



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ»



ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ
ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ
ΚΩΣΤΙΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΪΜΑΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΠΑΤΡΑ, 2012

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία διενεργήθηκε με σκοπό την χρηματοοικονομική και λογιστική ανάλυση δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα γίνει μια αξιολόγηση των συστημάτων υγείας από χρηματοοικονομική άποψη.

Θα ακολουθήσει στο δεύτερο κεφάλαιο ο τρόπος διοίκησης αλλά και οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στον προϋπολογισμό και τον απολογισμό των δημόσιων νοσοκομείων.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει μια αναφορά στην λογιστική και την κοστολόγηση ως εργαλεία των προϋπολογισμών.

Η εργασία μας θα κλείσει με την παράθεση των συμπερασμάτων από την μελέτη που πραγματοποιήσαμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
1.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΕΘΝΩΣ ΣΕ ΜΑΚΡΟ-ΕΠΙΠΕΔΟ	16
1.2.1. ΓΕΝΙΚΑ – ΟΡΟΛΟΓΙΑ	16
1.2.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.2.3. ΔΗΜΟΣΙΕΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	24
1.3. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	29
1.3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	29
1.3.2. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	31
1.3.3. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ...	34
1.3.4. ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	36
1.3.5. ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	42
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	42
(ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)	42
2.1. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	42
2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ – ΙΣΤΟΡΙΚΑ	42
2.1.2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	44
2.1.3. ΆΛΛΕΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	53

2.2. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ: ΘΕΩΡΙΑ	56
2.3. Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ (ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ) ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	64
2.3.1. «ΕΙΔΗ» ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	64
2.4. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ	67
2.5 ΣΥΝΑΡΤΗΣΕΙΣ	71
2.6 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ	76
2.7 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	84
2.8 ΤΙ ΕΙΝΑΙ – ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ – Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	88
ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	88
3.1 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	88
3.2 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ	88
3.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΝΠΔΔ	92
3.4. ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ, ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	97
3.5. ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑΣ	97
3.6 ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ- ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	99
3.7 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	104
Η ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	104
4.1. ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ	104
4.2 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ	106

4.3.ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ (ΥΓΕΙΑΣ)	108
4.3.1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ	108
4.4 ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ	112
4.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	115
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	117
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νοσοκομείο με βάση την κείμενη νομοθεσία (Ν. 2593/52, Ν. 1397/83, Π.Δ. 87/86, Ν. 2079/92, Ν. 2519/97, Ν. 2889/01, Ν. 3204/04, Ν. 3329/05) *απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες σε επίπεδο Διεύθυνσης:*

- 1.Ιατρική**
- 2.Νοσηλευτική**
- 3.Διοικητική/Οικονομική**
- 4.Τεχνική/Ξενοδοχειακή (άνω των 100 κλινών)**
- 5.Άλλες (Πληροφορική, Εκπαίδευση στα μεγάλα νοσοκομεία).**

Η Ιατρική και αντίστοιχα η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς (Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός, Ψυχιατρικός κ.λπ.) και διατομεακά τμήματα (Εξωτερικών Ιατρείων, Επειγόντων Περιστατικών, Ημερήσιας Νοσηλείας κ.λπ.). Κάθε τομέας αποτελείται από 2 ή περισσότερα τμήματα (Παθολογικό, Καρδιολογικό κ.ο.κ.) και μονάδες (Εμφραγμάτων, Τεχνητού Νεφρού κ.λπ.). Η διοικητική υπηρεσία σε νοσοκομεία κάτω των 100 κλινών περιλαμβάνει μια υποδιεύθυνση (Διοικητικού), όπου είναι ενταγμένο και το οικονομικό τμήμα (με τις αντίστοιχες λειτουργίες που θα φανούν και παρακάτω). Η διοικητική υπηρεσία σε νοσοκομεία άνω των 100 κλινών περιλαμβάνει και οικονομική υπηρεσία ως μια δεύτερη υποδιεύθυνση.

Η αύξηση των δαπανών υγείας σε συνδυασμό με την αναγκαιότητα ελέγχου της αποδοτικής χρήσης των πόρων δημιούργησε την ανάγκη για άντληση οργανωμένων οικονομικών πληροφοριών, με άμεσο στόχο τη βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης σε όλα τα επίπεδα. Η ομαδοποίηση των οικονομικών δραστηριοτήτων σε μια υπηρεσία ειδικευμένη στην αποδοτικότητα και στον έλεγχο είναι απολύτως αναγκαία. Διευκολύνει τη λειτουργία και άλλων υπηρεσιών-τμημάτων και συνεπάγεται την εκτέλεση μιας βασικής λειτουργίας.

Η Υποδιεύθυνση (ή το τμήμα) Οικονομικού έχει ως αποστολή την ορθολογική και πάντα σύμφωνη με τους στόχους της διοίκησης διαχείριση όλων των οικονομικών στοιχείων του νοσοκομείου, καθώς και όλων αυτών που δημιουργούν άμεσα ή έμμεσα οικονομικά δεδομένα:

- Προγραμματίζει και συντονίζει τις οικονομικές δραστηριότητες του νοσοκομείου.
- Φροντίζει για τη μελέτη των οικονομικών αναγκών του νοσοκομείου.
- Καταρτίζει τον ετήσιο προϋπολογισμό.
- Επιμελείται την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών του προσωπικού κ.λπ. που χρειάζονται για τη λειτουργία του νοσοκομείου.
- Καταρτίζει τον ισολογισμό και απολογισμό, τηρεί λογιστικά βιβλία και έχει την ευθύνη για το «κλείσιμο» των βιβλίων στη λήξη κάθε έτους.
- Μεριμνά για την είσπραξη των δεδουλευμένων εσόδων του νοσοκομείου.
- Όλες οι νοσοκομειακές μονάδες ακολουθούν συγκεκριμένες ενέργειες, προκειμένου να προμηθευτούν τα απαραίτητα υγειονομικά και άλλα υλικά. Στην οικονομική υπηρεσία ανήκει το Τμήμα Προμηθειών, που είναι υπεύθυνο για τον εφοδιασμό του νοσοκομείου με πρώτες ύλες (αγαθά και υπηρεσίες).

Στην πραγματικότητα, ο ρόλος και η συμμετοχή της οικονομικής υπηρεσίας στη λειτουργία του δημόσιου νοσοκομείου ήταν μέχρι πρότινος, και ίσως ακόμα είναι, περισσότερο διεκπεραιωτικός παρά ουσιαστικός. Ο λόγος στον οποίο αυτό οφείλεται σχετίζεται με την όλη λειτουργία του τμήματος, που στηρίζεται αφενός σε νόμους και διατάξεις αναχρονιστικές και αφετέρου στην παντελή έλλειψη ουσιαστικού ελεγκτικού μηχανισμού. Τα εργαλεία αλλά και οι διαδικασίες ολοκλήρωσης μιας ενέργειας οικονομικού περιεχομένου χαρακτηρίζονται από έντονα γραφειοκρατικά στοιχεία, με υποδομές που

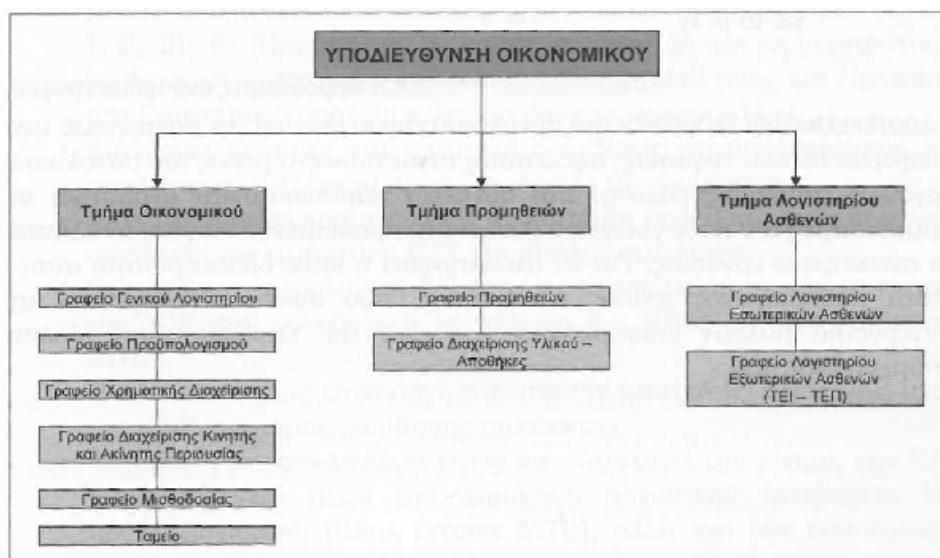
θυμίζουν καταστάσεις και πρακτικές περασμένων δεκαετιών και αδύναμες σχέσεις λειτουργικής εξουσίας με τα κέντρα λήψης αποφάσεων. Η διοικητική και ιδιαίτερα η οικονομικό-διαχειριστική λειτουργία των νοσοκομείων χαρακτηριζόταν πάντα από το στοιχείο του συγκεντρωτισμού, παρότι το ιατρικό σώμα παρουσιάζεται ως ο κύριος παράγοντας διαμόρφωσης των δαπανών, χωρίς να επωμίζεται τις οικονομικές συνέπειες. Ο συγκεντρωτισμός αυτός δεν εξυπηρετεί τον στόχο της καλύτερης δυνατής χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων, δεδομένου ότι οι διοικητικοί (συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών υπαλλήλων) δεν έχουν τη δυνατότητα, κυρίως σε επίπεδο ιατρικών γνώσεων, να ελέγξουν και να εξασφαλίσουν τις ορθότερες επιλογές για το νοσοκομείο σε όλα τα επίπεδα. Ο έλεγχος που γίνεται μέσα από τη διαδικασία του προϋπολογισμού (σύγκριση των καταναλωθέντων πόρων με αυτούς που εγκρίθηκαν) διαφέρει σημαντικά από τον απαιτούμενο διαχειριστικό έλεγχο (ανάλυση με όρους κόστους-αποτελεσματικότητας).

Η μορφή τμηματοποίησης, δηλαδή ο αριθμός και η φύση των τμημάτων ή των επιμέρους οργανωτικών μονάδων, πρέπει να εξασφαλίζει την αποτελεσματική διοίκηση, τον συντονισμό και την ολοκλήρωση εφαρμογής των διαφόρων αποφάσεων, λειτουργιών και ενεργειών δράσης, την επίτευξη συνέργειας και οικονομιών κλίμακας, την τελέσφορη αξιοποίηση των πόρων, την ικανοποίηση των εργαζομένων, την αποτελεσματική υλοποίηση της στρατηγικής και τον προσανατολισμό (προς τον χρήστη των υπηρεσιών).

Η διάρθρωση της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού (διάγραμμα 1) Δημόσιας Μονάδας Υγείας (ΔΜΥ) και Πρόνοιας (Π) ποικίλλει ανάλογα, π.χ. με το μέγεθος του νοσοκομείου και την «παλαιότητα» του Οργανισμού του. Υπάρχει δηλαδή ένας βασικός κορμός διάρθρωσης που είναι κοινός σε όλα τα νοσοκομεία, αλλά υπάρχουν και αποκλίσεις. Η Υποδιεύθυνση (σε νοσοκομεία άνω των 200 κλινών, στα υπόλοιπα,

τμήμα με Γραφεία) διαρθρώνεται σε τμήματα ή/και αυτά με τη σειρά τους σε Γραφεία. Η τμηματοποίηση βασίζεται στην ομοιομορφία εσωτερικών διαδικασιών (π.χ. προμήθειες). Για την εξασφάλιση της λειτουργίας εφαρμόζονται κανόνες και πρότυπα με τυποποιημένο και προβλέψιμο τρόπο, υιοθετώντας έτσι το ιεραρχικό μοντέλο του Max Weber (κάθετη μορφή άσκησης εξουσίας, από πάνω προς τα κάτω). Οι αποκλίσεις στη διάρθρωση της Υποδιεύθυνσης που παρουσιάζονται μεταξύ νοσοκομείων οφείλονται κατά κύριο λόγο στην απουσία κεντρικής φιλοσοφίας σχετικά με το αντικείμενο και τις λειτουργίες της. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι σε πολλά νοσοκομεία το Γραφείο Μισθοδοσίας ανήκει στο Τμήμα Οικονομικού ή είναι ανεξάρτητο. Σε άλλα ανήκει στη Διοικητική Υποδιεύθυνση, όπως και το Λογιστήριο Ασθενών (μαζί με το Γραφείο Κινήσεως), παρότι και των δύο το αντικείμενο (ιδιαίτερα του δεύτερου) έχει άμεση συνάφεια και αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα Γραφεία της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού. Οργανικά σε κάθε τμήμα υπάρχει προϊστάμενος και σε κάθε γραφείο ορίζεται υπεύθυνος.

Διάγραμμα 1: Διάρθρωση Υποδιεύθυνσης Οικονομικού ΔΜΥ-Π



Η Υποδιεύθυνση (ή Τμήμα) Οικονομικού είναι υπεύθυνη για τη σύνταξη και τήρηση όλων των οικονομικών στοιχείων, καθώς και για την ενημέρωση των αρμόδιων φορέων (Υπουργείο Υγείας και Κ.Α. - ΔΥΠε, Γενικό Λογιστήριο, ΕΣΥΕ κ.λπ.), σχετικά με τα έσοδα-έξοδα σε προϋπολογιστικό ή/ και απολογιστικό επίπεδο, τις επιχορηγούμενες πιστώσεις, τα περιουσιακά στοιχεία, τα μισθοδοτικά στοιχεία, τις κάθε είδους προμήθειες και αγορές, καθώς και τη διαχείριση αυτών (βλέπε ανάλυση και έντυπα παρακάτω).

Α. Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης:

- α.1. Γραφείο Γενικού Λογιστηρίου
- α.2. Γραφείο Προϋπολογισμού (ενίοτε μαζί με το α.1)
- α.3. Γραφείο Χρηματικής Διαχείρισης (ενίοτε μαζί με το α.5)
- α.4. Γραφείο Κινητής και Ακίνητης Περιουσίας (ενίοτε μαζί με το α.1)
- α.5. Ταμείο (ενίοτε μαζί με το α.3)
- α.6. Μισθοδοσία (ενίοτε μαζί με το α. 1)

Β. Τμήμα Προμηθειών και Διαχείρισης Υλικού:

β.1. Γραφείο Προμηθειών

β.2. Γραφείο Διαχείρισης Υλικού

Γ. Τμήμα Λογιστηρίου Ασθενών (ενίοτε μαζί με το Γραφείο Κίνησης στην Υπ/νση Διοικητικού):

γ. 1. Γραφείο Είσπραξης Νοσηλίων Εσωτερικών Ασθενών (ενίοτε μαζί με το β.2)

γ.2. Γραφείο Είσπραξης Νοσηλίων Εξωτερικών Ασθενών (ενίοτε μαζί με το β. 1).

Η αποτελεσματική υλοποίηση του συνολικού έργου απαιτεί τον συντονισμό των διαφόρων θέσεων εργασίας, αφού αυτές περιέχουν ένα μέρος του συνολικού έργου ή επιμέρους ρόλους. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι αρμοδιότητες του κάθε γραφείου ξεχωριστά, προκειμένου να γίνει αντιληπτό το αντικείμενο εργασίας. Για να ολοκληρωθεί η κάθε δραστηριότητα απαιτείται καθορισμένος τρόπος υλοποίησης, που συχνά περιλαμβάνει τη συνεργασία πολλών διαφορετικών γραφείων της Υποδιεύθυνσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μέγεθος του τομέα υγείας και η μεγάλη κοινωνική του σημασία επιβάλλουν τη διερεύνηση του τρόπου οργάνωσης και χρηματοδότησης του, ιδιαίτερα στο μεγαλύτερο μέρος του (νοσοκομειακός τομέας). Η αποδοτικότητα στην οργάνωση τη διοίκηση και την οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών του ΕΣΥ έχει διαπιστωθεί ότι παρουσιάζει προβλήματα προσπελασιμότητας του πληθυσμού στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και αναποτελεσματικότητα αυτών των υπηρεσιών. Η έλλειψη αξιολογικών κριτηρίων ελέγχου των αποκεντρωμένων μονάδων (π.χ. νοσοκομεία) δεν ευνοεί την επίτευξη των στόχων του ΕΣΥ (Πολύζος, 1998). Συγκεντρωτικά η κατάσταση επιδεινώνεται από τη δυσκολία επίτευξης των βασικών κριτηρίων-στόχων των συστημάτων υγείας των περισσότερων ανεπτυγμένων χωρών, που είναι:

- η επάρκεια ή ισοτιμία (equity) πρόσβασης για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας ή κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού,
- η αποδοτικότητα (efficiency) των υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά κυρίως το οικονομικό μέρος, που μετριέται σε μακρο-επίπεδο (macro-economic efficiency) με βάση π.χ. την αναλογία δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, και σε μικρο-επίπεδο (micro-economic efficiency) ανάλογα με τον κάθε φορά καθορισμένο δείκτη του αποτελέσματος ή της απόδοσης ενός οργανωμένου συνόλου υπηρεσιών (π.χ. νοσοκομείου) ή και του συγκεκριμένου παραγωγού (π.χ. γιατρού) και, τέλος,

- η ελευθερία επιλογής του καταναλωτή (consumer choice), σε συνδυασμό με το κατάλληλο επίπεδο αυτονομίας και ελέγχου του παραγωγού.

Όλες οι αναπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, στην προσπάθεια τους να επιτύχουν τους παραπάνω στόχους, έχουν προβλήματα, που μπορεί να ποικίλλουν στο εύρος τους (OECD 2004), αλλά βασικά περιέχουν τα εξής:

- συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών ή πιέσεις για αύξηση τους,
- διογκωμένη ή/και μη αναγκαία χρησιμοποίηση υπηρεσιών σε ορισμένους τομείς (π.χ. νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία κ.λπ.), σε αντίθεση με άλλους (π.χ. Πρωτοβάθμια. Φροντίδα Υγείας).
- ενδείξεις για σημαντικές διαφοροποιήσεις, όσον αφορά τη δραστηριότητα των "παραγωγών" και το κόστος των παραγόμενων υπηρεσιών, μεταξύ χωρών και περιφερειών,
- έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων παραγωγών και των φορέων χρηματοδότησης,
- προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ορισμένων περιοχών (λίστες αναμονής ή έλλειψη υπηρεσιών), σε αντίθεση με την υποχρησιμοποίησή τους (χαμηλοί δείκτες κάλυψης) και, τέλος,
- προβλήματα αποτελεσματικότητας (effectiveness) και ανταπόκρισης (responsiveness) των παροχών υπηρεσιών υγείας στους "καταναλωτές" (ασθενείς) που εκφράζονται από τον βαθμό της ποιότητας (quality) των υπηρεσιών και της ικανοποίησης (satisfaction) του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, ο τομέας της υγείας έχει σχεδόν όλα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που εμφανίζει ιστορικά η κοινωνική, οικονομική και πολιτική ανάπτυξη της χώρας. Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού παρουσιάζει ποσοτικούς δείκτες (π.χ. προσδόκιμο επιβίωσης, νοσηρότητα, θνησιμότητα) με παραπλήσιες τάσεις σε σχέση πάντα με τις προηγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Η δημογραφική γήρανση, η χαμηλή

γεννητικότητα, το υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης και το συγκεκριμένο νοσολογικό φάσμα του ελληνικού πληθυσμού ακολουθούν περίπου τους μέσους όρους των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη, που είναι και το βασικό αντικείμενο του βιβλίου, κατέχει κεντρική θέση στο υγειονομικό μας σύστημα. Στην Ελλάδα το ποσοστό των δαπανών υγείας που διατίθεται για τη νοσοκομειακή περίθαλψη είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (πλησίον του 60%)¹. Στις εκθέσεις διεθνών οργανισμών (ΟΟΣΑ, Ε.Ε.) για την ελληνική οικονομία, φαίνεται ότι η διόγκωση των δαπανών στον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα είναι το πιο σημαντικό ζήτημα υγειονομικής πολιτικής (OECD 2004). Μεταξύ άλλων τονίζονται και οι εξής παράγοντες:

- αναποτελεσματικός τρόπος χρηματοδότησης, ιδιαίτερα από την κοινωνική ασφάλιση, ανεπαρκής διοίκηση-διαχείριση, συνδυαζόμενη με τον περιορισμό της ευελιξίας στους προϋπολογισμούς,
- έλλειψη κινήτρων για τους γιατρούς και το προσωπικό και αναποτελεσματική σχέση μισθού και απόδοσης, με αντιδεοντολογικές συμπεριφορές από την πλευρά των γιατρών,
- μη χρησιμοποίηση της αγοραστικής μονο-ψωνιακής δύναμης των νοσοκομείων του ΕΣΥ (π.χ. στις διαδικασίες προμηθειών),
- ελλείμματα εξαιτίας αναποτελεσματικής χρηματοδότησης, τιμολόγησης και οικονομικής διαχείρισης,
- αναποτελεσματικότητα, που αναδεικνύεται και από τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών.

Στη χώρα μας, το κράτος και οι φορείς του δεν κατάφεραν μέχρι σήμερα να εφαρμόσουν αποτελεσματικά πολιτικές ελέγχου του κόστους

¹ Πολύζος Ν., (2007), χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

και παράλληλα να τις αξιολογήσουν. Η καταστρατήγηση της όποιας προσπάθειας εφαρμογής τους συνίσταται:

- στην ανυπαρξία χρηματοδότησης σε "προοπτική" βάση με συγκεκριμένα κριτήρια, μιας και οι προϋπολογισμοί (π.χ. των νοσοκομείων) διογκώνονται ή καταστρατηγούνται,

- στην ομοιόμορφη και εκτός πραγματικότητας πολιτική των τιμών (π.χ. νοσήλια) και παράλληλα στην έλλειψη ανταποδοτικότητας των εισφορών,

- στις χωρίς κίνητρα-αντικίνητρα αμοιβές των επαγγελματιών υγείας,

- στην έλλειψη προώθησης εναλλακτικών μορφών περίθαλψης,

- στην απουσία σχεδιασμού ανά περιφέρεια, βαθμίδα και φορέα περίθαλψης,

- στις αντιστάσεις του ιατρό-βιομηχανικού συμπλέγματος,

- στην ισχνή και, κυρίως, χωρίς αξιολόγηση συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος, ενώ ο ασθενής συμμετέχει ιδιότυπα στο κόστος μέσω της αυξανόμενης παραοικονομίας.

Έτσι, οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας είναι από τις - υψηλότερες στον κόσμο, αν λάβουμε υπόψη μας, εκτός των άλλων, και την ικανοποίηση του πληθυσμού, που είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Οι ανισότητες την κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων περιφερειών και επιπέδων περίθαλψης, η υψηλή ιδιωτική δαπάνη και η χαμηλή χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση, ιδιαίτερα στον νοσοκομειακό τομέα, είναι τα σημαντικότερα προβλήματα σε μακροοικονομικό επίπεδο. Η εξειδίκευση όλων αυτών θα γίνει παρακάτω, με διαμόρφωση των δεικτών και του πλαισίου χρηματοοικονομικής αξιολόγησης (του συστήματος) της υγείας - Μικροοικονομικά και των Μονάδων Υγείας (μικροοικονομικά).

1.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΕΘΝΩΣ ΣΕ ΜΑΚΡΟ-ΕΠΙΠΕΔΟ

1.2.1. ΓΕΝΙΚΑ – ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Η μακρο – χρηματοοικονομική αξιολόγηση (πρέπει να) βασίζεται σε μετρήσιμους δείκτες. Άλλωστε, ο όγκος αντίστοιχων αναλύσεων δεικτών υγείας είναι πλούσιος διεθνώς². Βασικές ερωτήσεις που θα μας απασχολήσουν είναι σε τι οι οικονομικοί αυτοί δείκτες καλούνται να απαντήσουν. Δηλαδή:

- πόσο, γιατί και σε σχέση με τι η υγειονομική περίθαλψη κοστίζει,
- ποιος πληρώνει γι' αυτή και ποια αντίστοιχη ποσότητα λαμβάνουν οι ενδιαφερόμενοι, πώς κατανέμεται το κόστος ανάλογα με το επίπεδο υγειονομικής παρέμβασης ή τη γεωγραφική κατανομή των "καταναλωτών" ή των "παραγωγών" κ.ο.κ.

Αν και οι μακροοικονομικοί δείκτες μέτρησης των συνολικών δαπανών -ιδιαίτερα στην Ελλάδα- παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα ενιαίας καταγραφής και ομαδοποίησης, είναι η πλέον δημοφιλής μέθοδος διεθνών συγκρίσεων μεταξύ ερευνητών και ανθρώπων που διαμορφώνουν πολιτικές υγείας στα πλαίσια της αναζήτησης της αποδοτικότητας σε μακροοικονομικό επίπεδο (π.χ. ΟΟΣΑ, Ε.Ε., ΠΟΥ κ.ο.κ.). Οι βασικότεροι δείκτες είναι:

1. γενικοί μακροοικονομικοί δείκτες (α. συνολικό, μικτό ή καθαρό εγχώριο προϊόν -με βάση τις τιμές πώλησης των προϊόντων, β. συνολικές, μικτές ή καθαρές εγχώριες δαπάνες- με βάση τις τιμές των παραγωγικών συντελεστών, γ. πληθωρισμός, δ. ανεργία κ.λπ.),

² Jones A., O' Donnell O., (2002) *Econometric Analysis of Health Data*, John Wiley and Sons Ltd, UK

2.μακροοικονομικοί δείκτες δημόσιων οικονομικών (α. έλλειμμα μιας χρονιάς, β. χρέος σωρευτικό, γ. δημόσιες δαπάνες-αναλογία, δ. δημόσια έξοδα-αναλογία, ε. δημόσια ή ιδιωτική κατανάλωση, στ. δημόσια ή ιδιωτική επένδυση, ζ. μεταβιβαστικές πληρωμές του κράτους προς νοικοκυριά ή επιχειρήσεις, η. αναλογία φόρων κ.ο.κ.),

3.γενικές νομισματικές αναλογίες (α. συναλλαγματική ισοτιμία π.χ. ευρώ σε σχέση με διάφορα άλλα ξένα νομίσματα όπως το δολάριο, β. PPPs - purchasing power parities - μονάδες αγοραστικής δύναμης, που εξομοιώνουν όλες τις αξίες των νομισμάτων με βάση την αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών της κάθε χώρας ή/και ένωσης χωρών κ.ά.).

Κατ' αντιστοιχία, εμφανίζονται οι βασικότεροι μακροοικονομικοί (και νομισματικοί) δείκτες υγείας που μπορούν να ερμηνευτούν και με βάση τα παραπάνω. Αναλυτικά θα αναφερθούν οι βασικότεροι:

1.εθνικές δαπάνες υγείας (α. σύνολο, β. δημόσιες ή ιδιωτικές, γ. επενδύσεων κ.λπ.) ως ποσοστό (%) επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ),

2.δημόσιες (ή αντίστοιχα ιδιωτικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας,

3.δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) δαπανών επί του συνόλου του κρατικού προϋπολογισμού,

4.δαπάνες υγείας ανά γεωγραφική ενότητα (περιφέρεια, νομαρχία κ.λπ.),

5.συνολικές ανά βαθμίδα περίθαλψης δαπάνες υγείας (νοσοκομειακές ή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή φαρμάκων ή άλλων επιπέδων περίθαλψης) ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας,

6. δαπάνες ανά "εισροή" (π.χ. προσωπικό-μέσο εισόδημα ανά γιατρό, νοσηλεύτρια κ.ο.κ.) ή "εκροή" [π.χ. εξωτερικών ή εσωτερικών ασθενών, νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας],

7. δαπάνες υγείας ανά ηλικιακή κατηγορία (π.χ. 0-64, 65-74, 75+ ετών)
και

8. δείκτες χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. ιδιωτική ή κοινωνική ασφάλιση, φόροι που αναλογούν αποκλειστικά στην Υγεία κ.λπ.).

Ενδεικτικά θα αναφερθούν μακροοικονομικοί δείκτες και αναλύσεις από τις χώρες του ΟΟΣΑ.

1.2.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δαπάνες υγείας από 4% του ΑΕΠ το 1960 ανήλθαν σε 8,1% το 1994 και σήμερα ξεπερνούν το 9,2% του ΑΕΠ (μέσος όρος ΟΟΣΑ). Η αύξηση αυτή, ιδιαίτερα την περίοδο 1960-80, ήταν περίπου τριπλάσια σε σχέση με εκείνη του ΑΕΠ. Τη δεκαετία 1974-1984, παρουσίασαν εντυπωσιακή άνοδο (από 5,7% του ΑΕΠ το 1974 σε 7,1% 1982 δηλαδή, +25%) (πίνακας 1.1).

Η δεκαετία 1984-1994 παρουσιάζει επίσης άνοδο, που όμως είναι κατά 50% περίπου μικρότερη από εκείνη της προηγούμενης δεκαετίας, ενώ την τελευταία 10ετία σταθεροποιούνται σε αντίστοιχα της προηγούμενης επίπεδα (+14%). Οι λόγοι πρέπει να αναζητηθούν περισσότερο στα διάφορα μέτρα ελέγχου του κόστους που έλαβαν πολλές χώρες του ΟΟΣΑ ως κατ' εξοχήν μέτρο βελτίωσης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας.

Βέβαια οι διαφορές μεταξύ των χωρών είναι μεγάλες, με διαφορετική για κάθε περίπτωση τεκμηρίωση (άλλες είχαν μείνει πίσω και άλλες παρουσιάζουν συνεχή ανάπτυξη στον τομέα της χρηματοδότησης). Από το 1974 έως το 2004 διπλασιάστηκαν οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στο Βέλγιο, την Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, την Πορτογαλία, τις ΗΠΑ, ενώ στην Τουρκία τριπλασιάστηκαν. Αντιθέτως στην Ιρλανδία,

για όλο αυτό το διάστημα, και στην Αυστρία, τον Καναδά, τη Φινλανδία, την Ιταλία και την Ολλανδία, για την τελευταία 10ετία, έχουν σταθεροποιηθεί (ίσως εδώ απέδωσαν περισσότερο τα μέτρα ελέγχου των δαπανών). Αντίθετα, χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, όπως η Δανία, η Νορβηγία, το Λουξεμβούργο και δευτερευόντως το Ενωμένο Βασίλειο και η Σουηδία παρουσιάζουν σημαντική αύξηση (κατά 1/3 έως 1/5) την τελευταία 10ετία (εξαιτίας ίσως της χαμηλής σε σχέση με άλλες χώρες κρατικής τους χρηματοδότησης).

Πίνακας 1.1: Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ: 1974-1984-1994-2004

Χώρες	1974	1984	1994	2004	1974-1984 %	1984-1994 %	1994-2004 %	1974-1994 %	1974-2004 %
Αυστραλία	6,50	7,60	8,50	9,60	17	12	13	31	48
Αυστρία	5,70	7,90	9,70	9,70	39	23	0	70	70
Βέλγιο	4,70	7,40	8,20	9,70	57	11	18	74	106
Καναδάς	6,80	8,40	9,80	9,80	24	17	0	44	44
Δανία	7,10	6,40	6,60	8,60	-10	3	30	-7	21
Φινλανδία	5,80	6,90	8,30	7,40	19	20	-11	43	28
Γαλλία	6,30	8,50	9,70	10,50	35	14	8	54	67
Γερμανία	7,40	8,70	9,50	10,60	18	9	12	28	43
Ελλάδα	3,30	3,80	5,20	7,90	15	37	52	58	139
(*)	4,90	6,20	7,70	9,40	26	24	22	55	92
Ιρλανδία	7,00	7,80	7,90	7,20	11	1	-9	13	3
Ιταλία	5,90	6,80	8,30	8,70	15	22	5	41	47
Ιαπωνία	5,00	6,50	6,90	7,80	30	6	13	38	56
Λουξ/σούργο	3,80	6,00	5,80	8,00	58	-3	38	53	110
Ολλανδία	7,00	8,00	8,80	9,20	14	10	5	26	31
Νέα Ζηλανδία	6,10	6,00	7,50	8,40	-2	25	12	23	38
Νορβηγία	5,60	5,90	7,30	9,70	5	24	33	30	73
Πορτογαλία	4,10	5,90	7,60	9,80	44	29	29	85	139
Ισπανία	4,60	5,80	7,30	8,10	26	26	11	59	76
Σουηδία	7,60	9,30	7,70	9,10	22	-17	18	1	20
Ελβετία	6,20	7,80	9,60	11,50	26	23	20	55	85
Τουρκία	2,40	2,90	4,20	7,70	21	45	83	75	220
Ενωμένο Βασίλειο	5,30	5,90	6,90	8,10	11	17	17	30	53
ΗΠΑ	7,80	10,40	14,30	15,30	33	38	7	83	96

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2006,

(*) εκτιμήσεις με βάση τους Εθνικούς Λογαριασμούς και για το 2004 και η εκτιμώμενη παραοικονομία.

Πίνακας 1.2: Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ την τελευταία 10ετία: 1996-2005

ΧΩΡΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Αυστραλία	8,2	8,2	8,3	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,6	9,5
Αυστρία	9,7	9,4	9,6	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,7	9,7
Βέλγιο	8,5	8,6	8,7	9,0	9,1	9,3	9,5	10,0	9,7	9,7
Καναδάς	8,8	8,8	9,0	8,9	8,8	9,3	9,6	9,7	9,8	9,9
Λανία	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	8,8	8,6	8,5
Φινλανδία	7,6	7,2	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
Γαλλία	9,4	9,2	9,1	9,2	9,2	9,3	10,0	10,4	10,5	10,5
Γερμανία	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,6
Ελλάδα (*)	7,4	7,3	7,3	7,5	7,7	8,2	8,1	8,2	7,9	7,7
Ιρλανδία	6,5	6,3	6,1	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,2	7,3
Ιταλία	7,3	7,5	7,5	7,8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7	8,8
Ιαπωνία	7,0	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0	7,8	7,7
Λουξεμβούργο	5,7	5,6	5,7	5,8	5,9	6,2	6,8	7,8	8,0	8,1
Ολλανδία	8,2	7,9	8,1	8,1	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2	8,9
Νέα Ζηλανδία	7,1	7,3	7,8	7,6	7,7	7,8	8,2	8,0	8,4	8,7
Νορβηγία	7,9	8,5	9,3	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7	9,2
Πορτογαλία	8,6	8,7	8,6	8,9	8,8	8,8	9,0	9,8	9,8	10,2
Ισπανία	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,8	8,1	8,1
Σουηδία	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,0
Ελβετία	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,8
Τουρκία	3,9	4,2	4,8	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6
Εν. Βασίλειο	7,0	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3
ΗΠΑ	13,2	13,1	13,1	13,1	13,3	14,0	14,7	15,2	15,3	15,6
Μέση τιμή	8,1	8,1	8,2	8,4	8,4	8,6	8,9	9,2	9,2	9,3

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2006,

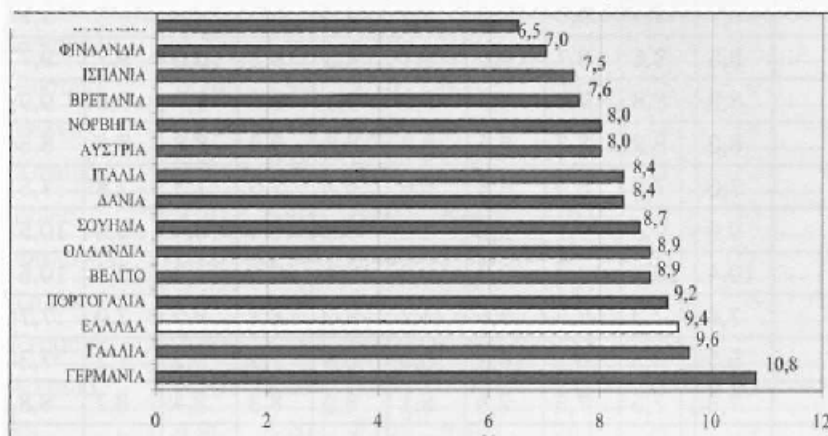
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

<p style="text-align: center;">Πίνακας 1 Δαπάνες τακτικού προϋπολογισμού κατά κατηγορίες (σε εκατ. ευρώ)</p>							
Κατηγορία δαπάνης	2008	2009		2010	Μεταβολή %		
	Πραγμ/σεις	Προϋπίσμός	Εκτιμήσεις πραγμ/σεων	Προβλέψεις	2009/08	2010/09	
2. Νοσοκομείων, ιδρυμάτων πρόνοιας, νπδδ	3354	3608	3768	3806	12,3	1,0	
Μισθοί προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων	2438	2650	2700	2800	10,7	3,7	
Εφημερίες ιατρών ΕΣΥ	337	350	420	395	21,7	-3,7	
Λοιπές παροχές προσωπικού νοσηλ. ιδρυμάτων	152	160	160	150	5,0	-6,6	
Ιδρυμάτων πρόνοιας	12	12	11	11	-4,7	2,0	
Κλήρου και νπδδ	292	308	312	315	6,9	0,9	
ΜΕΔ	7		30				
3. Νέες προσλήψεις		10		27			

Γίνεται, επίσης, σαφής η προσπάθεια της Ελλάδας να καλύψει το "χαμένο" έδαφος (+15% από το '74 έως το '84), αφού τη δεκαετία '84-'94 παρουσίασε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αύξησης των δαπανών υγείας (+37%). Η μεγαλύτερη σχετικά αύξηση του ποσοστού αυτού τη 10ετία 1994-2004 είναι μάλλον πλασματική, οφείλεται στην αναμόρφωση των Εθνικών Λογαριασμών πριν από την είσοδο μας στην ΟΝΕ και απεικονίζεται ορθότερα στα στοιχεία του ΟΟΣΑ στον πίνακα 1.2 (από 7,4% το 1996 σε 7,7% το 2005, πλέον ποσοστού από 1,5%)³ έως 2% με την πρόσφατη αναθεώρηση του ΑΕΠ για την παραοικονομία (δηλαδή συν. 9,2-9,7%). Η συνολική δαπάνη υγείας στη

³ Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ. (2003), Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια, Παπαζήσης, Αθήνα.

χώρα μας υπολείπεται μόνο της Γερμανίας και της Γαλλίας στις 15 χώρες της Ε.Ε. (διάγραμμα 1.1).



Διάγραμμα 1.1: Ε.Ε. 15 - Συνολική δαπάνη υγείας ως % επί του ΑΕΠ (2002)

Γενικότερα, έχει αποδειχθεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους. Από διερεύνηση της World Bank (1993) στις δαπάνες υγείας των διαφόρων χωρών μπορούν να γίνουν οι εξής γενικεύσεις:

Χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα τείνουν να εμφανίζουν και υψηλές δαπάνες υγείας (π.χ. ΗΠΑ και Ελβετία). Όμως μερικές χώρες δεν ακολουθούν τη γενική αυτή τάση και δαπανούν λιγότερα σε σχέση με το επίπεδο οικονομικής τους ανάπτυξης (π.χ. Ενωμ. Βασίλειο, Λουξεμβούργο, Φινλανδία).

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας τείνουν να αυξάνονται ταχύτερα από τις ιδιωτικές ή διαφορετικά οι πρώτες στην πορεία του χρόνου τείνουν να αναπληρώνουν τις δεύτερες

(βλέπε παρακάτω σχετικά), (εξαιρουμένης της χώρας μας).

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από δημόσιες πηγές. Εξαιρέση από τον κανόνα αυτό αποτελούν οι ΗΠΑ και ακολουθούν η Αυστρία και η Τουρκία. Από τον πίνακα 1.3 φαίνεται ότι κατά μέσο όρο τα τελευταία 40 έτη, αλλά και την τελευταία 10ετία (πίνακας 1.4), το 74% των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (εκτός της Τουρκίας) το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας μεταξύ 1984 και 1994 (πίνακας 1.3) δείχνει τάσεις σταθεροποίησης ή ακόμα και μείωσης σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας, τουλάχιστον σε ορισμένες χώρες (Ελλάδα, Ιταλία, Ν. Ζηλανδία, Σουηδία κ.ά.). Πιθανότατα οφείλεται στα μέτρα συγκράτησης των δημόσιων δαπανών στις χώρες αυτές ή στην αδυναμία του δημόσιου τομέα να ικανοποιήσει επιτυχώς τη ζήτηση.

πίνακας 1.3: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (1964,1974,1984 και 1994)

Χώρες	1964	1974	1984	1994	% 1964-74	% 1974-84	% 1984-94
Αυστραλία	54	64	72	69	18	13	-5
Αυστρία	67	65	66	63	-2	2	-5
Βέλγιο	67	83	83	88	24	1	6
Καναδάς	50	75	76	72	50	1	-5
Δανία	86	81	85	83	-5	4	-2
Φινλανδία	61	77	79	75	28	1	-4
Γαλλία	69	76	77	78	11	2	1
Γερμανία	70	77	73	74	10	-5	1
Ελλάδα	63	60	88	*7 6	-4	46	-14
Ιρλανδία	81	80	78	76	-1	-3	-3
Ιταλία	89	89	78	71	0	-12	-10
Ιαπωνία	70	74	73	79	6	-2	9
Λουξεμβούρ γο			89	90			1
Ολλανδία	65	72	76	78	10	5	3

Νέα Ζηλανδία	80	83	87	77	4	5	-12
Νορβηγία	80	95	97	95	18	3	-3
Πορτογαλία		63	51	56		-18	9
Ισπανία	49	73	82	79	48	13	-4
Σουηδία	78	90	92	83	15	2	-9
Ελβετία	61	66	68	72	9	3	5
Τουρκία			42	58			40
Εν. Βασίλειο	83	90	87	84	9	-3	-3
ΗΠΑ	25	41	41	44	64	1	8
Μέση τιμή	65	79	77	72	22	-3	-6

Πηγή: ΟΟΣΑ, 1996,
(*) εκτιμήσεις χωρίς παραοικονομία

1.2.3. ΔΗΜΟΣΙΕΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Την τελευταία 10ετία (1996-2005, πίνακας 1.4.α) αύξηση στις δημόσιες δαπάνες υγείας παρουσίασαν χώρες που παράλληλα συγκράτησαν τις αντίστοιχες συνολικές (Φινλανδία, Ιρλανδία) ή δεν τις αύξησαν υπέρμετρα (Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ενωμ. Βασίλειο), δηλαδή χώρες με ΕΣΥ (εκτός ίσως της Γαλλίας). Αντίθετα, σημαντική μείωση του δημόσιου τομέα στη χρηματοδότηση είχαμε στο Βέλγιο (χωρίς συνολική συγκράτηση δαπανών) και τη Γερμανία (με συνολική συγκράτηση δαπανών), χώρες με συστήματα «κοινωνικής ασφάλισης».

ΧΩΡΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Αυστραλία	66,1	67,8	67,3	70,0	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	67,8
Αυστρία	68,2	70,3	69,7	70,0	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7	70,8
Βέλγιο	78,3	73,8	73,1	71,9	71,1	71,0	70,6	71,6	71,1	70,8
Καναδάς	70,9	70,1	70,6	70,0	70,3	69,9	69,6	70,2	69,8	69,6
Δανία	82,4	82,3	82,0	82,2	82,4	82,7	82,9	82,7	82,3	82,3
Φινλανδία	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8
Γαλλία	76,1	76,2	76,0	76,0	75,8	75,9	78,1	78,3	78,4	79,1
Γερμανία	82,2	80,8	80,1	79,8	79,7	79,4	79,3	78,7	76,9	77,2
Ελλάδα (*)	53,0	52,8	52,1	53,4	52,6	55,5	54,1	53,6	52,8	51,3
Ιρλανδία	71,4	74,6	76,5	72,8	73,3	75,6	75,2	78,0	79,5	80,6
Ιταλία	71,5	71,9	71,6	70,4	72,0	74,3	74,2	73,7	75,1	75,8
Ιαπωνία	82,8	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,0	80,7

Λουξεμβούργο	92,8	92,5	92,4	89,8	89,3	89,8	90,3	90,6	90,4	90,8
Ολλανδία	66,2	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5	63,1	62,4	65,7
Νέα Ζηλανδία	76,7	77,3	77,0	77,5	78,0	76,4	77,9	78,3	77,4	78,0
Νορβηγία	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5	83,0
Πορτογαλία	67,5	68,0	70,0	69,9	72,5	71,5	72,2	73,4	71,6	72,7
Ισπανία	72,4	72,5	72,2	72,0	71,6	71,2	71,3	70,4	70,9	70,2
Σουηδία	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,9	84,9
Ελβετία	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	58,7
Τουρκία	69,2	71,6	71,9	61,1	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4
Εν. Βασίλειο	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1
ΗΠΑ	45,7	45,3	44,3	43,8	44,0	44,8	44,8	44,6	44,7	44,8
Μέση τιμή	73,0	72,9	72,7	71,9	72,1	72,7	73,0	73,4	73,3	73,5

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2006,

(*) εκτιμήσεις με παραοικονομία στον ιδιωτικό τομέα χρηματοδότησης

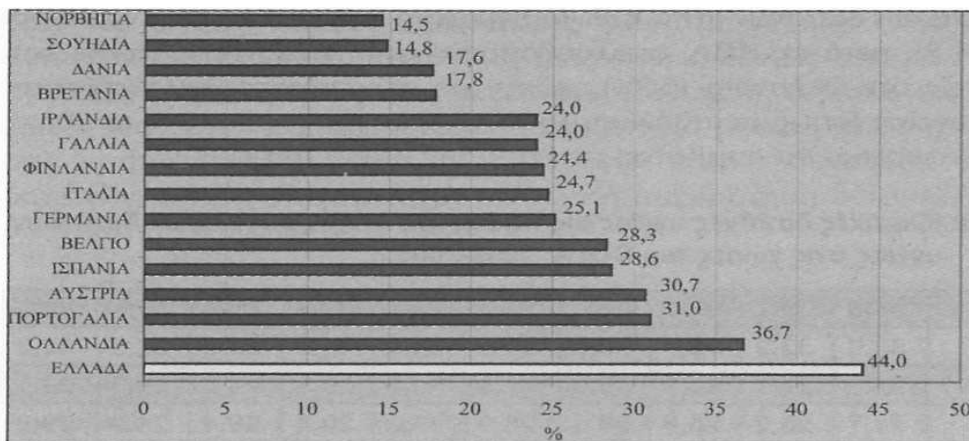
Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό δημόσιων δαπανών (ιδιαίτερα μετά το 2004, 51% το 2005) και αντίστοιχο υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην Ε.Ε. (διάγραμμα 1.2), αλλά και γενικότερα πίνακας 1.4.β), μετά τις ΗΠΑ, ακολουθούμενη από την Ελβετία (59%) και δευτερευόντως την Ολλανδία (66%), χώρες με περισσότερο «φιλελεύθερα» συστήματα υγείας (όπως μεταβάλλεται και το ελληνικό, αν και το αντίθετο θα έπρεπε θεωρητικά να συμβαίνει με βάση τον στόχο του ΕΣΥ).

ΧΩΡΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Αυστραλία	33,9	32,2	32,7	30,0	31,6	32,5	32,5	32,5	32,5	32,2
Αυστρία	31,8	29,7	30,3	30,0	30,1	30,5	29,5	29,7	29,3	29,2
Βέλγιο	21,7	26,2	26,9	28,1	28,9	29,0	29,4	28,4	28,9	29,2
Καναδάς	29,1	29,9	29,4	30,0	29,7	30,1	30,4	29,9	30,2	30,4
Δανία	17,6	17,7	18,0	17,8	17,6	17,3	17,1	17,3	17,7	17,7
Φινλανδία	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,1	23,7	23,8	22,8	22,2
Γαλλία	23,9	23,8	24,0	24,0	24,2	24,1	21,9	21,7	21,6	20,9
Γερμανία	17,8	19,2	19,9	20,2	20,3	20,6	20,7	21,3	23,1	22,8
Ελλάδα (*)	47	47	47	46	47	44	45	46	47	48

	,0	,2	,9	,6	4	,5	,9	,4	,2	7
Ιρλανδία	28,6	25,4	23,5	27,2	26,7	24,4	24,8	22,0	20,5	19,4
Ιταλία	28,5	28,1	28,4	29,6	28,0	25,7	25,8	26,3	24,9	24,2
Ιαπωνία	17,2	18,5	19,2	18,9	18,7	18,3	18,5	18,5	19,0	19,3
Λουξεμβούργο	7,2	7,5	7,6	10,2	10,7	10,2	9,7	9,4	9,6	9,2
Ολλανδία	33,8	32,2	35,9	37,3	36,9	37,2	37,5	36,9	37,6	34,3
Νέα Ζηλανδία	23,3	22,7	23,0	22,5	22,0	23,6	22,1	21,7	22,6	22,0
Νορβηγία	15,8	18,7	17,8	17,4	17,5	16,4	16,5	16,3	16,5	16,4
Πορτογαλία	32,5	32,0	30,0	30,1	27,5	28,5	27,8	26,6	28,4	27,3
Ισπανία	27,6	27,5	27,8	28,0	28,4	28,8	28,7	29,6	29,1	29,8
Σουηδία	13,1	14,2	14,2	14,3	15,1	15,1	14,9	14,6	15,1	15,1
Ελβετία	45,3	44,8	45,1	44,7	44,4	42,9	42,1	41,5	41,5	39,6
Τουρκία	30,8	28,4	28,1	38,9	37,1	31,8	29,6	28,4	27,7	28,6
Εν. Βασίλειο	17,1	19,6	19,6	19,4	19,1	17,0	16,6	14,4	13,7	12,9
ΗΠΑ	54,3	54,7	55,7	56,2	56,0	55,2	55,2	55,4	55,3	55,2
Μέση τιμή	27,0	27,1	27,3	28,1	27,9	27,3	27,0	26,6	26,7	26,4

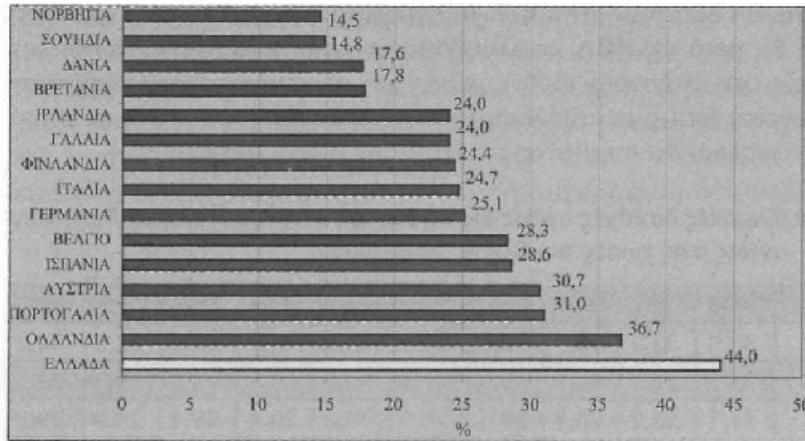
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2006,
(*) εκτιμήσεις με παραοικονομία

Διάγραμμα 1.2: Ε.Ε. 15 - Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % επί των συνολικών δαπανών υγείας (2002)



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Διάγραμμα 1.2: Ε.Ε. 15 - Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % επί των συνολικών δαπανών υγείας (2002)



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Συμπερασματικά, είναι εμφανής τόσο η συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών υγείας όσο και η μείωση του ρυθμού μεταβολής της τα τελευταία έτη. Η αντίθεση αυτή εμπεριέχει και τη μετακίνηση δαπανών από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, όχι μόνο στις χώρες με περισσότερο αναπτυγμένα συστήματα υγείας (ΗΠΑ, Ολλανδία, Γερμανία, Σουηδία, Καναδάς, Ιαπωνία κ.ά.), αλλά και σε χώρες του μεσογειακού νότου (Ιταλία, Πορτογαλία, Ελλάδα). Επίσης, τα τελευταία χρόνια, σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. και του ΟΟΣΑ, παρατηρείται μια μεγάλη κινητικότητα προς την κατεύθυνση ανεύρεσης οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτών τρόπων ελέγχου του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας. Τα σημαντικότερα μέτρα συγκράτησης των δαπανών ήταν:

- γενικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας ο έλεγχος των προσλήψεων προσωπικού, καθώς και των νέων (κτιριακών κυρίως) επενδύσεων,
- γενικά στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας η επιβολή συνολικών-κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών ή/και η δημιουργία μηχανισμού οικονομικών κυρίως κινήτρων και τιμών,

- στον νοσοκομειακό τομέα: ο έλεγχος των νοσοκομειακών επεκτάσεων, αλλά και η μείωση των κλινών και η αλλαγή χρήσης τους ή η "ομαδοποίηση" τους (αρχικά με τα διαβόητα "merging" και "closing down"), η εξέταση εναλλακτικών λύσεων (τόρα με τα "PPPs"), ιδιαίτερα σε υπηρεσίες μίας ημέρας νοσηλείας ή νοσηλείας στο σπίτι, η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και η αύξηση της πληρότητας των ήδη υπάρχουσών κλινών,

- η μεταφορά σε εξωνοσοκομειακές μορφές ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας μέσω της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ),

- η ορθολογικοποίηση των προμηθειών βιοϊατρικής τεχνολογίας και φαρμάκων,

- ο περιορισμός εισόδου στο ιατρικό, κυρίως, επάγγελμα, αλλά και η στρατηγική ανάπτυξης συγκεκριμένων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας.

Έτσι, καθίσταται πρόδηλη η τάση πολλών χωρών να επιβάλουν μια διαδικασία ορίων στις δαπάνες υγείας, μέσα από την εφαρμογή εθνικών σταθερών προϋπολογισμών, που λαμβάνουν υπόψη τους τις επιλεγόμενες κάθε φορά πολιτικές, ιδιαίτερα προς τα νοσοκομεία, που αποτελούν το ακριβότερο κομμάτι της περίθαλψης. Η σύνδεση της αποδοτικότητας σε μακρο και μικρο-επίπεδο είναι απαραίτητη στην επιδίωξη της "διανεμητικής" αποδοτικότητας. Η εξειδίκευση αυτών των πολιτικών και η αντίστοιχη κατανομή των κονδυλίων στις υπηρεσίες υγείας ακολουθούν μια σειρά ευέλικτων κινήτρων (Saltman and Von Otter 1992), που μεταφράζονται σε διάφορους τρόπους πληρωμής των προμηθευτών.

1.3. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Στη χώρα μας, ερευνητικές προσπάθειες στο παρελθόν (Υφαντόπουλος 1988 και 1990, Κυριόπουλος 1992, Κυριόπουλος-Νιάκας 1993, Καρόκης-Σισσούρας 1994, Φιλαλήθης-Ζηλίδης 1994, Θεοδώρου κ.ά. 1994 και 1995, Πολύζος 1994 και 1998, Λιαρόπουλος 1995), αλλά και πρόσφατα Souliotis and Kyriopoulos 2003, Λιαρόπουλος 2007), έχουν ψηλαφήσει το πρόβλημα εκτιμώντας τις (επίσημες) δαπάνες υγείας, με βάση και τους Εθνικούς Λογαριασμούς, σε πάνω από το 8%, τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ήδη αναφέρθηκε ότι η παραοικονομία στην Υγεία εκτιμάται τα τελευταία 10 χρόνια σε (άνω του) 1,5% του ΑΕΠ περίπου, χωρίς να έχει διευκρινισθεί απόλυτα πόσο συμμετέχει στη διαμόρφωση του προαναφερθέντος συνολικού ποσοστού. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα με βάση στοιχεία των οικονομικών απολογισμών του κράτους και της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και των ιδιωτικών πληρωμών (εκτιμήσεις ICAP και οικογενειακών προϋπολογισμών), επιβεβαιώνει τα υψηλά ποσοστά χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Παρά την ανάπτυξη του ΕΣΥ, η αναλογία δημόσιων προς συνολικές δαπάνες είναι σταθερή ή μειώνεται την τελευταία δεκαετία, λόγω και της υψηλής συμμετοχής της ιδιωτικής χρηματοδότησης. Ιστορικά, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες, κάτι που φαίνεται να συνεχίζεται και μετά τη δημιουργία του ΕΣΥ. Στις αρχές της δεκαετίας του '90, οι (δημόσιες) δαπάνες υγείας αρχίζουν να μειώνονται ως ποσοστό του ΑΕΠ, και ιδιαίτερα οι κρατικές επιχορηγήσεις (όπως και μετά το 2004), σημείο που

σηματοδοτεί αλλαγή στη χρηματοδοτική πολιτική υγείας. Η σταθεροποίηση της 10ετίας 1994-2004 αποδίδεται στα περιοριστικά μέτρα της γενικότερης οικονομικής πολιτικής (λόγω ΟΝΕ κ.λπ.), όπως εξειδικεύθηκαν στον τομέα της υγείας. Η σταθεροποίηση του ιδιωτικού τομέα εξηγείται και από τη σημαντική πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών τα τελευταία χρόνια. Όμως, πρέπει να σημειωθούν δύο παράμετροι που περιορίζουν σχετικά αυτές τις εκτιμήσεις: α) χα αυξανόμενα ελλείμματα των νοσοκομείων του ΕΣΥ, που "πλασματικά" δεν συμμετέχουν στη διαμόρφωση του συνολικού κόστους και κάθε άλλο παρά "υγιές" μέτρο συγκράτησης των δαπανών είναι -έστω και έμμεσα-, και β) μέρος του ποσοστού της παραοικονομίας που δεν έχει συνεκτιμηθεί.

Ανεξάρτητα από το πραγματικό τους ύψος, όμως, σημασία έχουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τις δαπάνες υγείας:

- η έκταση της δημόσιας χρηματοδότησης έχει σημασία, γιατί η εξάρτηση ενός συστήματος υγείας από ιδιωτικές δαπάνες σημαίνει περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού.

- η κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης των δημόσιων δαπανών υγείας έχει σημαντικές επιπτώσεις στον βαθμό ισοτιμίας του συστήματος⁴, ιδιαίτερα σε χώρες με σημαντική φοροδιαφυγή.

- η χρηματοδότηση των διαφόρων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα δείχνει τη μειωμένη έμφαση που δίνεται σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ, 15-18%), σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή

⁴ Καρόκης Α. - Σισσούρας Α., (1994), «Οργάνωση και Χρηματοδότηση του ΕΣΥ» στη: Μελέτη για τον Σχεδιασμό και την Οργάνωση του ΕΣΥ, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα.

περίθαλψη, τομέας στον οποίο επικεντρώνονται οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα.⁵

1.3.2. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Η αναλογία των δημοσίων δαπανών μεταξύ κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης διατηρείται σήμερα περίπου στο 40 προς 60% αντιστοίχως, εξαιτίας της αύξησης των νοσηλίων, το 1992 (μέχρι σήμερα έχει διαμορφωθεί σε 1 προς 2). Ήταν η κύρια αιτία για το ότι η εικόνα αντιστράφηκε και επανήλθε στα προ ΕΣΥ (1985) επίπεδα (πίνακας 1.5).

Πίνακας 1.5: Εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα τα έτη 1992-1994

ΠΗΓΕΣ	(1992)		(1994)		1992-94
	δισ. δρχ	%	δισ. δρχ	%	
Κράτος	467	44	436	32	- 7
Κοινωνική ασφάλιση	346	32	614	44	+ 77
Ιδιωτικές πληρωμές	240	24	320	24	+ 33
Σύνολο δαπανών υγείας	1.073	100	1.370	100	+ 28

Πηγές: Κρατικοί Απολογισμοί, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, ICAP, Ίδιοι Υπολογισμοί.

⁵ Υφαντόπουλος Γ., Νικολαΐδου Κ., (2008), Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Πίνακας 1.6: Ανάλυση δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1986-1994
(εκατ. δρχ, σε τρέχουσες τιμές)

	1986	1988	1990	1991	1992	1994
Δαπάνες υγείας από το ΥΥΠ	49.700	66.664	69.341	50.497	93.245	133.655
Δαπάνες υγείας ανά νομαρχία (και %)	67.562 (52%)	119.372 (59%)	269.514 (76%)	321.405 (82%)	353.520 (75%)	271.779 (62%)
Δημόσιες επενδύσεις	12.500	10.873	11.744	17.680	21.330	30.916
Υποσύνολο δημ. δαπ. (α)	129.762	201.534	356.873	389.582	467.995	436.350
% στο σύνολο δημ. δαπανών	55,0	56,6	61,7	59	57,5	41,5
Κοιν. ασφάλιση υγείας (β)	106.438	154.361	221.428	269.062	346.249	614.557
% στο σύνολο των δημ. δαπ.	45,0	43,4	38,3	41,0	42,5	58,5
Σύνολο δημ. δαπανών	236.200	355.895	578.301	658.644	814.244	1.050.907

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, Κρατικός Προϋπολογισμός.

Εξαιτίας της αύξησης του νοσοκομειακού νοσηλίου, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζουν πια το δυσβάσταχτο φορτίο της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (ειδικά μετά και τη νέα αύξηση του 1998), που έχει ως αποτέλεσμα τη δυστοκία στις πληρωμές και τη δημιουργία ελλειμμάτων στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτά καλύπτονται από επιπλέον επιχορηγήσεις, που κατανέμονται πια από το υπουργείο Υγείας.

Οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων τείνουν να αυξάνονται, οι δαπάνες υγείας μέσω των νομαρχιών να μειώνονται και το υπουργείο Υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού να λειτουργεί σαν πυροσβέστης στα ελλείμματα. Τα προαναφερθέντα οδηγούν σε μεγαλύτερο (κεντρικό) συγκεντρωτισμό και καταστρατηγούν κάθε έννοια αποκέντρωσης, προγραμματισμού και ελέγχου της αποδοτικότητας των πόρων του ΕΣΥ. Αυτό κατέστη περισσότερο εμφανές από τον κρατικό προϋπολογισμό του 1999, στον οποίο οι δαπάνες αυτές μεταφέρθηκαν σε κεντρικό επίπεδο (υπουργείο Οικονομικών) και μέσω αυτού στις περιφερειακές του υπηρεσίες (βλέπε και πίνακα 1.7).

Πιο αναλυτικά, ο πίνακας 1.6 παρουσιάζει την κατανομή δημόσιων δαπανών διαχρονικά από το υπουργείο Υγείας, τις νομαρχίες και τις δημόσιες επενδύσεις με τις εξής παρατηρήσεις:

Α. Οι δημόσιες επενδύσεις αυξήθηκαν στην αρχή των αντίστοιχων κυβερνητικών θητειών Ν.Δ. και ΠΑΣΟΚ (1991 και 1994). Β. Οι δαπάνες των νομαρχιών (π.χ. επιχορηγήσεις νοσοκομείων κ.λπ.) διπλασιάζονται ανά 2ετία μέχρι το 1990, σταθεροποιούνται κατόπιν και μειώνονται το 1994 (έτος έναρξης σκληρής εφαρμογής κριτηρίων του Μάαστριχτ).

Γ. Ενώ τη 10ετία του 1980 οι δημόσιες δαπάνες αυξάνονται και μειώνονται οι αντίστοιχες των ασφαλιστικών ταμείων, στις αρχές της 10ετίας του 1990 συμβαίνει το αντίθετο (αναφέρθηκε) λόγω αλλαγής της τιμολογιακής νοσοκομειακής πολιτικής, κυρίως.

Πάντως, τα στοιχεία παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο δημόσιων δαπανών υγείας, σε απόλυτους αριθμούς, από το αντίστοιχο που καταγράφεται στους Εθνικούς Λογαριασμούς. Αυτό συμβαίνει γιατί ένα μέρος των δαπανών υγείας από τα Ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης μεταβιβάζεται ("μεταβιβαστικές πληρωμές") σε ιδιώτες (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.) και έτσι παρουσιάζεται ως ιδιωτική κατανάλωση. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί η αύξηση της απόκλισης αυτής.

Όσον αφορά την 7ετία 1998-2004, μια αντίστοιχη εικόνα εμφανίζεται στον πίνακα 1.7 (δεν βρέθηκαν στοιχεία για τις δημόσιες επενδύσεις). Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι τα προεκλογικά έτη 2000 (και έτος ΟΝΕ) και 2004 αυξάνονται σημαντικά οι δαπάνες από τον κρατικό προϋπολογισμό.

**Πίνακας 1.7: Ανάλυση δαπανών υγείας κρατικού προϋπολογισμού, 1998-2004
(.000 ευρώ, σε τρέχουσες τιμές)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Από το ΥΥΠ (*)	868.287	1.368.646	1.869.004	2.083.943	2.298.881	3.131.070	3.439.363
Από νομαρχίες	2.213.004	1.014.183	1.354.132	1.605.048	1.684.381	1.948.942	3.251.299
Από το ΥΥΠ (*)	%	58	37	12	10	36	10
Από νομαρχίες	μεταβολή						
Από το ΥΥΠ (*)	%	-54	34	19	5	16	67
Από νομαρχίες	μεταβολή						

(*) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (ώρα Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

1.3.3. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ο πίνακας 1.8 παρουσιάζει την περιφερειακή κατανομή των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού στις 13 υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας, στον οποίο φαίνονται και οι ανισότητες στη χρηματοδότηση και στην κατανομή, κυρίως υπέρ των δύο μεγάλων αστικών κέντρων, της Ηπείρου και της Κρήτης (το 2004 και της Θεσσαλίας και Δυτικής Ελλάδας, λόγω κυρίως της λειτουργίας πανεπιστημιακών νοσοκομείων στις περιοχές αυτές). Η εικόνα αφορά εκτιμήσεις με βάση στοιχεία του υπουργείου ΥΚΑ, μετά το 2001 μέσω και των ΠεΣΥΠ.

**Πίνακας 1.8: Κρατικός προϋπολογισμός υγείας ανά περιφέρεια
(κατανομή 1998-2004 επί τοις % και κατά κεφαλήν, 2003)**

Περιφέρειες	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	% Πληθυσμού	κατά κεφαλήν 2003	κατά κεφαλήν 2004
Αν. Μακεδονία	7,38	6,05	5,44	4,12	4,14	4,00	5,97	5,56	127	317
Κεντρ. Μακεδονία	25,58	17,31	15,00	15,12	15,37	19,51	11,77	16,66	207	209
Δυτ. Μακεδονία	2,63	2,08	2,11	1,59	1,71	1,32	0,95	2,85	82	99
Ήπειρος	5,59	5,32	2,84	4,98	4,40	4,11	5,11	3,31	220	456
Θεσσαλία	4,96	5,44	7,73	4,92	5,36	5,46	8,01	7,16	135	331
Ιόνια Νησιά	2,56	2,39	3,78	2,42	2,05	1,88	1,75	1,89	177	274
Δυτ. Ελλάδα	7,87	4,66	4,94	6,15	6,00	5,53	8,45	6,92	141	361
Στερεά Ελλάδα	2,94	4,69	5,06	3,35	3,36	2,99	1,92	5,68	93	100
Αττική	27,80	38,15	37,21	44,29	44,76	43,53	43,30	34,73	222	369
Πελο/νησος	4,95	4,58	4,61	2,88	3,17	2,94	2,42	5,92	88	121
Βόρ. Αιγαίο	2,37	2,51	1,97	1,44	1,27	1,19	1,34	1,94	109	204
Νότ. Αιγαίο	0,89	0,45	2,19	1,63	1,71	1,64	1,06	2,12	137	148
Κρήτη	4,47	6,37	7,12	7,11	6,71	5,89	7,95	5,26	198	447
ΣΥΝΟΛΟ	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	177	296

Πηγή: ΥΥΚΑ.

Αναλυτικότερα, πάνω από 43-44% των συνολικών δαπανών από τον κρατικό προϋπολογισμό κατανέμονται στην περιφέρεια της Αττικής (35% του πληθυσμού της χώρας). Εκτός της Αττικής, φαίνεται ότι η Κρήτη, η Ήπειρος και η Κεντρική Μακεδονία βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση, όπως και η Δυτική Ελλάδα και η Θεσσαλία (2004), για τους λόγους που αναφέρθηκαν. Με μέσο όρο το 2003 (εκτιμάται ότι η αξιοπιστία των στοιχείων είναι μεγαλύτερη του 2004, ιδιαίτερα όσον αφορά την Κ. Μακεδονία), τα 177 ευρώ ανά κάτοικο (περίπου 300 ευρώ το 2004), όλες σχεδόν οι 6 προαναφερθείσες περιοχές είναι πάνω από τα 200 ευρώ το 2003 (πάνω από 300 το 2004), ενώ στον μέσο όρο βρίσκονται τα Ιόνια Νησιά. Οι υπόλοιπες 6 Περιφέρειες είναι κάτω του μέσου όρου. Στη χειρότερη

κατάσταση βρίσκονται η Δυτ. Μακεδονία, η Στερεά Ελλάδα και η Πελοπόννησος. Πρέπει να σημειωθεί ότι η εικόνα των δημόσιων δαπανών των δύο νησιωτικών περιφερειών (Ιόνια Νησιά και Ν. Αιγαίο) δεν είναι απολύτως αξιόπιστη, εξαιτίας της υψηλής χρηματοδότησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων της Κέρκυρας και της Λέρου.

Δύο είναι τα μεθοδολογικά προβλήματα που αφορούν την εξέταση της γεωγραφικής ανισότητας στην κατανομή των πόρων. Πρώτον, η εξέταση των εισροών κατά κεφαλή είναι η μόνη που μπορεί να συνδυασθεί με τα διαθέσιμα στοιχεία και να αγγίξει την έννοια της ισοτιμίας. Όμως, πρέπει να συνεξετασθεί με στοιχεία που αφορούν τις υγειονομικές ανάγκες, για τις οποίες υπάρχει αδυναμία καταγραφής εξαιτίας της ανυπαρξίας επίσημων στοιχείων, αλλά και των δαπανών που θα διαχωρίζονταν μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και θα ανέλυαν έτσι την πηγή των ανισοτήτων. Έτσι, η μόνη διαπίστωση που μπορεί να γίνει είναι ότι η Αττική απορροφά δυσανάλογα μεγάλο ποσό δημόσιων δαπανών (όπως και άλλες Περιφέρειες) και ότι η Στερεά Ελλάδα, η Δ. Μακεδονία και η Πελοπόννησος λαμβάνουν πολύ λιγότερες δημόσιες δαπάνες (επιχορηγήσεις) σε σχέση πάντα με το μέγεθος του πληθυσμού (πίνακας 1.8).

1.3.4. ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Διαθέσιμα στοιχεία για την περιφερειακή κατανομή των δαπανών υγείας της κοινωνικής ασφάλισης δεν υπάρχουν επισήμως. Οι δαπάνες των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης δύναται γενικά να ομαδοποιηθούν μόνο ανά επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Αρχικά αξιολογούμε την περίοδο 1988-1994 (πίνακας 1.9.α). Οι δαπάνες για τα φάρμακα συνεχίζουν να αποτελούν μεγάλο τμήμα των δαπανών

υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των Ταμείων ακόμα και μετά το 1992, οπότε έγινε η αναπροσαρμογή των νοσηλίων. Το δεύτερο μεγάλο τμήμα μέχρι το 1992 (σήμερα το πρώτο) αφορά νοσοκομειακές δαπάνες (23,8% το 1988, 35,9% το 1994) και το τρίτο τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (από 21,2% το 1988 σε 14,2% το 1994). Οι δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης παρέμεναν γύρω στο 20% μέχρι το 1988. Έκτοτε φαίνεται ότι μειώνονται και φθάνουν το 14,2% των συνολικών δαπανών για το 1994, με παράλληλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στον τομέα αυτόν.

Πίνακας 1.9.α: Σύνθεση των δαπανών υγείας-ασθένειας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (εκατ. δρχ και τρέχουσες τιμές)

	1988	1988 %	1990	1992	1994	1994 %
Νοσοκομειακή περίθαλψη	34.552	23,4	52.605	94.368	220.774	35,9
Πρωτοβάθμια περίθαλψη	31.230	21,2	45.358	61.138	87.156	14,2
Φαρμακευτική	51.413	34,8	94.456	121.929	199.824	32,5
Οδοντιατρική	1.547	1,1	4.765	6.521	8.661	1,4
Άλλες δαπάνες	1.631	1,1	13.770	23.030	32.590	5,3
Επιδόματα	17.347	20,4	34.353	47.197	65.552	10,7
ΣΥΝΟΛΟ	147.553	100	245.307	354.183	614.557	100

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί.

Οι δαπάνες για νοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνουν τις δαπάνες για τις κλινικές και τα νοσοκομεία ιδιοκτησίας των ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ), καθώς και την ημερήσια αποζημίωση (νοσήλια) προς τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι πληρωμές από την κοινωνική ασφάλιση προς τα νοσοκομεία παρέμειναν σχεδόν σταθερές από το 1985 (23,9%) μέχρι το 1990 (κοντά στο 25%). Μετά τις αναπροσαρμογές των νοσηλίων (1992-93), οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξάνονται ποσοστιαία κατά 50% περίπου (35,9% έναντι 25%) σε βάρος της πρωτοβάθμιας και κυρίως των

παροχών σε χρήμα, που περιλαμβάνουν επιδόματα ασθένειας, τοκετού κ.λπ. (από 20,4% σε 10,7%) (πίνακας 1.9.α.).

Στη συνέχεια αξιολογούνται οι αντίστοιχες δαπάνες 1998-2006 ανά διετία (πίνακας 1.9.β). Οι νοσοκομειακές δαπάνες μειώθηκαν διαχρονικά κατά περίπου 20%, ενώ αντίστοιχα αυξήθηκαν οι φαρμακευτικές. Αυτό, έως ένα σημείο, είναι και πλασματικό, καθώς οι τιμές των νοσοκομειακών πράξεων και νοσηλίων παραμένουν σταθερές, ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο και στα φάρμακα. Από την άλλη μεριά, η αναγκαιότητα ελέγχου των δαπανών αυτών (πλησίον του 70%) είναι δεδομένη. Αξιοσημείωτη είναι η ελαφρά μείωση (σε ποσοστό κατανομής) των δαπανών για πρωτοβάθμια και οδοντιατρική περίθαλψη (περίπου 15% συνολικά), ενώ οι άλλες δαπάνες και τα επιδόματα παραμένουν σταθερά (περίπου στο 16%).

Πίνακας 1.9.β: Σύθεση των δαπανών υγείας-ασθένειας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης 1998-2006 (σε εκατ. ευρώ)

	1998	%	2000	2002	2004	2006	%
Νοσοκομειακή περίθαλψη	311,5	34,3	385,0	1.291,2	2.066,7	1.805,3	28,5
Πρωτοβάθμια περίθαλψη	141,6	15,6	169,0	609,4	790,9	887,7	14,0
Φαρμακευτική	294,9	32,5	321,5	1.331,1	1.866,2	2.566,1	40,5
Οδοντιατρική	11,5	1,3	11,3	35,5	32,0	35,8	0,6
Άλλες δαπάνες	60,3	6,6	102,9	370,6	380,5	498,2	7,9
Επιδόματα	88,0	10,6	107,3	371,0	427,9	540,0	8,5
ΣΥΝΟΛΟ	907,7	100,0	1.097,0	3.637,7	5.136,3	6.333,1	100,0

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί.

Πίνακας 1.10: Κατά κεφαλήν ασφαλισμένου δαπάνες Υγείας στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, 1994 και 2006, σε ευρώ

Κατηγορία δαπάνης	ΙΚΑ 1994	ΙΚΑ 2006	ΟΓΑ (*) 1994	ΟΓΑ (*) 2006	ΤΕΒΕ ΤΑΕ 1994	ΟΑΕΕ (**) 2006	Δημόσιο 1994	ΟΠΑΔ (***) 2006
Εξωνοσοκομειακή	30	102	23	55	20	80	82	250
Νοσοκομειακή	63	160	100	240	25	100	79	150
Φάρμακα	60	232	68	360	30	110	78	290
Λοιπές παροχές ασθένειας	17	56	9	25	10	60	11	60
ΣΥΝΟΛΟ	170	550	200	680	85	350	250	550

(*) εκτιμήσεις και με τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ.

(**) ΤΕΒΕ+ΤΑΕ, 200 κιλ. περίπου συνταξιούχοι του ΟΑΕΕ είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ.

(***) Οργανισμός Περιθαλής Ασφαλισμένων Δημοσίου.

Στον πίνακα 1.10 παρουσιάζεται η κατά κεφαλήν συνολικά και ανά είδος περίθαλψης δαπάνη για την Υγεία στους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, όπου είναι εμφανείς οι ανισότητες μεταξύ των Ταμείων (μ.ό. πλησίον των 600 ευρώ). Τα τελευταία 12 έτη, η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στο Δημόσιο (ΟΠΑΔ) υπερδιπλασιάστηκε, ενώ στο ΙΚΑ, στον ΟΓΑ και στο ΤΕΒΕ-ΤΑΕ (ΟΑΕΕ) υπερτριπλασιάστηκε. Υψηλότερη (και με σημαντική διαφορά) κατά κεφαλήν εξωνοσοκομειακή δαπάνη παρουσιάζει ο ΟΠΑΔ, Ταμείο που σε σχέση με τα υπόλοιπα δεν διαθέτει (άμεσα ή έμμεσα) δικές του υπηρεσίες (γιατρούς κ.λπ.). Υψηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη για νοσοκομεία και φάρμακα παρουσιάζει ο ΟΓΑ (ιδιαίτερα στα φάρμακα, τομέας στον οποίο οι σχετικές δαπάνες υπερπενταπλασιάστηκαν). Χαμηλότερη συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη (όπως και νοσοκομειακή και φαρμακευτική) παρουσιάζει ο ΟΑΕΕ. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι το πρόβλημα συνδέεται γενικότερα με την οργάνωση της ασφάλισης Υγείας (π.χ. μεταξύ ΟΑΕΕ και ΟΓΑ), των μηχανισμών διανομής των υγειονομικών φροντίδων (π.χ. μεταξύ ΙΚΑ και ΟΑΕΕ, από τη μια, και ΟΓΑ-ΟΠΑΔ, από την άλλη), και κατ' επέκταση την "ηθική βλάβη" που μπορούν να προκαλέσουν οι

ασφαλισμένοι-ασθενείς μέσω των γιατρών, αλλά και των υπόλοιπων παραγωγών υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, η έλλειψη σχεδιασμού των αναγκών προκαλεί τη μη αποδοτική κατανομή των πόρων, που με τη σειρά της δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Το θέμα αυτό αποτελεί, σε διεθνή κλίμακα, δημοφιλές πεδίο επιστημονικής έρευνας και παρέμβασης των διαφόρων πολιτικών υγείας (Le Grand 1982, Propper 1992, Maynard and Kanavos 2000). Στη χώρα μας, έχουν επισημανθεί οι ανισότητες στη χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων ανά ασφαλιστικό φορέα, που κατά τεκμήριο ενσωματώνει πληθυσμούς της ίδιας κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας.⁶

1.3.5. ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν την τρίτη -αλλά τη συγκριτικά μεγαλύτερη-πηγή χρηματοδότησης του συστήματος. Κατά παράδοση, οι δαπάνες αυτές ήταν και παραμένουν και σήμερα υψηλές. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μία σειρά παραγόντων, όπως η χαμηλή ανάπτυξη και ο πολυκερματισμός του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη ορισμένων Ταμείων, η χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημόσιου συστήματος, σε συνδυασμό με την περιοριστική πολιτική τιμών στις υπηρεσίες υγείας. Σημαντικός παράγοντας των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και διαγνωστικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας (Δερβένης-Πολύζος 1995, Polyzos 2000). Ο μεγάλος αυτός ιδιωτικός τομέας, στην προσπάθεια

⁶ Υφαντόπουλος Γ., Νικολαΐδου Κ., (2008), Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

του να επιβιώσει οικονομικά και να αυξήσει τα εισοδήματά του, χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους, εκμεταλλευόμενος κυρίως τις αδυναμίες και τις ελλείψεις στον σχεδιασμό του δημόσιου συστήματος υγείας.

Το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι (ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών) από τα μεγαλύτερα της Ευρώπης. Αυτό, ίσως, είναι απόρροια της αδυναμίας του δημόσιου συστήματος να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ή τις φιλοδοξίες του Έλληνα για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι διάφορες μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια υπολογίζουν τις ιδιωτικές δαπάνες κοντά στο 5% του ΑΕΠ ή πλέον του 40% των συνολικών δαπανών υγείας. Η διαμόρφωση της αγοράς για τις υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών και μαιευτηρίων δείχνει σταθερή μεγέθυνση (τα τελευταία χρόνια), της τάξης του 10% ετησίως. Το 1994, η αγορά εμφάνισε αύξηση κατά 12,5% έναντι του 1993.

Η αύξηση αυτή της ιδιωτικής αγοράς υγείας έγινε δυνατή εξαιτίας και της σημαντικής αύξησης που παρουσίασε η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας κατά τη δεκαετία 1985-94 (Λιαρόπουλος 1995). Οι δαπάνες μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης αντιπροσωπεύουν το 35% των συνολικών εσόδων των ιδιωτικών κλινικών-μαιευτηρίων και των διαγνωστικών κέντρων. Το υπόλοιπο, καθώς και το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών αμοιβών των ιατρών προφανώς αντιπροσωπεύει απ' ευθείας ιδιωτικές δαπάνες από τα νοικοκυριά.

Η αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας δείχνει σαφή σημεία κόπωσης. Επίσης, είναι πολύ σημαντική η συνειδητοποίηση από "αέρους των ασφαλιστικών εταιρειών ότι η ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών απειλεί την ίδια τη βιωσιμότητά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)

2.1. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ – ΙΣΤΟΡΙΚΑ

Στα ιστορικά πλαίσια της κλασικής οργανωτικής σκέψης και της διοικητικής θεωρίας, το γραφειοκρατικό βεμπεριανό μοντέλο θεωρείται μια ορθολογική και αποτελεσματική μέθοδος ενάσκησης διοίκησης και ελέγχου, με κύρια χαρακτηριστικά:

- την πυραμοειδή οργανωτική δομή, που θεωρήθηκε ως το βέλτιστο, τουλάχιστον τεχνικά, μοντέλο παραδοσιακής μορφής διοίκησης, με χαρακτηριστικά την ακρίβεια, τη βεβαιότητα, τη συνέχεια κ.ο.κ.

- την ιεραρχική διάρθρωση των ενδο-οργανωτικών ρόλων και αρμοδιοτήτων, καθώς και τη σταθερότητα στην απασχόληση και τις αμοιβές, και

- την κυριαρχία κανόνων-διατάξεων που διαμορφώνουν τις εσωτερικές διαδικασίες από κοινού με την τμηματοποίηση και την αυστηρή διαίρεση της εργασίας.

Πάνω σε αυτό, ο Anderson (1968) υποστήριξε τη διεύρυνση του management στα νοσοκομεία, με στόχο τη βελτίωση της (οικονομικής) αποδοτικότητας τους, και δικαιολογούσε το "άγχος" των οικονομολόγων εξαιτίας της υποτυπώδους ανάπτυξης του.

Κομβικό σημείο αναζήτησης της διοικητικής αποδοτικότητας στα νοσοκομεία θεωρείται η έλλειψη παιδείας και κινήτρων των "διαχειριστών" (managers) των νοσοκομείων, ιδιαίτερα των δημόσιων, για αποτελεσματική διοίκηση (management) και διαχείριση των πόρων. Πριν από λίγα χρόνια, ιδιαίτερα τα δημόσια νοσοκομεία δεν είχαν κίνητρο βελτίωσης της αποδοτικότητας εξαιτίας κυρίως ανάλογης απουσίας σοβαρών εξωτερικών πιέσεων. Από τη στιγμή που παρουσιάστηκε έντονο και εμφανές πρόβλημα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το κράτος, η συζήτηση διογκώθηκε. Η διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος αφορά τον σχεδιασμό, την οργάνωση και τον έλεγχο, που έμμεσα έχουν επίπτωση και στο κόστος (οικονομική αποδοτικότητα).

Οι αξίες αυτές με τη σειρά τους μεγιστοποιούν την οργανωτική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του παραγόμενου έργου, λαμβάνοντας όμως υπόψη "τεχνικιστικές θεωρήσεις". Ο ίδιος ο Weber ανέφερε ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο περιορίζεται από τον βαθμό της "συναδελφικής εξουσίας" (collegial authority), που εμπεριέχει την κατανομή της εξουσίας εξαιτίας του πλουραλισμού των συμφερόντων. Η εξειδίκευση, η αλληλεξάρτηση, η "αμοιβαία διευθέτηση" (mutual adjustment) και η αυξημένη προφορική επικοινωνία μεταξύ τμημάτων και επαγγελματιών είναι χαρακτηριστικά ενός οργανισμού (π.χ. νοσοκομείο). Στην κλασική κοινωνιολογία, η μορφή αυτή έχει περιγραφεί από τον Durkheim ως πρότυπο "οργανικής συνοχής" (organic solidarity). Η σύγχρονη πολιτική κοινωνιολογία συνεκτιμά και τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες της πολιτικής δράσης που αποτελούν τη βάση για έναν δημοκρατικό οργανισμό.⁷

⁷ Jones A., O' Donnell O., (2002) *Econometric Analysis of Health Data*, John Wiley and Sons Ltd, UK

Το οργανωτικό υπόδειγμα της γραφειοκρατίας επηρέασε σε παγκόσμια εμβέλεια τις οργανωτικές μορφές και διαδικασίες των επιχειρήσεων, αλλά κυρίως τους οργανισμούς του Δημοσίου. Η δημόσια γραφειοκρατία, ιδιαίτερα στη χώρα μας, ταυτίζεται με την αδυναμία να μάθει από τα λάθη της και την αντίσταση να δεχθεί αξιολόγηση και αλλαγές.

Συγγενείς της βεμπεριανής άποψης, αν και φαινομενικά πιο εξελιγμένες, θεωρήσεις βρίσκουμε στους σύγχρονους του Weber, κλασικούς θεμελιωτές της γενικής-βιομηχανικής διοίκησης (general and industrial management) και της επιστημονικής διοίκησης (principles of scientific management) Fayol and Taylor, καθώς και στους συνεχιστές του έργου τους (Gullick-Urwick, Mooney-Reiley κ.ά.) (Pugh 1982). Οι κλασικές αυτές θεωρίες, κυρίως του πρώτου τετάρτου του αιώνα μας, περί διοίκησης και οργάνωσης αφορούν πρώτιστα την ανατομία της "τυπικής δομής" (formal structure) ενός οργανισμού. Στο δεύτερο τέταρτο του αιώνα αυτού, αναπτύσσεται μια νέα σχολή (νεοκλασική), που επιδιώκει την προσέγγιση του ανθρώπου και της συμπεριφοράς του, δηλαδή τη λεγόμενη και "άτυπη δομή" (informal structure) ενός οργανισμού. Οι περισσότεροι από τους εκφραστές της προέρχονται από τον χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας.⁸

2.1.2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σήμερα, το management αποτελεί έναν από τους πιο εξελιγμένους κλάδους των κοινωνικών επιστημών. Σε αυτό βοήθησε και η

⁸ Πολύζος Ν., (2007), χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

ανάπτυξη της θεωρίας των συστημάτων και της επιχειρησιακής έρευνας, μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο (κυρίως στον Στρατό και τις επιχειρήσεις). Οι νέες θεωρίες αποτέλεσαν εστία κριτικής του γραφειοκρατικού προτύπου, ενώ λειτούργησαν ως διάυλος επικοινωνίας των φυσικών και κοινωνικών επιστημών, καθώς και των ανθρώπινων σχέσεων σε έναν οργανισμό κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες (contingency theory). Έτσι, η σύγχρονη σχολή έχει εμποτιστεί από τη συστημική θεωρία και την κυβερνητική, στην οποία άνθρωποι, ομάδες έργου, δομές, στόχοι, περιβάλλον και αποτελέσματα αλληλεξαρτώνται.

Σε μια απλοποιημένη του μορφή, το νοσοκομειακό (υπο)σύστημα αναλύεται στο διάγραμμα 2.1. Με βάση τη συστημική θεωρία και ανάλυση, δύναται γενικότερα να υιοθετηθεί ότι το σύστημα υγείας είναι "ανοικτό", με πολλά υποσυστήματα (χρηματοδότηση, παροχή υπηρεσιών, πρωτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη κ.ο.κ.). Σύμφωνα και με αυτή τη θεώρηση, πρέπει να τονισθεί ότι η διοίκηση (management) των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολη υπόθεση, γιατί συντρέχουν συνδυαστικά τα εξής:

- έλλειψη γνώσης ή αδυναμία διαχείρισης της γνώσης για το (ιατρικό) αποτέλεσμα,
- η φύση του ιατρικού επαγγέλματος (γνώση, νομιμοποίηση, δύναμη επιβολής),
- εσωτερική οργανωτική πολυπλοκότητα, και
- εξωτερικές επιδράσεις (κυβέρνηση, ασφαλιστικά ταμεία, επαγγελματικές ενώσεις, ασθενείς).

Στα πλαίσια αυτά, η οργανωσιακή μελέτη προσπαθεί να δώσει εναλλακτικές λύσεις. Η κατά Drucker μέθοδος της οργανωτικής ανάλυσης -management by objectives- συνεπάγεται τη μελέτη:

- των οργανωτικών στόχων και του τρόπου μετατροπής τους σε προδιαγραφές εργασίας,
- του τρόπου ομαδοποίησης και ιεραρχικής κατάταξης των προδιαγραφών αυτών σε συγκεκριμένο έργο,
- του υπολογισμού του χρόνου, καθώς και των προϊόντων-υπηρεσιών,
- της κατανομής της εξουσίας στις ομάδες έργου και τα πρόσωπα,
- του προσδιορισμού της ευθύνης ως προς την επιδίωξη της αποδοτικότητας στην εργασία και, τέλος,
- του συντονισμού και της εκτέλεσης της εργασίας, καθώς και της μέτρησης των αποτελεσμάτων.

Όμως, ο ίδιος ο Drucker σημειώνει ότι "όπως ένα καλό Σύνταγμα δεν εγγυάται τη δημιουργία καλών Προέδρων, καλών νόμων, ηθικής κοινωνίας κ.ο.κ., έτσι και η οργανωτική διάρθρωση από μόνη της δεν δύναται να συντελέσει στην επίτευξη της άριστης απόδοσης" (αυτό φάνηκε καθαρά στη μεταρρύθμιση των νοσοκομείων του ΕΣΥ την τρέχουσα 10ετία). Γι' αυτό η εσωτερική οργανωτική σύνθεση και η ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και εξωτερικοί (κοινωνικο-οικονομικοί) παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Η οργανωτική σύνθεση κάθε οργανισμού ποικίλλει ανάλογα με μια σειρά από **χαρακτηριστικά** όπως:

- ο χαρακτήρας του οργανισμού προς τα έξω (ιδιοκτησία-ηγεσία, χαρακτηρισμός της εξειδίκευσης στην αγορά, σχέσεις προς τρίτους κ.λπ.), καθώς επίσης και
- η ποιοτική διαφοροποίηση των συντελεστών παραγωγής και του παραγόμενου έργου (εσωτερικά).

Τα σύγχρονα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετους οργανισμούς, με δική τους προτυποποίηση, που πολλές φορές δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ενιαία. Πάντως, θεωρητικά φαίνεται να διαφέρει από

το κλασικό "γραφειοκρατικό" μοντέλο. Η βιβλιογραφία είναι πλούσια διεθνώς στη συγκριτική ανάλυση της οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων. Η ανάλυση εισχωρεί σε βάθος, ανάλογα με χαρακτηριστικά που πρέπει να καθορισθούν (Πολύζος 1998), όπως:

- **το καθεστώς ιδιοκτησίας και ο βαθμός αυτονομίας:** ενώ στα ιδιωτικά ο κύριος δείκτης μέτρησης και αξιολόγησης της αποδοτικότητας της οργάνωσης είναι το κέρδος, στα δημόσιου χαρακτήρα νοσοκομεία δίδεται έμφαση στα μετρήσιμα κάθε φορά αποτελέσματα και στην αξιολόγηση της "τυπικής" και της "άτυπης" δομής (formal and informal structure). Κάθε δημόσιος οργανισμός (πρέπει να) λαμβάνει υπόψη του περιορισμούς, όπως είναι κοινωνικοί ή/και πολιτικοί στόχοι, που ίσως δεν ισχύουν στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος λειτουργεί περισσότερο με "κερδοσκοπικούς" στόχους. Ένα πλέγμα δημόσιων οργανισμών και κοινωνικών φορέων επιδρά στις αποφάσεις των δημόσιων, κυρίως, νοσοκομείων, των οποίων η μέτρηση των αποτελεσμάτων είναι πιο πολύπλοκη. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί ότι ρόλο επίσης παίζει και ο βαθμός του πολιτικού ελέγχου (political accountability), που επιδρά και στο παραγόμενο έργο. Εξωτερικά τα νοσοκομεία διαφέρουν στον βαθμό που εξαρτώνται από τις αποφάσεις του "κέντρου" ή του "τοπικού" αντιπροσώπου του (ασφαλιστικός φορέας, περιφέρεια, νομαρχία κ.ο.κ.).

- **το μέγεθος, η τοποθεσία και το είδος:** η σύγκριση των οργανωτικών δομών διαφόρων νοσοκομείων πρέπει να λαμβάνει υπόψη της μεταβλητές, όπως είναι το μέγεθος, μετρήσιμο π.χ. σε κλίνες ή στο είδος των επεμβάσεων που διενεργεί. Παράλληλα, συνεκτιμώνται η θέση (π.χ. γεωγραφική) του νοσοκομείου, η συγκεκριμένη αγορά ή ο πληθυσμός που εξυπηρετεί (γενικό ή ειδικό, νομαρχιακό ή περιφερειακό κ.ο.κ.).

Οι όποιες διαφορές αντανακλώνται και στους "πελάτες-καταναλωτές" των υπηρεσιών (ασθενείς), οι οποίοι διαφέρουν με βάση τη νοσολογική τους κατάσταση. Δύο νοσοκομεία που βρίσκονται στην ίδια περιοχή και διαθέτουν όλες τις υπηρεσίες προτιμώνται από τους ασθενείς, π.χ. το πρώτο για τον παθολογικό τομέα του και το δεύτερο για τον χειρουργικό. Η επίπτωση είναι σημαντική για τη μέτρηση του τελικού "προϊόντος" του νοσοκομείου.

- **ετερογένεια-πολυπλοκότητα-αβεβαιότητα της δομής και του έργου:** η ποικιλία των υπηρεσιών (π.χ. ειδικότητες, ιατρικές πράξεις κ.ο.κ.) που μπορεί να προσφέρει ένα νοσοκομείο δημιουργεί την πολυπλοκότητα των διαφορετικών ικανοτήτων που έχουν οι κάθε είδους εισροές του. Επίσης, είναι εμφανής η αβεβαιότητα στον καθορισμό των εκροών του σε σχέση με τις εισροές και, κατ' επέκταση, η αξιολόγηση της οργάνωσης και χρηματοδότησης του. Για παράδειγμα, είναι τεράστια η διαφορά του βαθμού δυσκολίας της "επιχειρησιακής" αξιολόγησης των υπηρεσιών του "Ευαγγελισμού" σε σχέση με ένα μικρό νοσοκομείο μιας επαρχιακής πόλης, που προσφέρει υπηρεσίες σε δύο ή τρεις ειδικότητες.

- **δομή της εξουσίας-διαίρεση της εργασίας:** εσωτερικά η δομή ενός νοσοκομείου είναι πολυεπίπεδη και οι άνθρωποι (γιατροί, νοσηλεύτριες κ.λπ.) που την απαρτίζουν είναι ποικιλόμορφα διαφορετικοί σε εκπαίδευση και κοινωνικό ή οικονομικό ή προσωπικό status. Αυτό αντανακλάται και στις ιεραρχικές δομές, οι οποίες τείνουν να επικαλύπτονται από την εξουσία των κυρίαρχων σε βάρος των ασθενέστερων επαγγελματικά τάξεων και ατόμων. Μια μεγάλη πανεπιστημιακή κλινική διαφέρει από μια άλλη ενός μικρού νομαρχιακού νοσοκομείου αντίστοιχης ειδικότητας. Όσο διαφέρει ο βαθμός εξειδίκευσης (οριζόντια διαφοροποίηση) και όσο πιο πολλοί και διαφοροποιημένοι σε αυτό τον τομέα είναι οι εργαζόμενοι (κάθετη

διαφοροποίηση), τόσο η δομή της εξουσίας πολυδιασπάται και η μέτρηση των όποιων αποτελεσμάτων καθίσταται όλο και πιο δύσκολη. Η δύναμη και η επίδραση των επαγγελματικών οργανώσεων, επίσης, διαφέρουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και πολλές φορές αντικαθιστούν την πιθανή έλλειψη των προηγούμενων στοιχείων. Το αποτέλεσμα έχει ήδη επηρεασθεί ποιοτικά και είναι πιο δύσκολο να μεταφερθεί σε "μονάδες μέτρησης".

Η επιστημονική έρευνα στρέφεται και προς τον διοικητικό **"ορθολογισμό"** της (νεο)κλασικής και σύγχρονης οργανωτικής θεωρίας (Μιχαλόπουλος 1995), δηλαδή τη διαίρεση και τον συντονισμό των εισροών (π.χ. της εργασίας) για την αύξηση της διοικητικής αποδοτικότητας ή αποτελεσματικότητας.

Η αποτελεσματική εκπλήρωση των οργανωτικών σκοπών ενός νοσοκομείου προϋποθέτει την αξιολόγηση και βελτίωση της σχέσης εισροών-εκροών, και με τη διοικητική έννοια. Πυλώνας της αποτελεί η οριοθέτηση ομαδικά μορφοποιημένων κριτηρίων και αποτελεσμάτων που είναι συγκρίσιμα μεταξύ τους.

Με βάση την τελευταία παρατήρηση, η οργανωτική θεωρία αναφέρεται και στον τρόπο διαφοροποίησης, τυποποίησης, υποδειγματοποίησης και ολοκλήρωσης της διοικητικής (managerial) συμπεριφοράς (Mintzberg 1979). Κανείς, όμως, δεν θεωρεί πανάκεια την εκ των προτέρων επιβαλλόμενη δομή για να αριστοποιηθεί η (διοικητική) αποδοτικότητα. Στόχος είναι η αλληλεξάρτηση ελέγχου και απόδοσης να αποτελέσει εργαλείο στρατηγικής ενός οργανισμού (νοσοκομείου) και γενικότερης αξιολόγησης του συστήματος (υγείας).

Στο σημείο αυτό, πρέπει να συνεκτιμηθεί ότι στα νοσοκομειακά δρώμενα διεθνώς ισχύουν δύο βασικά επιχειρήματα, που από μόνα τους δημιουργούν αντιθέσεις και δυσκολίες στην εφαρμογή των παραπάνω αρχών:

- υπεύθυνη διοίκηση (accountable management) σημαίνει ότι όλα τα τμήματα και ο κάθε απασχολούμενος στο νοσοκομείο ανταποκρίνονται σε μετρήσιμο ποιοτικά και ποσοτικά έργο, που έχει καθορισθεί με προσυμφωνημένα κριτήρια και στόχους, για να μεταφρασθεί σε αποτέλεσμα, και
- δυσκολία στην προσπάθεια για κατάρτιση ή βελτίωση σταθερών κριτηρίων διοίκησης και αξιολόγησης συνιστά το γεγονός ότι στην πλειονότητα των ΕΣΥ (NHS) έχει σχεδόν παγιωθεί η τακτική του ιατρικού επαγγέλματος να βρίσκεται έξω από τον διοικητικό έλεγχο.

Στην Ελλάδα υπάρχει αναγκαιότητα για το πρώτο μεταξύ των προαναφερθέντων, αλλά την ίδια στιγμή εξακολουθεί να ισχύει το δεύτερο. Παράλληλα, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το σύγχρονο νοσοκομείο είναι χώρος για εξειδικευμένες επιστημονικές ομάδες, με διατομεακό χαρακτήρα στη συνεργασία και τη συμμετοχή των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η ακριβή τεχνολογία πρέπει να χρησιμοποιείται για να αποδίδει αποτελεσματικά ποιοτικές υπηρεσίες και να επιτυγχάνει "οικονομίες κλίμακος" (economies of scale).

Έτσι, η λογική της αποδοτικότητας συνδέεται άμεσα με τη μεγιστοποίηση του οφέλους των τεχνολογικών μεταβολών σε έναν οργανισμό (Shepherd 1979). Η λεγόμενη "δυναμική" αποδοτικότητα βασίζεται στην οργανωτική τεχνολογία, η οποία διακρίνεται σε "μακροσυνδετική-γραμμική" (π.χ. αυτοκινητοβιομηχανίες), "διαμεσολαβητική" (τράπεζες, μεταφορές, τηλεφωνία κ.λπ.) και "εντατική". Το νοσοκομείο ανήκει στην τελευταία κατηγορία. Οι γνώσεις, οι δεξιότητες, οι πόροι και οι τεχνικές αλληλεξαρτώνται για να ληφθούν οι αποφάσεις μετασχηματισμού των εισροών σε εκροές. Εκροή δεν είναι μόνον η αποχώρηση του ασθενούς από το νοσοκομείο, αλλά π.χ. και η διάρκεια νοσηλείας του (ποσοτικά και

ποιοτικά διευθετημένη), οι ενδιάμεσες υπηρεσίες και η αξιολόγηση τους, το επίπεδο υγείας και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, το κόστος κ.ο.κ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 1992) έχει απαντήσει στο ερώτημα πώς βλέπει μελλοντικά τη "διοικητική πρόκληση" (managerial challenge) ως βασικό **εργαλείο** των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων:

- διοίκηση με πολιτισμικά στοιχεία, αρχές και αξίες για το ανθρώπινο δυναμικό και τους χρήστες των υπηρεσιών, στα πλαίσια μιας "νέας δημόσιας διοίκησης" (new public management), με έμφαση στη μετρήσιμη αξιολόγηση των πόρων, του έργου και των αποτελεσμάτων,

- νέες, ευέλικτες διοικητικές δομές, βασισμένες και σε πρότυπα του ιδιωτικού τομέα,

- αποτελεσματικές τεχνικές διοίκησης: διοίκηση με στόχους, επικοινωνία, διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων, στρατηγικός σχεδιασμός, επιστημονική διοίκηση και διασφάλιση της ποιότητας, και

- κατάλληλες υποδομές, που θα καθιστούν τις υπηρεσίες "ανταγωνιστικές".

Διάγραμμα 2.1: Διαδικασία εξασφάλισης διοικητικής αποδοτικότητας- αποτελεσματικότητας-ποιότητας στο νοσοκομειακό (υπο)σύστημα



Η διοικητική πρόκληση έχει αυξανόμενο ρυθμό στις υπηρεσίες υγείας, γιατί διογκώθηκε το ενδιαφέρον όλων, και ιδιαίτερα των μη γιατρών (χρηματοδότες, πολίτες, άλλα επαγγέλματα υγείας), στον έλεγχο του αποτελέσματος και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία προσέγγισης της διοικητικής αποδοτικότητας-αποτελεσματικότητας περιλαμβάνει δράσεις που αναλύθηκαν και αναφέρονται στο διάγραμμα 2.1. Συνολικά στόχο έχει:

- την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας,
- την εξασφάλιση από την πλευρά του κράτους ή των ασφαλιστικών ταμείων της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών και
- την ανθρώπινη και ποιοτική εξυπηρέτηση του ασθενούς, με τελικό σκοπό την ικανοποίησή του.⁹

⁹ Πολύζος Ν., (2007), χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

2.1.3. ΆΛΛΕΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Από τη δεκαετία του '50, οι μελέτες για τα νοσοκομεία αναδεικνύουν την αναγκαιότητα προσεγγίσεων, όπως η οργάνωση και ο σχεδιασμός με διάφορες εναλλακτικές μορφές, η επιχειρησιακή έρευνα και, τελευταία, η διαχείριση της χρησιμοποίησης (utilization management) των πόρων, με στόχο τη διοικητική και οργανωτική βελτίωση των νοσοκομείων και των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Ο **σχεδιασμός** περιλαμβάνει: α) τον οργανωτικό σχεδιασμό μακράς εμβέλειας (long-range institutional planning) και β) τον στρατηγικό σχεδιασμό (strategic planning). Ο στρατηγικός σχεδιασμός αφορά περισσότερο το περιβάλλον του νοσοκομείου, αξιολογεί και προσανατολίζεται στην αγορά και τις μεταβολές της, ενώ παράλληλα στοχεύει στη συγκεκριμένη και σχεδιασμένη δράση (Zuckerman 1984). Αντίθετα, η πρώτη μορφή σχεδιασμού αφορά κυρίως την εσωτερική εικόνα μιας επιχείρησης-νοσοκομείου και η δράση προσανατολίζεται στη βελτίωση των υποδομών, των προγραμμάτων και των τμηματικών σχεδίων. Η αποτελεσματικότητα του σχεδιασμού εξαρτάται από ορισμένα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, που ήδη αναφέρθηκαν (ιδιοκτησία, μέγεθος, φύση και θέση του νοσοκομείου κ.ο.κ.), την ικανοποίηση του καταναλωτή-ασθενούς που δέχεται τις υπηρεσίες και τη σαφή και οριοθετημένη μέτρηση του τελικού προϊόντος, με στόχο τη σύγκριση του με τους στόχους που τέθηκαν (Bru-ton et al. 1995).

Συνυφασμένη απόλυτα με τη διαδικασία σχεδιασμού είναι η διοίκηση και διαχείριση (management) ενός οργανισμού και η λήψη των αποφάσεων. Περιλαμβάνει τις εξής διαστάσεις:

- την αποστολή (αξιολόγηση του περιβάλλοντος και της αγοράς, μέτρηση της σχέσης στόχων - αποτελεσμάτων),
- την κατανομή των πόρων (οικονομικός σχεδιασμός, προϋπολογισμός, λογιστικά και πληροφοριακά συστήματα),
- την εφαρμογή (επιλογή και αξιολόγηση προσωπικού, σχεδιασμός διαδικασιών και προγραμμάτων),
- την οργανωτική δομή (διαχειριστικά συστήματα, ιεραρχία, επικοινωνία κ.ά).

Στα πλαίσια της **διοίκησης** ενός οργανισμού ή μιας ομάδας ανθρώπων, πρέπει να καλυφθεί η διερεύνηση παραμέτρων: α) της ζήτησης στην αγορά, β) της μέτρησης του αποτελέσματος, γ) της ποιότητας των υπηρεσιών και δ) της αποδοτικότητας στην κατανομή των πόρων, με έμφαση στο κόστος. Πολλά από τα εργαλεία μέτρησης των παραπάνω παραμέτρων αναφέρονται στο βιβλίο. Άλλα δεν είναι δυνατόν να καταγραφούν, γιατί θα αλλοιώσουν τον συγκεκριμένο χαρακτήρα της έρευνας και θα αυξήσουν υπέρμετρα τις αναγκαίες πληροφορίες, των οποίων η διαθεσιμότητα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σπανίζει. Άλλωστε, τα νοσοκομεία που θα επιβιώσουν στο μέλλον οργανωτικά θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους και τη διάσταση της ανάπτυξης και συνεχούς βελτίωσης πληροφοριακών συστημάτων, που στηρίζουν αυτές τις προσεγγίσεις. Η υποστήριξη τους θα γίνεται από καλά εκπαιδευμένους και με κίνητρα εργαζομένους. Μπορεί η περίθαλψη να σχετίζεται απόλυτα με την ασθένεια, όμως η παροχή και η οργάνωση της οφείλονται σε ανθρώπους.

Πολύτιμο, επίσης, εργαλείο αποτελεί η **επιχειρησιακή έρευνα**, καθώς η πολυπλοκότητα ενός νοσοκομειακού συστήματος παράγει οργανωτικές δυσκολίες, που πρέπει να επιλυθούν για να αυξηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος (π.χ. λίστες αναμονής). Η αναζήτηση αυτή περιλαμβάνει τη μέτρηση της αποδοτικότητας αλλά και τον

προγραμματισμό, τα πληροφοριακά συστήματα, τη διαχείριση του προσωπικού, τη στρατηγική, τις αποφάσεις κ.ο.κ.). Η χρήση "simulation models" γίνεται συχνά και αξιολογεί τις ροές ασθενών, την τεχνολογία, τον τύπο των παραγόμενων εξετάσεων και θεραπειών, καθώς και τη διαθεσιμότητα σε προσωπικό. Οι επιχειρησιακοί ερευνητές ανά τον κόσμο παραπονούνται ότι οι γνώσεις ή οι μελέτες τους δεν χρησιμοποιούνται από τους διευθύνοντες τα νοσοκομεία, γιατί οι τελευταίοι θεωρούν τα επιχειρησιακά μοντέλα πολύ θεωρητικά (Holland 1983). Τα μοντέλα αυτά είναι χρήσιμα στην επιλογή και λήψη αποφάσεων για την εφαρμογή αλλαγών, όταν τα προβλήματα έχουν σαφώς καθορισθεί. Η όποια εφαρμογή τους προϋποθέτει τη μέτρηση δεικτών, που αναλύονται στην έρευνα αυτή.

Η **αξιολόγηση της χρησιμοποίησης** (utilization review) των πόρων αποβλέπει στη διαδικασία μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος (**performance management**) στην κάθε του μορφή. Σε αυτή τη βάση, η σύγκριση με την αποδοτικότητα στην κατανομή των πόρων είναι αναγκαία να επιχειρείται ανά τμήμα ή δραστηριότητα στο κάθε νοσοκομείο. Η συνολική διαχείριση της (utilization management) αφορά κυρίως τους "χρηματοδότες" (κράτος, ασφαλιστικά ταμεία, πολίτες), που έχουν και τον ελεγκτικό ρόλο (monitoring and accountability) προς τον τομέα της προσφοράς.

Η ανεξέλεγκτη άνοδος του κόστους οφείλεται στην απουσία τέτοιας μορφής αξιολόγησης. Η επιτυχία της, π.χ. νοσοκομεία στον Καναδά, οφείλεται στην αποτελεσματικότητα και την ακρίβεια των επικοινωνιακών συστημάτων, όπως αυτά μεταφράζονται σε κάθε μορφής πληροφοριακά συστήματα, αφού πρώτα έχει στοχοθετηθεί τι, γιατί και για ποιους παρέχουν υπηρεσίες.

Η εξέλιξη της διαδικασίας αυτής διευρύνθηκε τελευταία με τη δημιουργία προτύπων (standards) κλινικής διαδικασίας και πρακτικής

ανά γιατρό και ιατρική περίπτωση (evidence-based medicine). Στόχος είναι η συστηματική παρακολούθηση των θεραπειών, με τη δημιουργία αντίστοιχων βάσεων δεδομένων, για τον έλεγχο και τη διαχείριση των χρησιμοποιούμενων πόρων, πιο αποδοτικά για το νοσοκομείο και με πιο ποιοτικά αποτελέσματα για τον ασθενή. Η αποτελεσματικότητα στη θεραπεία και η αποδοτικότητα στο κόστος συνθέτουν τον λόγο εφαρμογής της. Τα παραπάνω, όμως, μεγέθη σχετίζονται με την ατομική περίπτωση του κάθε ασθενούς. Η δυσκολία, πάλι, βρίσκεται στον τρόπο που θα γίνει η ομαδοποίηση και καταγραφή των ιατρικών περιστατικών. Η ετερογένειά τους οφείλεται στον κάθε ασθενή, αλλά και στον γιατρό του, που καλείται να αποφασίσει για λογαριασμό του ασθενούς. Έτσι αναδύονται τεχνικά, αλλά κυρίως ηθικά διλήμματα, που δύσκολα επιλύονται.¹⁰

2.2. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ: ΘΕΩΡΙΑ

Στον ανάλογο τομέα της οικονομικής θεωρίας, μεγάλο μέρος της ερευνητικής και βιβλιογραφικής παρουσίας προσπαθεί να προτυποποιήσει την οικονομική, κυρίως, συμπεριφορά των νοσοκομείων, αν και είναι εξαιρετικά δύσκολο να βρεθεί ένα ενιαίο (οικονομικό) μοντέλο νοσοκομείου (McGuire 1988, McGuire and Hughes 2003). Οι θεωρίες που κατά καιρούς έχουν καταγραφεί αφορούσαν την επιβεβαίωση του "επιχειρηματικού" προτύπου (hospital as a firm):

¹⁰ Jones A., O' Donnell O., (2002) *Econometric Analysis of Health Data*, John Wiley and Sons Ltd, UK

1.της παραδοσιακής οικονομικής θεωρίας για τη μεγιστοποίηση των κερδών (profit maximizing model) μιας επιχείρησης (νοσοκομεία στις ΗΠΑ) ή

2.της εναλλακτικής συμπεριφοράς της μεγιστοποίησης του "διαχειριστικού" οφέλους ή της χρησιμότητας (utility maximizing model), κυρίως από την πλευρά του "διευθύνοντα" το νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (not-for-profit), ή

3.της επικράτησης του ιατρικού προτύπου στη διαμόρφωση της νοσοκομειακής συμπεριφοράς (physician-control model).

α. την εξέταση της αγοράς και του περιβάλλοντος στα οποία αναπτύσσεται το νοσοκομείο,

β. το ιδιοκτησιακό καθεστώς σε αλληλουχία με το ποιος παίρνει τις αποφάσεις,

γ. την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Από τη δεκαετία του '70 (Feldstein 1970), αλλά κυρίως στις δεκαετίες '80-'90 (Zweifel-Breyer 1997), η σημασία στην προτυποποίηση-μοντελοποίηση της οικονομικής συμπεριφοράς του νοσοκομείου στράφηκε εσωτερικά στη διαμόρφωση εργαλείων αναζήτησης της αποδοτικότητας-παραγωγικότητας, με στόχο τη μέτρηση του προϊόντος και την αναζήτηση εναλλακτικών προτύπων χρηματοδότησης, με βάση τα κίνητρα "καλής" απόδοσης.

A. Μεγιστοποίηση του κέρδους: Η παραδοσιακή οικονομική θεωρία των επιχειρήσεων βασίζεται στο κίνητρο του επιχειρηματία για το κέρδος (profit maximizing model). Σε ένα πλήρως ανταγωνιστικό περιβάλλον, η προσφορά ανταποκρίνεται στη ζήτηση, η οποία ρυθμίζει τόσο τις εισροές όσο και τις εκροές. Οι τιμές που οι τελευταίες λαμβάνουν είναι ανταγωνιστικές και περίπου ίσες με το (μακροχρόνιο) κόστος, ενώ οι αμοιβές για υπηρεσίες πληρώνονται στο

ακέραιο από τους πελάτες-ασθενείς. Η κάθε είδους επένδυση στοχεύει στην κερδοφόρα απόσβεση της. Δεν υπάρχουν φραγμοί στην είσοδο νέων "επιχειρήσεων" - νοσοκομείων στην αγορά, ενώ το προϊόν είναι ομογενοποιημένο. Σε μια τέτοια αγορά, τα νοσοκομεία:

- αποφασίζουν για τις υπηρεσίες που θα παράγουν και το ύψος των τιμών τους με βάση τη ζήτηση και τη διαφοροποίηση του προϊόντος,
- επενδύουν αυξάνοντας τις κλίνες και τον εξοπλισμό για να έχουν θετικές οικονομικές επιστροφές (returns to scale),
- αυξανόμενης της ζήτησης, αυξάνουν και τις εισροές (π.χ. γιατροί κ.λπ.),
- επιδιώκουν τη μείωση του κόστους, πολλές φορές σε βάρος της ποιότητας κ.λπ.

Ακόμα και αν κάποιος ακολουθήσει τη (θεωρητική) ροή της σκέψης αυτού του προτύπου, π.χ. στα ιδιωτικά νοσοκομεία, θα βρει αποκλίνουσες σε σχέση με τις παραπάνω συμπεριφορές. Η αγορά των υπηρεσιών υγείας έχει διαφορετική συμπεριφορά σε όλα τα προαναφερθέντα. Την ίδια στιγμή, περιλαμβάνει την αναζήτηση και παρουσία του ποιοτικού στοιχείου στην ελαχιστοποίηση του κόστους και στον καθορισμό των επενδύσεων και κυρίως την παρουσία του γιατρού στη διαμόρφωση των επιχειρηματικών αποφάσεων.

B. Μεγιστοποίηση της ποιότητας-χρησιμότητας των υπηρεσιών:

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η αγορά για υπηρεσίες υγείας έχει ιδιαιτερότητες και κινείται σχετικά διαφοροποιημένα από την κλασική οικονομική ανάλυση. Το στοιχείο που επιβεβαιώνει τις μονοπωλιακές ή ολιγοπωλιακές τάσεις της συγκεκριμένης αγοράς είναι η δυσκολία εισόδου στην αγορά νέων παραγωγών (Newhouse 1970) και η αλληλεξάρτηση των υπαρχόντων νοσοκομείων στον κοινό σκοπό να δημιουργήσουν το δικό τους status, το οποίο μεγιστοποιεί το όφελος τους.

Κυρίαρχη διάσταση στην εξέταση της οικονομικής συμπεριφοράς ενός νοσοκομείου είναι η διαμόρφωση στόχων από αυτόν που αποφασίζει. Το ποιος παίρνει τις αποφάσεις έχει άμεση σχέση και με τον διαχωρισμό της έννοιας της ποιότητας από την ποσότητα, *αν υποτεθεί ότι μπορούν να διαχωρισθούν*. Θεωρητικά ο ιδιοκτήτης θέλει το κέρδος (στα ιδιωτικά νοσοκομεία), η διοίκηση-διεύθυνση προσδοκά την αύξηση της ποσότητας και της ποιότητας, λαμβανομένου υπόψη του προϋπολογισμού, ενώ η επιδίωξη της ποιότητας είναι κύριο μέλημα του γιατρού καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Στην κορυφή της ιεραρχίας του νοσοκομείου έχει ιδιαίτερη σημασία αν οι αποφάσεις λαμβάνονται από διαφορετικό πρόσωπο (π.χ. manager) σε σχέση με τον *ιδιοκτήτη* (π.χ. κράτος ή ιδιώτης). Σε νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οι managers έχουν στόχο τη μεγιστοποίηση της ποσοτικής και, κυρίως, της ποιοτικής διάστασης των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσα από τη βελτίωση της προσωπικής τους "συνάρτησης χρησιμότητας" (utility function model). Το στοιχείο που σχετικά διαφοροποιεί τις προτιμήσεις του ασθενούς-πελάτη είναι η ποιότητα, όπως αυτή καθορίζεται από τη "*φήμη*" για τον γιατρό, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες ή τον εξοπλισμό του νοσοκομείου. Στόχος των managers είναι το επιχειρηματικό κέρδος να επενδυθεί για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, π.χ. σε περισσότερους και καλύτερους γιατρούς ή σε εξοπλισμό. Έτσι, ακολουθώντας το μοντέλο αυτό, τα ιδιωτικά νοσοκομεία θα ανταγωνισθούν τα μη κερδοσκοπικά όχι μόνο με βάση τη μείωση των τιμών, αλλά και τη "διάκριση" ασθενών, που συνήθως έχει άμεσο αντίκτυπο στην πρόσβαση τους. Η δημιουργία προβλημάτων "αποκλεισμού" ("cream skimming") είναι σημαντική ιδιαίτερα σε Εθνικά Συστήματα Υγείας (Feldstein 1988). Ο ιδιότυπος όμως αυτός ανταγωνισμός, που θεωρητικά μπορεί να αναπτυχθεί

μεταξύ των νοσοκομείων, αυξάνει αντί φυσιολογικά να μειώνει τις τιμές και για έναν πρόσθετο λόγο: την αναγκαιότητα των νοσοκομείων να επενδύουν συνεχώς σε υψηλή τεχνολογία, καθώς επίσης να έχουν υψηλό κόστος παραγωγής ("ανταγωνιστικές θεραπείες" κ.λπ.). Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα στην οικονομική αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου μπορεί να είναι καταλυτικά αρνητικά, για τον πρόσθετο λόγο ότι από ένα σημείο και μετά δεν θα αυξάνεται η ζήτηση, στην οποία έτσι κι αλλιώς σημαντικό ρόλο παίζει πάλι ο γιατρός.

Γ. Μεγιστοποίηση του ιατρικού ελέγχου: Μια σειρά ερευνητικών συγγραμμάτων (Feldstein 1970, Cullis-West 1979, Evans 1981, McGuire et al. 1988, Donaldson-Gerard 1993, κ.ά.) έδειξαν ότι ο *ex ante* καθορισμός της ζήτησης έγινε από τους *ex post* δείκτες χρησιμοποίησης (utilization) των νοσοκομείων, δηλαδή την προσφορά. Αυτό είναι λογικό καθώς η προσφορά καθορίζει κατά σημαντικό μέρος και τη ζήτηση. Η απόδοση των νοσοκομείων δεν εξαρτάται τόσο από τον ιδιοκτήτη ή τον "διευθύνοντα" -manager- όσο από τον γιατρό. Οι στόχοι του νοσοκομείου συμβαδίζουν με εκείνους του γιατρού, ο οποίος εκφράζει και τη ζήτηση από μέρους του καταναλωτή-ασθενούς (agency model).

Στις "παραδοσιακές αγορές" έχει σημασία: α) ο διαχωρισμός του ιδιοκτησιακού καθεστώτος από τη διοίκηση-διαχείριση μιας επιχείρησης και β) η επιδίωξη του κέρδους ως στοιχείο αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας μιας επιχείρησης. Στα νοσοκομεία, όλα τα παραπάνω τείνουν να συγκεντρώνονται ή να αντιπροσωπεύονται από τον γιατρό (physician-control model). Ο "τρίτος πόλος" λήψης αποφάσεων είναι ο γιατρός, που έχει στόχο την αύξηση είτε του προσωπικού του εισοδήματος (Evans 1981) είτε της

παραγωγής υπηρεσιών (Feldstein 1988). Με βάση το μοντέλο αυτό, ο γιατρός αποτελεί μια ξεχωριστή "επιχείρηση" εντός της επιχείρησης (νοσοκομείο) όπου παρέχει τις υπηρεσίες του (Pauly-Redisch 1973). Συνεπώς το ιατρικό "αποτέλεσμα" είναι πρώτης προτεραιότητας και έτσι καθίσταται σημαντική η επιδίωξη της "ιατρικής" αποδοτικότητας στη χρησιμοποίηση των κάθε μορφής πόρων και όχι (μόνο) στη μεγιστοποίηση των κερδών ή της ποιότητας. Η επίδραση του ιατρικού ελέγχου στην παραγωγική διαδικασία και την επενδυτική πολιτική του νοσοκομείου δίνει το δικαίωμα στον γιατρό:

- να θεωρεί μηδενικές τις τιμές των υπόλοιπων παραγωγικών συντελεστών, ζητώντας συνεχώς τη μεγιστοποίηση της χρήσης τους, και συνεπώς το νοσοκομείο δεν μπορεί εύκολα να ελαχιστοποιήσει το κόστος του, και

- να δημιουργεί τα γνωστά προβλήματα "ηθικής βλάβης", είτε προς τον χρηματοδότη των υπηρεσιών (π.χ. κράτος, ασφαλιστικά ταμεία) είτε προς τον ίδιο τον ασθενή, και συνεπώς τα αποτελέσματα είναι αντίστροφα, όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών.

Αν και το πρότυπο αυτό αναπτύχθηκε με βάση την επιχειρηματική δραστηριότητα ιδιωτικών νοσοκομείων (for-profit), π.χ. ΗΠΑ, στην πράξη ταιριάζει κυρίως σε νοσοκομεία που δεν έχουν στόχο το κέρδος (not-for-profit). Τα πλεονεκτήματα του γιατρού σε αυτά τα νοσοκομεία είναι:

- ότι κυρίως αυτός "προωθεί" το "προϊόν" προς τους "πελάτες" και όχι το νοσοκομείο,

- πρώτα ο ίδιος καθορίζει τα "περιθώρια κέρδους του" και όχι το νοσοκομείο,

- το νοσοκομείο έχει το περιθώριο επιδοτήσεων για την κάλυψη των ζημιών, σε αντίθεση με το αν ήταν ιδιωτικό,

- η ανάπτυξη του νοσοκομείου (π.χ. κλίνες, τεχνολογία κ.λπ.) καθορίζεται έμμεσα από τον ίδιο.

Η αλματώδης αύξηση του ιατρικού σώματος σε συνδυασμό με τη διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού δημιούργησε την αναγκαιότητα περιορισμού των αρνητικών επιδράσεων του προτύπου αυτού στην κατανάλωση υγειονομικών φροντίδων. Η εξέταση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων εσωτερικά και οι ακολουθούμενες χρηματοδοτικές πολιτικές εξωτερικά δημιούργησαν τα αναγκαία κίνητρα-αντικίνητρα από τον έλεγχο δραστηριοτήτων αυτής της μορφής.

Δ. Άλλοι παράγοντες: Η είσοδος των τεχνοκρατών και των managers αναδιαμόρφωσε κάπως το κίνητρο για το κέρδος (ιδιωτικά νοσοκομεία) ή για κυριαρχία του γιατρού (δημόσια νοσοκομεία), προς όφελος τους, αλλά φυσικά μακροπρόθεσμα και προς όφελος της "επιχείρησης". Ένας άλλος παράγοντας που προστίθεται (με αυξανόμενη σημασία τα τελευταία χρόνια) είναι οι νοσηλευτές αλλά και το υπόλοιπο εξειδικευμένο προσωπικό. Είναι οι κυρίως υπεύθυνοι για τη διαχείριση ή/και χρησιμοποίηση ενός μικρού, αλλά σημαντικού μέρους των εισροών (π.χ. υγειονομικό και γενικό υλικό, τεχνολογικά και πληροφοριακά συστήματα κ.λπ.). Βέβαια ο γιατρός εξακολουθεί να κατέχει τη γενικότερη γνώση και πληροφόρηση, αλλά η "κυριαρχία" του έχει μειωθεί από την ανάγκη ελέγχου και αποδοτικότητας των πόρων. Στα νοσοκομεία (δημόσια ή/και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα), εκτός των managers, η ευθύνη για τις αποφάσεις μοιράζεται στους γιατρούς (και τις νοσηλεύτριες), το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.), τις επαγγελματικές ενώσεις και τους πολιτικούς φορείς. Συνεπώς δημιουργείται ένας πέμπτος πόλος, που αφορά το εξωτερικό περιβάλλον. Παρ' όλα αυτά, οι στρατηγικές κυρίως αποφάσεις περιέχουν περισσότερο το στοιχείο του

συμβιβασμού παρά της συμφωνημένης δράσης με βάση μακροπρόθεσμους στόχους.

Ένα σημαντικό επίσης θέμα, που στόχο έχει την προτυποποίηση της νοσοκομειακής οικονομικής συμπεριφοράς, αποτελεί το ιδιοκτησιακό καθεστώς, το οποίο πολλές έρευνες στο παρελθόν (Donaldson-Gerard 1993) κυρίως εξετάζουν. Ιστορικά, επικράτησαν τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων ως μη κερδοσκοπικής επιχείρησης-οργανισμού (non-profit organization-firm), είτε φιλανθρωπικού (voluntary) είτε δημόσιου (public) χαρακτήρα, ιδιαίτερα στην Ευρώπη. Η πλειονότητα των ερευνών αλλά και οι στόχοι της παρούσας καταγραφής οδηγούν το ενδιαφέρον κυρίως στα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση (Groskopf-Valdmanis 1987 κ.ά.) δείχνει ότι στα δημόσια νοσοκομεία ο οικονομικός κυρίως στόχος είναι η μεγιστοποίηση του προϋπολογισμού (budget maximization) και όχι η μείωση του κόστους (cost minimization), που ταιριάζει ως στόχος περισσότερο στα νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Pauly-Redish 1973). Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα δημόσια και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία παρουσιάζονται λιγότερο αποδοτικά από τα ιδιωτικά, αν και υπάρχουν ενδείξεις περί του αντιθέτου (Becker-Sloan 1985). Διατηρούν όμως και μεταξύ τους διαφορές: π.χ. τα δημόσια νοσοκομεία μπορούν θεωρητικά να μειώσουν την ποιότητα ή αυξάνοντας τη να ζητήσουν περισσότερα χρήματα από το κράτος.¹¹

¹¹ Θεοδώρου Μ. - Σαρρής Μ. - Σούλης Σ., (1994) και (1995), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα

2.3. Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ (ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ) ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

2.3.1. «ΕΙΔΗ» ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Με βάση τα προαναφερθέντα, η ακαδημαϊκή έρευνα και η πρακτική εμπειρία οδηγούνται στη συγκρισιμότητα αποδοτικών συμπεριφορών, η οποία έχει σχέση με τα νοσοκομεία που αξιολογούνται και όχι μόνο με το μοντέλο συμπεριφοράς εξαιτίας του ιδιοκτησιακού τους καθεστώτος. Η σύγκριση των όποιων δεικτών για την τεκμηρίωση μιας αποδοτικής νοσοκομειακής αγοράς μπορεί να γίνει με δύο τρόπους: α) διαχρονικά και μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων ("εξωτερικά") ή β) "εσωτερικά", με διάφορες ενδο-επιχειρησιακές μεθόδους.

Α. Η οικονομική θεωρία προβλέπει ότι σε καθεστώς πλήρους ανταγωνισμού επιτυγχάνεται η βέλτιστη αποδοτικότητα στην κατανομή (allocative efficiency). Παρ' όλα αυτά, ιδιαίτερα σε σχεδιασμένα συστήματα υγείας (π.χ. το ΕΣΥ) περιορίζεται ο ρόλος του ανταγωνισμού και του κέρδους, ενώ αντίθετα αυξάνεται ο ρόλος του σχεδιασμού. Η κατά Starr (1982) αναζήτηση της διανεμητικής αποδοτικότητας (distributive efficiency) συνδέεται απόλυτα με τα χαρακτηριστικά της αγοράς, την ιδιοκτησία των νοσοκομείων και τους γενικότερους στόχους μιας νοσοκομειακής πολιτικής. Σε οικονομικούς όρους διαχωρίζεται, στοχεύει, αξιολογείται και ολοκληρώνεται στα παρακάτω μέρη:

- αναλογία μη κερδοσκοπικών (not-for-profit) προς κερδοσκοπικές (for-profit) επιχειρήσεις-νοσοκομεία (σήμερα αυξάνεται η τάση δημιουργίας των δεύτερων),

- οριζόντια (εξωτερική) ολοκλήρωση, με τη συνένωση πλέον του ενός νοσοκομείων ή τη διοίκηση τους από "αρχές" (π.χ. περιφερειακές), που καλύπτουν μεγάλο (γεωγραφικό) χώρο στην αγορά,

- παράλληλη κάθετη (εσωτερική) ολοκλήρωση, με την ανάπτυξη πολλών δραστηριοτήτων και "προϊόντων",

- συγκέντρωση της ιδιοκτησίας και του ελέγχου των υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες περιφερειακές ή εθνικές ή και διεθνείς αγορές, με παράλληλη αύξηση της απόκλισης και διαφοροποίησης των αγορών αυτών μεταξύ τους (diversification).

Χώρες με προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας προς τον δημόσιο τομέα (για παράδειγμα η ελληνική νοσοκομειακή αγορά του ΕΣΥ) διατηρούν a priori στοιχεία ενιαίας μορφής και συγκέντρωσης στην ιδιοκτησία των υπηρεσιών υγείας και των νοσοκομείων. Παρ' όλα αυτά, η αγορά αυτού του είδους δεν παύει να εμφανίζει στοιχεία δυσκαμψίας στον έλεγχο και στην ολοκλήρωση της, ως μια εθνική, μονοπωλιακή, αλλά και μεγάλου εύρους αγορά που προσπαθεί να επιβεβαιώσει τον ρόλο της.

Η έννοια της "κατανομητικής" ή "διανεμητικής" αποδοτικότητας σε εθνικά συστήματα υγείας είναι πολύ σημαντική, γιατί αφορά τη σχεδιασμένη (κεντρικά, περιφερειακά κ.ο.κ.) κατανομή των "εισροών" (π.χ. κλίνες, προσωπικό). Το μέγεθος και η λειτουργία της αγοράς έχουν έμμεση σχέση με τη διαπίστωση της έκτασης "οικονομιών κλίμακος" των νοσοκομειακών μονάδων (Feldstein 1988). Αυτό με τη σειρά του συναρτάται με τον όποιο ορισμό δοθεί για την ("εσωτερική") αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου, καθώς επίσης και με το σύστημα χρηματοδότησης, που ελέγχει, επιβραβεύει ή τιμωρεί τις αντίστοιχες συμπεριφορές.

Β. Ως αποτέλεσμα των διαφοροποιήσεων της αγοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών και των "διφορούμενων" απόψεων για τη ("γενική" ή "εξωτερική") οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων, μεγάλο μέρος της έρευνας στράφηκε κατά το παρελθόν στην εξέταση των εσωτερικών δομών και της συγκεκριμένης τεχνολογίας παραγωγής του νοσοκομειακού προϊόντος (Feldstein 1970). Στόχος ήταν η σύγκριση του μείγματος (mix) εισροών και εκροών, αλλά και η μεταξύ τους διαδικασία "μεταφοράς" (Evans 1971 και 1981). Ο Harris (1977), προχωρώντας ακόμα περισσότερο, αναφέρθηκε σε ξεχωριστές "καμπύλες" ζήτησης και προσφοράς, που δημιουργούνται εντός του νοσοκομείου και εκφράζονται από τον γιατρό και το λοιπό προσωπικό αντίστοιχα. Αυτό οδηγεί και σε ένα "ιδιότυπο" υποσύστημα κατανομής των πόρων, ιδιαίτερα όταν οι γιατροί (αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό) δεν λαμβάνουν υπόψη τους περιορισμούς (οικονομικούς κ.ά.) από το εξωτερικό περιβάλλον.

Τον στόχο της επίτευξης άριστης σχέσης μεταξύ της "αγοράς" ή του "εξωτερικού περιβάλλοντος" και της εσωτερικής λειτουργίας του νοσοκομείου συμπληρώνει η "επιχειρησιακή" (operational) **αποδοτικότητα** του. Ο Williamson καθορίζει τη σχέση αυτή ως έναν ιδιότυπο "συνασπισμό" (coalition) των χρηματικών διαθεσίμων για τη διατήρηση του οργανισμού και των οικονομικών πόρων, που περιλαμβάνει την "εξωτερική" χρηματοδότηση του. Η εφικτή και μετρήσιμη στοχοθεσία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της οικονομικής αξιολόγησης και κατ' επέκταση της βελτίωσης της (επιχειρησιακής) αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου. Η οικονομική επιστήμη μεταφράζει τα σχέδια σε υλοποιήσιμα προγράμματα με τη μέτρηση του κόστους, και τις διάφορες τεχνικές αξιολόγησης που δίνουν πιο ορθολογικό χαρακτήρα στην τελική απόφαση. Η έννοια των εισροών και των στόχων, καθώς και η μεταξύ τους σύνδεση είναι

πολύ βασική στη διαχείριση των πόρων, με σκοπό τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων. Η έννοια της "διαχειριστικής" (managerial) **αποδοτικότητας** αναφέρεται στην εσωτερική οργανωτική παρουσία, στοχεύοντας όχι μόνο στις συμπεριφορές που αναπτύσσονται, αλλά κυρίως στην πλευρά της αποδοτικότητας στην κατανομή παραγωγικών συντελεστών και δραστηριοτήτων (allocative efficiency), καθώς και στη μεταφορά τους σε "προϊόντα" ή υπηρεσίες (technical efficiency) ή στις τιμές αυτών.

Οι περιορισμοί, που ήδη αναφέρθηκαν, καθώς και η επίτευξη κοινώς αποδεκτών μεθόδων μέτρησης δίνουν σε μικρο-οικονομικό επίπεδο (οικονομική αποδοτικότητα) περισσότερο χώρο στην αναζήτηση της "εσωτερικής" (internal) ή "διαχειριστικής" (managerial) ή "επιχειρησιακής" (operational) ή "τεχνικής" (technical) **αποδοτικότητας**, αγνοώντας, εν μέρει, τις λεγόμενες "εξωτερικότητες" στην παραγωγή και το κόστος και πολλές φορές μεταβάλλοντας την αξιολόγηση σε κόστος-αποτελεσματικότητα. Η «εσωτερική» αποδοτικότητα αποφασίζει για το άριστο επίπεδο χρήσης των πόρων, δίνοντας τη δυνατότητα ολοκλήρωσης στο γενικότερο σύστημα υγείας ("εξωτερική" αποδοτικότητα).

Ας σημειωθεί ότι ανάλογος διαχωρισμός γίνεται μεταξύ «τεχνικής» και «διανεμητικής» αποδοτικότητας.¹²

2.4. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ

Το κόστος συμπληρώνει και μεταφράζει σε νομισματικές μονάδες την παραγωγική διαδικασία. Η τεχνική αποδοτικότητα

¹² Υφαντόπουλος Γ., Νικολαΐδου Κ., (2008), Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

(technical efficiency) επιτυγχάνεται και ολοκληρώνεται, όταν στη διαδικασία παραγωγής λαμβάνεται υπόψη η "γραμμή του προϋπολογισμού" Π. Θέματα όπως το κόστος και ο πληθωρισμός (γενικός ή νοσοκομειακός) συναρτώνται με τη συγκεκριμένη τεχνολογία παραγωγής και επηρεάζουν το αποτέλεσμα, που έχει σχέση και με τον συγκεκριμένο οργανισμό και την (επιχειρησιακή) αποδοτικότητα του. Τελικά, η (οικονομικά) αποδοτική παραγωγική διαδικασία επιτυγχάνεται όταν, δεδομένου του αποτελέσματος (output), ελαχιστοποιείται το κόστος ή, δεδομένου του κόστους των εισροών (input), βελτιστοποιείται το αποτέλεσμα (Berki 1972).

Είναι γνωστό ότι το συνολικό κόστος είναι συνάρτηση του σταθερού κόστους και του (επιπέδου) αποτελέσματος, που παράγει ανάλογο μεταβλητό κόστος ($TC = FC + VC$). Αντιστοίχως, το μέσο συνολικό (σταθερό και μεταβλητό) κόστος καθορίζεται από το αντίστοιχο συνολικό, διαιρούμενο διά της εκροής-αποτελέσματος (McGuire et al. 1992). Εδώ πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ κόστους που είναι σταθερό βραχυπρόθεσμα (short run¹³), π.χ. κλίνες, και όχι μακροπρόθεσμα (long run¹⁴), π.χ. επέκταση ή κατάργηση κλινών.

Τα είδη και οι διαφοροποιήσεις του κόστους (μεγαλύτερη ανάλυση παρακάτω) είναι αναγκαία για να εξηγήσουν αλλαγές στη συνολικότερη μεγέθυνση του προϋπολογισμού ή στην επέκταση μιας δραστηριότητας (π.χ. αγορά αξονικού τομογράφου) σε βάρος άλλης (Γ camera). Σε κάθε περίπτωση, οι "διαχειριστές" (managers) των

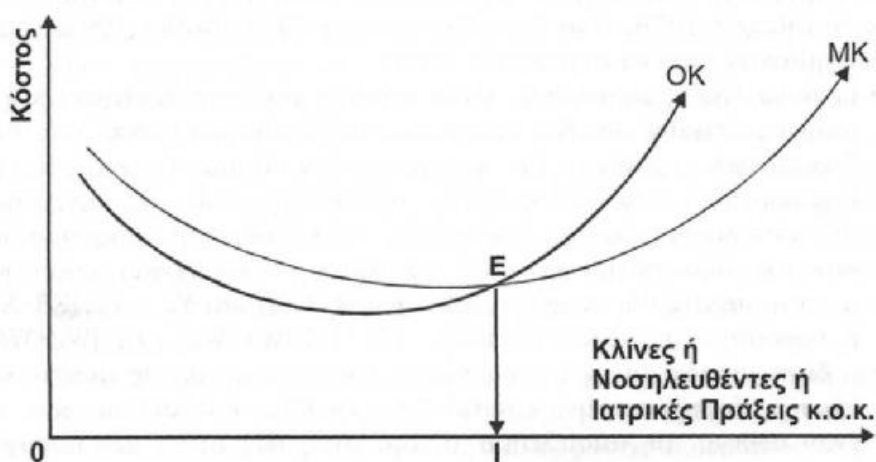
¹³ Στη μακροοικονομία, μακροπρόθεσμη είναι η περίοδος όταν προσαρμόζεται πλήρως το γενικό επίπεδο τιμών, τα συμβατικά ποσοστά αμοιβών, και οι προσδοκίες στην κατάσταση της οικονομίας, σε αντίθεση με το βραχυπρόθεσμο όταν μπορούν να μην ρυθμίσουν πλήρως την κατάσταση οι παράγοντες αυτοί.

¹⁴ Στη μακροοικονομία, μακροπρόθεσμο είναι το εννοιολογικό χρονικό διάστημα το οποίο δεν υπάρχει κανένας σταθερός παράγοντας της παραγωγής ως προς την αλλαγή του επιπέδου παραγωγής με την αλλαγή του μετοχικού κεφαλαίου ή με την είσοδο ή την αναχώρηση μιας βιομηχανίας.

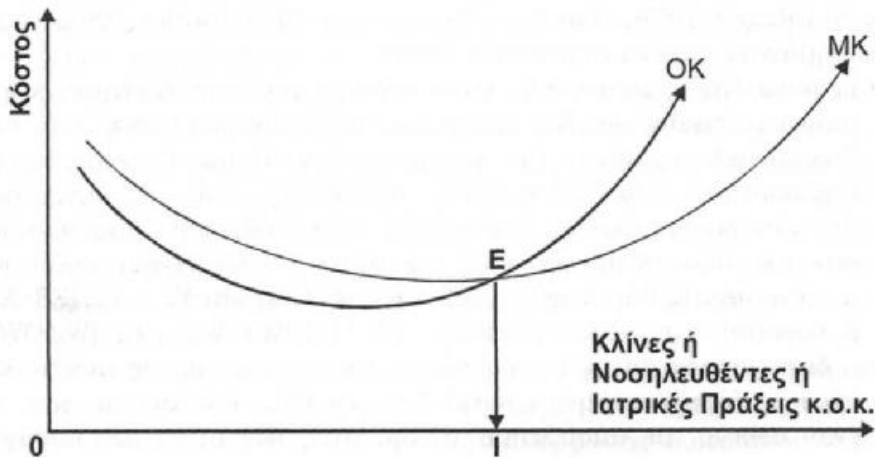
νοσοκομείων, προγραμματίζοντας τις δραστηριότητες τους, (πρέπει να) ξεχωρίζουν και το οριακό κόστος (MC) από το μέσο (AC). Το οριακό κόστος, βασιζόμενο μόνο στο βραχυπρόθεσμο και μεταβλητό κόστος, είναι επίκαιρο καθημερινά, ιδιαίτερα στην πολιτική εισαγωγών (admissions) και εξαγωγών (discharges) ασθενών. Σε γενικές γραμμές, το κόστος των νοσοκομείων εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

- 1.τη ζήτηση των υπηρεσιών,
- 2.τη συμπεριφορά και το κόστος των παραγωγικών συντελεστών,
- 3.τη χρησιμοποιούμενη τεχνολογία,
- 4.το συγκεκριμένο πρότυπο διοίκησης,
- 5.τις τιμές των δραστηριοτήτων-ιατρικών πράξεων κ.λπ., σύμφωνα με τη μορφή αποδοτικότητας της όποιας επιλογής οικονομιών ή αντισυνομιών κλίμακας (economies or diseconomies of scale, διάγραμμα 2.2) του συγκεκριμένου νοσοκομείου (Hurst 1979) ή του νοσοκομειακού τομέα συνολικά, π.χ. σε ένα ΕΣΥ.

Διάγραμμα 2.2: Συναρτήσεις κόστους και οικονομίες κλίμακας (OK=οριακό κόστος, MK=μέσο κόστος)



Διάγραμμα 2.2: Συναρτήσεις κόστους και οικονομίες κλίμακας (ΟΚ=οριακό κόστος, ΜΚ=μέσο κόστος)



Στα πλαίσια αυτά, η αποδοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου εξαρτάται από τα εξής βασικά σημεία (Abel-Smith 1976):

- το νοσοκομείο πρέπει να παρέχει ποιοτική φροντίδα που δεν παρέχεται αλλού (π.χ. κατ' οίκον),
- το νοσοκομείο έχει τη μορφή "ξενοδοχείου", αλλά είναι αντιοικονομικό να χρησιμοποιείται, μόνο γι αυτό,
- με κάποιες εξαιρέσεις, η προσφορά κλινών δημιουργεί και τη ζήτηση,
- αν ο νοσοκομειακός γιατρός βλέπει ασθενείς σε ιδιωτική βάση, αυτό πιθανά οδηγεί σε περισσότερες εισαγωγές,
- αν ο φορέας ασφάλισης ή χρηματοδότησης καλύπτει περισσότερο νοσοκομειακή απ' ό,τι εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το φαινόμενο οδηγεί στη χρήση περισσότερων κλινών,
- οι πρώτες, μετά την εισαγωγή, ημέρες κοστίζουν περισσότερο από τις τελευταίες,
- η συντόμευση της θεραπείας μειώνει γενικά το κόστος ανά περίπτωση, αλλά το αυξάνει ανά ημέρα νοσηλείας και, τέλος,
- το κόστος ποικίλλει ανάλογα με τις ιατρικές ειδικότητες και τις ιατρικές διαγνώσεις-περιπτώσεις των ασθενών.

2.5 ΣΥΝΑΡΤΗΣΕΙΣ

Οι συναρτήσεις παραγωγής και κυρίως του κόστους αποτέλεσαν έναν δημοφιλή τομέα αξιολόγησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Το κύριο χαρακτηριστικό των συναρτήσεων παραγωγής και κυρίως του κόστους ενός νοσοκομείου είναι ο πολυπαραγοντικός καθορισμός του προϊόντος, αλλά και του κόστους παραγωγής του, που οδηγούν σε καλύτερη οικονομική - οικονομετρική ανάλυση. Αυτό είναι σημαντικό για ένα νοσοκομείο όπου:

- οι συναρτήσεις παραγωγής είναι μερικές φορές ανεξάρτητες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν πρέπει να συνδεθούν (jointness), π.χ. δύο διαφορετικά προϊόντα (με μειωμένη δυνατότητα υποκατάστασης) δημιουργούν δύο συναρτήσεις παραγωγής, ενώ η συνάρτηση του συνολικού κόστους εμφανίζεται ως το άθροισμα του κόστους και των δύο προϊόντων (π.χ. εσωτερικοί - εξωτερικοί ασθενείς):

α. συναρτήσεις παραγωγής: $Y_1 = F_1 (X_1+X_2)$ και $Y_2 = F_2 (X_3+X_4)$

β. συνάρτηση συνολικού κόστους: $TC = C_1 (W_1+W_2) + C_2 (W_3+W_4)$

- ο διαχωρισμός και η μη συσχέτιση των εισροών με τις αντίστοιχες εκροές (input/output separability) ενυπάρχουν ακόμα και σε έναν ασθενή, με αποτέλεσμα τη στάθμιση των τιμών των παραγωγικών συντελεστών με τον δείκτη (π.χ. g), που χαρακτηρίζει το τελικό αποτέλεσμα ή το παραγόμενο προϊόν (π.χ. χειρουργική επέμβαση και διαγνωστικές εξετάσεις σε έναν ασθενή):

•α. συναρτήσεις παραγωγής: $g(Y_1, Y_2) = f_1(X_1, X_2)$ -
αριθμοί μικροί

•β. συνάρτηση συνολικού κόστους: $C = [g(Y), W_1, W_2]$ -
αριθμοί μικροί

•θετικές επιστροφές οικονομιών κλίμακας (returns to scale)
δύσκολα διαπιστώνονται (Αλετράς 1997) και ακόμη
δυσκολότερα επιτυγχάνονται εξαιτίας της πολυπλοκότητας
στην τεχνολογία της παραγωγής, της ετερογένειας του
προϊόντος και των ιδιαιτεροτήτων της αγοράς ή της
εκτίμησης των αναγκών.

Οι εκτιμήσεις των διαφόρων μορφών του κόστους
(σταθερό-μεταβλητό, συνολικό-μέσο, άμεσο-έμμεσο,
μικρής ή μεγάλης διάρκειας κ.ο.κ.), συγκρινόμενες
προϋπολογιστικά ή απολογιστικά, δίνουν το μέτρο της
"σχετικής" αποδοτικότητας (relative efficiency) μεταξύ
νοσοκομείων και κυρίως της "τεχνικής" αποδοτικότητας
(technical efficiency) εντός του νοσοκομείου,
δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες ελέγχου της
δραστηριότητας του (Breyer et al. 1988, Zweifel - Breyer
1997). Η εμπειρική παρατήρηση των συναρτήσεων του
κόστους απαντά σε πολλές και σημαντικές ερωτήσεις και
στόχους οικονομικού περιεχομένου:

1. Από τη μορφή της καμπύλης (U) - συνάρτησης του
κόστους αποδεικνύεται η ύπαρξη οικονομιών κλίμακας
(economies of scale) ή το αντίθετο (diseconomies of scale).
Η λειτουργία του νοσοκομείου σε καθεστώς οικονομιών
κλίμακας επιτυγχάνεται όταν το μέσο κόστος βρίσκεται στο
χαμηλότερο σημείο (I) (διάγραμμα 2.3). Είναι ένας από τους
πο σημαντικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση του

μεγέθους ενός νοσοκομείου ή γενικότερα της νοσοκομειακής πολιτικής μιας χώρας, ιδιαίτερα στον δημόσιο τομέα. Αντίστοιχες μελέτες ήταν δημοφιλείς τις δεκαετίες του '60 και '70, ιδιαίτερα σε εθνικά συστήματα υγείας όπου αποφασίζεται το "άριστο" συνολικό νοσοκομειακό μέγεθος (Feldstein 1967, στο NHS οι 200-500 κλίνες). Από τη δεκαετία του '80 οι επιστροφές στην κλίμακα αναλύονται πολλές φορές ανά δραστηριότητα ή ανά τμήμα και με βάση την ελαστικότητα του μέσου κόστους (π.χ. Vitaliano 1987, σε 166 νοσοκομεία της Ν. Υόρκης, 0,9/ κλίνη και -0,1/ημέρα νοσηλείας). Στόχος ήταν η μεγαλύτερη δυνατή ενδονοσοκομειακή ανάλυση της αποδοτικότητας, καθώς η αντίστοιχη συνολική ("εξωτερική") καθορίζεται και από άλλους παράγοντες (Grannemann 1986).

2. Σε συνάρτηση με τις "οικονομίες κλίμακας" εξετάζεται η διαφοροποίηση της καμπύλης του κόστους, σε συνδυασμό με τον αριθμό των ασθενών, που είναι σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης του οριακού κόστους της κάθε (πρόσθετης) θεραπείας ή ιατρικής περίπτωσης. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η τιμολόγηση γίνεται ανά περιστατικό και σε συστήματα αμοιβών με βάση τη δραστηριότητα του νοσοκομείου, το οριακό κόστος θα πρέπει να είναι μικρότερο από το αντίστοιχο μέσο κόστος (E), για να είναι αποδοτικότερη η παραγωγή. Στην ερευνητική εμπειρία, η μελέτη του οριακού κόστους άρχισε με συνολικές ανά νοσοκομείο και ημέρα νοσηλείας προσεγγίσεις (Feldstein 1967, Evans 1971) και συνεχίσθηκε με λεπτομερή ανάλυση του οριακού κόστους ανά "εισροή" ή "εκροή", στοχεύοντας

να επιλύσει προβλήματα διαφοροποίησης του νοσοκομειακού προϊόντος (Grannemann 1986).

3. Στόχο των συναρτήσεων αυτών αποτελεί και η μορφή μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος. Στη βιβλιογραφία (Evans 1971, Brey-er 1987, Λιαρόπουλος 1993) έχουν επικρατήσει ως βασικοί δείκτες μέτρησης του νοσοκομειακού κόστους η χρήση εναλλακτικά της ημέρας νοσηλείας (patient day) ή/και της ιατρικής περίπτωσης ασθενούς (patient case), σε συνδυασμό με τη μέση διάρκεια νοσηλείας (MΔN) και την πληρότητα των κλινών. Η ετερογένεια του νοσοκομειακού προϊόντος δημιούργησε την αναγκαιότητα ομαδοποιημένης μέτρησης του (π.χ. DRGs) και η έρευνα στράφηκε προς την κλιμάκωση του κόστους ανά ομάδα ασθενειών.

4. Μέρος της έρευνας έχει, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία, στραφεί προς την εξέταση της συμπεριφοράς του νοσοκομειακού κόστους είτε σε σχέση με τη μεταβολή του από την επίδραση παραγόντων της αγοράς τους και της ζήτησης (Zwazziger-Melnick 1988, Gaynor-Andersen 1995), είτε κυρίως με βάση τις χρηματοδοτικές ρυθμίσεις που επιβάλλονται από την Πολιτεία ή τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (Hodgkin-Mc-Guire 1994). Τα "σχέδια διευθυνόμενης φροντίδας" (health care plans, managed care) βασίζονται σε αντίστοιχες αξιολογήσεις σχετικά με την αποδοτικότητα των υπηρεσιών τις οποίες προσφέρουν τα νοσοκομεία που συμβάλλονται με αυτές (Allen 1992).

Στις μορφές συναρτήσεων, μέσω οικονομετρικών προσεγγίσεων (Hansen - Zwanziger 1988), μνημονεύονται οι δομικές διαφοροποιήσεις των διαφόρων (λειτουργικών)

μορφών των συναρτήσεων παραγωγής ή κόστους. Ιδιαίτερα μέχρι το 1983, οι συναρτήσεις αυτές καθορίζονταν από τους ερευνητές με γραμμικές προσεγγίσεις (ad-hoc linear specification), μετρώντας π.χ. τις διαφοροποιήσεις του συνολικού ή του μέσου κόστους ανά νοσοκομείο ή ανά ημέρα νοσηλείας ή γενικά ανά ασθενή (παράμετροι εκροών και αντίστοιχων τιμών των παραγωγικών συντελεστών, $C = \sum_i a_i y_i$).

Αντιμέτωπισαν, όμως, προβλήματα ετεροσκεδαστικότητας, πολλαπλής συσχέτισης των μεταβλητών και δεν ελάμβαναν υπόψη την ανομοιογένεια του νοσοκομειακού αποτελέσματος (Breyer 1987).

Για την άρση των όποιων δυσκολιών σχετικά με την πολυπαραγοντική μορφή και σχέση του νοσοκομειακού προϊόντος και του αντίστοιχου κόστους (multiproduct cost), έχουν χρησιμοποιηθεί από διάφορους ερευνητές σύνθετα, παραμετρικά και οικονομετρικά μοντέλα, όπως:

α. ευέλικτες λειτουργικές μορφές ανάλυσης παλινδρόμησης (regression analysis), με πιο αναλυτική ταξινόμηση του νοσοκομειακού προϊόντος,

β. οικονομετρικές απλές ή πολυπαραμετρικές συναρτήσεις (Dor-Farley 1996), με πιο γνωστή ιστορικά τη συνάρτηση παραγωγής (σε «ελεύθερες» οικονομίες) Cobb-Douglas, ή την κατά Leontief συνάρτηση (σε «σχεδιασμένες» οικονομίες) σταθερών αναλογιών (Υφαντόπουλος 2003) ή ανάλογες σύνθετες συναρτήσεις, π.χ. συνδυασμός των δύο και συνάρτηση σταθερής υποκατάστασης ελαστικότητας (CES).

γ. άλλα οικονομετρικά μοντέλα, που είτε συνδυάζουν "εξωγενείς" μεταβλητές του κόστους (dynamic model) και μεταβλητές της ζήτησης (input demand model) είτε σταθμίζουν ειδικά το κάθε ιατρικό περικπαηκό (case-mix model) (Butler 1995). Η οικονομετρική τους εξειδίκευση είναι γραμμική ή πολυωνυμική.¹⁵

2.6 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Μέχρι σήμερα, σημαντικό στοιχείο της μορφής μιας συνάρτησης είναι η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών. Μια "τεχνική" συνάρτηση κόστους εξετάζει το κόστος σε σχέση:

(α) με τις εισροές και τις κάθε φορά τιμές που λαμβάνουν, ή

(β) με την ποσότητα εκροής και τις αντίστοιχες τιμές των απαιτούμενων παραγωγικών συντελεστών.

Η εκτίμηση βασίζεται στην υπόθεση ότι στόχος (στα ιδιωτικά νοσοκομεία) είναι η αύξηση των κερδών (profit maximization), ενώ στα δημόσια νοσοκομεία είναι η μεγιστοποίηση του προϋπολογισμού (budget maximization) ή η μείωση του κόστους (cost minimization) χωρίς αποκλίσεις (Grosskopf - Valdmanis 1987, Hansen-Zwanziger 1996). Από την άλλη μεριά, όμως, λαμβάνονται υπόψη παράγοντες που επιδρούν στις αποφάσεις για το κόστος, όπως είναι οι managers (utility maximization) (Newhouse 1970) και οι γιατροί (physicians' control) (Pauly

¹⁵ Υφαντόπουλος Γ., Νικολαΐδου Κ., (2008), Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

- Re-dish 1973). Οι παράγοντες αυτοί έχουν άμεση σχέση με την ιδιοκτησία και τη συγκεκριμένη αγορά. Επίσης συνεκτιμώνται οι ποιοτικές διαφορές, που εξαρτώνται από την ανομοιογένεια του νοσοκομειακού προϊόντος, εξαιτίας διαφοροποιήσεων στον παράγοντα "ασθενής" και "νόσος".

Για μερικούς από τους παραπάνω λόγους, ο Evans (1971) οδηγήθηκε στη διατύπωση του όρου "συμπεριφορική" (behavioral) συνάρτηση κόστους: η συνάρτηση που σχεδιάζεται για να εξηγήσει το (μέσο) κόστος (ανά ασθενή), ως αποτέλεσμα της παρατηρούμενης συμπεριφοράς ενός νοσοκομείου, επηρεάζεται ή καθορίζεται και από άλλους παράγοντες της προσφοράς και της ζήτησης (εφαρμογή από: Πολύζος 1998), που δρουν συνδυαστικά.

Στην αρχική της μορφή είχε προβλήματα "γραμμικής ομογενοποίησης" ή "πολυσυγγραμμικότητας" (multi-collinearity) των ανεξάρτητων μεταβλητών καθορισμού και της μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος. Έως έναν βαθμό αυτά επιλύθηκαν από την επιστημονική έρευνα (Grannemann 1986, Πολύζος 1998). Αν ληφθεί υπόψη η (πολυπαραγοντική) εξέλιξη της και από άλλους επιστήμονες του χώρου (Breyer 1987, Feldstein 1988, Αλετράς 1997, κ.ά.), λαμβάνει την παρακάτω μορφή και διαφοροποιείται ανάλογα με τους στόχους της όποιας έρευνας:

$$C = f(X_1, \dots, X_n; D; B; T; S; Q; V; P; M; E; O_1, O_n)$$

C = η εξαρτημένη μεταβλητή παρουσιάζει το συνολικό κόστος του νοσοκομείου ή το μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή ή

f = η λειτουργική συσχέτιση της εξαρτημένης μεταβλητής από τις υπόλοιπες ανεξάρτητες, των οποίων ο αριθμός

ποικίλλει X_1, \dots, X_n = αναλύει τον αριθμό των ασθενών - περιπτώσεων στις διάφορες ομάδες ασθενειών (case-mix) και μπορεί να αντικατασταθεί και από κάποιο δείκτη (case-mix index) D = ημέρες νοσηλείας B = αριθμός κλινών
 T = τύπος νοσοκομείου (ιδιοκτησία, είδος κ.λπ.)
 S = οι διάφορες υπηρεσίες ή/και η τεχνολογία του νοσοκομείου
 Q = δείκτης μέτρησης της ποιότητας, όπως μερικές φορές, έστω και ανεπαρκώς, μετράται με τις εισροές ανά ασθενή (π.χ. εργαστηριακές πράξεις) ή με το αποτέλεσμα (π.χ. θνησιμότητα)
 V = η σοβαρότητα της νόσου ανά διαγνωστική κατηγορία (π.χ. χειρουργική επέμβαση)
 P = η μέτρηση των τιμών ενός ή περισσότερων παραγωγικών συντελεστών ή η διευθέτηση των διαφοροποιήσεων των τιμών των παραγωγικών συντελεστών (π.χ. μισθοί) ανεξαρτήτως μεγέθους του νοσοκομείου
 M = η σχέση με πανεπιστήμια και ερευνητικά προγράμματα (π.χ. αριθμός εκπαιδευομένων και πανεπιστημιακών γιατρών)
 E = άλλες διαφορές στη νοσοκομειακή αποδοτικότητα που δεν σχετίζονται με το μέγεθος του νοσοκομείου
 O_1, \dots, O_n = άλλα χαρακτηριστικά των νοσοκομειακών υπηρεσιών (π.χ. εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία) ή των ίδιων των ασθενών, ανάλογα με την περίπτωση.

Δύο από τις πιο σημαντικές και παραδοσιακές μελέτες "cross-sectional" ανάλυσης των συναρτήσεων κόστους στον νοσοκομειακό τομέα έγιναν από τον Feldstein (1967) στην Αγγλία και τον Evans (1971) στον Καναδά. Στην πρώτη

περίπτωση, οικονομίες κλίμακας επιτυγχάνονται σε νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 200 κλινών, ενώ τα νοσοκομεία πάνω από 500 κλίνες παρουσίασαν αντι-οικονομίες κλίμακας. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διαφοροποιήσεις στη σύνθεση των περιστατικών εξηγούσαν το 27,5% (R²) των αντίστοιχων διαφοροποιήσεων στο μέσο (ανά περιστατικό) κόστος στα νοσοκομεία του δείγματος. Στη δεύτερη περίπτωση, βρέθηκαν αντίστοιχες ενδείξεις που δικαιολογούσαν τη μορφή U της καμπύλης του μέσου κόστους, ενώ το κόστος επηρεαζόταν από πληθώρα παραγόντων της προσφοράς και της ζήτησης, όπως ήδη αναφέρθηκε.

Στη μελέτη του Van Montfort (1981) στην Ολλανδία, λήφθηκαν υπόψη οι εισαγωγές και οι ημέρες νοσηλείας ως εκροές, καθώς και οι κλίνες, οι γιατροί, το λοιπό προσωπικό, η αξία των φαρμάκων και της τεχνολογικής υποδομής ως εισροές. Η έρευνα στράφηκε περισσότερο στη δυνατότητα υποκατάστασης των παραγωγικών συντελεστών και στην ελαστικότητα (0.64) των εκροών (ασθενείς) με βάση τις εισροές (κλίνες). Επιδράσεις κλίμακας φάνηκαν στα μεγάλα νοσοκομεία (άνω των 500 κλινών), με διαφοροποιήσεις στον δείκτη παραγωγικότητας και κόστους.

Στις ΗΠΑ τις δεκαετίες '60 και '70, τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερευνών συναρτήσεων κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών (βλ. Lave -Leinhardt 1976) είναι:

- μεγάλα σε μέγεθος και κυρίως πανεπιστημιακά νοσοκομεία παρουσιάζουν υψηλό κόστος,
- οι οικονομίες κλίμακας, όπου εμφανίζονται, δεν είναι τόσο σημαντικές,
- η αύξηση στη μέση διάρκεια νοσηλείας προκαλεί μείωση του μέσου κόστους ανά ημέρα νοσηλείας, αλλά αυξάνει το συνολικό κόστος ανά ασθενή,
- η αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης προκαλεί αντίστοιχη άνοδο του κόστους ανά ημέρα νοσηλείας,
- η διαφοροποίηση των ιατρικών περιπτώσεων (case-mix) προκαλεί αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στο κόστος, συγκρινόμενο είτε ενδονοσοκομειακά είτε διανοσοκομειακά.

Τις δεκαετίες του '80 και του '90, έρευνες (Handley - Zuckerman 1994) των συναρτήσεων κόστους στα νοσοκομεία των ΗΠΑ με στοιχεία διαχρονικά λαμβάνουν υπόψη τους ότι το συνολικό κόστος ενός νοσοκομείου εξαρτάται από:

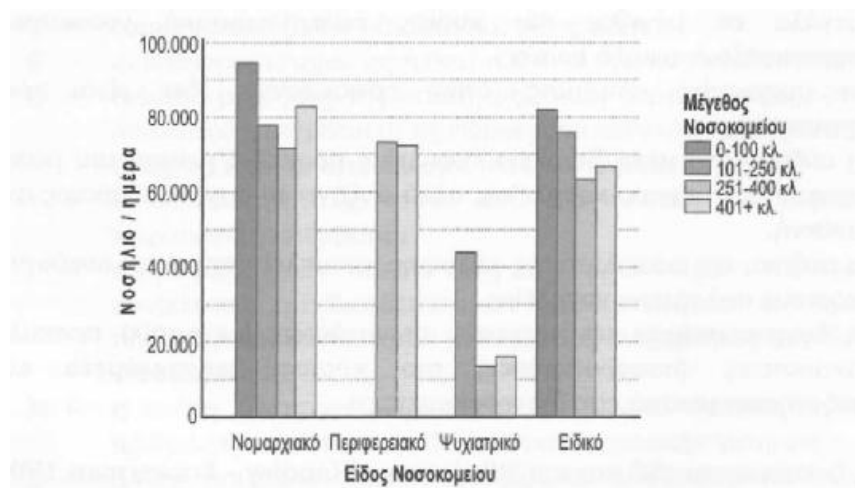
- την ποσότητα και τη διαφοροποίηση των εκροών - υπηρεσιών,
- τις τιμές των εισροών - παραγωγικών συντελεστών, και
- μια ομάδα παραγόντων που αντανάκλα το σύστημα αμοιβών των νοσοκομείων (χρηματοδότηση), την ασφαλιστική κάλυψη και την αγορά γενικότερα (περιβάλλον, ζήτηση, ανταγωνισμός κ.λπ.), καθώς και διαφορές στη συμπεριφορά του κόστους, ανάλογα με το ιδιοκτησιακό καθεστώς (for-profit, not-for-profit).

Η κριτική που μπορεί να γίνει σε τέτοιου είδους μελέτες είναι ότι πολλές φορές δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις ανά

νοσοκομείο διαφοροποιήσεις στις τιμές ανά "εισροή" (π.χ. διαφορετική συμπεριφορά του πληθωρισμού από περιοχή σε περιοχή), για να εξηγήσουν τις διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων. Το ίδιο θα μπορούσε να υποστηριχθεί για μια έρευνα στο ελληνικό ΕΣΥ, αν και:

- α. η δυσκολία υπολογισμού του κόστους είναι μεγάλη, σε συνδυασμό με την υπόθεση ότι τα αποτελέσματα θα είναι παρόμοια, και
- β. το μεγαλύτερο μέρος του νοσοκομειακού κόστους (π.χ. μισθοί) είναι σταθερό χωρίς ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στις τιμές ανά μονάδα παραγωγικού συντελεστή (π.χ. στο ΕΣΥ το προσωπικό αμείβεται με "ενιαίο" μισθολόγιο, ενώ οι διαγωνισμοί για τις προμήθειες γίνονται ή θα μπορούσαν να γίνονται σε ενιαία εθνική βάση).

Διάγραμμα 2.4: Ύψος εξόδων - συνολικού κόστους νοσηλίων ανά κατηγορία και μέγεθος στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1996)



Στην Ελλάδα (Πολύζος 2007), τα οικονομικώς αποδοτικότερα νοσοκομεία στο ΕΣΥ είναι όσα διαθέτουν κλίνες από 250 μέχρι 400 στην κατηγορία των νομαρχιακών

- ειδικών - ψυχιατρικών, ενώ στα αντίστοιχα περιφερειακά όσα διαθέτουν άνω (αλλά πλησίον) των 400 κλινών, που αποτελούν άλλωστε και την πλειοψηφία (διάγραμμα 2.4).

Οι έρευνες αυτές διεθνώς (π.χ. στις ΗΠΑ) έχουν το πλεονέκτημα της πρόσβασης σε μεγάλες βάσεις δεδομένων, από όπου συλλέγονται στοιχεία που περιλαμβάνουν πολλές μεταβλητές (π.χ. American Hospital Association's Annual Survey of Hospitals). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών περιστρέφονται στα εξής:

- α. οι συναρτήσεις του κόστους εξηγούν πια τη διαφοροποίηση του κόστους ανά κατηγορία υπηρεσιών (case-mix) στο μέγιστο δυνατό (90%),
- β. όλες οι εκροές έχουν συμμετοχή στην αρχική αύξηση και κατόπιν στην πτώση των επιστροφών κλίμακας (returns to scale),
- γ. οι επακόλουθες εκτιμήσεις του οριακού (marginal) κόστους παρουσιάζουν ομοιότητες,
- δ. η επίδραση των τιμών των εισροών (input price) είναι στατιστικά σημαντική,
- ε. το νοσοκομειακό κόστος επηρεάζεται σημαντικά και από άλλους παράγοντες (ασφαλιστική κάλυψη, μέθοδοι αμοιβών, ιδιοκτησία -μέγεθος - είδος νοσοκομείου, διαθεσιμότητα γιατρών κ.ο.κ.).

Ενδιαφέρουσες μελέτες εμφανίζονται και εκτός ΗΠΑ. Η μελέτη των Breyer, Paffrath, Preuss and Schmidt (1988) στη Γερμανία έγινε σε 110 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες. Δεν παρουσιάστηκαν ενδείξεις θετικών ή αρνητικών επιστροφών κλίμακας, για να διαπιστωθεί το άριστο

νοσοκομειακό μέγεθος. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε η αποδοτική συμπεριφορά του οριακού κόστους και η αντίστοιχη αποδοτικότητα της κάλυψης των κλινών (80% περίπου), ενώ το κόστος των δημόσιων νοσοκομείων ήταν σημαντικά μεγαλύτερο του αντίστοιχου των ιδιωτικών.

Στη μελέτη των συναρτήσεων κόστους νοσοκομείων της Αυστραλίας (Butler 1995), η βραχυχρόνια συμπεριφορά του κόστους είχε άμεση συνάρτηση με την κάλυψη των κλινών και τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία παρουσίασαν χαμηλότερο κόστος ανά περιστατικό, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές περιφερειακές διαφορές. Το κόστος επηρεαζόταν από το σύστημα αμοιβής των νοσοκομείων (π.χ. η εφαρμογή των DRGs σε μια πολιτεία αύξησε την αποδοτικότητα της παραγωγής και μείωσε το μέσο ανά ασθενή κόστος).

Σε μελέτη νοσοκομείων του Καναδά (Ontario - British Columbia, στο 40% των καναδικών νοσοκομείων), το κόστος βρέθηκε συνολικά κατά πολύ χαμηλότερο σε σχέση με νοσοκομεία των ΗΠΑ (Καλιφόρνια, Νέα Υόρκη), αν και τα πρώτα είναι μικρότερα σε μέγεθος και έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (Hansen-Zwanzinger 1996). Ως κύρια αιτία καταγράφηκε η ηπιότερη χρήση των πόρων και ιδιαίτερα της τεχνολογίας. Παρ' όλα αυτά, η συμπεριφορά του οριακού κόστους έδειξε την ανάγκη αύξησης των κλινών, για να βελτιωθούν οι οικονομίες κλίμακας.

Το ερώτημα που ανακύπτει, όσον αφορά την έρευνα και τη γενικότερη πολιτική υγείας, είναι αν η αύξηση των κλινών και η δημιουργία μεγάλων νοσοκομείων θα συμπαρασύρει το μέσο κόστος σε υψηλά επίπεδα, με

αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών. Η απάντηση θα πρέπει να εμπεριέχει την αξιολόγηση και άλλων (ίσως λιγότερο τεχνικών) παραγόντων, που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του νοσοκομείου, του τελικού προϊόντος που παράγει, αλλά και του συστήματος ή της αγοράς μέσα στην οποία λειτουργεί.¹⁶

2.7 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ηλεκτρονική υγεία, δηλαδή η εφαρμογή τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών στον τομέα της υγείας, έχει ως στόχο τη συγκέντρωση, ανάλυση και αποθήκευση κλινικών δεδομένων σε όλες τις μορφές καθώς και την ανταλλαγή αυτών των δεδομένων ανάμεσα στις μονάδες παροχής υγείας, τους ασφαλιστικούς φορείς και τις υγειονομικές αρχές.

Στην Ελλάδα ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος δεν έχει αναπτυχθεί παρά τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η ευρεία χρήση του σε άλλες χώρες και παρά τις επιτακτικές ανάγκες ανάπτυξης και εφαρμογής του. Κατά την διακομιδή ασθενών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο ή κατά την εισαγωγή των από το ένα τμήμα στο άλλο, επιβάλλεται η πλήρης, διαφανής και αποτελεσματική ροή της ιατρικής πληροφορίας, ενώ παράλληλα τα δεδομένα απαιτούν διατήρηση και συντήρηση από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο τη βελτίωση της υγείας.

Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής, οι φορητές ηλεκτρονικές συσκευές, οι ιατρικές δικτυακές πύλες και τα πιο σύγχρονα μέσα της

¹⁶ Jones A., O' Donnell O., (2002) Econometric Analysis of Health Data, John Wiley and Sons Ltd, UK

πληροφορικής, προϋποθέτουν την ευρεία αποδοχή της ιατρικής ηλεκτρονικής επεξεργασίας, που στην πραγματικότητα αποτελεί μια οργανωτική τεχνολογία. Πιο συγκεκριμένα η πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενή μπορεί να υποστηρίξει το σχεδιασμό κλινικών επεμβάσεων και να διευκολύνει γενικότερα την έρευνα και τη διαχείριση της δημόσιας υγείας, εφόσον ακολουθούν τα διεθνή πρότυπα τόσο για τις κωδικοποιήσεις των νόσων όσο και για τις απαιτούμενες διασυνδέσεις.

Η εργασία είναι δομημένη σε επτά κύρια κεφάλαια, που αφορούν την έννοια της ιατρικής πληροφορίας και ειδικότερα του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου για τα Ελληνικά Δημόσια νοσοκομεία. Πιο αναλυτικά το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την έννοια της ιατρικής πληροφορίας, ενώ στο επόμενο αναλύεται η έννοια του ιατρικού φακέλου και ειδικότερα του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η παρούσα κατάσταση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στο δημόσιο τομέα της χώρας μας, ενώ στο πέμπτο τονίζεται η αναγκαιότητα της αποδοχής της κωδικοποίησης της ιατρικής πληροφορίας μέσω των διεθνών κανόνων προτύπων με στόχο την αξιοπιστία, την ποιότητα και την συνάφεια. Τέλος τονίζονται οι παράγοντες που εμποδίζουν την χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, ενώ αναφέρονται προτάσεις σχετικά με την εφαρμογή του στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.¹⁷

¹⁷ Μούρτου Ε., 2006, Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 17, :
http://www.agandreashosp.gr/depts/Hlektronikos_Fakelos.pdf

2.8 ΤΙ ΕΙΝΑΙ – ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ – Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

Κατά την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση ...

- Ο ιατρός αναγράφει τη συνταγή ή το παραπεμπτικό για ιατρική πράξη, σε ειδικό λογισμικό (και όχι σε συνταγολόγιο) και κατόπιν την αποστέλει ηλεκτρονικά στο φαρμακείο ή στον εργαστηριακό ιατρό.
- Ταυτόχρονα, η ηλεκτρονική συνταγή αποθηκεύεται σε μια διαδικτυακή αποθήκη δεδομένων.
- Από εκεί, μπορούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί να συλλέξουν, προφανώς σε ψηφιακή μορφή, τις συνταγές που τους αντιστοιχούν.

Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε δύο ζητήματα:

- α) ο ιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε συσκευή για να συνταγογραφήσει, αρκεί αυτή να έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο β) η εφαρμογή τρέχει διαδικτυακά (web application)

Στη συνέχεια:

- επιχειρείται μια καταγραφή των λόγων για τους οποίους τα τρέχοντα έργα «Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης» όπως της ΗΔΙΚΑ είναι κατώτερα των περιστάσεων και ...
- ... αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους η εδώ προτεινόμενη λύση Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης μπορεί να ενδιαφέρει διάφορα υπουργεία

Πριν από αυτά, είναι σημαντική η καταγραφή ενός μείζονος σημασίας πολιτικού επιχειρήματος υπέρ μίας πραγματικής και ολοκληρωμένης λύσης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης:

«ΠΡΩΤΑ Ο ΠΟΛΙΤΗΣ»

Ο κεντρικός άξονας με τον οποίο θέλει αυτή η Κυβέρνηση να επιχειρεί αγνοείται ή / και καταστρατηγείται, τόσο στην υλοποίηση της ΗΔΙΚΑ όσο και σε άλλες που ακολουθούν το μοντέλο της σάρωσης χειρόγραφων συνταγών. Συγκεκριμένα:

- Καμία από τις λύσεις αυτές δεν απαλλάσσει τον πολίτη από το βάρος του συνταγολογίου.
- Καμία από τις λύσεις αυτές, δεν απαλλάσσει τον πολίτη από την ανάγκη να στήνεται σε ουρές για να λάβει τη συνταγή του.
- Καμία από τις λύσεις αυτές, δεν απαλλάσσει τον πολίτη από την ανάγκη ιατρικής επίσκεψης για τη συνταγογράφηση φαρμάκων χρόνιων παθήσεων.
- Καμία από τις λύσεις αυτές, δεν μπορεί να μειώσει τα ιατρικά σφάλματα κατά τη συνταγογράφηση και άρα να βελτιώσει την υγεία των πολιτών.
- Καμία από τις προτεινόμενες λύσεις δεν μπορεί να μειώσει την ιδιωτική δαπάνη υγείας των πολιτών.
- Επιχειρούν -απλά- να βελτιώσουν την γραφειοκρατική επάρκεια (efficiency) των ασφαλιστικών οργανισμών, χωρίς να αυξάνουν την υγειονομική τους αποτελεσματικότητα (effectiveness).
- Η επιχειρούμενη αλληλεπικαλυπτόμενη υλοποίηση από πολλαπλά υπουργεία, είναι απαράδεκτη και με όρους διοίκησης (management).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Ο προϋπολογισμός (Π/Υ) είναι μια τυποποιημένη (συνήθως ετήσια) δήλωση των στόχων ενός οργανισμού, οι οποίοι εκφράζονται με οικονομικούς όρους. Αναφέρεται στις μελλοντικές προβλέψεις για τα έσοδα, τα έξοδα και τα αναμενόμενα οικονομικά οφέλη (ή ζημίες) του επόμενου έτους ή επόμενων ετών. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ συντάσσουν -ακόμα και κυρίως- προϋπολογισμούς με βάση το Δημόσιο Λογιστικό, οι οποίοι διακρίνονται μόνο σε:

1. Προϋπολογισμό Λειτουργικών Εσόδων και Εξόδων.
2. Προϋπολογισμό Μισθοδοσίας των μονίμως απασχολούμενων σε αυτά.

Υπάρχουν, όμως, και διάφορα άλλα είδη προϋπολογισμών, που δίνουν πιο πλήρη και αξιόπιστα αποτελέσματα, όπως κυρίως εφαρμόζονται στον ιδιωτικό τομέα (βλέπε πρόταση παρόντος και αναλύσεις επόμενου κεφαλαίου).

3.2 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ

Η κατάρτιση του προϋπολογισμού των ΝΠΠΔ, όπως και κάθε δημόσιου φορέα, στηρίζεται στην τήρηση βασικών αρχών, όπως:

Της ενότητας

- Της ακρίβειας και της σαφήνειας
- Της καθολικότητας

- Της περιοδικότητας
- Της δημοσιότητας
- Της προηγούμενης εξουσιοδότησης.

Ο προϋπολογισμός περιλαμβάνει δύο βασικές κατηγορίες οικονομικών δεδομένων: τα έσοδα και τα έξοδα. Αυτά ομαδοποιούνται σε επιμέρους κατηγορίες και αναλύονται σε λογαριασμούς τεσσάρων επιπέδων (πρωτοβάθμιοι, δευτεροβάθμιοι, τριτοβάθμιοι και τέταρτοβάθμιοι), σύμφωνα με τον Κώδικα Κατάταξης Εσόδων-Εξόδων και το Π.Δ. 146/04. Ένας τέταρτοβάθμιος λογαριασμός χαρακτηρίζεται από μια εξειδικευμένη περιγραφή (κατά το δυνατόν), ικανή να δώσει το εύρος των στοιχείων που μπορεί να συμπεριλάβει. Αναλυτικότερα, οι ομάδες λογαριασμών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε:

Έσοδα

A. ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

- Για δαπάνες μισθοδοσίας (αφορά κυρίως κάλυψη μισθοδοσίας επικουρικών γιατρών σε παραμεθόριες περιοχές ή όπου εκτιμά ανάλογες ανάγκες το ΥΥΚΑ).
- Για δαπάνες λειτουργικές (αφορά κυρίως κάλυψη δαπανών αιμοδοσίας, νοσηλείας απόρων και ανασφαλιστών, λειτουργικά έξοδα των Κέντρων Υγείας).
- Έκτακτες-ειδικές επιχορηγήσεις (αφορά επιχορηγήσεις για αντιμετώπιση ειδικών θεμάτων, π.χ. ρύθμιση χρεών νοσοκομείων).
- Μέσω του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων (αφορά επιχορηγήσεις για υλοποίηση του ΠΔΕ).

B. ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ

- Από προσφορά υπηρεσιών υγείας (αφορά την κύρια επιχειρηματική δραστηριότητα των νοσοκομείων).
- Από πώληση αγαθών ή άχρηστου υλικού (η πώληση και η εκποίηση υλικού γίνεται υποχρεωτικά μέσω του ΟΔΔΥ).
- Από εκμισθώσεις (έσοδα επί της κινητής και ακίνητης περιουσίας).
- Από κινητές αξίες (ομόλογα κ.λπ.).
- Από λοιπή επιχειρηματική δραστηριότητα (απ'ευθείας διαχείριση κυλικείου, ανθοπωλείου, parking κ.λπ.).

Γ. ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ

- Τόκοι τραπεζών (αφορά τον εκτοκισμό στους ταμειακούς λογαριασμούς διαχείρισης διαθεσίμων κεφαλαίων που τηρούν τα νοσοκομεία σε εμπορικές τράπεζες).
- Επιστροφές χρημάτων από διάφορες πηγές.

Δ. ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ

Κρατήσεις υπέρ τρίτων.

Ε. ΤΑΜΕΙΑΚΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ

Έξοδα

Α. ΔΑΠΑΝΕΣ ΜΙΣΘΟΛΟΣΙΑΣ

Δεν εμφανίζονται κατά τον Προϋπολογισμό και την υλοποίηση αυτού, διότι παρακολουθούνται και εκκαθαρίζονται από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών. Εξαίρεση αποτελούν δαπάνες

μισθοδοσίας επικουρικών γιατρών και λοιπού επικουρικού προσωπικού, το επίδομα πανεπιστημιακών γιατρών κ.λπ.

B. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

- Πρώτες ύλες (φάρμακα-υγειονομικό-αντιδραστήρια-προσθετικά υλικά κ.λπ.).
- Αναλώσιμο υλικό (τρόφιμα, ιματισμός, καύσιμα, αναλώσιμα μηχανημάτων και ανταλλακτικά πάγιων περιουσιακών στοιχείων).
- Γενικά έξοδα λειτουργίας (φωτισμός, ύδρευση, γραφική ύλη κ.λπ.).

Γ. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ

- Για κεφαλαιουχικά αγαθά (πάγια) από Ίδια Έσοδα (δηλαδή έσοδα από νοσήλια και λοιπή επιχειρηματική δραστηριότητα).
- Για κτιριακό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις, μέσω επιχορήγησης από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του ΥΥΚΑ.
- Για κτιριακό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις μέσω επιχορήγησης από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων.
- Για έξοδα λειτουργίας εξειδικευμένων δομών ή επενδύσεις μέσω επιχορήγησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Δ. ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

- Επισκευές και συντηρήσεις γενικά.
- Μισθώματα (μισθώσεις χώρων για ανάπτυξη δράσεων που αφορούν την κύρια δραστηριότητα του νοσοκομείου).
- Δαπάνες καθαριότητας.
- Αμοιβές σε ελεύθερους επαγγελματίες για συγκεκριμένες υπηρεσίες.
- Δαπάνες φύλαξης των χώρων.

E. ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ

Απόδοση των κρατήσεων υπέρ τρίτων.

3.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΝΠΔΔ

Για την κατάρτιση του προϋπολογισμού κάθε έτους το υπουργείο Οικονομικών (Γενικό Λογιστήριο του Κράτους-ΓΛΚ) εκδίδει εγκύκλιο με σαφείς οδηγίες περί της εντάξεως και του ύψους των πιστώσεων σε έσοδα και έξοδα. Επί της εγκυκλίου του ΓΛΚ το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έγγραφο-οδηγίες συμπληρώνει, επεξηγεί ή εξειδικεύει θέματα που αφορούν την κατάρτιση και εκτέλεση των προϋπολογισμών (Π/Υ) των νοσοκομείων, προνοιακών μονάδων και ΔΥΠε. Η πολιτική που προσπαθεί να εφαρμόσει το ΓΛΚ μέσω του Π/Υ είναι η τήρηση και εφαρμογή της δημοσιονομικής πολιτικής της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας, ο δε Π/Υ λειτουργεί ως εργαλείο ελέγχου και συγκράτησης των δαπανών-εξόδων του κράτους. Με βάση το σκεπτικό αυτό, οι οδηγίες προβλέπουν αύξηση των δαπανών, συγκριτικά με το προηγούμενο έτος, στο ύψος του ετήσιου πληθωρισμού, δηλαδή συνολική αύξηση Π/Υ στο 3% περίπου.

Ο προϋπολογισμός κάθε έτους καταρτίζεται και κατατίθεται από το νοσοκομείο X για έγκριση στην αντίστοιχη ΔΥΠε, το υπουργείο Υγείας και την Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΓΛΚ-υπουργείο Οικονομικών), το τελευταίο τρίμηνο του προηγούμενου έτους που αυτός αφορά. Η κατάρτιση του προϋπολογισμού δεν μπορεί παρά να συμπίπτει με την κατάρτιση και του Ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών-ΕΠΠ (προκειμένου να προσδιοριστεί το κόστος των

απαιτούμενων προμηθειών αγορών για το επόμενο έτος), ενώ θα συνεκτιμηθεί σε αυτόν η πρόβλεψη των υπηρεσιών που θα πρέπει να καταναλώσει η μονάδα για τη λειτουργία της. Τα έξοδα κάθε έτους δεν μπορεί να υπερβαίνουν τα αντίστοιχα έσοδα, αφού, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΓΛΚ, ο Π/Υ πρέπει να είναι ισοσκελισμένος.

Τα **βήματα** που πρέπει να ακολουθηθούν, προκειμένου να καταρτιστεί αυτός ο προϋπολογισμός σωστά, περιλαμβάνουν:

1. Την πρόβλεψη των εσόδων του επόμενου έτους, μέσω των τμημάτων (δυσεύρετο στο Δημόσιο). Ο κάθε διευθυντής οφείλει να προβλέψει το παραγόμενο έργο της κλινικής του για το επόμενο έτος, καθώς αυτό θα προσδιορίσει τα συνολικά προϋπολογισθέντα έσοδα, τα οποία στη συνέχεια θα συσχετιστούν με τις αντίστοιχες στο έτος δαπάνες (α. σφαιρικός - κλειστός - συνολικός Π/Υ, β. τμηματικός προϋπολογισμός, και γ. σύγκριση όλων αυτών με τον απολογισμό). Με βάση το παραγόμενο έργο, οι υπηρεσίες θα τιμολογηθούν σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία (κλειστό νοσήλιο, ενοποιημένο, ανοικτό νοσήλιο, τιμολόγηση ιατρικών πράξεων για τους εξωτερικούς ασθενείς κ.λπ.).

2. Την επεξεργασία τηρουμένων στοιχείων για την παρακολούθηση κάθε είδους και κατηγορίας υλικού από τα Γραφεία Διαχειρίσεων Υλικού (καταστάσεις-ισοζύγια ανά είδος), όσον αφορά τις ποσοτικές αναλώσεις προηγούμενου χρονικού διαστήματος (τρίμηνο, εξάμηνο, έτος) ανά είδος, από την οικονομική υπηρεσία.

3. Τη συλλογή πραγματικών απολογιστικών στοιχείων κατανάλωσης από την προηγούμενη και την τρέχουσα περίοδο, με βάση τις αναλώσεις ανά τμήμα και λειτουργία της μονάδας (προσδιορισμός μέσης ποσότητας ανάλωσης ανά μήνα, έτος κ.λπ.).

4. Τη διάθεση αυτών των αναλυτικών καταστάσεων ανά είδος σε όλες τις κλινικές και τα τμήματα, για τον έλεγχο αυτών από τους

υπευθύνους-προϊσταμένους των κλινικών τμημάτων και την τροποποίηση αυτών -όπου κρίνεται απαραίτητο- με ανάλογη-πλήρη αιτιολόγηση των αιτημάτων που θα ακολουθήσουν.

5.Τη συλλογή προτάσεων από τους διευθυντές κλινικών και τμημάτων, σε σχέση με τις ανάγκες ειδών που δεν εμφανίζονται στα απολογιστικά στοιχεία της προηγούμενης περιόδου. Τα αιτήματα των διευθυντών κλινικών πρέπει να έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα, δηλαδή ο κάθε προϊστάμενος κλινικής οφείλει να παρακολουθεί διαχρονικά στη διάρκεια του έτους και να συγκρίνει με τις προβλέψεις του τις αναλώσεις των υλικών που αιτείται (επίσης δυσεύρετο).

6.Τον καθορισμό χρονικών προθεσμιών, από τη διοίκηση της μονάδας, για κάθε επιμέρους στάδιο που περιγράφεται προγενέστερα, την παρακολούθηση της τήρησης των χρονικών προθεσμιών και τη χρήση δικαιοδοσίας της διοίκησης για επιβολή ποινών όπου παρατηρείται εκπρόθεσμη διαδικασία.

7.Την τελική επεξεργασία των αιτημάτων του κάθε τμήματος από την οικονομική υπηρεσία (διαχείριση υλικού) και τον συσχετισμό των στοιχείων με το παραγόμενο έργο κάθε τμήματος (νοσηλευτικοί δείκτες).

8.Πριν από τη διαμόρφωση των τελικών προτάσεων τόσο για το ΕΠΠ όσο και για τις προβλεπόμενες πιστώσεις εξόδων στον Π/Υ, θα πρέπει (από την οικονομική υπηρεσία) να λαμβάνονται υπόψη τα πραγματικά αποθέματα των υλικών στους κεντρικούς διαχειριστικούς χώρους-αποθήκες όσο και στις υπο-αποθήκες που λειτουργούν στο νοσοκομείο (επίσης δυσεύρετο).

9.Επιπλέον η οικονομική υπηρεσία πρέπει να συγκεντρώσει και να συμπεριλάβει στην κατάρτιση του Π/Υ την πρόβλεψη για υλοποίηση δαπανών κεφαλαιουχικού και επενδυτικού χαρακτήρα, καθώς και να προσδιορίσει την πηγή χρηματοδότησης αυτών [μέσω των: α)

Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων, β) Επιχορήγησης από τον Π/Υ του υπουργείου Υγείας, γ) Ιδίων Εσόδων, δ) Δωρεών κ.λπ.]. Η ενσωμάτωση κάθε μορφής επιχορήγησης προϋποθέτει την έκδοση Υπουργικής Απόφασης ή σχετικού ενημερωτικού εγγράφου.

10. Τέλος, οι προτάσεις των υπηρεσιών και τμημάτων, αφού αποτιμηθούν, εντάσσονται στην κατάρτιση του ΕΠΠ και του Π/Υ για το επόμενο έτος. Ο Π/Υ απαρτίζεται από αναλυτικούς και συγκεντρωτικούς πίνακες, με απεικόνιση όλων των κωδικών εσόδων-εξόδων (από πρωτοβάθμιο έως τεταρτοβάθμιο επίπεδο ανάλυσης) του Δημόσιου Λογιστικού, περιγραφή αυτών των κωδικών, αποτύπωση του ύψους των πιστώσεων κατά το τρέχον έτος, αποτύπωση της απολογιστικής κίνησης των κωδικών κατά το προηγούμενο έτος και, βεβαίως, την πρόβλεψη των απαιτούμενων πιστώσεων για το επόμενο έτος. Η διαμόρφωση των πινάκων αυτών στηρίζεται σε λεπτομερείς οδηγίες του ΓΛΚ (βλέπε αντίστοιχα παραρτήματα κεφαλαίου 3). Με τον τρόπο αυτό υπάρχει η δυνατότητα από τους εποπτεύοντες φορείς να παρακολουθήσουν τη διαχρονική διαμόρφωση των πιστώσεων ανά κωδικό εσόδου και εξόδου και να εκτιμήσουν τις ανάγκες του επόμενου έτους.

11. Ο Π/Υ υποβάλλεται, με όλα τα προαναφερόμενα ως συνημμένα και με αναλυτική εισηγητική έκθεση της οικονομικής υπηρεσίας, στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, προκειμένου να λάβει γνώση για την προβλεπόμενη κατά το επόμενο έτος λειτουργία της μονάδας και να εγκρίνει την υλοποίησή του. Στον πίνακα 4.2 που ακολουθεί απεικονίζεται ο συνοπτικός Π/Υ μιας νοσοκομειακής μονάδας, βάσει αυτών των οδηγιών του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

Πίνακας 3.1: Συνοπτικός Προϋπολογισμός (Π/Υ) νοσοκομειακής μονάδας

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		Π/Υ 2003	Διαμόρφ. Π/Υ 2002	Απολογ. 2001
Κ.Α.Ε. (*)	1. ΕΣΟΔΑ ΧΡΗΣΗΣ			
0000	Επιχορηγήσεις	3.546.000,00	2.930.500,01	92.971,39
0100	επιχορηγήσεις από Τακτ. Π/Υ	3.546.000,00	2.930.500,01	92.971,39
0200.0300	Λοιπές Επιχορηγήσεις	0,00	0,00	0,00
1000	Φόροι, τέλη, δικαιώματα υπέρ Ν.Π.Δ.Δ.	0,00	0,00	0,00
2000	Ασφαλιστικές εισφορές	1.000,00	0,00	0,00
3000	Έσοδα από την επιχειρηματική δραστηριότητα του Ν.Π.Δ.Δ.	9.438.000,00	645.414,01	17,68
4000	Προσαυξήσεις, Πρόστιμα, χρηματικές πωινές και παράβολα	0,00	0,01	0,00
5000	Λοιπά έσοδα	894.100,00	265.397,63	7.865,21
6000	Εκτακτα έσοδα	0,00	30.000,04	0,00
7000	Έσοδα από δάνεια	0,00	0,00	0,00
8000	Έσοδα από παρελθόντα έτη	68.000,00	0,00	0,00
9000	Έσοδα από επιχορηγήσεις για επενδύσεις	0,00	0,18	0,00
9100, 9200	Επιχορηγήσεις από Τακτ. Π/Υ για επενδύσεις	0,00	0,13	0,00
9300, 9400	Επιχορηγήσεις από Π.Δ.Ε. για επενδύσεις	0,00	0,05	0,00
9500 - 9800	Λοιπές Επιχορηγήσεις και Έσοδα για επενδύσεις	0,00	0,00	0,00
9900	Επιχορηγήσεις της Ε.Ε. για επενδύσεις	0,00	0,00	0,00
	ΣΥΝΟΛΟ	13.947.100,00	3.871.311,88	100.854,28
	Ταμειακό υπόλοιπο τακτικού Π/Υ (προηγ.έτους)	274.900,00	45.135,69	0,00
	Ταμειακό υπόλοιπο Π/Υ επενδύσεων (προηγ.έτους)			
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	14.222.000,00	3.916.447,57	100.854,28
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		Π/Υ 2003	Διαμόρφ. Π/Υ 2002	Απολογ. 2001
Κ.Α.Ε. (*)	1. ΕΣΟΔΑ ΧΡΗΣΗΣ			
0000	1. Πληρωμές για υπηρεσίες	1.833.900,00	748.881,46	16.512,62
0100-0200	Αμοιβές υπαλλήλων	8.000,00	12.612,00	14.449,01
0211-0259	Β.Μ. + Τακτικά Επιδόματα	0,00	0,00	0,00
0261	Υπερωρίες	0,00	0,00	0,00
0263	Νυκτερινά και Εξαιρέσιμα			
0264	Συμβούλια - Επιτροπές	8.000,00	12.000,00	2.746,88
0267	Επιμίσθια Διδασκόντων			
0280	Λοιπές	0,00	612,00	11.702,13
0400	Αμοιβές για ειδικές υπηρεσίες	499.500,00	123.000,01	0,00
0500	Κοινωνική Πρόνοια - Ασφάλιση κ.λ.π.	29.000,00	29.000,01	0,00
0600	Συντάξεις - Βοηθήματα	0,00	0,00	0,00
0700	Πληρωμές για μετακίνηση προσωπικού	14.900,00	14.400,00	758,09
0800	Λειτουργικές δαπάνες	1.278.500,00	566.889,44	1.305,52
0810	Μισθώματα	2.500,00	2.000,00	0,00
0820	Μεταφορές	15.000,00	8.000,00	0,00
0830	Επικοινωνίες	116.000,00	76.000,00	1.214,38
0840	Φωτισμός - Υδρευση	988.000,00	328.000,00	0,00
0850	Δημόσιες Σχέσεις	18.000,00	17.000,00	91,14
	Λοιπές δαπάνες 0860/0870/0880/0890	139.000,00	135.889,44	0,00
0900	Φόροι, τέλη κ.λ.π.	4.000,00	3.000,00	0,00
1000	2. Προμήθειες	11.231.000,00	2.717.265,87	4.366,57
2000	3. Μεταβίβαση εισοδημάτων	0,00	0,00	0,00
3000	4. Αντικρυσζόμενες	844.600,00	256.800,05	6.990,47
4000-5000	5. Δαπάνες σύνθετου περιεχομένου	1.500,00	1.500,00	0,00
6000	6. Κίνηση κεφαλαίων	0,00	0,00	0,00
7000	7. Κεφαλαιακές δαπάνες	263.000,00	162.000,01	27.848,91
9000	8. Επενδύσεις	48.000,00	30.000,18	0,00
	9. Αποθεματικό	0,00	0,00	0,00
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	14.222.000,00	3.916.447,57	55.718,57

3.4. ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ, ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Κατά τη διάρκεια του έτους, οι αγορές αγαθών και υπηρεσιών που πραγματοποιούνται για τη λειτουργία της μονάδας βαρύνουν (προέρχονται από) τις προβλεπόμενες αρχικές πιστώσεις του Π/Υ. Στην περίπτωση που αυτές δεν επαρκούν, δίνεται η δυνατότητα, κατά τη διάρκεια του έτους, τροποποίησης-αναμόρφωσης των αρχικών πιστώσεων των ΚΑΕ, με ανακατανομή ποσών από άλλους κωδικούς ή με συνολική αύξηση του Π/Υ Εξόδων, εφόσον προβλέπονται και αυξημένα Έσοδα.

Με ευθύνη των διοικήσεων, μέσω των οικονομικών υπηρεσιών, πρέπει να παρακολουθείται και να τηρείται η προμήθεια και η ανάλωση των αγαθών κάθε μονάδας, ώστε να είναι εντός των προβλέψεων του Π/Υ. Στην περίπτωση που οι αρχικές προβλέψεις υπερβαίνουν από κάποιο τμήμα, θα πρέπει να διερευνώνται οι λόγοι, καθώς κάθε υπέρβαση στις αρχικές πιστώσεις καταργεί τον ισοσκελισμό του Π/Υ και διαμορφώνει οικονομικά ελλείμματα. Αντίστοιχη αντιμετώπιση θα πρέπει να έχει η περίπτωση στην οποία η κατανάλωση του είδους είναι σημαντικά μικρότερη από την προϋπολογισθείσα

3.5. ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ

Οι φορείς υγείας και πρόνοιας που είναι ΝΠΔΔ καταρτίζουν χωριστό προϋπολογισμό για τις δαπάνες μισθοδοσίας των

απασχολουμένων σε αυτούς. Η πρόβλεψη των δαπανών μισθοδοσίας περιλαμβάνει τις τακτικές αποδοχές των διαφόρων κατηγοριών και ειδικοτήτων εργαζομένων στους δημόσιους φορείς, που είναι μόνιμοι ή αορίστου χρόνου. Στην κατάρτιση Π/Υ μισθοδοσίας δεν συμπεριλαμβάνονται δαπάνες:

- Πάσης φύσεως πρόσθετων αποδοχών, όπως εφημερίες γιατρών, υπερωρίες-νυκτερινά-εξαιρέσιμα λοιπού μόνιμου προσωπικού, υπερωρίες προσωπικού Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου (ΙΔΑΧ).
- Αμοιβής-αποζημίωσης μελών και γραμματέων επιτροπών και συμβουλίων που λειτουργούν ανά φορέα (με βάση νόμους και Υπουργικές Αποφάσεις).
- Τακτικές αποδοχές των επικουρικών γιατρών και του λοιπού επικουρικού προσωπικού (η πρόσληψη του οποίου προβλέπεται από τον Ν. 3329/05).

Η κατάρτιση του Π/Υ μισθοδοσίας στηρίζεται επίσης σε εγκυκλίους και οδηγίες που εκδίδονται κατ' έτος από το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών (ΥΟΟ) και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) με τη συμπλήρωση στοιχείων σε προτυποποιημένους πίνακες αναφοράς. Ο Π/Υ μισθοδοσίας αποστέλλεται στο ΥΥΚΑ, το τελευταίο τρίμηνο του προηγούμενου έτους που αυτός αφορά, όπου και συμπεριλαμβάνεται στις δαπάνες του Π/Υ που καταρτίζει το υπουργείο. Δηλαδή, οι δαπάνες της τακτικής μισθοδοσίας των ΝΠΔΔ βαρύνουν τις πιστώσεις του Π/Υ του ΥΥΚΑ, από όπου και εκταμιεύονται μέσω του διατραπεζικού συστήματος (ΔΙΑΣ), χωρίς να συμμετέχουν στην προϋπολογιστική και λογιστική διαδικασία του οργανισμού τον οποίο αφορούν!

Παρ' όλα αυτά και ανεξαρτήτως του γεγονότος ότι η δαπάνη μισθοδοσίας δεν ενταλματοποιείται και δεν εμφανίζεται στον Π/Υ λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων, το Γραφείο Μισθοδοσίας σε

συνεργασία με το Τμήμα Προσωπικού παρακολουθεί και επεξεργάζεται τις αλλαγές των τακτικών αποδοχών των εργαζομένων, που προέρχονται από υπηρεσιακές και λοιπές μεταβολές. Η επεξεργασία των στοιχείων και η εκκαθάριση των δαπανών γίνονται με τη χρήση συγκεκριμένου λογισμικού εντός του νοσοκομείου ή σε ορισμένες περιπτώσεις με τη συνεργασία του Κέντρου Ηλεκτρονικής Υποστήριξης Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΚΗΥΚΥ).

3.6 ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ- ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Ο απολογισμός εσόδων-εξόδων κάθε έτους, σύμφωνα με το Δημόσιο Λογιστικό (Δ.Λ.), απεικονίζει τα **αποτελέσματα** εκτέλεσης του Προϋπολογισμού του αντίστοιχου έτους. Ο Απολογισμός δεν απεικονίζει την οικονομική κατάσταση της μονάδας, κυρίως διότι δεν παρουσιάζει αποτίμηση της περιουσίας (πάγια στοιχεία και αποθέματα), καθώς και στοιχεία απαντήσεων '(από τα ασφαλιστικά ταμεία) και υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές- τρίτους. Αυτά τα δύο τελευταία στοιχεία (απαιτήσεις-υποχρεώσεις) συνοδεύουν την κατάρτιση του Απολογισμού, προκειμένου να δίνεται μια πρώτη εικόνα της **οικονομικής θέσης** (θετική ή αρνητική διαφορά μεταξύ απαιτήσεων και υποχρεώσεων). Επίσης, την κατάρτιση του Απολογισμού πρέπει να συνοδεύει ο προσδιορισμός των διαφυγόντων εσόδων της μονάδας από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε άπορους και ανασφάλιστους (πολιτικούς πρόσφυγες κ.λπ.) ασθενείς, και αντίστοιχα ο προσδιορισμός της δαπάνης με την οποία επιφορτίζεται το νοσοκομείο για την άσκηση αυτής της κοινωνικής πολιτικής. Τέλος, για το Δ.Α., ο Ισολογισμός **χρηματικής** διαχείρισης απεικονίζει τις χρηματικές ροές, σε Έσοδα και Έξοδα, όπως αυτές πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του έτους.

Κάθε χρόνο (θα πρέπει να) γίνεται συγκριτική ανάλυση των προϋπολογιστικών και των απολογιστικών στοιχείων, των οργανικών εσόδων και εξόδων, του οικονομικού αποτελέσματος, της ετήσιας επιχορήγησης και των δεικτών κόστους, ώστε να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα επίτευξης των στόχων που είχαν τεθεί και να είναι εφικτή η αιτιολόγηση τυχών **αποκλίσεων**.

α) των ληξιπρόθεσμων απαιτήσεων και υποχρεώσεων, καθώς και των ελλειμμάτων,

β) των αλληλόχρεων λογαριασμών με λοιπούς δημόσιους οργανισμούς (ασφαλιστικά ταμεία κ.λπ.), γ) του ύψους στο οποίο διαμορφώνεται στο κλείσιμο του έτους το ταμειακό υπόλοιπο, εφόσον παρατηρούνται μεγάλο ταμειακό υπόλοιπο και ανεξόφλητες υποχρεώσεις. Η σύγκριση των στοιχείων της προηγούμενης παραγράφου θα προβάλλει διακυμάνσεις και αποκλίσεις μεταξύ προϋπολογισθέντων στόχων και απολογισμού. Οι διακυμάνσεις και αποκλίσεις αυτές θα πρέπει να τύχουν **αιτιολόγησης**, έτσι ώστε να προσδιορισθούν τα σημεία που χρήζουν προσοχής και επέμβασης.

Πίνακας 4.3: Σύγκλιση Προϋπολογισμού - Απολογισμού Νοσοκομείου του ΕΣΥ έτους 2002

ΕΣΟΔΑ

(Ποσά σε ευρώ)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ %
ΕΠΙΧΟΡ/ΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ	2.930.500,01	792.000,00	27,03
ΕΠΙΧΟΡ/ΣΗ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ	0,00	0,00	
ΕΠΙΧ/ΣΗ ΔΗΜΟΣ. ΕΠΕΝΔ.	0,00	0,00	
ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ	609.500,01	58.584,30	9,61
ΛΟΙΠΗ ΕΠΙΧ/ΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	14.097,59	11.281,05	80,02
ΕΚΜ/ΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣ. ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	25.380,00	594,00	2,34
ΤΟΚΟΙ - ΔΩΡΕΕΣ	5.534,00	9.343,07	168,83
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	30.000,22	29.482,91	98,28
ΥΠΕΡ ΤΡΙΤΩΝ	256.300,05	52.054,74	20,31
ΣΥΝΟΛΟ	3.871.311,88	953.340,07	24,63

ΕΞΟΔΑ 2002

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ %
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	163.000,01	121.813,67	74,61
ΔΑΠ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ	3.190.135,30	474.838,93	14,88
ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΟΙΠΕΣ	115.012,02	7.607,04	6,61
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ	192.000,19	88.937,40	46,32
ΕΠΕΝΔ. ΜΕ ΕΠΙΧ/ΣΗ	0,00	0,00	
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	0,00	0,00	
ΥΠΕΡ ΤΡΙΤΩΝ	256.300,05	27.640,92	10,78
ΣΥΝΟΛΟ	3.916.447,57	720.437,96	18,40

ΕΣΟΔΑ ΜΕΙΟΝ ΕΞΟΔΑ ΧΡΗΣΗΣ 2002	232.902,11
ΠΛΕΟΝ: ΤΑΜΕΙΑΚΟ ΥΠΟΛ. 2001	45.135,69
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΤΑΜΕΙΑΚΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ 31/12/2002	278.037,80

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ 31/12/02	68.078,33
ΜΕΙΟΝ: ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ 31/12/2002	103.213,55
ΜΕΙΟΝ: ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜ. ΤΡΙΤΩΝ 31/12/02	24.386,80
ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ-ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ	-59.522,02

3.7 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι οικονομικές καταστάσεις διαμορφώνονται από τα επιμέρους Γραφεία των οικονομικών υπηρεσιών (π.χ. των νοσοκομείων), είναι μηχανογραφημένες ή χειρόγραφες, αντλούν τα δεδομένα τους από τα βιβλία και στοιχεία που τηρούνται σε όλη την οικονομική διαχείριση και αναφέρθηκαν ανωτέρω. Καταρτίζονται με σκοπό τη δυνατότητα:

- Εσωτερικού ελέγχου (στις οικονομικές υπηρεσίες), επί της ορθότητας των αναγραφόμενων σε αυτές στοιχείων.
- Επεξεργασίας των στοιχείων για κατάρτιση οικονομικών εκθέσεων προς τη διοίκηση.
- Επεξεργασίας των στοιχείων για πληροφόρηση των διευθυντών των λοιπών υπηρεσιών και λειτουργιών της μονάδας.
- Διαμόρφωσης προβλέψεων, για το μέλλον, με βάση ιστορικά στοιχεία.
- Αντλησης στοιχείων για πληροφόρηση των φορέων-υπηρεσιών που εποπτεύουν ή ελέγχουν τα νοσοκομεία ή απλώς διαχειρίζονται τα στοιχεία σε μεγαλύτερης εμβέλειας κλίμακα (π.χ. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία).

Ειδικότερα, για τους φορείς του Δημοσίου (τήρηση του Δημόσιου Λογιστικού, έλεγχος κεντρικής διοίκησης), προκύπτει η υποχρέωση τήρησης, κατάρτισης και αποστολής λοιπών οικονομικών καταστάσεων (πολλές από αυτές βρίσκονται στο Παράρτημα ΙΙ του κεφαλαίου 3), όπως:

- Απολογιστικά και προϋπολογιστικά συνολικά στοιχεία κατ' έτος αποστέλλονται στην ΕΣΥΕ.
- Προϋπολογιστικά στοιχεία κατ' έτος αποστέλλονται μέσω του ΥΥΚΑ στο υπουργείο Εργασίας-Απασχόλησης για την ετήσια κατάρτιση του Κοινωνικού Προϋπολογισμού.
- Απολογιστικά στοιχεία (τριμηνιαία και ετήσια), που αφορούν έσοδα-έξοδα, δαπάνες μισθοδοσίας, καταγραφή περιουσιακών δεδομένων κ.λπ., αποστέλλονται στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους (ΓΛΚ)-ΥΟΟ, μέσω της συμπλήρωσης προτυποποιημένων στατιστικών δελτίων.
- Απολογιστικά στοιχεία (ετήσια), που αφορούν τη δαπάνη πρόσθετων αμοιβών (πλην εφημέριων) τις οποίες έλαβαν οι

εργαζόμενοι και την αντίστοιχη για αποζημιώσεις σε μέλη και γραμματείς επιτροπών και συμβουλίων, αποστέλλονται για κοινοβουλευτικό έλεγχο.

- Απολογιστικά στοιχεία (ετήσια), που αφορούν την καταγραφή προσφοράς υπηρεσιών και ειδών (π.χ. φάρμακα), ποσοτικά και αξιακά, σε άπορους, ανασφάλιστους, πολιτικούς πρόσφυγες κ.λπ., αποστέλλονται στο ΥΥΚΑ.
- Απολογιστικά τριμηνιαία στοιχεία, που αφορούν σωρευτικά: α) τις υποχρεώσεις προς προμηθευτές, β) τις βεβαιωμένες απαιτήσεις από τα ασφαλιστικά ταμεία και γ) το διαθέσιμο ταμειακό υπόλοιπο, αποστέλλονται στο ΥΥΚΑ -μέσω συμπλήρωσης προτυποποιημένων πινάκων- με σκοπό την παρακολούθηση της εξέλιξης αυτών των οικονομικών δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

4.1. ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ

Το λογιστικό σύστημα (accounting system) ή, κατά το ελληνικότερο, Γενική Λογιστική, χρησιμοποιεί σε όλο τον κόσμο συγκεκριμένη ορολογία για την αποτύπωση των οικονομικών πληροφοριών (έσοδα, έξοδα, αποσβέσεις, λογαριασμοί, καταστάσεις, κέντρα κόστους κ.λπ.). Με βάση αυτές τις πληροφορίες, συγκροτούνται οι Προϋπολογισμοί και οι Απολογισμοί, αλλά και το κάθε σύστημα μέτρησης χρηματοοικονομικής απόδοσης (performance financial management). Το ενδιαφέρον, ιδιαίτερα στην περίπτωση των νοσοκομείων, συγκεντρώνεται στην αναζήτηση, αξιολόγηση και εφαρμογή μιας από τις παρακάτω μεθοδολογίες:

α) συστήματα Αναλυτικής ή «Διπλογραφικής» Λογιστικής (π.χ. ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα), που εφαρμόζεται με τη βοήθεια της Γενικής Λογιστικής, με ιδιαιτερότητες ίσως στο μέγεθος της ανάλυσης, κυριότερη των οποίων είναι η σύνδεση με την

β) συστήματα «Απλογραφικής» Λογιστικής καταγραφής εσόδων - εξόδων, με παραλλαγές που συμπληρώνουν (π.χ. Δημόσιο Λογιστικό) τα χρεωστικά και πιστωτικά υπόλοιπα, προσαρμόζοντας τα στα αντίστοιχα ταμειακά (νοσοκομεία του ΕΣΥ) χωρίς περαιτέρω ανάλυση,

γ) λογιστικά συστήματα, που εκτός των εγγραφών δίνουν επιπλέον σημασία στα εξής, π.χ. NHS της Αγγλίας μετά και τις αλλαγές του 1983:

- σχέση αγοραστή/πωλητή (purchaser/provider interface) με διαχειριστικούς Προϋπολογισμούς και συμβάσεις (contracts) εντός NHS (μεταξύ περιφερειακών δομών και νοσοκομείων) και εκτός (ιδιωτικός τομέας),
- χρηματικές ροές (cash flows) και ροές πόρων (resource flows) με ανά δραστηριότητα (activity) ανάλυση και ανάλυση προπληρωμών (prepayments),
- λεπτομερής ανάλυση ακίνητων ή πάγιων κεφαλαίων (fixed assets), με τεκμηριωμένο υπολογισμό της απόσβεσης τους,
- ισολογιστικές καταστάσεις (balance sheets), με ανάλυση εσόδων και εξόδων (income and expenditure account) ανά δραστηριότητα (π.χ. κλινική ειδικότητα),
- ετήσιος σχεδιασμός (planning), με βάση τον περιοδικό προϋπολογιστικό έλεγχο (budgetary control) και αντιστοχία της Λογιστικής (responsibility accounting),
- προσπάθεια σύνταξης Προϋπολογισμού μηδενικής βάσης (zero based budgeting) σε σχέση με την επικρατούσα δυναμική τάση του «ιστορικού» Προϋπολογισμού (incremental budgeting), σύνδεση προϋπολογιστικού κόστους και τιμολόγησης (pricing), στο πλαίσιο της «εσωτερικής αγοράς» (internal market) (Mellett et al. 1993).

4.2 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

Η κοστολόγηση (costing system), ως αναπόσπαστο μέρος της Αναλυτικής Λογιστικής, συμπληρώνει τη (Γενική) Λογιστική και αφορά τη συμπεριφορά του κόστους. Απαντά σε πολλές ερωτήσεις ύπαρξης οικονομιών κλίμακας (economies of scale), ενώ οι εκτιμήσεις των διαφόρων μορφών του κόστους δίνουν το μέτρο της αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες ελέγχου της δραστηριότητας του, προϋπολογιστικά και απολογιστικά. Οι βασικές αρχές της κοστολόγησης είναι:

- η κωδικοποίηση, που γίνεται με τη βοήθεια π.χ. της Αναλυτικής Λογιστικής και είναι η ανάλυση λογαριασμών ανά κέντρο κόστους, ανάλογα με το επίπεδο δραστηριοτήτων,
- η ανάλυση του κόστους ανάλογα με την κατηγορία δαπάνης, σε σταθερό (π.χ. μισθοί στελεχών, αποσβέσεις παγίων) και μεταβλητό (π.χ. φάρμακο, υλικά), που δείχνει τις διακυμάνσεις των παραγωγικών συντελεστών σε σχέση με το τελικό προϊόν, και
- η αναγωγή του κόστους σε άμεσο (π.χ. κέντρο κόστους παθολογικής κλινικής), έμμεσο (π.χ. κόστος εργαστηριακών εξετάσεων ασθενών παθολογικής κλινικής) και «λειτουργικό ή επιμεριζόμενο» κόστος (π.χ. φως, νερό, καύσιμα κ.λπ.), που δείχνει τις διακυμάνσεις του τελικού προϊόντος όσον αφορά την πηγή του κόστους.

Πίνακας 4.1: Οι 3 διαστάσεις κοστολόγησης-

Κόστος με βάση το κέντρο (τμήμα)	Ανάλυση κατηγορίας κόστους (σταθερό και μεταβλητό κόστος)	Πηγή κόστους (άμεσο, έμμεσο κ.ά.)
Παθολογική κλινική	Μισθοδοσία	Κλινικές
Χειρουργική κλινική	Αποσβέσεις	Εργαστήρια
Άλλα τμήματα	Φάρμακα	Τεχνική υπηρεσία

Οι διάφορες **τεχνικές κοστολόγησης** που χρησιμοποιήθηκαν διεθνώς στο παρελθόν ήταν η «μερική» (άμεσο ή/και σταθερό κόστος) ή η «συνολική» κατηγοριοποίηση και ανάλυση του με βάση το συνολικό προϊόν (total absorption or relative value costing) και τη χρήσης σταθερών συντελεστών ανά εισροή ή εκροή με βάση ιστορικά στοιχεία. Επίσης, δίνεται μεγάλη έμφαση είτε στον διαχωρισμό σε σταθερό και μεταβλητό κόστος, είτε στην κατηγοριοποίηση του σε άμεσο, έμμεσο και «επιμεριζόμενο» (overheads). Σήμερα, με στόχο να διευθετηθούν τα προβλήματα ανομοιογένειας του προϊόντος, το κόστος καταγράφεται κυρίως σε τρεις **διαστάσεις** (πίνακας 4.1.), ανάλογα με τη μέθοδο συλλογής των στοιχείων και την κατηγοριοποίηση του, αν και υπάρχουν πλήθος σύγχρονων τρόπων κοστολόγησης. Οι νεωτερισμοί αυτοί στόχο έχουν τον χρηματοοικονομικό εκσυγχρονισμό των Μονάδων Υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έκθεση **Korner** τη 10ετία του 1980 στην Αγγλία (Perrin 1991), που απαιτεί πληροφόρηση

- α. γενική χρηματοοικονομική,
- β. για το προσωπικό που αναλογούσε σε περίπου 75% των δαπανών του NHS,
- γ. για τις υπηρεσίες και το κόστος ανά

δραστηριότητα (specialty costing) στη νοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Με βάση τα προαναφερθέντα, δημιουργήθηκε και εξαπλώθηκε σε όλη την Ευρώπη το «κίνημα» διαχείρισης με βάση τους κλινικούς Προϋπολογισμούς (**clinical management budgets**) και στη συνέχεια Προϋπολογισμούς ανά περιστατικό (**case mix budgeting**). Στην Ελλάδα ήρθε με κάποια χρονική υστέρηση, τουλάχιστον μίας 10ετίας, με τη μορφή των «**τμηματικών**» Προϋπολογισμών, χωρίς μέχρι σήμερα να έχει εφαρμοσθεί (στο Δημόσιο) και να δίνει ανάλογες συγκριτικές πληροφορίες απόδοσης (performance benchmarking) των Μονάδων Υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών). Αυτό συνέβη στο ΕΣΥ, εξαιτίας της έλλειψης συστημάτων Λογιστικής και κοστολόγησης.

4.3.ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ (ΥΓΕΙΑΣ)

4.3.1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ

Λογιστική είναι ο κλάδος που ασχολείται με την αναγνώριση, μέτρηση, συστηματική καταχώρηση, συσχέτιση και παρουσίαση χρηματοοικονομικών κυρίως πληροφοριών, που αφορούν τις οικονομικές μονάδες, με σκοπό την υποβοήθηση των ενδιαφερομένων γι' αυτές στην κατεύθυνση λήψεως ορθών αποφάσεων.

Οι βασικές αρχές της Λογιστικής στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα στηρίζονται στα εξής:

- διάρθρωση και συνδεσμολογία των λογαριασμών Γενικής Λογιστικής σε οκτώ ομάδες (1 έως 8), όπου οι ομάδες 1-5 είναι λογαριασμοί Ισολογισμού και οι 6-8 αποτελεσμάτων, ή 1-3 λογαριασμοί Ενεργητικού, 6-7 Έσοδα-Έξοδα και 8 Λογαριασμοί Εκμετάλλευσης και Αποτελεσμάτων Χρήσεως, Διάθεσης και Ισολογισμού. Μια 9η ομάδα είναι οι λογαριασμοί Αναλυτικής Λογιστικής.

- κωδικοποίηση των λογαριασμών: π.χ. 10 πρωτοβάθμιοι ανά ομάδα και, στη συνέχεια, σύμφωνα με το εκατονταδικό σύστημα, ανάπτυξη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και τεταρτοβάθμιων.

- το περιεχόμενο και την ονοματολογία των ομάδων λογαριασμών και των λογαριασμών που περιέχονται σε κάθε ομάδα από τις εξής:

1=Πάγιο Ενεργητικό,

2=αποθέματα,

3=απαιτήσεις και διαθέσιμα,

4=καθαρή θέση και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις,

5=βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις,

6=οργανικά έξοδα κατά είδος,

7=οργανικά έσοδα κατά είδος και

8=λογαριασμοί αποθεμάτων

(9=λογαριασμοί Αναλυτικής Λογιστικής),

- τις ακολουθούμενες λογιστικές αρχές στην αποτίμηση των περιουσιακών στοιχείων, στον υπολογισμό των αποσβέσεων κ.λπ. και, τέλος,

τη μορφή των λογιστικών καταστάσεων τέλους χρήσης:

1 =Ισολογισμός τέλους χρήσης,

2=λογαριασμός αποτελεσμάτων χρήσης,

- 3=πίνακας διάθεσης αποτελεσμάτων,
- 4=λογαριασμός γενικής εκμετάλλευσης,
- 5=πίνακας ταμειακών ροών.

Ένα σημαντικό πρόσθετο στοιχείο είναι η διαμόρφωση των Λογαριασμών Τάξεως, που λειτουργούν αυτόνομα (π.χ. ομάδα 0 στο Δημόσιο), για να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες. Σύμφωνα με σχετική μελέτη της ομάδας του καθηγητή Βενιέρη (1997), στο Δημόσιο θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν κυρίως τους λογαριασμούς του Δημοσίου Λογιστικού μέχρι να αποφασισθεί η κατάργησή του. Επίσης, ιδιαίτερη σημασία δίδεται στα διάφορα Παραστατικά, όπως τίθενται από τον Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων. Οι βασικές αρχές τους αφορούν το είδος των παραστατικών (Γενικό και Αναλυτικό Καθολικό, ημερολόγιο κίνησης Γενικού Λογιστηρίου και Λογιστηρίου Ασθενών, διάφορα αρχεία ή βιβλία κ.ο.κ.), τον τρόπο και τον χρόνο έκδοσης, τις υποχρεώσεις στην περίπτωση της μηχανογραφημένης λογιστικής κ.λπ.

Σταθμό στις σχετικές λογιστικές εξελίξεις αποτέλεσε και το Άρθρο 29, παρ. 3 του Ν. 2519/97 για την εισαγωγή νέου διπλογραφικού συστήματος Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, όπως εξειδικεύθηκε με το Π.Δ. 205/ΦΕΚ 163/15-7-1998: «Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου». Περιλαμβάνει τις βασικές αρχές και τη διάρθρωση των λογαριασμών της Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής που θα εφαρμόζονταν και στα νοσοκομεία από 1/1 /2000 (με βάση το Π.Δ. 146/2003, από 1/1 /2006 η

Γενική Λογιστική και από 1/1 /2007 η Αναλυτική Λογιστική).

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στη διάρθρωση των λογαριασμών της Αναλυτικής Λογιστικής (ομάδα 9), όπου μεταφέρεται η ανάλυση των λογαριασμών (των ομάδων 1-8) της Γενικής Λογιστικής. Στόχος είναι η βοήθεια στην ανάπτυξη των λειτουργικών Προϋπολογισμών που αναφέρθηκαν.

Η ανάπτυξη των 2^ο-3^ο-4^οβάθμιων λογαριασμών μπορεί να ακολουθήσει μια σχετική ευελιξία, ανάλογα με τις ανάγκες της επιχείρησης (π.χ. όλα τα νοσοκομεία δεν είναι ίδια), κάτω από τους υποχρεωτικούς 1οβάθμιους λογαριασμούς, π.χ.:

- 92 κέντρα (θέσεις) κόστους (92.00 έξοδα λειτουργίας παραγωγής -92.00.00 τμήμα Χ κ.ο.κ., 92.00.00.60 αμοιβές-έξοδα προσωπικού κ.ο.κ., 92.01 διοικητικής λειτουργίας, 92.02 έρευνας-ανάπτυξης, 92.03 διάθεσης, 92.04 χρηματοοικονομικά).

Η Αναλυτική Λογιστική είναι το τεχνικό εργαλείο για την επιτυχία ενός προγράμματος κοστολόγησης. Τα εργαλεία της κοστολόγησης χρησιμοποιούνται με στόχο την τεχνική επάρκεια αξιοποίησης των προαναφερθέντων και τη σύνδεση τους με την αναλυτική καταγραφή του κόστους που ακολουθεί. Τα κέντρα κόστους στο δημόσιο νοσοκομείο μπορεί να είναι:

- κλινικές
- εργαστήρια
- χειρουργείο
- διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες

- φάρμακα και λοιπά υλικά
- εξωτερικά ιατρεία, ερευνητικά κέντρα, Κέντρα Υγείας.

Οι κατηγορίες δαπανών δύναται να διαχωρίζονται σε «γενικά» και «ειδικά» έξοδα. Η καταγραφή των εργασιών κοστολόγησης των γενικών εξόδων αφορά τις παρακάτω γενικές κατηγορίες δαπανών για όλα τα τμήματα ή κέντρα κόστους:

- τακτικές αμοιβές προσωπικού
- πρόσθετες αμοιβές προσωπικού
- υγειονομικό και επιδεδυτικό υλικό
- αποστειρωμένο υγειονομικό υλικό
- γενικό υλικό
- τεχνικό υλικό
- συντήρηση και επισκευή μηχανημάτων
- συντήρηση και επισκευή κτιρίων
- αποσβέσεις μηχανημάτων
- αποσβέσεις κτιρίων
- ιματισμός
- τροφή
- εξωτερικά συνεργεία καθαριότητας
- άλλες υπηρεσίες

4.4 ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ

Ακλουθώντας τις αρχές του Ελληνικού Γενικού Λογιστικού Σχεδίου (Π.Δ. 1123/80) και τις όποιες αναπροσαρμογές της ελληνικής νομοθεσίας στο Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Π.Δ. 409/86), όλες οι ιδιωτικές επιχειρήσεις -και μεταξύ αυτών και τα ιδιωτικά

νοσοκομεία και οι κλινικές-υποχρεούνται στη σύνταξη, ανάπτυξη και υποβολή στο τέλος κάθε εταιρικής χρήσης τουλάχιστον των παρακάτω οικονομικών καταστάσεων (Κ.Ν. 2190/20):

- Ισολογισμού, που περιλαμβάνει τη διάρθρωση του Ενεργητικού και του Παθητικού της εταιρείας,
- κατάστασης λογαριασμού αποτελεσμάτων χρήσεως, όπου αναλύονται τα ετήσια αποτελέσματα της εκμεταλλεύσεως (έσοδα-έξοδα-κέρδη),
- πίνακα διαθέσεως αποτελεσμάτων (κέρδη-φόροι-μερίσματα).

Οι καταστάσεις αυτές, αφού εγκριθούν από το Δ.Σ. και τη Γενική Συνέλευση της εταιρείας, δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, σε μια ημερήσια πολιτική και μια οικονομική εφημερίδα. Επιπλέον συντάσσονται οι καταστάσεις του Λογαριασμού Γενικής Εκμετάλλευσης και τα Προσαρτήματα του Ισολογισμού και των αποτελεσμάτων χρήσης, τα οποία δεν δημοσιεύονται και δεν αποτελούν σημείο δικής μας αναφοράς. Όλες οι καταστάσεις περιλαμβάνουν απολογιστικά την τρέχουσα και την προηγούμενη χρήση (π.χ. XXXX και XXXX+1).

Προς το τέλος κάθε έτους, συντάσσεται ο Προϋπολογισμός των παραπάνω (ομάδα Ο της Γενικής Λογιστικής, 00 προϋπολογισμένα έξοδα και 09 προϋπολογισμένα έσοδα) για την επόμενη χρονιά και συνήθως παρακολουθείται από την επιχείρηση η ανά μήνα εξέλιξη τους. Επίσης γίνονται οι κατάλληλες βελτιωτικές κινήσεις, σε περίπτωση που αποκλίνουν από τον αρχικό σχεδιασμό. Μεγάλη σημασία δίδεται:

- α. στην κατάσταση του απασχολούμενου κεφαλαίου (πάγια, αποθέματα, χρεώστες, πιστωτές),

- β. στη χρηματοδότηση του (μετοχικό κεφάλαιο, δάνεια, κέρδη που δεν διατίθενται),
- γ. στις ταμειακές ροές,
- δ. στην καθαρή θέση (equity) μιας εταιρείας (ίδια κεφάλαια) και ε. στους επιμέρους αριθμοδείκτες που θα αναφερθούν παρακάτω.

Παράλληλα με τα ανωτέρω -από τον νόμο υποχρεωτικά- και ως εργαλείο χρηματοοικονομικής διοίκησης γίνεται η ανάλυση (ετήσια και μηνιαία):

- του κύκλου εργασιών (ή τζίρου ή εσόδων) ανά τμήμα ή/και ανά είδος εσόδου,
- του κόστους παροχής υπηρεσιών ανά τμήμα ή/και ανά κατηγορία δαπάνης,
- άλλων ("ετέρων") εσόδων και, τέλος, των εξόδων διοικητικής λειτουργίας.

Σε όλες τις φάσεις (Προϋπολογισμός - μηνιαία παρακολούθηση - κλείσιμο Ισολογισμού) οι οικονομικοί δείκτες συνδυάζονται με φυσικούς-ποσοτικούς δείκτες εισροών (π.χ. εργαζόμενοι) ή εκροών (π.χ. νοσηλευθέντες), με στόχο την αξιολόγηση της παραγωγικότητας. Η συνολική διερεύνηση της αποδοτικότητας προσμετράται με τα αποτελέσματα-κέρδη της επιχείρησης-νοσοκομείου βάσει του Ισολογισμού του.

Με βάση και όσα αναφέρθηκαν, τα κυριότερα είδη Ισολογισμών δύναται να ταξινομηθούν ως εξής:

- λογιστικός Ισολογισμός
- οικονομικός Ισολογισμός: απεικονίζει την πραγματική οικονομική θέση και τα αποτελέσματα σε δεδομένο χρόνο. Προκύπτει τελεσίδικα από τις διάφορες αναμορφώσεις, αφού ληφθούν υπόψη οι παρατηρήσεις των ορκωτών λογιστών (βλέπε κείμενο στο τέλος της

δημοσίευσης κάθε Ισολογισμού στις εφημερίδες). Οι τομείς αναμόρφωσης αναφέρονται σε μειώσεις του Ενεργητικού (υποτιμήσεις παγίων ή αποθεμάτων, αποσβέσεις που δεν έγιναν, επισφαλείς απαιτήσεις κ.λπ.) ή/και αυξήσεις του Παθητικού (προβλέψεις αποζημίωσης προσωπικού που δεν έγιναν ή άλλων υποχρεώσεων από φόρους ή τόκους δανείων κ.λπ.), οι οποίες δεν υπολογίσθηκαν, με κύριο στόχο την "ωραιοποίηση" του Ισολογισμού,

- φορολογικός Ισολογισμός: η εναρμόνιση ή αναμόρφωση του λογιστικού Ισολογισμού με βάση τις απαιτήσεις του Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων (Π.Δ. 186/92). Αποτέλεσμα έχει την πρόσθεση ποσών στα φορολογητέα κέρδη (πρόστιμα, προσαυξήσεις, επιπλέον αποσβέσεις, δαπάνες που δεν εκπίπτουν κ.λπ.) ή την αφαίρεση ποσών από τα φορολογητέα έσοδα (έσοδα που κακώς φορολογήθηκαν, προηγούμενες ζημιές κ.λπ.),
- ενοποιημένος Ισολογισμός: π.χ. σε όμιλο επιχειρήσεων,
- απο-πληθωρισμένος Ισολογισμός: με βάση τον πληθωρισμό συγκεκριμένης χρονικής περιόδου,
- επιχειρησιακός Ισολογισμός: πρόγραμμα επιχειρησιακής δράσης και οικονομική θέση της επιχείρησης για π.χ. 3-5 χρόνια,
- κοινωνικός Ισολογισμός: με αναφορές στις εξαγωγές, στις αμοιβές για προσωπικό, στις επενδύσεις κυρίως για περιβαλλοντικούς ή φιλανθρωπικούς σκοπούς κ.λπ.

4.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι **Βασικές Λογιστικές Καταστάσεις**, σε εφαρμογή του ΕΓΛΣ, καταρτίζονται σε τακτές χρονικές περιόδους (ετήσιες, εξαμηνιαίες κ.λπ.), υπόκεινται σε δημοσίευση στον Τύπο μία φορά κατ' έτος και

δίνουν πληροφόρηση στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον της οικονομικής μονάδας μέσω:

- Του Ισολογισμού (οικονομική κατάσταση της μονάδας σε δεδομένη χρονική στιγμή, π.χ. 31/12/...)
- Της κατάστασης αποτελεσμάτων χρήσεως (προσδιορισμός του οικονομικού αποτελέσματος, κέρδος ή ζημιά, για μια χρονική περίοδο, π.χ. στο έτος)
- Του πίνακα διάθεσης αποτελεσμάτων (κέρδη, φόροι, μερίσματα κ.λπ.)
- Του Προσαρτήματος Ισολογισμού και αποτελεσμάτων χρήσεως (αναλυτική έκθεση με πληροφορικά στοιχεία για τον τρόπο-μέθοδο κατάρτισης του Ισολογισμού και των αποτελεσμάτων χρήσεως).

Πέραν αυτών, και κατά τη διάρκεια του **έτους**, ένας φορέας παρακολουθεί μέσω πληθώρας οικονομικών **καταστάσεων** την οικονομική απεικόνιση των δραστηριοτήτων του και τη συνολικότερη οικονομική πορεία του, όπως ενδεικτικά:

- Ισοζύγιο λογαριασμών εσόδων και εξόδων, μηνιαίο και προοδευτικό
- Αναλυτικό Ισοζύγιο απαιτήσεων
- Αναλυτικό Ισοζύγιο υποχρεώσεων
- Ποσοτική απογραφή αποθεμάτων σε αποθήκες και υποαποθήκες και αξιακή αποτίμηση αυτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το (χρηματο)οικονομικό μέγεθος των συστημάτων Υγείας, ιδιαίτερα στις λεγόμενες αναπτυγμένες χώρες, επιβάλλει ολοένα και περισσότερο τη συνεχή (χρηματο)οικονομική τους αξιολόγηση. Απ' ότι φάνηκε και στο κεφάλαιο 1, οι δαπάνες Υγείας πλησιάζουν -αν δεν ξεπερνούν- το 1/10 του συνολικού ΑΕΠ στις χώρες αυτές. Και αυτό συμβαίνει παρά τα μέτρα ελέγχου των δαπανών που έχουν ληφθεί τα τελευταία χρόνια. Το 70% των δαπανών αυτών (κατά μέσο όρο περίπου) δίδεται από κρατικούς φορείς. Στη χώρα μας το ποσοστό αυτό πλησιάζει το 50% και τίθεται ζήτημα ισότητας και πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες Υγείας, αν δεν αλλάξει η σχέση αυτή (π.χ. τουλάχιστον προς το 60-40, που σημαίνει 1% του ΑΕΠ περισσότερες δημόσιες και αντίστοιχα λιγότερες ιδιωτικές δαπάνες ή ανάλογη εξοικονόμηση). Ο εξορθολογισμός αυτός απαιτεί εφαρμοστέες προτάσεις, που καταλήγουν σε μέτρα, όπως είναι:

- α. η χρηματοδότηση της πρόληψης και μέρους της προνοσοκομειακής περίθαλψης (επείγοντα και χρόνια περιστατικά), ως εναλλακτικού τρόπου φροντίδας υγείας και χαμηλού κόστους,
- β. η αποτελεσματικότερη-αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων,
- γ. η ενοποίηση των χρηματοδοτικών φορέων του Δημοσίου, με παράλληλη διερεύνηση διαχωρισμού των υπηρεσιών παροχής από τις αντίστοιχες της χρηματοδότησης, και
- δ. η θέσπιση ενιαίων κανόνων αποζημίωσης για τις υπηρεσίες Υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Για να υλοποιηθούν τα ανωτέρω, απαιτείται η γνώση και εφαρμογή ποικίλων εργαλείων (εσωτερικής) διοίκησης και

(χρηματο)οικονομικής διαχείρισης, τα οποία αποσκοπούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας-αποδοτικότητας των υπηρεσιών (κυρίως των νοσοκομείων) και της παραγωγικότητας των πόρων τους, διαμέσου της χρήσης μετρήσιμων και ανακοινώσιμων στοιχείων. Μια σχετική πρόταση είναι η κατάρτιση σύγχρονων και πραγματικών (ανακοινώσιμων ετησίως) Προϋπολογισμών σε όλα τα επίπεδα (εθνικό, περιφερειακό, τοπικό). Μια δεύτερη (συμπληρωματική πρόταση) είναι η πραγματική, συνολική και τμηματική, ανάλυση του κόστους, αλλά και του εσόδου, χρησιμοποιώντας όλες τις σύγχρονες μεθόδους με τη βοήθεια μηχανοργανωμένων λογιστικών συστημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλετράς Β., (1997), Οικονομική Ανάλυση Λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων, μια Οικονομετρική Προσέγγιση, διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Alexander Hamilton Institute, (1996), Μέθοδοι Κατάρτισης Προϋπολογισμού Επιχειρήσεων, εκδ. Κριτήριο, Αθήνα.
- Αληφαντής Γ., (2004), Χρηματοοικονομική Λογιστική, εκδ. Πάμισος, Αθήνα.
- Αποστολάκης Ι., (2007), Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Βαρβάκης Κ., (2003), Κοστολόγηση και Κοστολογική Οργάνωση, Αθήνα.
- Βλασερός Β., (2004), Διαχείριση Εφοδιαστικής Αλυσίδας. Σημειώσεις Παραδόσεων, [http://www.aueb.gr/graduate/map/repository/teachers/miliotis / 04-05 / SUPPLY_CHAIN_lecture_notes .pdf](http://www.aueb.gr/graduate/map/repository/teachers/miliotis/04-05/SUPPLY_CHAIN_lecture_notes.pdf).
- Γεωργιάδης Ι., (1999), «Ο Ρόλος και η Σημασία των Logistics στην Αποτελεσματικότητα των Παραγωγικών Συστημάτων», Επιχειρησιακή Έρευνα, 5,13.

- Γούναρης Σπ., (2003), Μάρκετινγκ Υπηρεσιών, Rosili, Αθήνα.

- Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., (2000), Οικονομική και Χρηματοδοτική Διοίκηση / Διαχείριση Νοσοκομείων, έκδοση ΕΑΠ, Πάτρα.

- Θεοδώρου Μ. - Σαρρής Μ. - Σούλης Σ., (1994) και (1995), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα.
- Ιακώβου Ελ., (2007), Διαχείριση Εφοδιαστικής Αλυσίδας: Γιατί πρέπει να ενδιαφέρει τον Οικονομικό Δ/ντή, [http://im.meng.auth.gr/lascm/Main/Articles / PDF / A&M / ArticleA&M .pdf](http://im.meng.auth.gr/lascm/Main/Articles/PDF/A&M/ArticleA&M.pdf).

- Κανελλόπουλος Χ., (1994), Εισαγωγή στην Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων, Αθήνα.

- Καραχάλιος Γ., (2006), Διοίκηση Αποθεμάτων Μονάδων Υγείας, σημειώσεις ΚΕΚ Νοσοκομείου Σωτηρία.

- Καρόκης Α. - Σισσούρας Α., (1994), «Οργάνωση και Χρηματοδότηση του ΕΣΥ» στη: Μελέτη για τον Σχεδιασμό και την Οργάνωση του ΕΣΥ, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα.

- Κοντούλη-Γείτονα Μ., (1992), Σφαιρικός Προϋπολογισμός: Μια Μορφή Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων. Η Περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, διδακτορική διατριβή, Αθήνα.

- Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ. (2003), Υγεία

και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια, Παπαζήσης, Αθήνα.

- Μούρτου Ε., 2006, Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 17, :
http://www.agandreashosp.gr/depts/Hlektronikos_Fakelos.pdf

- Πολύζος Ν., (2007), χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

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

- Jones A., O' Donnell O., (2002) Econometric Analysis of Health Data, John Wiley and Sons Ltd, UK