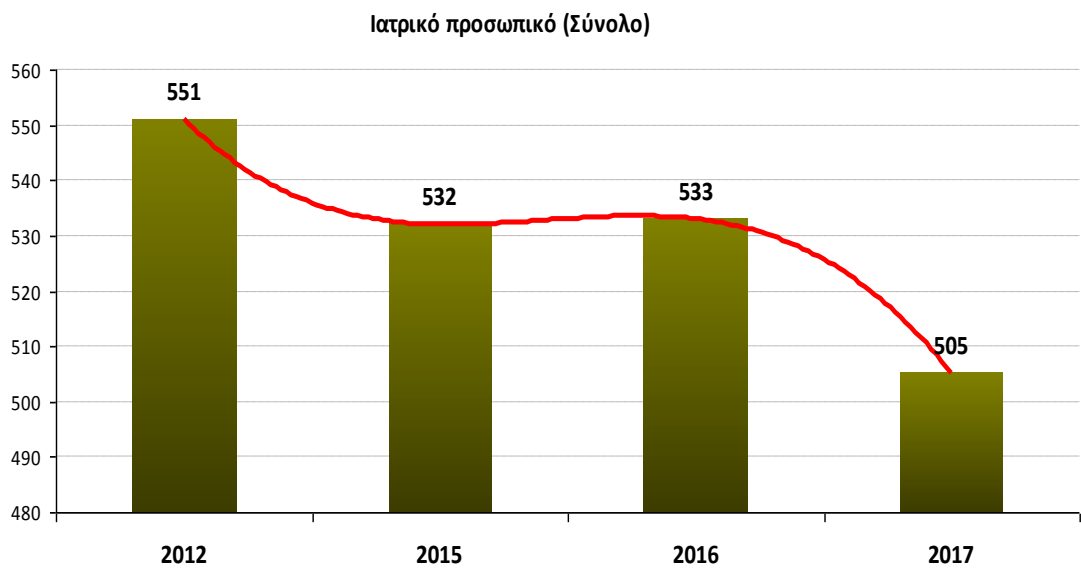
ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΚΛΑΔΟ	ΑΝΑ	2012	2015	2016	2017	Μεταβολή (%) 2017- 2016
Ιατροί ΕΣΥ		157	153	155	139	-10,32%
Ιατροί ΕΣΥ (Ειδικευόμενοι)		257	247	237	217	-8,44%
Ιατροί ΕΣΥ (εξειδικευμένοι)		8	9	8	8	0,00%
Μέλη ΔΕΠ		124	110	107	105	-1,87%
Ιατροί ΕΣΥ (επικουρικοί)		5	13	26	36	38,46%
Διοικητικό Προσωπικό		144	149	139	128	-7,91%
Τεχνικό Προσωπικό		103	90	90	82	-8,89%
Επιστημονικό (Μη Ιατρικό) Προσωπικό		31	36	33	33	0,00%
Παραϊατρικό Προσωπικό		159	153	150	164	9,33%
Βοηθητικό Προσωπικό		57			213	
Νοσηλευτικό προσωπικό		861	841	841	864	2,73%
Σ Υ Ν Ο Λ Ο		1.906	1.801	1.786	1.989	11,37%
Σύνολο Ιατρικού προσωπικού		551	532	533	505	-5,25%
Σύνολο νοσηλευθέντων ασθενών		57.666	53.906	57.631	58.253	1,08%
Εξετασθέντες σε Τακτικά Εξωτ. Ιατρεία		159.302	200.629	220.568	229.071	3,86%
Εξετασθέντες σε Τ.Ε.Π. & Ιατρεία Εκτάκτων		34.590	53.794	52.071	52.055	-0,03%
Σύνολο ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από το Νοσοκομείο ετησίως		267.506	321.093	321.093	353.915	10,22%
Εργαστηριακές εξετάσεις		3.714.491	4.318.997	4.607.982	4.670.233	1,35%

δείγματος					
Απεικονιστικές					
Εργαστηριακές εξετάσεις	232.371	169.111	168.671	152.351	-9,68%
Ασθενείς ανά εργαζόμενο	140	178	180	178	-1,03%
Ασθενείς ανά ιατρό του Νοσοκομείου	485	604	602	701	16,33%
Νοσηλευθέντες ασθενείς ανά ιατρό	105	101	108	115	6,68%
Εξωτερικοί ασθενείς ανά ιατρό	352	478	512	557	8,83%
Ασθενείς ανά νοσηλεύτη	311	382	382	410	7,29%
Νοσηλευθέντες ασθενείς	67	64	69	67	-1,61%

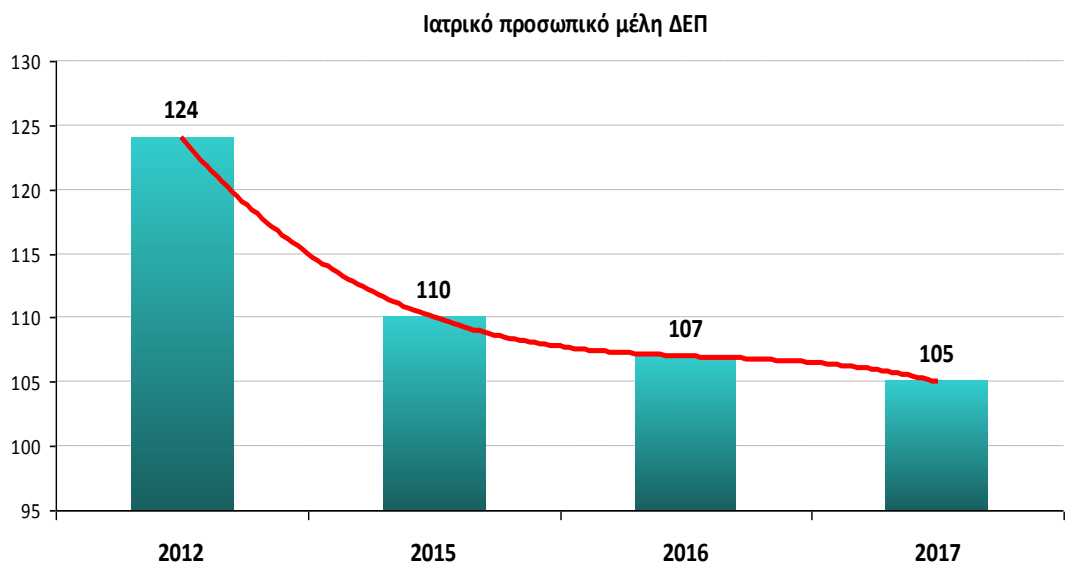
Πίνακας 4.14. Υπηρετούντες Ανά Κλάδο
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



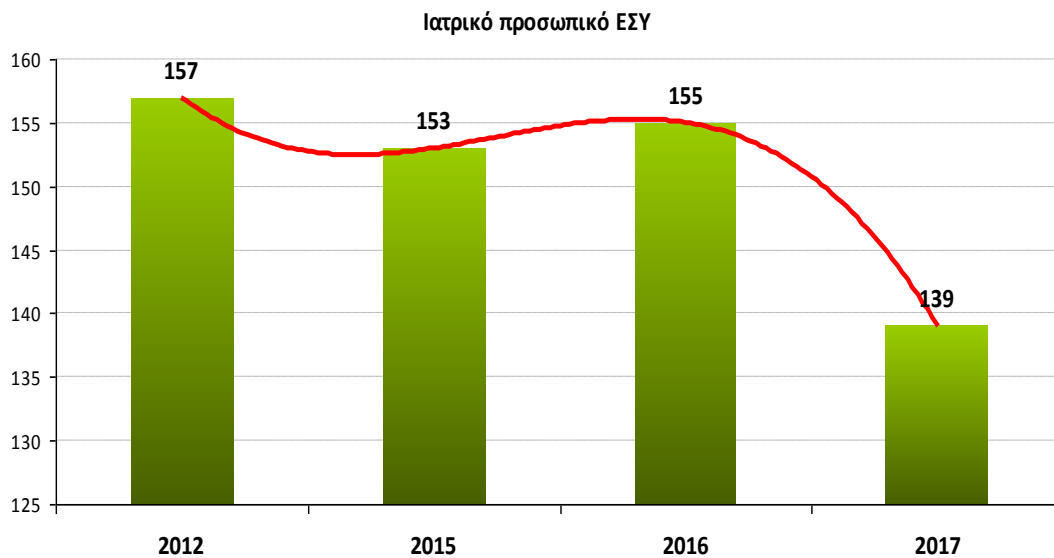
Διάγραμμα 4.14. Εργαζόμενοι Νοσοκομείου (Σύνολο).
Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



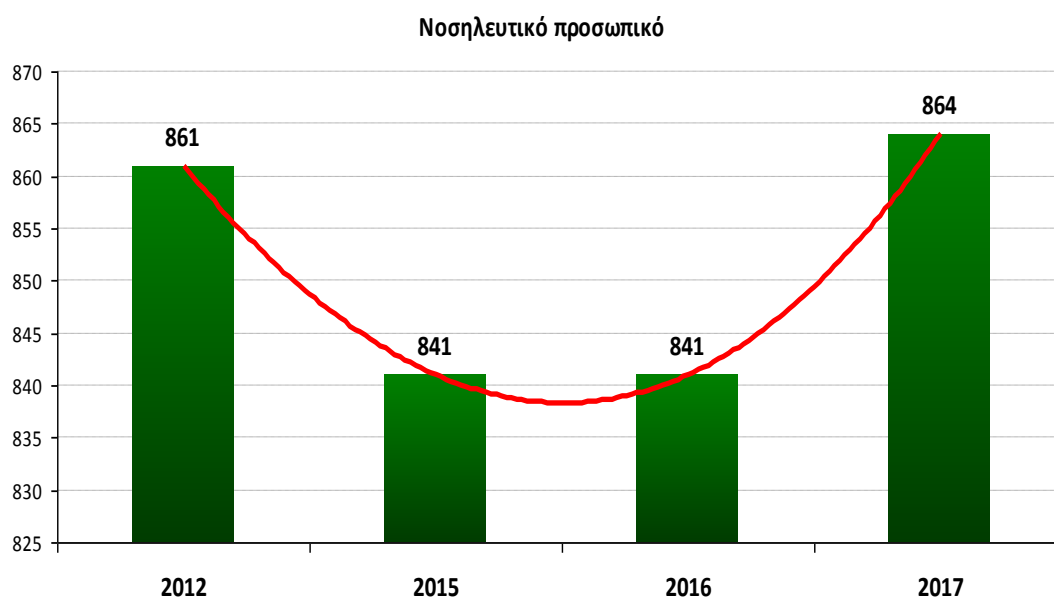
Διάγραμμα 4.14.Α. Ιατρικό Προσωπικό (Σύνολο).
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



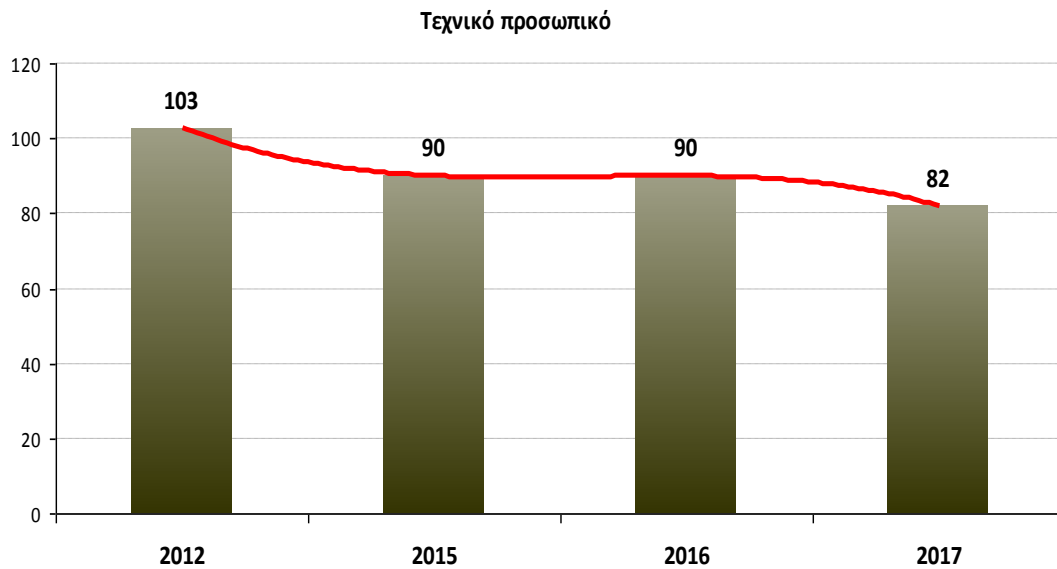
Διάγραμμα 4.14.Β. Ιατρικό Προσωπικό Μέλη Δ.Ε.Π.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.



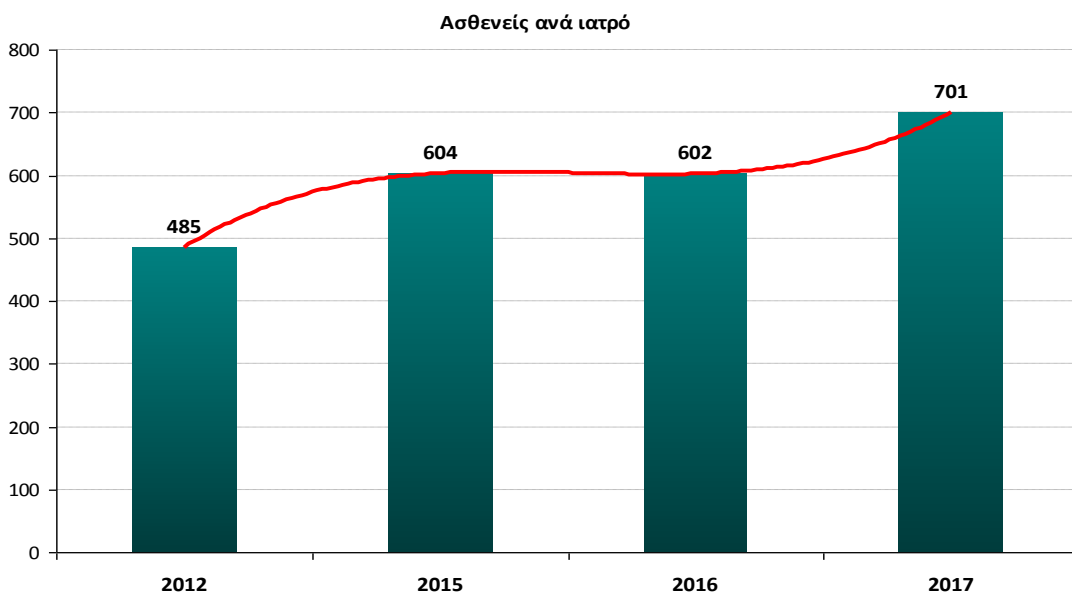
Διάγραμμα 4.14.Γ. Ιατρικό Προσωπικό Ε.Σ.Υ.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



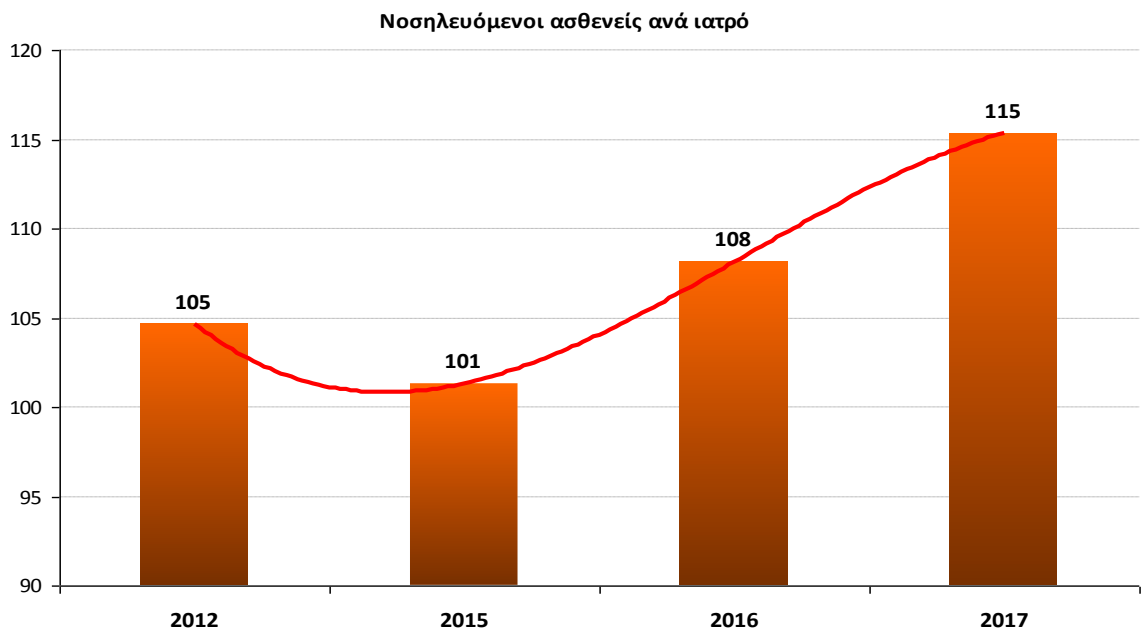
Διάγραμμα 4.14.Δ. Νοσηλευτικό Προσωπικό
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.14.Ε. Τεχνικό Προσωπικό.
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

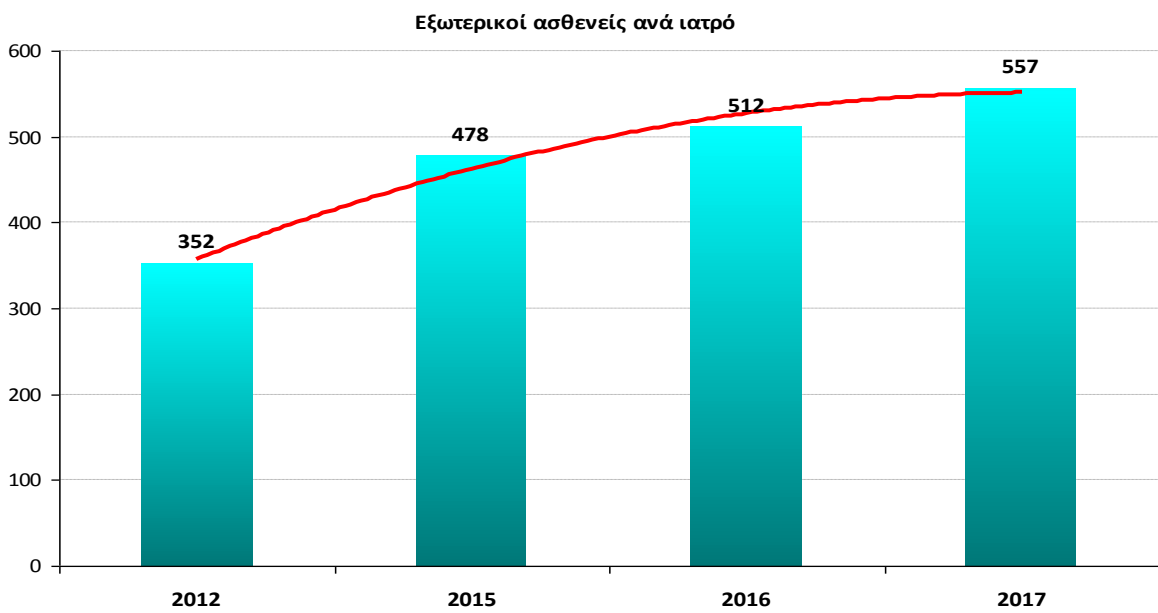


Διάγραμμα 4.14.Ζ. Ασθενείς Ανά Ιατρό
 Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.14.Η. Νοσηλεύόμενοι Ασθενείς Ανά Ιατρό.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



Διάγραμμα 4.14.Θ. Εξωτερικοί Ασθενείς Ανά Ιατρό.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**Εφημερεύει
τις μονές μέρες του μήνα**



6^η Διοίκηση
Υγειονομικής
Περιφέρειας
Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων
Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας



1989



hospitalia  international

Εικόνες 10-11. Π.Π.Γ.Ν.Ι.

Πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018

4.15. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Από την μελέτη των πεπραγμένων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, προκύπτουν 2 βασικά συμπεράσματα.

Το πρώτο, ίσως και σημαντικότερο, είναι η επίπτωση της κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών. Από την μελέτη των στατιστικών του Νοσοκομείου, φαίνεται η μεγάλη αύξηση της κίνησης στην ψυχιατρική κλινική στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Τα περισσότερα από αυτά τα περιστατικά, αφορούν σε περιστατικά κατάθλιψης. Επίσης, φαίνεται μια μείωση της κίνησης στις χειρουργικές ειδικότητες. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αλλαγή των προτεραιοτήτων των πολιτών. Λόγω οικονομικής δυσχέρειας, πολλοί ασθενείς αναβάλουν την χειρουργική αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων τους για το μέλλον. Έτσι, αντιμετωπίζονται μόνο επείγοντα περιστατικά ή παθολογικά περιστατικά χαμηλού κόστους.

Τέλος, η κοινωνική διάσταση, φαίνεται από την αύξηση του αριθμού έκτακτων περιστατικών, που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π του Νοσοκομείου. Για το 2013-2017 το ποσοστό αυτό, ξεπερνά το 20%, με τους ασθενείς να αποφεύγουν την επίσκεψη σε ιδιώτες ιατρούς, εκ των οποίων ο αριθμός όσων είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. είναι μικρός και να επισκέπτονται το εφημερεύον, κάθε φορά νοσοκομείο, ως έκτακτα περιστατικά.

Η διαδικασία επίσκεψης σε ιατρό με βάση τις συμβάσεις του Ε.Ο.Π.Π.Υ. δεν καλύπτει τις ανάγκες της νοσηρότητας του πληθυσμού και επιπλέον η οικονομική επιβάρυνση για την επίσκεψη και την συνταγογράφηση φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων οδηγεί όσους έχουν οικονομική δυνατότητα να αγοράζουν τα φάρμακα απευθείας από τα φαρμακεία. Έτσι ένα σημαντικό μέρος της δαπάνης για την υγεία έχει μετακυληθεί στους ίδιους τους ασθενείς και δεν εμφανίζεται στα στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας.

Τέλος η πολυδιαφημισμένη προληπτική ιατρική στο σκέλος τουλάχιστον της οδοντιατρικής περίθαλψης είναι μηδαμινή έως ανύπαρκτη (Το οδοντιατρικό τμήμα του Π.Γ.Ν.Ι. καλύπτει μόνο τα επείγοντα περιστατικά).

Η επιβάρυνση της τοπικής κοινωνίας με τα HOT-SPOTS και η εξυπηρέτηση των φιλοξενουμένων αποκλειστικά από τα νοσοκομεία, δυσκολεύει την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων εκ των οποίων οι περισσότεροι αναγκάζονται να καταφεύγουν σε ιδιώτες ιατρούς . Ως εκ τούτου, με την δαπάνη να μετακυλύετε και να μην αξιολογείται ούτε να συμπεριλαμβάνεται στις στατιστικές αναφορές, η επιβάρυνση των πολιτών διογκώνεται ενόσω το διαθέσιμο αυτών εισόδημα, μειώνεται.

Οι διατάξεις του άρθρου 33 του Ν.4368/2016 περί ανασφαλιστών εξυπηρέτησαν όσους απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα αλλά οι ασαφείς οδηγίες για τους δικαιούχους των διατάξεων αυτών και η διαδικασία έκδοσης ΑΜΚΑ με επίσης ασαφείς οδηγίες και τέλος η αριθμ.31547/9662/13-2-2018 κοινή υπουργική απόφαση των υπουργών Υγείας, Μεταναστευτικής Πολιτικής και Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την οποία εκδίδεται ΑΜΚΑ σε όσους αιτούνται πολιτικό άσυλο κάνουν δικαιούχους της υγειονομικής περίθαλψης ασθενείς που δεν συνεισφέρουν εισφορές στον Ε.Ο.Π.Π.Υ..

Έτσι επιβαρύνεται ο Ε.Ο.Π.Π.Υ. και επειδή όλοι οι δικαιούχοι εξυπηρετούνται από τα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει δυνατότητα εξυπηρέτησης όλων όσων πληρώνουν εισφορές για υγειονομική περίθαλψη.

4.16. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Σε αδρές γραμμές, η αξιοποίηση των στοιχείων οικονομικών δαπανών του Νοσοκομείου όπως παρουσιάζονται στα ετήσια Annual Reports της Υποδιεύθυνσης πληροφορικής ως προς τα έτη της κρίσης, μας οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα.

Βασικό αποτέλεσμα είναι η δραστική μείωση των δαπανών στα πλαίσια της πολιτικής των μνημονίων, η οποία δεν είναι κατ' ανάγκη αρνητική ίσως να ήταν απαραίτητη γιατί η επανάσταση στην άσκησης της ιατρικής με την χρήση νέων υλικών και τεχνολογικό εξοπλισμό τόσο κατά την διαδικασία της διάγνωσης όσο κατά την θεραπεία και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η αλόγιστη χρήση των διαγνωστικών εξετάσεων (πχ μαγνητική τομογραφία αξίας 270 ευρώ η οποία αντικατέστησε σε πολλές περιπτώσεις τις κοινές ακτινογραφίες εκτίναξε την δαπάνη διάγνωσης).

Τα ακριβά υγειονομικά υλικά που χρησιμοποιήθηκαν στις επεμβάσεις επίσης εκτίναξαν την δαπάνη νοσηλείας (πχ υλικά στεφανιογραφίας, αγγειοπλαστικής, καρδιοχειρουργικής αιμοστατικά κλπ).

Ήταν ουσιαστικά αναγκαία η οργάνωση και ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας και η κατανάλωση των υλικών να γίνεται όπου υπήρχε τεκμηριωμένη ανάγκη και με τιμές ελεγχόμενες.

Για αυτόν το σκοπό από τον Ιούνιο του 2010, εφαρμόστηκε από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας η διαδικασία προμήθειας με βάση την κατώτατη διαμορφούμενη τιμή του παρατηρητηρίου τιμών, αρχικά στα χειρουργικά υλικά και στη συνέχεια σε όλα σχεδόν τα αναλώσιμα, μείωσε και εξορθολόγησε την δαπάνη σε υγειονομικό, ορθοπεδικό, φαρμακευτικό υλικό και αντιδραστήρια. Επίσης, η χορήγηση γενοσήμων φαρμάκων, σε μεγάλο ποσοστό, μείωσε ουσιαστικά τη φαρμακευτική δαπάνη.

Στη διάρκεια των ετών 2010-2014, η εισροή των ασθενών στο νοσοκομείο, περιορίστηκε αρκετά λόγω της χρήσης των 5 ευρώ για την επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία. Η μείωση του φαρμακευτικού υλικού τα έτη 2014 και 2015 επίσης οφείλεται στο ότι τα ακριβά φάρμακα χορηγούνται στους ασθενείς από τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. και όχι από τα φαρμακεία των νοσοκομείων.

Η αύξηση τα έτη 2016 και 2017, οφείλεται στην επαναφορά των ακριβών φαρμάκων στο νοσοκομείο και στην αύξηση των πρωτότυπων φαρμάκων στο Ογκολογικό Τμήμα με καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς σε συγκεκριμένους τύπους καρκίνου.

Οι λειτουργικές δαπάνες οι οποίες επιβαρύνουν ουσιαστικά, είναι εκείνες που είναι ανελαστικές και δεν υπάρχει δυνατότητα παρέμβασης στην τιμή όπως είναι το ηλεκτρικό, πετρέλαιο. Η εξορθολόγηση των δαπανών στα πρώτα έτη της κρίσης, επέφερε θετικό δημοσιονομικό αποτέλεσμα. Η καθήλωση όμως σ' αυτά τα επίπεδα και η ταυτόχρονη ένταξη στον Ε.Ο.Π.Π.Υ. των ταμείων όπως το Τ.Ε.Β.Ε., Τ.Σ.Α.Υ, Ι.Κ.Α., Τ.Α.Π.-Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η. κλπ των οποίων οι ασφαλισμένοι μέχρι πρότινος πλήρωναν στο νοσοκομείο για την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία και τον εργαστηριακό ενώ τώρα έχουν πρόσβαση χωρίς οικονομική επιβάρυνση, αύξησε την προσέλευση των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Είναι θετικό ότι στο διάστημα της κρίσης, οι διαρθρωτικές αλλαγές και ειδικά η μηχανογράφηση της υποβολής των νοσηλίων, η μηχανογράφηση των διαδικασιών

παραγγελίας εργαστηριακών εξετάσεων, η εκκαθάριση με Κ.Ε.Ν. και άλλα, εξορθολόγησαν και την ουσιαστική δαπάνη των νοσηλίων.

Η εξακολουθητική μείωση των δαπανών με το μνημόνιο του 2017 (Ν.4472/τ.Α/ΦΕΚ 74/19-5-2017) έως το έτος 2021 σε συνδυασμό με τον νόμο 4368/2016 για τους ανασφάλιστους που έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο νοσοκομείο αύξησε την προσέλευση των ασθενών εξωτερικών και νοσηλευμένων μετά την οριζόντια μείωση των προϋπολογισμών.

Η σύνταξη των προϋπολογισμών λόγω μνημονίων με όρια που είναι καθορισμένα έως το 2021 αναγκάζει τα νοσοκομεία να έχουν περιορισμένη δυνατότητα λειτουργίας στην οποία πρέπει να αξιολογηθούν οι προτεραιότητες στις δαπάνες. Έτσι γίνεται πρώτα προμήθεια των αναλώσιμων και του φαρμακευτικού υλικού, τακτοποιούνται οι λειτουργικές ανελαστικές δαπάνες(ηλεκτρικό, θέρμανση, συντηρήσεις ιατρικών μηχανημάτων, ύδρευση) και μετά εάν υπάρχουν περισσεύματα καλύπτονται οι επείγουσες ανάγκες σε επισκευές των ιατρικών μηχανημάτων και των κτιριακών εγκαταστάσεων.

Επίσης, είναι εξωφανής η ανάγκη συντήρησης των υποδομών του Νοσοκομείου τόσο κτηριακά όσο και ηλεκτρομηχανικά. Μετά από 29 χρόνια λειτουργίας οι κτηριακές υποδομές έχουν ανάγκη συντήρησης (υγρομόνωση ταρατσών). Απόρροια έλλειψης αυτών, έργα που υπήρξαν σε εξέλιξη τα τελευταία πέντε χρόνια όπως το νέο πενταόροφο κτήριο του Νοσοκομείου χρηματοδοτούμενου από το Ε.Σ.Π.Α. και δεν μπορεί να τεθεί σε λειτουργία.

Στον αντίποδα είναι ευτυχής συγκυρία η συμβολή κοινωφελών ιδρυμάτων όπως το Ίδρυμα “Σταύρος Νιάρχος” το οποίο χρηματοδότησε την αντικατάσταση ηλεκτροτεχνολογικού εξοπλισμού (νέος μαγνητικός τομογράφος) υποκαθιστώντας έτσι το κράτος.

Η μελέτη των στατιστικών αναφορών, μας οδηγεί σε αρκετά ασφαλή συμπεράσματα για την οικονομική επίπτωση της κρίσης στο νοσοκομείο.

Πρέπει όμως να ανατρέξουμε και σε ουσιαστικούς παράγοντες της μείωσης ή της αύξησης των νοσηλευόμενων σε κλινικές που έχουν σχέση με το ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές όταν αποχωρεί ιατρικό προσωπικό με υψηλή κατάρτιση και αποτελεσματικότητα στη άσκηση του ιατρικού έργου μειώνεται και η προσέλευση των ασθενών.

Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η προσβασιμότητα στο Π.Γ.Ν.Ι. λόγω των μεγάλων οδικών αρτηριών Ιόνιας και Εγνατίας.

Ανάμεσα Φορέα Διασπίων Φορέων Κρατικού Προϋπολογισμού σε ταμειακή και σε δημοσιολογιστική βάση σύμφωνα με τη μεθοδολογία ESA για τα έτη 2017-2021 (συνάχεια)						
(ποσά σε εκατ. ευρώ)						
Φορέας	2017	2017	2018	2019	2020	2021
	Προϋπολογισμός	Εκτίμηση	Πρόβλεψη	Πρόβλεψη	Πρόβλεψη	Πρόβλεψη
(Αναλήψεις χρεών φορέων Γενικής Κυβέρνησης)	0	183	0	0	0	0
ΠΔΕ	0	0	0	0	0	0
Συνολικό Σύνολο	11.130	11.399	10.927	12.240	12.187	11.919
Εθνοολογιστική προσαρμογή	-404	142	-45	51	-168	-518
Σύνολο κατά ESA	11.534	11.541	10.882	12.291	12.019	11.401
13 Υπουργείο Υγείας						
Σ.Π.	4.208	4.217	1.170	1.718	1.753	1.740
ΠΔΕ	28	70	35	80	80	80
Συνολικό Σύνολο	4.236	4.287	1.205	1.798	1.833	1.820
Εθνοολογιστική προσαρμογή	0	0	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	4.236	4.287	1.205	1.798	1.833	1.820
14 Υπουργείο Δικαιοσύνης Ανασυγκρότησης						
Σ.Π.	44	44	43	43	43	43
ΠΔΕ	140	140	170	130	130	130
Συνολικό Σύνολο	184	184	163	173	173	173
Εθνοολογιστική προσαρμογή	0	0	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	184	184	163	173	173	173
15 Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού						
Σ.Π.	296	296	299	281	281	281
ΠΔΕ	96	96	73	76	76	76
Συνολικό Σύνολο	392	392	370	357	357	357
Εθνοολογιστική προσαρμογή	0	0	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	392	392	370	357	357	357
16 Υπουργείο Περιβάλλοντος και Ενέργειας						
Σ.Π.	33	33	33	33	33	33
ΠΔΕ	380	380	380	380	380	380
Συνολικό Σύνολο	413	413	413	413	413	413
Εθνοολογιστική προσαρμογή	0	0	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	413	413	413	413	413	413
17 Υπουργείο Υποδομών και Μεταφορών						
Σ.Π.	523	534	523	524	525	525
ΠΔΕ	1.922	1.922	1.985	2.004	2.004	2.004
Συνολικό Σύνολο	2.445	2.456	2.508	2.528	2.529	2.529
Εθνοολογιστική προσαρμογή	0	0	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	2.445	2.456	2.508	2.528	2.529	2.529
18 Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής /Α						
Σ.Π.	39	40	40	41	41	41
ΠΔΕ	25	25	25	30	30	30
Συνολικό Σύνολο	64	65	65	71	71	71
Εθνοολογιστική προσαρμογή	0	0	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	64	65	65	71	71	71
19 Υπουργείο Μετατόνωσης και Κηρυκτικής Πολιτικής						
Σ.Π.	326	327	321	328	325	328
ΠΔΕ	87	87	88	89	89	89
Συνολικό Σύνολο	413	414	409	417	414	417
Εθνοολογιστική προσαρμογή	1	1	0	0	0	0
Σύνολο κατά ESA	414	415	409	417	414	417
20 Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων						
Σ.Π.	627	627	599	628	619	618
ΠΔΕ	362	362	672	648	648	648
Συνολικό Σύνολο	1.209	1.209	1.241	1.277	1.267	1.266
Εθνοολογιστική προσαρμογή	38	34	113	111	79	79
Σύνολο κατά ESA	1.247	1.243	1.354	1.388	1.346	1.345



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΑΡΟΧΩΝ**

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 13 - 2 - 2018
Αριθ.Πρωτ.: 31547/9662

Ταχ. Δ/ση : Σταδίου 29
Ταχ. Κωδ. : 10110 Αθήνα

ΠΡΟΣ: Πίνακα Αποδεκτών

ΘΕΜΑ: «Σχετικά με την απόδοση ΑΜΚΑ σε δικαιούχους διεθνούς προστασίας και αιτούντες άσυλο»

- Σχετ.:** α) Το υπ' αριθ. 21458/5-7-16 έγγραφο της Γενικής Γραμματείας Πληθυσμού και Κοινωνικής Συνοχής.
β) Το με αριθ. πρωτ. Φ80000/35524/9196/4-8-2016 έγγραφο της Διεύθυνσης Υποστήριξης Ανθρώπινου Δυναμικού του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με τις διατάξεις του άρθρου 153 του Ν. 3655/2008 (Α' 58) από 1/6/2009 ο ΑΜΚΑ καθιερώθηκε υποχρεωτικά ως αριθμός εργασιακής και ασφαλιστικής ταυτοποίησης όλων των πολιτών της χώρας.

Όσον αφορά την απόδοση ΑΜΚΑ σε ξένους υπηκόους, σύμφωνα με την υπ' αριθ. οικ. 7791/245/Φ80321/1-4-2009 Κοινή Υπουργική Απόφαση, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είναι: Δελτίο ταυτότητας ομογενούς (αντίστοιχο της ελληνικής αστυνομικής) ή διαβατήριο ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης επίσημα μεταφρασμένο στα ελληνικά (όταν δεν υπάρχει δελτίο ταυτότητας ή διαβατήριο ή τα έγγραφα αυτά δεν περιέχουν τα ζητούμενα για την απογραφή στοιχεία). Για ανήλικα άτομα που γεννήθηκαν στη χώρα αρκεί η ληξιαρχική πράξη γέννησης.

Σύμφωνα με την ως άνω Υπουργική Απόφαση, τα στοιχεία που απαιτούνται για την καταχώρηση στο Εθνικό Μητρώο και την απονομή ΑΜΚΑ είναι τα παρακάτω:

- 1) Επώνυμο κατά τη γέννηση
- 2) Σημερινό επώνυμο, σύμφωνα με την ισχύουσα ταυτότητα που προσκομίζεται για την έκδοση ΑΜΚΑ
- 3) Όνομα
- 4) Όνομα πατέρα
- 5) Όνομα μητέρας

- 6) Φύλο
- 7) Ημερομηνία γέννησης (πλήρης)
- 8) Χώρα γέννησης
- 9) Νομός γέννησης (μόνο για όσους γεννήθηκαν στην Ελλάδα)
- 10) Υπηκοότητα
- 11) Στοιχεία ταυτότητας (αριθμός, έτος έκδοσης και είδος ταυτότητας). Επιτρέπονται και οι λατινικοί χαρακτήρες.
- 12) Ταχυδρομική δ/ση επικοινωνίας στην Ελλάδα (Οδός-Αριθμός, Τ.Κ, Πόλη-Δήμος, Νομός)
- 13) Τηλέφωνο επικοινωνίας

Ως προς το στοιχείο υπ' αριθ. 12, διευκρινίζεται ότι απαραίτητη είναι μία διεύθυνση επικοινωνίας, η οποία δεν ταυτίζεται υποχρεωτικά με διεύθυνση κατοικίας. Περαιτέρω, διευκρινίζεται ότι ο Φορέας Κύριας Ασφάλισης και ο Φορέας Υγείας δεν αποτελούν υποχρεωτικά στοιχεία για την απόδοση ΑΜΚΑ.

Επίσης, δεν αποτελεί προϋπόθεση για την έκδοση του ΑΜΚΑ η ύπαρξη εργασιακής σχέσης ή η παροχή υπηρεσιών ή έργου.

Σε περίπτωση απογραφής μέσω εκπροσώπου, απαιτείται επιπλέον η ταυτότητα ή το διαβατήριο ή το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του εκπροσώπου (κατά περίπτωση, όπως αναφέρεται παραπάνω) και επιπλέον υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (Α' 75) ότι εκπροσωπεί τον ενδιαφερόμενο. Εάν ο εκπρόσωπος εκπροσωπεί περισσότερα του ενός πρόσωπα δεν χρειάζεται ξεχωριστή υπεύθυνη δήλωσή του για κάθε εκπροσωπούμενο αλλά αρκεί μία δήλωση που αναφέρει τα ονόματα όλων.

Τα προσκομιζόμενα έγγραφα για την απόδοση ΑΜΚΑ, όπως ορίζονται στο παρόν έγγραφο, πρέπει να είναι τα πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα αυτών. Τα παραπάνω δικαιολογητικά δεν κατατίθενται στα ΚΕΠ ούτε στα γραφεία ΑΜΚΑ, απλώς επιδεικνύονται, πλην της υπεύθυνης δήλωσης του εκπροσώπου.

Επιπροσθέτως, και εκ του συνδυασμού των διατάξεων του άρθρου 68 παρ. 1 και 2 του Ν. 4375/2016, του άρθρου 69 παρ. 1 του Ν. 4375/2016, του άρθρου 34 περ. ιζ. του Ν. 4375/2016, του άρθρου 71 του Ν. 4375/2016, του άρθρου 8, παρ. 1 δ' του πδ 114/2010, του άρθρου 41, παρ.1 (δ) του Ν. 4375/2016 και του άρθρου 2 του Π.Δ. 113/2013 στ. κδ', προκύπτει ότι η κατοχή και προσκόμιση στις αρμόδιες Υπηρεσίες, Αδειών Διαμονής Διεθνούς Προστασίας, είτε Δελτίων Αιτούντος Διεθνούς Προστασίας ή Δελτίου Αιτήσαντος Ασύλου Αλλοδαπού, εμπίπτουν και ικανοποιούν πλήρως τον τύπο των περιγραφέντων στην ανωτέρω υπ' αριθ. οικ. 7791/245/Φ80321/1-4-2009 Κοινή Υπουργική Απόφαση, απαιτούμενων δικαιολογητικών που αφορούν στην απόδοση ΑΜΚΑ σε ξένους υπηκόους.

Στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανηλίκων (κάτω των 18 ετών), τα οποία είναι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας και αιτούντες άσυλο, δεν απαιτείται συμπλήρωση του πεδίου ΑΜΚΑ του εκπροσώπου.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

Α. ΞΑΝΘΟΣ

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Ι. ΜΟΥΖΑΛΑΣ

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ**

Α. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ

Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, στις πολιτικές υγείας και στο σύστημα υγείας μέχρι και σήμερα. Με βάση τα ευρήματα, οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης για την υγεία είναι σχετικές, συμπεριλαμβανομένων των αυξημένων ποσοστών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, την αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονιών και τις επιδημίες, που πλήττονται από την ταχεία αύξηση της ανεργίας ή τις οικονομικές συνθήκες.

Οι σημαντικότερες από τις μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα ήταν:

- [1] η δημιουργία του ΕΟΡΥΥ το 2011 ο οποίος λειτουργεί ως μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και όλων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους ασφαλισμένους
- [2] Η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης άρχισε το 2014 με την ίδρυση των ΠΕΔΥ, συντονισμένων από τις ΥΠΕ. Ακολούθησε ένα σχέδιο για τη δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας δύο βαθμίδων με λειτουργία φύλαξης, η οποία πρόκειται να υλοποιηθεί για τρία χρόνια (έως το 2020).
- [3] Σημαντικές αλλαγές έγιναν στις προμήθειες και στην παρακολούθηση, καθώς και αλλαγές στη διάρθρωση και τις πληρωμές νοσοκομείων το 2012-2013.
- [4] Οι φαρμακευτικές δαπάνες μειώθηκαν, κυρίως μέσω περικοπών των τιμών των φαρμάκων, της παροχής αυξημένων εκπτώσεων και της λήψης μέτρων ελέγχου του όγκου της κατανάλωσης.
- [5] Η ραγδαία αύξηση της ανεργίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οδήγησε σε μεγάλο αριθμό ατόμων χωρίς πλήρη κάλυψη για την υγεία. Σημαντικές ενέργειες έγιναν το 2016 που επέτρεψαν στους ανέργους και τις ασθενέστερες ομάδες να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- [6] Ενώ ορισμένες από αυτές τις μεταρρυθμίσεις ήταν μακρόπνοες, οι περισσότερες από τις πραγματικές αλλαγές προήλθαν από τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και υλοποιήθηκαν σύμφωνα με τους όρους των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα.

Γενικά οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο ελληνικό σύστημα υγείας από το 2010 επικεντρώνονται κυρίως στις οικονομικές και οργανωτικές διαστάσεις, αντιμετωπίζοντας εν μέρει τα μακροπρόθεσμα ζητήματα του δομικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, η πραγματοποίηση σημαντικών αλλαγών σε συνδυασμό με εκτεταμένες οικονομικές περικοπές αποδείχθηκε πολύ δύσκολη, τόσο ως προς την ικανότητα πραγματοποίησης ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων, όσο και ως προς τις συνέπειες για την παροχή υπηρεσιών.

Παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν καταβληθεί μέχρι στιγμής, εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται ορισμένες βασικές πηγές αναποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, ειδικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού και η έλλειψη χρηματοδότησης. Μια άλλη πρόκληση είναι η έλλειψη διοικητικής ικανότητας για την εισαγωγή διοικητικών μεταρρυθμίσεων και η παρακολούθησή τους. Τα κενά στις τεχνικές δεξιότητες και επομένως η ροή πληροφοριών μεταξύ διαφόρων κρατικών φορέων, καθώς και η έλλειψη ισχυρής αξιολόγησης των επιδόσεων, ενθαρρύνουν περαιτέρω την αντίσταση στην αλλαγή.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. *Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3, 109-120.

Βαρουφάκης Γ., Πατώκος Τ., Τσερκέζης Λ., Κουτσοπέτρος Χ. (2011). *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011*. INE & Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: ΙΑΝΟΣ

Ζηλίδης Χ. (2005). *Αρχές και Εφαρμογές πολιτικής Υγείας*. Αθήνα: Mediforce

Μακράκης Α. (2018). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 17 (2). 88-101

Πομώνης Δ. (1925). *Υγειονομική νομοθεσία*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

Ρομπότη Ε., Φερόνας Α., (2012). *Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Αγορά Εργασίας των Χωρών υπό το Καθεστώς Δημοσιονομικής Προσαρμογής: Μια Συγκριτική Ανάλυση*

Τούντας Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας

Τμήμα Πληροφορικής Π.Π.Γ.Ν.Ι., 2018.

Υφαντόπουλος Γ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω/Δάρδανος

Ξένη

Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., & Niakas, D. (2007). The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals. *Health Policy*, 83(2-3), 236-245.

- Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. *Social science & medicine*, 70(3), 465-472.
- Anand, M. R., Gupta, G. L., & Dash, R. (2012). The euro zone crisis Its dimensions and implications. *Department of Economic Affairs (DEA), Ministry of Finance, India*.
- Arapoglou, V., & Gounis, K. (2015). *Poverty and homelessness in Athens: governance and the rise of an emergency model of social crisis management*.
- Athanasiadis, A., Kostopoulou, S., & Philalithis, A. (2015). Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality. *Global journal of health science*, 7(6), 55.
- Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C., & Philalithis, A. (2018). The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective. *International Journal of Health Governance*, 23(4), 316-329.
- Baldwin, R. E., & Giavazzi, F. (2015). *The Eurozone crisis a consensus view of the causes and a few possible solutions*. London: CEPR Press.
- Ballas, A. A., & Tsoukas, H. (2004). Measuring nothing: the case of the Greek national health system. *Human Relations*, 57(6), 661-690.
- Bank of Greece, (2014). *The chronicle of the Great crisis. The Bank of Greece 2008-2013*. Bank of Greece Eurosystem
- Belkin, P., Nelson, R. M., & Mix, D. E. (2010, April). *Greece's debt crisis: Overview, policy responses, and implications*. Library of Congress Washington DC Congressional Research Service.
- Bonovas, S., & Nikolopoulos, G. (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 53(3).
- Carpenter, M. (2003). On the edge: The fate of progressive modernization in Greek health policy. *International Political Science Review*, 24(2), 257-272.

- Chouvarda, I., & Maglaveras, N. (2015). Medical informatics education & research in Greece. *Yearbook of medical informatics*, 10(1), 220.
- Clarke, J., & Huliaras, A. (2016). *Austerity and the third sector in Greece: Civil society at the European frontline*. Routledge.
- Colasanti, F. (2016). Financial Assistance to Greece: Three programmes. EPC Discussion Paper, Brussels, European Policy Centre.
- Davaki, K., & Mossialos, E. (2005). Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of health politics, policy and law*, 30(1-2), 143-168.
- Deber, R., Narine, L., Baranek, P., Sharpe, N., Duvalko, K. M., Zlotnik-Shaul, R. & Williams, A. P. (1998). The public-private mix in health care. *Striking a balance: health care systems in Canada and elsewhere*, 4.
- Economou M., Madianos M., Theleritis C., Peppou L., Stefanis C., (2011), Increased suicidality amid economic crisis in Greece, University Mental Health Research Institute, University of Athens
- Economou, C. (2010). Health systems in transition: Greece: health system review 2010. In *Health systems in transition: Greece: health system review 2010*
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population1. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99-115.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, M., Peppou, L. E., Souliotis, K., & Stylianidis, S. (2016). The impact of the economic crisis in Greece: Epidemiological perspective and community implications. In *Social and Community Psychiatry* (pp. 469-483). Springer, Cham.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Health system review. *Health*, 19(5).

- Falagas, M.E., Vouloumanou, E.K., Mavros, M.N., Karageorgopoulos, D.E., (2009), Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract*, 63(8), pp.1128-35.
- Giusti, D., Criel, B., & De Béthune, X. (1997). Public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning*, 12(3), 193-198.
- Goranitis, I., Siskou, O., & Liaropoulos, L. (2014). Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy*, 117(3), 279-284.
- Hardouvelis, G., & Gkionis, I. (2016). A Decade Long Economic Crisis: Cyprus versus Greece. *Cyprus Economic Policy Review*, 10(2), 3-40.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.
- Kalafati, M. (2012). How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. *Emergency Nurse (through 2013)*, 20(3), 26.
- Karamanoli E. (2011) Debt crisis strains Greece's ailing health system. *Lancet*; 378: 303–04.
- Karamanoli E. (2012),Greece's financial crisis dries up drug supply. *Lancet* 2012; 379: 302.
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15(1), 83.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Karatzanis AD, Symvoulakis EK, Nikolaou V, Velegrakis GA. (2012), Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece. *Int J Med Sci*;9:126-8
- Karidis NP, Dimitroulis D, Kouraklis G. (2011),Global financial crisis and surgical practice: the Greek paradigm. *World J Surg* 2011;35:2377-81

- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. (2011), Health effects of financial crisis: womens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457–58.
- Kentikelenis A, Papanicolas I. (2012), Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health*, 22: 4–5.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Kentikelenis, A. (2015). Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 365-366.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., & Stuckler, D. (2015). How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 937-944.
- Kerasidou, A., Kingori, P., & Legido-Quigley, H. (2016). “You have to keep fighting”: maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15(1), 118.
- Kondilis, E., Smyrnakis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Zdoukos, T., Iliffe, S., & Benos, A. (2012). Economic crisis and primary care reform in Greece: driving the wrong way?. *Br J Gen Pract*, 62(598), 264-265.
- Kouretas, G. P. (2015). *The Greek Debt Crisis: Origins and Implications*. Athens University of Economics and Business
- Kouretas, G. P., & Vlamis, P. (2010). The Greek crisis: causes and implications. *Panoeconomicus*, 57(4), 391-404.
- Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International journal for equity in health*, 13(1), 54.
- Kyriopoulos, J. E., & Tsalikis, G. (1993). Public and private imperatives of Greek health policies. *Health Policy*, 26(2), 105-117.
- Lapavitsas, C. (2012). *Crisis in the Eurozone*. Verso Books.

- Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. (2011), Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 46: 943–52.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 943-952.
- Matsaganis, M., & Leventi, C. (2014). Poverty and inequality during the Great Recession in Greece. *Political Studies Review*, 12(2), 209-223.
- Matsaganis, M., Leventi, C., & Flevotomou, M. (2012). The crisis and tax evasion in Greece: what are the distributional implications?. In *CESifo Forum* (Vol. 13, No. 2, pp. 26-32). München: ifo Institut–Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München.
- Mavridis, S. (2018). Greece’s Economic and Social Transformation 2008–2017. *Social Sciences*, 7(1), 9.
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health economics*, 14(S1), S151-S168.
- Nelson, R. M., Belkin, P., & Jackson, J. K. (2015). *The Greek debt crisis: Overview and implications for the United States*. Congressional Research Service
- Niakas, D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*, 43(4), 597-602.
- Notara, V., Koupidis, S. A., Vaga, E., & Grammatikopoulos, I. A. (2010). Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *Journal of nursing management*, 18(5), 501-504.
- Oikonomou, N., & Tountas, Y. (2011). The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *The Lancet*, 377(9759), 28-29.
- Ozturk, S., & Sozdemir, A. (2015). Effects of global financial crisis on greece economy. *Procedia Economics and finance*, 23, 568-575.
- Pajarskas, V., & Jočienė, A. (2014). Subprime mortgage crisis in the United States in 2007–2008: causes and consequences (part i). *Ekonomika*, 4(93), 85-118.

Panteli, D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E., & Kaitelidou, D. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries. *Health Systems in transition, 18*(5), 1-118.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International journal of environmental research and public health, 10*(5), 2017-2027.

Pappas, T. S., & Assimakopoulou, Z. (2012). Party patronage in Greece: Political entrepreneurship in a party patronage democracy. *Party patronage and party government in European democracies*, 144-162.

Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health policy, 109*(1), 14-22.

Priftis, R., & Rousakis, M. (2017). *Deposit Flight, Precautionary Consumption, and Capital Controls: A Tale from Greece*.

Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 1-13.

Schwab, K. (2010, September). The global competitiveness report 2010-2011. Geneva: World Economic Forum.

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy, 115*(2-3), 111-119.

Siskou, O., Galanis, P., Kaitelidou, D., Kalogeropoulou, M., Kouli, E., Thireos, E., ... & Liaropoulos, L. (2014). Evaluation of Selected Ken-Drugs in Greek Public Hospitals: The Degree to Which they Reflect Actual Expenditure and Average Length of Stay. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 17*(7), A602.

Sotiropoulos, D. A., & Bourikos, D. (2014). Economic crisis, social solidarity and the voluntary sector in Greece. *Journal of Power, Politics & Governance, 2*(2), 33-53.

- Stournaras Y. (2016). *The impact of the Greek sovereign crisis on the banking sector – challenges to financial stability and policy responses by the Bank of Greece.*
- Symeonidis, G., & Authority, H. A. (2017). Forging a new, solid social security system for Greece: The NTS proposal.
- Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, 62(1), 15-29.
- Tragakes, E., & Polyzos, N. (1998). The evolution of health care reforms in Greece: charting a course of change. *The International journal of health planning and management*, 13(2), 107-130.
- Triantafyllou, K., & Angeletopoulou, C. (2011). IMF and European co-workers attack public health in Greece. *The Lancet*, 378(9801), 1459-1460.
- Vandoros, S., & Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy*, 109(1), 1-6.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, 23(5), 727-731.
- Vassilakopoulou, P., & Marmaras, N. (2013). Transitions In The Making: Introducing E-Health Platforms In Greece. In *ECIS* (p. 219).
- Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C., & de Joncheere, K. (2011). Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern med review*, 4(2), 69.
- WHO (World Health Organization) (1996). *Health care systems in transition: Greece* (No. CARE 04 03 06). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yang, B. M., Prescott, N., & Bae, E. Y. (2001). The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. *Health Policy and Planning*, 16(4), 372-385.
- Yfantopoulos, N., Yfantopoulos, P., & Yfantopoulos, J. (2016). Pharmaceutical Policies under Economic Crisis: The Greek Case. *Journal of Health Policy and Outcomes Research*, (2), 4-16.

Yfantopoulos, J. N., & Chantzaras, A. (2018). Drug policy in Greece. *Value in health regional issues*, 16, 66-73.

Zafiropoulou, M. (2014). Exclusion from Healthcare Services and the Emergence of New Stakeholders and Vulnerable Groups in Times of Economic Crisis: A Civil Society's Perspective in Greece.

Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16(1), 309.

Διαδίκτυο

Carassava A. (2013) *Euro crisis: why Greece is the sick man of Europe*. <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-16256235>

Deloitte (2017). *Healthcare in Greece Overview and Trends*. Διαθέσιμο από https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/gr/Documents/life-sciences-health-care/gr_healthcare_in_greece_noexp.pdf [Πρόσβαση 05/12/2018]

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. (2017). *Ανοιχτή επιστολή: Λήψη μέτρων για την αποτελεσματική προστασία των ατόμων με αναπηρία, με χρόνιες παθήσεις και των οικογενειών τους*. Διαθέσιμο από <https://www.esamea.gr/legal-framework/48-our-actions/ypoik/3335-anoixti-epistoli-ston-ypourgo-oikonomikon-mesi-kai-apotelesmatiki-prostasia-ton-atomon-me-anapiria> [Πρόσβαση 20/12/2018]

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ) (2018). *Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ: Έτος 2016*. Διαθέσιμο από <http://www.statistics.gr/documents/20181/e7f06ed6-5e35-4842-a782-9e21e904c83a> [Πρόσβαση 05/12/2018]

Ένωση Ελληνικών Τραπεζών (ΕΕΤ), (2013), *Το Ελληνικό Τραπεζικό Σύστημα το 2011 και το 2012*. Διαθέσιμο από <http://www.hba.gr/main/Ereunes-meletes/EllinikoTrapezikoSystema2011-12web.pdf> [Πρόσβαση 03/12/2018]

Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Διαθέσιμο από <http://www.efka.gov.gr/> [Πρόσβαση 15/12/2018]

Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, (2017). *Ελλάδα. Προφίλ Υγείας, 2017.* Διαθέσιμο από https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf [Πρόσβαση 05/12/2018]

Ministry of Finance (2017). *The Greek Economy: Recent Economic Developments Overview.* Διαθέσιμο από <https://www.mfa.gr/missionsabroad/images/stories/missions/slovakia/2017/The%20Greek%20economy%20Recent%20Economic%20Developments%2022.8.2017.pdf> [Πρόσβαση 03/12/2018]

OECD, (2018). *Greece economic outlook.* Διαθέσιμο από <http://www.oecd.org/eco/outlook/economic-forecast-summary-greece-oecd-economic-outlook.pdf> [Πρόσβαση 03/12/2018]

Παγκόσμια Τράπεζα (2018). *Το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ (%).* Διαθέσιμο από https://www.google.com/publicdata/explore?ds=ds22a34krhq5p_&ctype=l&met_y=gd_pc_gdp&hl=el&dl=el#!&ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=gd_pc_gdp&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=country_group&idim=country:el&ifdim=country_group&tstart=946764000000&tend=1483308000000&hl=el&dl=el&ind=false [Πρόσβαση 01/12/2018]

Παγκόσμια Τράπεζα (2018). *Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.* Διαθέσιμο από https://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=ny_gdp_mktp_cd&hl=el&dl=el#!&ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=ny_gdp_mktp_cd&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=country:GRC&ifdim=region&tstart=1167688800000&tend=1483308000000&hl=el&dl=el&ind=false [Πρόσβαση 01/12/2018]

Παγκόσμια Τράπεζα (2018). *Ανεργία.* Διαθέσιμο από https://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=ny_gdp_mktp_cd&hl=el&dl=el#!&ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=unemployment&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=country:GRC&ifdim=region&tstart=1167688800000&tend=1483308000000&hl=el&dl=el&ind=false [Πρόσβαση 02/12/2018]

Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας (IOBE) και Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, (2018). *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2017.* Διαθέσιμο από

http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_27022018_REP_GR.PDF

[Πρόσβαση

26/12/2018]

The World Bank (2018). *GDP growth (annual %)*. Διαθέσιμο από

<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> [Πρόσβαση 01/12/2018]

Weisbrot, M., Rosnick, D., & Lefebvre, S. (2015). The Greek economy: Which way forward. *Center for Economic and Policy Research Report*. Διαθέσιμο από: <http://www.cepr.net/publications/reports/the-greek-economy-which-way-forward>

[Πρόσβαση

03/12/2018]