

Εισαγωγή	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Χρηματοοικονομική Αξιολόγηση Συστημάτων Υγείας	5
1.1 Οικονομικοί δείκτες και αξιολόγηση διεθνώς σε μακρο-επίπεδο.....	5
1.1.1 Γενικά – ορολογία	5
1.1.2 Δαπάνες Υγείας.....	7
1.2 Το ελληνικό μακροοικονομικό ζήτημα στην Υγεία.....	8
1.2.1 Γενικές διαπιστώσεις.....	8
1.2.2 Δημόσιες δαπάνες.....	10
1.2.3 Περιφερειακή κατανομή κρατικών δαπανών.....	11
1.2.4 Σύνθεση Δαπανών Κοινωνικής Ασφάλισης.....	12
1.2.5 Οι Ιδιωτικές Δαπάνες.....	14
1.3 Οικονομικοί δείκτες και αξιολόγηση σε μικρο-επίπεδο.....	15
1.3.1 Καταναλωτής.....	15
1.3.2 Παραγωγός	16
1.4 Οικονομική Θεωρία και Σύστημα Υγείας	17
1.4.1 Νοσοκομειακός τομέας.....	17
1.4.2 Οργάνωση του συστήματος.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Διοίκηση και οικονομική διαχείριση μονάδων υγείας	19
2.1 Διοικητική αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα και νοσοκομείο.....	19
2.1.1 Νοσοκομείο.....	21
2.1.2 Άλλες διοικητικές-οργανωτικές προσεγγίσεις.....	26
2.2 Το νοσοκομείο ως οικονομική μονάδα.....	29
2.3 Ο στόχος της (οικονομικής) αποδοτικότητας του νοσοκομείου.....	34
2.3.1 Είδη αποδοτικότητας.....	34
2.3.2 Παραγωγικότητα.....	37
2.4 Το νοσοκομειακό κόστος και η χρηματοδότηση του.....	38
2.4.1 Γενικά.....	38
2.4.2 Η γενικότερη μέτρηση της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών.....	41
2.4.3 Κλιμάκωση του κόστους ανά ιατρικό περιστατικό.....	43
2.4.4 Χρηματοδότηση.....	44
2.4.5 Συμπέρασμα.....	46
2.5 Οικονομική διαχείριση Μονάδων Υγείας.....	47
2.5.1 Ανάλυση ανά χρηματοοικονομικό επίπεδο.....	47
2.5.2 Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	56
2.6 Αντί επιλόγου.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οργάνωση Οικονομικών Υπηρεσιών Μονάδων Υγείας.....	60
3.1 Γενικά.....	60
3.2 Οργάνωση και Διευθύνσεις Οικονομικών Υπουργείου Υγείας και Κ.Α.....	61
3.3 Οικονομική οργάνωση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας στην περιφέρεια	62
3.4 Οικονομική διαχείριση νοσοκομείου.....	67
3.4.1 Ο ρόλος της οικονομικής υπηρεσίας.....	68
3.4.2 Διάρθρωση της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού.....	69
3.4.3 Αρμοδιότητες ανά τμήμα / γραφείο.....	71
3.4.4 Διαδικασίες οικονομικών λειτουργιών.....	76
3.4.5 Λειτουργική διασύνδεση.....	81
3.5 Έλεγχος	82
3.5.1 Έννοιες ελέγχου.....	82
3.5.2 Τύποι, αναγκαιότητα και βήμα ελέγχου.....	83
3.5.3 Εσωτερικός έλεγχος.....	84
3.5.3.1 Σκοπός του συστήματος εσωτερικού ελέγχου	84
3.5.3.2 Βασικές αρχές ενός συστήματος εσωτερικού ελέγχου.....	84
3.5.3.3 Η δομή εσωτερικού ελέγχου	85
3.5.4 Συμπέρασμα	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	92

Εισαγωγή

Η υγειονομική περίθαλψη στη χώρα μας, δίνει ιδιαίτερα τα νοσοκομεία, αντιμετωπίζει πολυποίκιλες προσκλήσεις: Νέα οργανωτικά σχήματα, σύγχρονες χρηματοδοτικές μεθόδους, “ανταγωνιστικές” πιέσεις, επανακαθορισμό της προσφοράς και χρήσης των πόρων, απρόβλεπτες κατευθύνσεις και αλλαγές στο νοσοκομειακό “προϊόν”, αλματώδη βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας, επανακαθορισμό της ζήτησης ,μέσα από εναλλακτικές μορφές περίθαλψης κ.ο.κ. Η προσοχή στη νοσοκομειακή πολιτική του μέλλοντος προσανατολίζεται στην οικονομική ανάπτυξη των Μονάδων Υγείας, τη γενικότερη ολοκλήρωσή τους στο σύστημα υπηρεσιών υγείας, στον εκσυγχρονισμό των διοικητικών δομών, την προτυποποίηση και αξιολόγηση των ιατρο-νοσηλευτικών ενεργειών και τέλος, τη βελτίωση του πλέγματος κινήτρων και αντικινήτρων. Αν και έγιναν προσπάθειες την τρέχουσα δεκαετία, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ επιβάλλεται ακόμα να μεταλλαχθούν οριστικά από “πολιτικές οντότητες” σε αντίστοιχες “επιχειρησιακές”.

Στην Ελλάδα, έστω και καθυστερημένα, έγινε μάλλον κατανοητό ότι ο έλεγχος της “σπατάλης” των δημοσίων πόρων είναι δικαίωμα και υποχρέωση τουλάχιστον αυτού που χρηματοδοτεί δημόσια αγαθά, όπως π.χ. η νοσοκομειακή περίθαλψη στο ΕΣΥ. Αυτό, που προς το παρόν τουλάχιστον δεν διαφαίνεται πλήρως είναι η προτυποποίηση των μεθοδολογικών εργαλείων με τα οποία η πολιτική Υγείας, ιδιαίτερα εκείνη της νοσοκομειακής περίθαλψης, κινείται. Μερικά από αυτά τα εργαλεία αναφέρθηκαν στη νομοθεσία της τελευταίας δεκαετίας. Νέα οργανωτικά σχήματα και χρηματοδοτικές μέθοδοι μαζί με επιμέρους διοικητικά και οικονομικά εργαλεία φαίνεται ότι θα στήριζαν τις διαφαινόμενες πολιτικές. Στο προσκήνιο ήρθαν η αξιολόγηση και η ορθολογική (οικονομική) διοίκηση-διαχείριση. Το ζητούμενο είναι η εναρμόνιση Δημόσιων και Ιδιωτικών μονάδων Υγείας σε όσα θα αναφερθούν, καθώς και η αξιολόγησή τους με κοινά μέτρα.

Στη βελτίωση, λοιπόν, της χρηματοοικονομικής διοίκησης-διαχείρισης προτίθεται να συμβάλει το παρόν, έχοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του τομέα και το γεγονός ότι δεν υπάρχει μέχρι στιγμής αντίστοιχη ολοκληρωμένη προσπάθεια συγγραφής ανάλογου πονήματος στη χώρα μας, στην Υγεία και την Πρόνοια (στη βιομηχανία

και τις άλλες υπηρεσίες είναι πλούσια η ελληνική βιβλιογραφία). Άλλωστε το χρηματοοικονομικό (financial) μέρος της διοίκησης (management) χρειάζεται περαιτέρω και επιμέρους προτυποποίηση, ιδιαίτερα στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας και Πρόνοιας, λαμβάνοντας υπόψη συμπληρωματικές (της Διοικητικής και Οικονομικής) επιστήμες, όπως είναι η Λογιστική (Accounting) και η Κοστολόγηση (Costing), αλλά και γνωστικά αντικείμενα όπως η Εφοδιαστική (Logistics), η Τιμολόγηση (Pricing), ο Προϋπολογισμός (Budgeting), καθώς και ο Εσωτερικός Έλεγχος (Auditing), μέσω και της δημιουργίας των ανάλογων διαδικασιών (procedures).

Από την άλλη μεριά, φαντάζει δύσκολο να συνδέσουμε τα ανωτέρω με την Υγεία. Η απαίτηση όμως υφίσταται και αυτό που έχουμε να προσέξουμε είναι οι εξής σκέψεις:

- Η διατήρηση της “υγείας μας” είναι το σημαντικότερο “αγαθό” και για αυτόν τον λόγο θα δίνουμε τα πάντα (αν και αυτό κοστίζει), και
- Η “υγειονομική περίθαλψη” είναι σε κρίση εξαιτίας και του αυξανόμενου κόστους, που δεν δύναται να αντέξει ο μέσος άνθρωπος ή δεν φαίνεται να χρηματοδοτείται πλήρως από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Επίσης, πρέπει να επισημανθεί ότι το οικονομικό αποτέλεσμα σε ατομικό επίπεδο διευρύνεται και μέσω της συμπεριφοράς του ανθρώπου, στην προσπάθειά του να επιλέξει τα αγαθά και τις υπηρεσίες που θα χρησιμοποιήσει για να ικανοποιηθεί από τη χρήση τους. Αντίστοιχα, σε επίπεδο οργανισμών παροχής υπηρεσιών, το οικονομικό αποτέλεσμα διευρύνεται μέσω των εργαλείων που αναφέραμε. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι τα ανωτέρω απαιτούν ή έστω πρέπει να καταλήγουν σε προσεκτικές επιλογές, εξαιτίας του περιορισμού των διαθέσιμων πόρων σε σχέση με τις “απεριόριστες” ανθρώπινες ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Χρηματοοικονομική Αξιολόγηση

Συστημάτων Υγείας

1.1 Οικονομικοί δείκτες και αξιολόγηση διεθνώς σε μακρο-επίπεδο

Η μακροχρηματοοικονομική αξιολόγηση πρέπει να βασίζεται σε μετρήσιμους δείκτες. Άλλωστε ο όγκος αντίστοιχων αναλύσεων δεικτών υγείας είναι πλούσιος διεθνώς. Βασικές ερωτήσεις που θα μας απασχολήσουν είναι σε τι οι οικονομικοί αυτοί δείκτες καλούνται να απαντήσουν α)πόσο και γιατί και σε σχέση με τη υγειονομική περίθαλψη κοστίζει β) ποιος πληρώνει για αυτή και ποια αντίστοιχη ποσότητα λαμβάνουν οι ενδιαφερόμενοι και γ)πώς κατανέμεται το κόστος ανάλογα με το επίπεδο υγειονομικής παρέμβασης ή τη γεωγραφική κατανομή των καταναλωτών ή των παραγωγών.

1.1.1. Γενικά – ορολογία

Αν και οι μακροοικονομικοί δείκτες μέτρησης των συνολικών δαπανών, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα ενιαίας καταγραφής και ομαδοποίησης, είναι 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.ά. Οι βασικότεροι δείκτες είναι:

➤ Γενικοί μακροοικονομικοί δείκτες:

- 1) Συνολικό μικτό ή καθαρό εγχώριο προϊόν με βάση τις τιμές πώλησης των προϊόντων
- 2) Συνολικές μικτές ή καθαρές εγχώριες δαπάνες με βάση τις τιμές των παραγωγικών συντελεστών
- 3) Πληθωρισμός
- 4) Ανεργία

➤ Μακροοικονομικοί δείκτες δημοσίων οικονομικών

- 1) Έλλειμα μίας χρονιάς

- 2) Χρέος σωρευτικό
- 3) Δημόσιες δαπάνες-αναλογία
- 4) Δημόσια έξοδα-αναλογία
- 5) Δημόσια ή ιδιωτική κατανάλωση
- 6) Δημόσια ή ιδιωτική επένδυση
- 7) Μεταβιβαστικές πληρωμές του κράτους προς νοικοκυριά ή επιχειρήσεις-αναλογία φόρων

➤ Γενικές νομισματικές αναλογίες

- 1) Συναλλαγματική ισοτιμία π.χ. ευρώ σε σχέση με διάφορα άλλα ξένα νομίσματα όπως το δολάριο
- 2) PPPs – purchasing power parities – μονάδες αγοραστικής δύναμης που εξομοιώνουν όλες τις αξίες των νομισματικών με βάση την αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών της κάθε χώρας ή και ένωσης χωρών

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

➤ Εθνικές δαπάνες υγείας

- 1) Σύνολο
 - 2) Δημόσιες ή ιδιωτικές
 - 3) Επενδύσεων ως ποσοστό (%) επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ)
- Δαπάνες υγείας ως ποσοστού (%) δαπανών επί του συνόλου του κρατικού προϋπολογισμού
- Δημόσιες ή αντίστοιχα ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) επί του συνολικού δαπανών υγείας
- Δαπάνες υγείας ανά γεωγραφική ενότητα περιφέρεια, νομαρχία κ.λπ.

- Συνολικές ανά βαθμίδα περίθαλψης δαπάνες υγείας όπως νοσοκομειακές ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή φαρμάκων ή άλλων επιπέδων περίθαλψης, ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας
- Δαπάνες ανά “εισροή” π.χ. προσωπικό μέσο εισόδημα ανά γιατρό, νοσηλεύτρια κ.α. ή εισροή π.χ. εξωτερικών ή εσωτερικών ασθενών νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας
- Δαπάνες υγείας ανά ηλικιακή κατηγορία π.χ. 0-64, 64-74, 75+ ετών και
- Δείκτες χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης όπως ιδιωτική ή κοινωνική ασφάλιση, φόροι που αναλογούν αποκλειστικά στη Υγεία κλπ.

1.1.2. Οι δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες υγείας από το 4% τοθ ΑΕΟ το 1960 ανήλθαν σε 8,1% το 1994 και σήμερα ξεπερνούν το 9,2% τοθ ΑΕΠ (μέσος όρος ΟΟΣΑ). Η αύξηση αυτή ιδιαίτερα την περίοδο 1960-1980 ήταν περίπου τριπλάσια σε σχέση με εκείνη του ΑΕΠ. Τη δεκαετία του 1974-1984 παρουσίασαν εντυπωσιακή άνοδο από 5,7% τοθ ΑΕΠ το 1974 σε 7,1% το 1982 δηλαδή 25%. Η δεκαετία 1984-1994 παρουσιάζει επίσης άνοδο που όμως είναι κατά 50% περίπου μικρότερη από εκείνη της προηγούμενης δεκαετίας, ενώ την τελευταία δεκαετία 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.

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 10 ετία 1994-2004 είναι μάλλον πλασματική, οφείλεται στην αναμόρφωση των Εθνικών Λογαριασμών πριν από την είσοδό μας στην ΟΝΕ.

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό δημοσίων δαπανών, ιδιαίτερα μετά το 2004. 51% το 2005 και αντίστοιχο υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στη Ε.Ε αλλά και γενικότερα μετά τις ΗΠΑ, ακολουθούμενη από την Ελβετία (59%) και δευτερευόντως την Ολλανδία(66%), Χώρες με περισσότερο “φιλελεύθερα” συστήματα 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 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 και η ομαδοποίηση τους, η εξέταση εναλλακτικών λύσεων, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες μίας ημέρας νοσηλείας ή νοσηλείας στο σπίτι, η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και η αύξηση της πληρότητας των ήδη υπαρχουσών κλινών
- ✓ Η μεταφορά σε εξωνοσοκομειακές μορφές ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας μέσω της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- ✓ Η ορθολογική των προμηθειών βιοιατρικής τεχνολογίας φαρμάκων
- ✓ Ο περιορισμός εισόδου στο ιατρικό κυρίως επάγγελμα αλλά και η στρατηγική ανάπτυξης συγκεκριμένων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας

Έτσι καθίστανται πρόδηλη η τάση πολλών χωρών να επιβάλλουν μια διαδικασία ορίων στις δαπάνες υγείας μες από την εφαρμογή εθνικών σταθερών προϋπολογισμών που λαμβάνονταν 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 στη επιδίωξη της “διανεμητικής” αποδοτικότητας. Η εξειδίκευση αυτών των πολιτικών και η αντίστοιχη κατανομή των κονδυλίων στις υπηρεσίες υγείας ακολουθούν μια σειρά ευέλικτων κινήτρων, που μεταφράζονται στους διάφορους τρόπους πληρωμής των προμηθευτών.

1.2 Το ελληνικό μακροοικονομικό ζήτημα στην Υγεία

1.2.1. Γενικές διαπιστώσεις

Στην Ελλάδα ερευνητικές προσπάθειες στο παρελθόν (Υφαντόπουλος 1988 και 1990, Φιλαλήθης-Ζηλίδης 1994, Θεωδόρου 1994 και 1995, Πολύζος 1994 και 1998, Λιαρόπουλος 1995), αλλά και πρόσφατα (Σουλιώτης και Κυριόπουλος 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 δέκα χρόνια σε άνω του 1,5% του ΑΕΠ περίπου (Κυριόπουλος και Καραλής 1997), χωρίς να έχει διευκρινιστεί 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 επιβεβαιώνει τα υψηλά ποσοστά χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Παρά την ανάπτυξη του ΕΣΥ η αναλογία δημοσίων 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 δεκαετίας 1994-2004 αποδίδεται στα περιοριστικά μέτρα της γενικότερης οικονομικής πολιτικής λόγω ΟΝΕ κλπ. Όπως εξειδίκευσαν στον τομέα της υγείας. Η σταθεροποίηση του ιδιωτικού τομέα εξηγείται και από την σημαντική πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών τα τελευταία χρόνια. Όμως πρέπει να σημειωθούν δύο παράμετροι που περιορίζουν σχετικά αυτές τις εκτιμήσεις α) τα αυξανόμενα ελλείμματα των νοσοκομειακών του ΕΣΥ που πλασματικά δεν συμμετέχουν στη διαμόρφωση του συνολικού κόστους και κάθε άλλο παρά “υγιές” μέτρο συγκράτησης των δαπανών είναι 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 ιδιωτικές δαπάνες υγείας:

1. 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
2. η κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών υγείας έχει σημαντικές επιπτώσεις στον βαθμό ισοτιμίας του συστήματος
3. 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 περίθαλψη, τομέας στον οποίο επικεντρώνονται οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα (Υφαντόπουλος 2003).

1.2.2. Δημόσιες Δαπάνες

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 κ κύρια αιτία για το ότι η εικόνα αντιστράφηκε και επανήλθε στα προ ΕΣΥ (1985) επίπεδα.

Εξαιτίας της αύξησης του νοσοκομειακού νοσηλίου, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζουν το δυσβάσταχτο φορτίο της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ειδικά μετά την 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 και έφθασαν στο ύψος των τριάντα δισεκατομμυρίων ευρώ για το 1992, περίπου εκατό δις ευρώ για το 1993 και πάνω από εκατόν πενήντα δις ευρώ για το 1994 σύμφωνα με πηγές του υπουργείου. Έτσι, ενώ το 1991 οι δαπάνες υγείας μέσω των νομαρχιών ήταν 86%, το 1994 έπεσαν στο 62%. Το σωρευτικό έλλειμμα (περίπου 200 δις ευρώ μέχρι τέλους του 1996) καλύφθηκε με ομόλογα του ελληνικού Δημοσίου με ειδική ρύθμιση των Υπουργείων Οικονομικών και Υγείας προς τους

προμηθευτές των νοσοκομείων. Το ίδιο φαινόμενο επαναλήφθηκε το 2000 και το 2005 (ενώ πάλι συζητάμε την ύπαρξή του, καθώς το 2006 και μέρος του 2007 τα ελλείμματα υπερβαίνουν το 1,5 δις ευρώ.)

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 το κρατικό προϋπολογισμό του 1999, στον οποίο οι δαπάνες αυτές μεταφέρθηκαν σε κεντρικό επίπεδο (υπουργείο Οικονομικών) και μέσω αυτού στις περιφερειακές του υπηρεσίες.

Η κατανομή των δημοσίων δαπανών διαχρονικά από το υπουργείο υγείας τις νομαρχίες και τις δημόσιες επενδύσεις είναι η εξής:

- Οι δημόσιες επενδύσεις αυξήθηκαν στην αρχή των αντίστοιχων κυβερνητικών θητειών Ν.Δ. και ΠΑΣΟΚ (1991 και 1994).
- Οι δαπάνες των νομαρχιών π.χ. επιχορηγήσεις νοσοκομείων κλπ διπλασιάζονται ανά διετία μισή το 1990, σταθεροποιούνται κατόπιν και μειώνονται το 1994 (έτος έναρξης σκληρής εφαρμογής κριτηρίων του Μάαστριχτ.)
- Ενώ τη δεκαετία του 1980 οι δημόσιες δαπάνες αυξάνονται και μειώνονται οι αντίστοιχες των ασφαλιστικών ταμείων, στις αρχές της δεκαετίας του 1990 συμβαίνει το αντίθετο λόγω αλλαγής της τιμολογιακής νοσοκομειακής πολιτικής κυρίως.

Πάντως τα στοιχεία παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο δημοσίων 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 σε ιδιώτες (μεταβιβαστική πληρωμή) και έτσι παρουσιάζεται ως ιδιωτική κατανάλωση. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί η αύξηση της απόκλισης αυτής (το 1986 είναι 13 δες -3,5% των συνολικών δαπανών και το 1992 γίνεται 158 δες -18,9%)

Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι τα προεκλογικά έτη 2000 και έτος ΟΝΕ και 2004 αυξάνονται σημαντικά οι δαπάνες από τον κρατικό προϋπολογισμό.

1.2.3. Περιφερειακή κατανομή κρατικών δαπανών

Πάνω από το 43-44% των συνολικών δαπανών από τον κρατικό προϋπολογισμό κατανέμονται στην περιφέρεια 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 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), όλες σχεδόν οι έξι προαναφερθείσες περιοχές είναι πάνω από τα διακόσια ευρώ το 2003(πάνω από 300 το 2004), ενώ στον μέσο όρο βρίσκονται τα Ιόνια Νησιά. Οι υπόλοιπες έξι Περιφέρειες είναι κάτω του μέσου όρου. Στη χειρότερη κατάσταση βρίσκονται η Δυτική Μακεδονία, η Στερεά Ελλάδα και η Πελοπόννησος. Πρέπει να σημειωθεί ότι η εικόνα των δημοσίων δαπανών των δύο νησιωτικών περιφερειών (Ιόνια Νησιά και Νότιο 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 συνδυαστεί με τα διαθέσιμα στοιχεία και να αγγίξει την έννοια της ισοτιμίας. Όμως πρέπει να συνεξεταστεί 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 δημοσίων δαπανών (όπως και άλλες Περιφέρειες) και ότι η Στερεά Ελλάδα, η Δυτική Μακεδονία και η Πελοπόννησος λαμβάνουν πολύ λιγότερες δημόσιες δαπάνες (επιχορηγήσεις) σε σχέση πάντα με το μέγεθος του πληθυσμού.

1.2.4. Σύνθεση Δαπανών Κοινωνικής Ασφάλισης

Διαθέσιμα στοιχεία για την περιφερειακή κατανομή των δαπανών υγείας της κοινωνικής ασφάλισης δεν υπάρχουν επισήμως. Οι δαπάνες των οργανισμών

κοινωνικής ασφάλισης δύναται γενικά να ομαδοποιούν μόνο ανά επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Αρχικά αξιολογούμε την περίοδο 1988 έως 1994. 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 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.

Οι δαπάνες για την 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 (1992-1993), 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 κλπ (από 20,4% σε 10,7%).

Στη συνέχεια αξιολογούνται οι αντίστοιχες δαπάνες 1998-2006 ανά διετία. 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%).

Τα τελευταία δώδεκα χρόνια η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στο Δημόσιο (ΟΠΑΔ) υπερδιπλασιάστηκε, ενώ στο ΙΚΑ, στον ΟΓΑ και στο ΤΕΒΕ-ΤΑΕ (ΟΑΕΕ) υπερδιπλασιάστηκε. Υψηλότερη και με σημαντική διαφορά κατά κεφαλήν εξονοσοκομειακή δαπάνη παρουσιάζει ο ΟΠΑΔ, Ταμείο που σε σχέση με τα υπόλοιπα δεν διαθέτει (άμεσα ή έμμεσα) δικές τους υπηρεσίες (γιατρούς κλπ).

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 του ΙΚΑ και ΟΑΕΕ, από τη μια, και ΟΓΑ-ΟΠΑΔ, από την άλλη), και κατά επέκταση τη ηθική βλάβη που μπορούν να προκαλέσουν οι ασφαλισμένοι ασθενείς μέσω των ιατρών αλλά και των υπολοίπων 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 (Le Grand 1982, Propper 1992, Maynard και Kanavos 2000). Στην χώρα μας έχουν επισημανθεί οι ανισότητες στη χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων ανά ασφαλιστικό φορέα, που κατά τεκμήριο ενσωματώνει πληθυσμούς της ίδιας κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας (Υφαντόπουλος 1988 και 2003).

1.2.5. Οι Ιδιωτικές Δαπάνες

Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν την τρίτη αλλά και 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 η 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 διαγωνιστικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας (Δερβένης- Πολύζος 1995, Πολύζος 2000). Ο μεγάλος αυτός ιδιωτικός τομέας στην προσπάθειά του να επιβιώσει οικονομικά και να αυξήσει τα εισοδήματά του, χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους, εκμεταλλευόμενος κυρίως τις αδυναμίες και τις ελλείψεις στον σχεδιασμό του δημοσίου 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 δημοσίου συστήματος 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. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανήλθαν το 1994 στα 90 χιλιάδες ευρώ από τα οποία τα εκατόν σαράντα αφορούσαν τις αμοιβές γιατρών και τα εκατόν είκοσι αφορούσαν αμοιβές κλινικών και μαιευτηρίων και διαγνωστικών κέντρων. 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 στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας δείχνει σαφή σημεία κόπωσης (Λιαρόπουλος 1995). Επίσης είναι πολύ σημαντική η συνειδητοποίηση από μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών ότι η ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών απειλεί την ίδια τη βιωσιμότητά τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη συνεχή προσπάθεια των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών για τη σύναψη συμφωνιών (κυρίως με τους μεγάλους “παίκτες”, π.χ. με το Ιατρικό Κέντρο και το “Υγεία”) με στόχο τη συγκράτηση του κόστους, το οποίο την τριετία 2000 έως 2003 υπερέβη το 40% , εξαιτίας κυρίως των ιδιωτικών γενικών κλινικών.

1.3 Οικονομικοί δείκτες και αξιολόγηση σε μικρο-επίπεδο

Πολλά βασικά βιβλία του χώρου μιλούν για οικονομικά της υγείας (health economics), αλλά και για οικονομικά της υγειονομικής ή της ιατρικής περίθαλψης (economic of health or medical care) κ.α. Ο S. Dunn (2006) στα αναφέρει ότι τα οικονομικά της υγείας είναι κυρίως ή τυπικά τουλάχιστον μέρος της μικροοικονομίας, αν και τα Κεσαριανά οικονομικά αφορούν κυρίως μακροοικονομική προσέγγιση. Πάντως και σε αυτό το επίπεδο, οι οικονομικοί δείκτες αυτού του κεφαλαίου που αφορούν είτε μεμονωμένο “καταναλωτή” είτε κυρίως τον μεμονωμένο “παραγωγό”, θεωρούμε ότι είναι επίσης σημαντικοί.

1.3.1. Καταναλωτής

Με βάση την νεοφιλελεύθερη από τον Adam Smith μέχρι τον Milton Friedman, άποψη της οικονομίας ο κάθε πολίτης-καταναλωτής αποφασίζει να αποφεύγει κατά το δυνατόν τον κίνδυνο ασθένειας, καθώς η υγεία είναι πολύτιμο αγαθό και προϋπόθεση για την ανάπτυξη άλλων δραστηριοτήτων. Η προσωπική συνάρτηση ικανοποίησης του καθενός από μας από τα αγαθά που μας είναι αναγκαία και τελικά

καταναλώνουμε, περιλαμβάνει και την υγεία. Από την άλλη μεριά, η υγειονομική περίθαλψη αν και κάτι διαφορετικό, συμβάλλει κατά ένα μέρος στη διατήρηση της υγείας. Αντίθετες και μάλλον επικρατούσες απόψεις επιτρέπει στον Άνθρωπο (Πολίτη) να κατανοήσει τη δύναμη συμμετοχής του στην οικονομική ζωή της κοινωνίας που τον περιβάλλει (Sen. 2002), μειώνοντας κατά το δυνατόν αποφεύξιμες (avoidable) ανισότητες (Hauck et al. 2002), που πιθανόν θα προκληθούν από την αρχική προσέγγιση, όπως άλλωστε φαίνεται και από τα παρακάτω στοιχεία.

Από τη μεριά του καταναλωτή ή του “πολίτη”, παρατηρούμε ότι η μέση μηνιαία δαπάνη χώρας από το 1981-1982 και 1993-1994 κατά νοικοκυριό για υπηρεσίες υγείας αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια και σήμερα (τελευταία δημοσιευμένη έρευνα 1998-1999) αγγίζει το περίπου 7% των εξόδων της μέσης ελληνικής οικογένειας. Η αντίφαση βρίσκεται στο γεγονός ότι η αύξηση ήταν εντονότερη στη δεκαετία του 1980.(υπερδιπλασιάστηκε από το 1981-1988),σημαντική τη δεκαετία 1990(υπερδιπλασιάστηκε μέχρι 1993-1994) και σταθεροποιημένη σε υψηλά επίπεδα το 1998-1999. Πάντως η αύξηση αυτή είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα και τις άλλες αστικές περιοχές, σε σχέση τουλάχιστον με τις ημιαστικές και τις αγροτικές. Εξαίρεση ίσως αποτελούσε το 1993-1994, η Θεσσαλονίκη στην οποία είτε η προσφορά ήταν πιο ορθολογικοποιημένη, είτε υπάρχει περιθώριο μεγαλύτερης ικανοποίησης της ζήτησης (το 1998-1999 πλησιάζει την Αθήνα, οποία παρουσιάζει δαπάνες 1/3 πάνω από τον μέσο όρο).

Η μέση ελληνική οικογένεια ξόδευε για περίθαλψη 1200 περίπου ευρώ το 1999 (400 έως 800 ευρώ κατά άτομο). Σε τιμές 2004 εκτιμάται ότι κάθε ελληνικό νοικοκυριό ξόδευε αντίστοιχα πάνω από 1600 ευρώ (ανάλογα με τα μέλη της οικογένειας, 600 έως 1000 ευρώ κατά άτομο), χωρίς να καθίστανται εφικτό να γνωρίζουμε τα ποσοστά για ασφάλιση και αντίστοιχα για περίθαλψη. Η ανισοκατανομή των δαπανών αυτών ακολουθεί και το εισοδηματικό κριτήριο και διαμορφώνεται σε αμοιβές 1,5 μήνα για το κάθε νοικοκυριό. Σημαντικό είναι να αναφερθεί η κατανομή των δαπανών αυτών : 20% για φάρμακα, 30% σε οδοντίατρους, 25% σε γιατρούς, 12% σε νοσοκομεία, και 13% στα υπόλοιπα. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί καλύπτουν την έλλειψη χρηματοδότησης της πολιτείας και των ασφαλιστικών ταμείων σε οδοντιατρική και γενικότερα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας(πάνω από 50%).

1.3.2. Παραγωγός

Στον τομέα της αξιολόγησης των παραγωγών γίνεται αδρή αναφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, για να δοθεί κατόπιν έμφαση στη λεγόμενη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια (νοσοκομεία). Ήδη αναφέρθηκαν διαθέσιμες κατανομές δαπανών για τις βαθμίδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (ΠΦΥ), κυρίως στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτικών δαπανών. Δυστυχώς δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για τις κρατικές δαπάνες του ΥΥΚΑ. Άλλωστε το 80% των δαπανών αυτών (Πολύζος 1998) απορροφώνται από τον νοσοκομειακό τομέα, ενώ τα Κέντρα Υγείας δεν διαθέτουν δικούς τους προϋπολογισμούς. Οι περαιτέρω δαπάνες στην ΠΦΥ αφορούν τη συνολική χρησιμοποίηση και την επακόλουθη αποδοτικότητα-παραγωγικότητα του συστήματος. Αναλυτικά :

- Δικαιούχοι ΠΦΥ ανά ασφαλιστικό ταμείο, γεωγραφική περιφέρεια κ.α.
- Δικαιούχοι ΠΦΥ ανά γιατρό, οδοντίατρο, νοσηλεύτρια κ.α.
- Γιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτές κλπ ανά 1000 κατοίκους
- Επισκέψεις κατά κεφαλή δικαιούχου ετησίως α. σε γιατρό β. κατ οίκον
- Μικροβιολογικά εργαστήρια ή διαγνωστικά κέντρα με βάση τον πληθυσμό
- Μικροβιολογικές, ακτινοδιαγνωστικές και λοιπές εξετάσεις (ως απόλυτος αριθμός ά ανά κάτοικο),
- Αριθμός φαρμάκων ή συνταγών,
- Κόστος ανά ιατρική επίσκεψη ή εργαστηριακή πράξη ή φαρμακευτική συνταγή (μέσος όρος ανά γιατρό ή ασθενή).
- Ο κατάλογος αυτός θα μπορούσε να διευρυνθεί. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η έλλειψη ανάλογων και ολοκληρωμένων στοιχείων είναι εκτός από ελληνικό και διεθνές φαινόμενο (ελάχιστες χώρες συμπληρώνουν αντίστοιχα στοιχεία στις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ).

1.4 Οικονομική Θεωρία και Σύστημα Υγείας

1.4.1. Νοσοκομειακός τομέας

Στον νοσοκομειακό τομέα οι δείκτες δαπανών αντιστοιχούν στο σύνολο των νοσοκομειακών ή αναλύονται εντός ενός και συγκεκριμένου νοσοκομείου. Αρχικά διαχωρίζονται σε: α) συνολικές δημόσιες και ιδιωτικές, β) με βάση το διαφορετικό επίπεδο περίθαλψης (οξείας ή ήπιας νοσηλείας, γενικών ή ειδικών νοσοκομείων, ψυχιατρικών ή μη ψυχιατρικών νοσοκομείων, εσωτερικών ή εξωτερικών ασθενών κλπ.). Ο διαχωρισμός οικονομικών δεικτών εντός του νοσοκομείου γίνεται με βάση τις διαφορετικές αναλογίες, κυρίως εσόδων και εξόδων.

Ο νοσοκομειακός τομέας είναι το μεγαλύτερο υποσύστημα σε όλα τα συστήματα υγείας. Απορροφά το 40-45% περίπου των δαπανών υγείας στις χώρες ΟΟΣΑ(2004), χωρίς να έχει διευκρινισθεί το ποσοστό από τους άλλους τομείς (εξετάσεις, φάρμακο, αποκατάσταση), που διεκπεριώνεται πάλι εντός των νοσοκομείων. Τη δεκαετία 1974-1984, η αύξηση του προαναφερθέντος ποσοστού κυμαινόταν στο 15%, σημείο που δείχνει την αντίστοιχη μεγέθυνση του νοσοκομειακού τομέα. Αντίθετα, τη δεκαετία της συγκράτησης των δαπανών (1984-1994) το μέσο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ μειώθηκε κατά 6% και την τρέχουσα δεκαετία περίπου το ίδιο με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία.

1.4.2. Οργάνωση του συστήματος

Η οργάνωση του συστήματος υγείας στην χώρα μας ξεκίνησε με βάση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και με τη εφαρμογή του ΕΣΥ πέρασε (τουλάχιστον ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας) στη διοίκηση-οργάνωση και χρηματοδότηση από το κράτος. Τα τελευταία δεκαπέντε έτη, το σύστημα υγείας της χώρας μας χρηματοδοτείται κατά το ήμισυ σχεδόν από ιδιωτικούς πόρους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας της παροχής έχει σημαντικό μερίδιο (κατά πλειονότητα στην ΠΦΥ και την εξωνοσοκομειακή και λιγότερο στη νοσοκομειακή). Με βάση τα παραπάνω πλαίσια, είναι ακόμα επίκαιρη σχετική πρόταση (Πολύζος 1998), για μελλοντική λειτουργία της δημόσιας περίθαλψης (ιδιαίτερα της νοσοκομειακής) με τη μορφή της ενδυνάμωσης της μονοψωνιακής χρηματοδότησης, διαχωρισμένης από την μονοπωλιακή παροχή. Ο πρώτος πόλος δύναται να αναπτυχθεί μέσα από ένα ενιαίο ταμείο νοσοκομειακής περίθαλψης, βασισμένο στη συμμετοχή του κράτους (φορολογία) και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Εναλλακτική περίπτωση είναι η ανάπτυξη διμερούς μονοψωνίου (κράτος-ασφαλιστικά ταμεία). Το ενιαίο ταμείο,

διαμέσου τοπικών φορέων του (π.χ. περιφέρειες) χρηματοδοτεί ανεξάρτητους παραγωγούς (νοσοκομεία ΕΣΥ) με βάση τα κριτήρια αποδοτικότητας και συνεκτίμησης των τοπικών αναγκών. Ο δεύτερος πόλος (νοσοκομεία ΕΣΥ, πιθανόν και με αλλαγή νομικού καθεστώτος, π.χ. ΝΠΙΔ) θα λειτουργεί είτε ως ομάδα νοσοκομείων (πχ συγκροτήματα), ή θα χρησιμοποιηθούν οι περιφερειακές δομές, για την οργάνωση και τον έλεγχο της παροχής υπηρεσιών τους, τουλάχιστον στο αρχικό στάδιο (αναβάλλεται ο διαχωρισμός προσφοράς – ζήτησης). Πάνω από όλα όμως η επιτυχία του εγχειρήματος χρειάζεται επαρκή διοίκηση (κυρίως κεντρική, αλλά και περιφερειακή), καθώς και την ανάπτυξη (τοπικών-νοσοκομειακών) εργαλείων. Η όποια καθυστέρηση θα σημάνει τη αυτονόμηση νοσοκομείων που μπορούν να επιβιώσουν μελλοντικά.

Η οργάνωση του δημοσίου νοσοκομειακού τομέα καθώς και η κριτική για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του στη Ελλάδα τείνει να επικεντρωθεί σε τέσσερις κύριες αιτίες:

- οι δημόσιες επιχειρήσεις (όπως είναι τα περισσότερα νοσοκομεία) ανθίστανται ή αρνούνται να σχεδιάσουν με βάση την ικανοποίηση των πελατών-ασθενών,
- δεν κατανέμουν τους πόρους αποδοτικά και ισότιμα, σύμφωνα με κριτήρια και στόχους,
- υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής, γιατί δεν έχουν κίνητρα για αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς και τέλος
- ανθίστανται ή τουλάχιστον καθυστερούν τον οποιονδήποτε εκσυγχρονισμό ή αλλαγή εμπρός στον φόβο της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας, που αντανακλά κυρίως στο προσωπικό αλλά και το συλλογικό συμφέρον των δημοσίων υπαλλήλων.

Η βασική έλλειψη παρουσιάζεται στην απουσία εσωτερικού (αλλά και εξωτερικού) σχεδιασμού καθώς και οικονομικού ελέγχου, με αποτελέσματα οι αποφάσεις να παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά περισσότερο της επιλογής του Δημοσίου παρά της κοινωνικής επιλογής, την οποία πρέπει να εκφράζει το δημόσιο (Stretton-Orchard 1994). Παρά τη φαινομενική αντίθεση των “δύο τάσεων”, αυτό στο οποίο όλοι

συμφωνούν είναι το ότι οι έννοιες της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας κ.α. δεν στηρίζονται από μόνες τους, αν δεν συμπορευτούν με την ισότητα και κυρίως με κοινώς αποδεκτά κριτήρια, καθώς επίσης και με έννοιες περισσότερο “αξιακές”, όπως η *κοινωνική μετρησιμότητα* (social accountability).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Διοίκηση και οικονομική διαχείριση μονάδων υγείας

2.1 Διοικητική αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα και νοσοκομείο

Στα ιστορικά πλαίσια της κλασικής οργανωτικής σκέψης και της διοικητικής θεωρίας, το γραφειοκρατικό μοντέλο (Weber 1947), 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.α.
- Την ιεραρχική διάθρωση 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 την διεύρυνση του management στα νοσοκομεία με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητάς τους, και δικαιολογούσε το “άγχος” των οικονομολόγων εξαιτίας της υποτυπώδους ανάπτυξής του. Κομβικό σημείο αναζήτησης της διοικητικής αποδοτικότητας στα νοσοκομεία θεωρείται η έλλειψη παιδείας και κινήτρων των “διαχειριστών” (managers) των νοσοκομείων, ιδιαίτερα των δημοσίων, 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 την 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” (Μακρυδημήτρης 1995 α-β). 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 (Μιχαλόπουλος 1994). 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 (Heydebrand 1973).

Το οργανωτικό υπόδειγμα της γραφειοκρατίας επηρέασε σε παγκόσμια εμβέλεια τις οργανωτικές μορφές και διαδικασίες των επιχειρήσεων, αλλά κυρίως τους οργανισμούς του Δημοσίου (Μουζέλης 1991). 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.α.) (Pugh 1982). Οι κλασικές αυτές θεωρίες κυρίως αφορούν πρώτου τετάρτου αιώνα μας, περί διοίκησης και οργάνωσης 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 (Hawthorne, Munsterberg, Follett, Barnand, Mayo, Argyris, Likert, McGregor, Burns κ.α.) (Pugh et al. 1983, Λανάρα 1994).

2.1.1. Νοσοκομείο

Σήμερα το management αποτελεί έναν από τους πιο εξελιγμένους κλάδους των κοινωνικών επιστημών, Σε αυτό βοήθησε και η ανάπτυξη της θεωρίας των συστημάτων και της επιχειρησιακής έρευνας (κυρίως στον στρατό και τις επιχειρήσεις). Οι νέες θεωρίες αποτέλεσαν εστία κριτικής του γραφειοκρατικού προτύπου, ενώ λειτουργούσαν 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 συστηματική θεωρία και την κυβερνητική, στην οποία άνθρωποι, ομάδες έργου, δομές, στόχοι, περιβάλλον και αποτελέσματα αλληλεξαρτώνται.

Με βάση τη συστηματική θεωρία και ανάλυση, δύναται γενικότερα να υιοθετηθεί ότι το σύστημα υγείας είναι “ανοιχτό”, 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 οργανωτική μελέτη προσπαθεί να δώσει εναλλακτικές λύσεις, Η κατά Drucker μέθοδος της οργανωτικής ανάλυσης **-management by objectives-** συνεπάγεται τη μελέτη:

1. των οργανωτικών στόχων και του τρόπου μετατροπής τους σε προδιαγραφές εργασίας,
2. του τρόπου ομαδοποίησης και ιεραρχικής κατάταξης των προδιαγραφών αυτών σε συγκεκριμένο έργο,

3. του υπολογισμού του χρόνου, καθώς και των προϊόντων-υπηρεσιών,
4. της κατανομής της εξουσίας στις ομάδες έργου και τα πρόσωπα,
5. του προσδιορισμού της ευθύνης ως προς την επιδίωξη της αποδοτικότητας στην εργασία και τέλος,
6. 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 νοσοκομειακών του ΕΣΥ την τρέχουσα δεκαετία). 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 τους όπως:

- ✓ ο χαρακτήρας του οργανισμού προς τα έξω (ιδιοκτησία-ηγεσία . χαρακτηρισμός της εξειδίκευσης στην αγορά, σχέσεις προς τρίτους κλπ), 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 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 δημοσίου 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 τους περιορισμούς, όπως είναι κοινωνικοί ή και πολιτικοί στόχοι, που ίσως δεν ισχύουν στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος λειτουργεί περισσότερο με “κερδοσκοπικούς” στόχους. Ένα πλέγμα δημοσίων, 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 βοηθά και στο παραγόμενο έργο. Εξωτερικά τα νοσοκομεία διαφέρουν στον βαθμό που εξαρτώνται από τις αποφάσεις του “κέντρου” ή του “τοπικού” αντιπρόσωπου 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 πχ σε κλίνες ή στο είδος των επεμβάσεων που διενεργεί. Παράλληλα, συνεκτιμώνται η θέση (πχ 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 νοσοκομειακό δημιουργεί την πολυπλοκότητα των διαφορετικών ικανοτήτων που έχουν οι κάθε είδους εισροές του. Επίσης, είναι εμφανής η αβεβαιότητα στον καθαρισμό των εκροών του σε σχέση με τις εισροές και κατ’ επέκταση, η αξιολόγηση της οργάνωσης και χρηματοδότησής του. Για

παράδειγμα, είναι τεράστια η διαφορά του βαθμού δυσκολίας της επιχειρησιακής αξιολόγησης των υπηρεσιών 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, νοσηλευτές κ.λπ.) που την απαρτίζουν είναι ποικιλόμορφα διαφορετικοί σε εκπαίδευση και κοινωνικό 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 μία 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 οποίων αποτελεσμάτων καθίστανται όλο και πιο δύσκολη. Η δύναμη και η επίδραση των επαγγελματικών οργανώσεων, επίσης, διαφλερουν 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 νεοκλασικής 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 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 παρακάτω αρχών:

- Υπεύθυνη διοίκηση (account management) σημαίνει ότι όλα τα τμήματα και ο κάθε απασχολούμενος στο νοσοκομείο ανταποκρίνονται σε μετρήσιμο ποιοτικά και ποσοτικά έργο, για να μεταφρασθεί σε αποτέλεσμα
- Δυσκολία στην προσπάθεια για κατάσταση 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.

Στη 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” (economics of sale).

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 *μακροσυνδεδετική-γραμμική* (πχ αυτοκινητοβιομηχανίες), *διαμεσολαβητική* (τράπεζες

, μεταφορές, τηλεφωνία κ.α.) 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 και π.χ. και η διάρκεια

νοσηλείας του (ποσοτικά και ποιοτικά διευθετημένη), οι ενδιάμεσες υπηρεσίες και η αξιολόγησή 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:

1. 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,
2. νέες, ευέλικτες τεχνικές διοίκησης: διοίκηση με στόχους, επικοινωνία, διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων, στρατηγικός σχεδιασμός, επιστημονική διοίκηση και διασφάλιση της ποιότητας, και
3. κατάλληλες υποδομές που θα καθιστούν τις υπηρεσίες “ανταγωνιστικές”.

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 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 στη πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών και
- την ανθρώπινη και ποιοτική εξυπηρέτηση του ασθενούς, με τελικό σκοπό την ικανοποίησή του (Ellwood 1988).

2.1.2. Άλλες διοικητικές-οργανωτικές προσεγγίσεις

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 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 σχεδιασμών. 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 σύγκρισή του με τους στόχους που τέθηκαν (Bruton et al. 1995).

Συνυφασμένη απόλυτα με τη διαδικασία σχεδιασμού είναι η διοίκηση και διαχείριση (management) ενός οργανισμού και η λήψη των αποφάσεων (Griffith et al. 1994).

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.α)

Στα πλαίσια της διοίκησης ενός οργανισμού ή μίας 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. 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 (Ferrand-Lay 1994). Η υποστήριξή τους θα γίνεται από καλά εκπαιδευμένους και με κίνητρα εργαζομένους. Μπορεί η περίθαλψη να σχετίζεται απόλυτα με την ασθένεια, όμως η παροχή και οργάνωσή της οφείλεται 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 (O' Kane 1980). 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 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 διαχείρισή της αφορά κυρίως τους "χρηματοδότες" (κράτος, ασφαλιστικά ταμεία, πολίτες), που έχουν και τον ελεγκτικό ρόλο (monitoring and accountability) προς τον τομέα της προσφοράς (Tan 1993). Η ανεξέλεγκτη άνοδος του κόστους οφείλεται στην απουσία τέτοιας μορφής αξιολόγησης (Anderson et al. 1992). 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 γιατί και για ποιούς παρέχουν υπηρεσίες.

Η εξέλιξη της διαδικασίας αυτής διευρύνθηκε τελευταία με τη δημιουργία προτύπων (standars) κλινικής διαδικασίας και πρακτικής ανά γιατρό και ιατρική περίπτωση (evidence-based medicine). Στόχος είναι η συστηματική παρακολούθηση των θεραπειών, με τη διαχείριση των χρησιμοποιούμενων πόρων, πιο αποδοτικά για το νοσοκομείο και με πιο ποιοτικά αποτελέσματα για τον ασθενή (Maynard 1997). 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 στην 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.

2.2 Το νοσοκομείο ως οικονομική μονάδα

Στον ανάλογο τομέα της οικονομικής θεωρίας, μεγάλο μέρος της ερευνητικής και βιβλιογραφικής παρουσίας προσπαθεί να προσωποποιήσει 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):

1. της παραδοσιακής οικονομικής θεωρίας για τη μεγιστοποίηση των κερδών (profit maximizing model) μια επιχείρησης όπως 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 (non-for-profit), ή
3. της επικράτησης του ιατρικού προτύπου στη διαμόρφωση της νοσοκομειακής συμπεριφοράς (physician control model).

Στην πράξη όμως στόχο είχαν:

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

- το ιδιοκτησιακό καθεστώς σε αλληλουχία με το ποιος παίρνει τις αποφάσεις
- την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Από την δεκαετία του 70' (Feldstein 1970), αλλά και κυρίως στις δεκαετίες 1980-1990 (Zweifel-Breyer 1997), η σημασία στην προτυποποίηση-μοντελοποίηση της οικονομικής συμπεριφοράς του νοσοκομειακού 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” αποδοσης (Evans 1981).

A. Μεγιστοποίηση του κέρδους: Η παραδοσιακή οικονομική θεωρία των επιχειρήσεων βασίζεται στον 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 απόσβεσή της. Δεν υπάρχουν φραγμοί στην είσοδο νέων “επιχειρήσεων” νοσοκομείων στην 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 (return to scale),
- ✓ αυξανόμενης της ζήτησης αυξάνουν και τις εισροές (π.χ. γιατροί κλπ)
- ✓ επιδιώκουν τη μείωση του κόστους, πολλές φορές σε βάρος της ποιότητας κλπ

Ακόμα και αν κάποιος ακολουθήσει τη θεωρητική ροή της σκέψης αυτού του προτύπου. Πχ 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 στην 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 νέων παραγωγών (Newhouse 1970) και η αλληλεξάρτηση των υπαρχόντων νοσοκομείων στον κοινό σκοπό να δημιουργήσουν το δικό τους status, το οποίο μεγιστοποιεί το όφελός τους (Lee 1971).

Κυρίαρχη διάσταση στη 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 υποθετηθεί ότι μπορούν να διαχωριστούν. 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 νοσοκομειακού έχει ιδιαίτερη σημασία αν οι αποφάσεις λαμβάνονται από διαφορετικό πρόσωπο (π.χ. manager) σε σχέση με τον ιδιοκτήτη όπως 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 την 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 την «φήμη» για τον ιατρό 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 και 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 πρόσβασή 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 νοσοκομειακών, αυξάνει αντί φυσιολογικά να μειώνει τις τιμές και για έναν πρόσθετο λόγο: την αναγκαιότητα των νοσοκομείων να επενδύσουν συνεχώς σε υψηλή τεχνολογία, καθώς επίσης να έχουν υψηλό κόστος παραγωγής (“ανταγωνιστικές θεραπείες” κλπ). 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 και αλλιώς σημαντικό ρόλο παίζει πάλι ο γιατρός (Evans 1981).

Γ. Μεγιστοποίηση του ιατρικού ελέγχου: Μια σειρά ερευνητικών συγγραμμάτων (Feldstein 1970, Cullis-West 1979, Evans 1981, McGuire et al. 1988, Donaldson-Gerard 1993), 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 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 υπολοίπων παραγωγικών συντελεστών, ζητώντας συνεχώς τη μεγιστοποίηση της χρήσης τους, και συνεπώς το νοσοκομείο δε 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), πχ ΗΠΑ, στην πράξη ταιριάζει κυρίως σε νοσοκομεία που δεν έχουν στόχο το κέρδος (non-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 (πχ κλίνες, τεχνολογία κλπ) 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 τεχνοκρατικών και των managers αναδιαμόρφωσε κάπως το κίνητρο για το κέρδος (ιδιωτικά νοσοκομεία) ή για κυριαρχία του γιατρού (δημόσια νοσοκομεία), προς όφελός 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 κυρίως υπεύθυνοι για τη διαχείριση ή και χρησιμοποίηση ενός μικρού, αλλά και σημαντικού μέρους των εισροών (πχ υγειονομικό και γενικό υλικό, τεχνολογικά και πληροφοριακά συστήματα κλπ). Βέβαια ο γιατρός εξακολουθεί να κατέχει τη γενικότερη γνώση και πληροφόρηση, αλλά και 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 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-Valdanis 1987), 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 τα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία παρουσιάζονται λιγότερο αποδοτικά από τα ιδιωτικά, αν και υπάρχουν ενδείξεις περί του αντίθετου (Becker-Sloan 1985). Διατηρούν όμως και μεταξύ τους διαφορές: πχ τα δημόσια νοσοκομεία μπορούν θεωρητικά να μειώσουν την ποιότητα ή αυξάνοντάς τη να ζητήσουν περισσότερα χρήματα από το κράτος.

2.3 Ο στόχος της (οικονομικής) αποδοτικότητας του νοσοκομείου

2.3.1. Είδη αποδοτικότητας

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.

A. 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 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 μία εθνική, μονοπωλιακή, αλλά και μεγάλου εύρους αγορά που προσπαθεί να επιβεβαιώσει τον ρόλο της.

Η έννοια της “κατανεμημένης” ή “διανεμητικής” αποδοτικότητας σε εθνικά συστήματα υγείας είναι πολύ σημαντική, γιατί αφορά την σχεδιασμένη (κεντρικά, περιφερειακά κ.ο.κ.) κατανομή των εισροών (π.χ. κλίνες, προσωπικό). Το μέγεθος και η λειτουργία της αγοράς έχουν άμεση σχέση με την διαπίστωση της έκτασης “οικονομιών κλίματος” των νοσοκομειακών μονάδων (Feldstein 1988). Αυτό με την 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 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 την σχέση αυτή ως ένα ιδιότυπο συνασπισμό των χρηματικών διαθεσίμων για την 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 την 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 στην διαχείριση των πόρων, με σκοπό την μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων. Η έννοια της “διαχειριστικής” αποδοτικότητας αναφέρεται στην εσωτερική οργανωτική παρουσία, στοχεύοντας όχι μόνο στις συμπεριφορές που αναπτύσσονται, αλλά κυρίως στην πλευρά της αποδοτικότητας στην κατανομή των παραγωγικών συντελεστών και δραστηριοτήτων (allocative efficiency), καθώς και στην μεταφορά τους σε “προϊόντα” ή υπηρεσίες 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 στο κόστος και πολλές φορές μεταβάλλοντας την αξιολόγηση σε κόστος-αποτελεσματικότητα. Η εσωτερική αποδοτικότητα αποφασίζει για το άριστο επίπεδο χρήσης των πόρων, δίνοντας την δυνατότητα ολοκλήρωσης στο γενικότερο σύστημα υγείας (“εξωτερική” αποδοτικότητα). Ας σημειωθεί ότι ανάλογος διαχωρισμός γίνεται μεταξύ “τεχνικής” και “διανεμητικής” αποδοτικότητας. (Υφαντόπουλος 2003).

2.3.2. Παραγωγικότητα

Η “Εσωτερική” αποδοτικότητα έχει σχέση με την μεταφορά των πόρων (εισροών) σε αποτελέσματα (εκροές), δηλαδή την παραγωγική διαδικασία. Έτσι, διαχωρίζονται (σχετικά) οι έννοιες της (οικονομικής) *αποδοτικότητας* από την *παραγωγικότητα* (τεχνική παραγωγικότητα). Μια απλή συνάρτηση παραγωγής δίνει την φυσική σχέση μιας εκροής σε σχέση με τις εισροές που χρειάστηκαν για να παραχθεί:

$$Q=f(x_1, x_2)$$

Η οικονομική αυτή σχέση γίνεται περισσότερο πολύπλοκη ανάλογα με τον βαθμό δυσκολίας ή ανάπτυξης των τεχνολογικών συνδυασμών στην παραγωγή. Η τεχνολογία δημιουργεί ποικιλία πολλαπλών συναρτήσεων παραγωγής, όπου η διαφορά συνίσταται στην ένταση χρησιμοποίησης των εισροών και στον βαθμό

υποκατάστασης τους. Αποτέλεσμα είναι η διαφοροποίηση των κάθε φορά παραγόμενων εκροών ποιοτικά, αλλά κυρίως ποσοτικά. Η τεχνική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται στα σημεία A και B του άξονα O2. Σε νοσοκομεία π.χ. μεγάλων πόλεων, όπου τα κτίρια είναι παλαιά και οι υποδομές ανεπαρκείς, θεωρείται ότι οι απαιτούμενες εισροές για την επίτευξη της τεχνικής αποδοτικότητας στην παραγωγή δεν είναι οι πλέον κατάλληλες (Berki 1972).

Αντίθετά, η επίτευξη της (μικρο-)οικονομικής αποδοτικότητας (ο διπλός στόχος ελαχιστοποίησης του κόστους των εισροών και μεγιστοποίησης των εκροών) επιδιώκεται με την όποια τεχνολογία παραγωγής και αφού έχουν επιλυθεί, στον όποιο βαθμό, προβλήματα διανεμητικής ή γενικότερα μακροοικονομικής αποδοτικότητας (Baumol 1965). Αφορά, όμως, ένα και μοναδικό “άριστο” σημείο (E), όπου η γραμμή του προϋπολογισμού εφάπτεται με τον άριστο συνδυασμό παραγωγικών συντελεστών.

Η μεγιστοποίηση των εκροών (ή αποτελεσμάτων) ανά μονάδα εισροών αποτελεί και τον κύριο ορισμό της παραγωγικότητας ως μέρος και της αποδοτικότητας που την περιλαμβάνει. Επειδή τα νοσοκομεία είναι επιχειρήσεις έντασης εργασίας, η μεγαλύτερη μονάδα εισροών αφορά τον παράγοντα “εργασία” προς τον οποίο κυρίως στρέφεται η επιδίωξη της πραγματικότητας (Υφαντόπουλος 1988, Λιαρόπουλος 1993). Στις υπηρεσίες υγείας οι επιδιώξεις αυτές καθίστανται δυσκολότερες εξαιτίας των παρακάτω λόγων:

- Ιδιαιτερότητες ή ατέλειες της αγοράς, που δημιουργούν αβεβαιότητα στην πρόβλεψη και τον σχεδιασμό της παραγωγής,
- Η άριστη υποκατάσταση των παραγωγικών συντελεστών, που αποτελεί θεμέλιο στην οικονομική θεωρία, περιορίζεται όχι μόνο από τεχνικούς παράγοντες, αλλά και από τις οργανωτικές δυσκολίες που θα αναφερθούν παρακάτω και, τέλος,
- Η μέτρηση των εκροών και των αποτελεσμάτων καθορίζεται δύσκολα από ενιαίους δείκτες για την συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ τους.

2.4. Το νοσοκομειακό κόστος και η χρηματοδότηση του

2.4.1. Γενικά

Το κόστος συμπληρώνει και μεταφράζει σε νομισματικές μονάδες την παραγωγική διαδικασία. Η τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) επιτυγχάνεται και ολοκληρώνεται, όταν στην διαδικασία παραγωγής λαμβάνεται υπόψη η “γραμμή του προϋπολογισμού” Π. Θέματα όπως το κόστος και ο πληθωρισμός (γενικός ή νοσοκομειακός) συναρτώνται με την συγκεκριμένη τεχνολογία παραγωγής και επηρεάζουν το αποτέλεσμα, που έχει σχέση με τον συγκεκριμένο οργανισμό και την (επιχειρησιακή) αποδοτικότητα του. Τέλικά, 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) του αποτελέσματος, που παράγει ανάλογο μεταβλητό κόστος ($TC=FC+VC$). Αντιστοίχως, το μέσο συνολικό (σταθερό και μεταβλητό) κόστος καθορίζεται από το αντίστοιχο συνολικό, διαιρούμενο δια της εκροής-αποτελέσματος (McGuire et al. 1992). Εδώ πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ κόστους που είναι σταθερό βραχυπρόθεσμα (short run), π.χ. κλίνες, και όχι μακροπρόθεσμα (long run), π.χ. επέκταση ή κατάργηση κλινών.

Τα είδη και οι διαφοροποιήσεις του κόστους (μεγαλύτερη ανάλυση παρακάτω) είναι αναγκαία για να εξηγήσουν αλλαγές στην συνολικότερη μεγέθυνση του προϋπολογισμού ή στην επέκταση μιας δραστηριότητας (π.χ. αγορα αξονικού τομογράφου) σε βάρος της άλλης (Γ κάμερα). Σε κάθε περίπτωση, οι διαχειριστές (managers) των νοσοκομείων, προγραμματίζοντας τις δραστηριότητες τους, (πρέπει να) ξεχωρίζουν και το οριακό κόστος (MC) από το μέσο (AC). Το οριακό κόστος, βασισμένο 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 την μορφή αποδοτικότητας της οποίας επιλογή οικονομιών ή αντιοικονομιών κλίμακας (economies of scale), του συγκεκριμένου νοσοκομείου ή του νοσοκομειακού τομέα γενικότερα, π.χ. σε ένα ΕΣΥ.

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 την μορφή ξενοδοχείου, αλλά είναι αντιοικονομικό να χρησιμοποιείται μόνο γι' αυτό,
- με κάποιες εξαιρέσεις, η προσφορά κλινών δημιουργεί και 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' ότι εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το φαινόμενο οδηγεί στην χρήση περισσότερων κλινών,
- οι πρώτες, μετά την εισαγωγή, ημέρες κοστίζουν περισσότερο από τις τελευταίες,
- η συντόμευση της θεραπείας μειώνει γενικά το κόστος αν περίπτωση, αλλά το αυξάνει ανά ημέρα νοσηλείας και, τέλος,
- το κόστος ποικίλλει ανάλογα με τις ιατρικές ειδικότητες και τις ιατρικές διαγνώσεις-περιπτώσεις των ασθενών.

Στην Ελλάδα (Πολύζος 1999), 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.

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. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών περιστρέφονται στα εξής:

1. οι συναρτήσεις του κόστους εξηγούν πια την διαφοροποίηση του κόστους ανά κατηγορία υπηρεσιών στο μέγιστο δυνατό (90%),
2. όλες οι εκροές έχουν συμμετοχή στην αρχική αύξηση και κατόπιν στην πτώση των επιστροφών κλίμακας,
3. οι επακόλουθες εκτιμήσεις του οριακού κόστους παρουσιάζουν ομοιότητες,
4. η επίδραση των τιμών των εισροών είναι στατιστικά σημαντική,
5. το νοσοκομειακό κόστος επηρεάζεται σημαντικά και από άλλους παράγοντες (ασφαλιστική κάλυψη, μέθοδοι αμοιβών, ιδιοκτησία- μέγεθος- είδος νοσοκομείου, διαθεσιμότητα γιατρών κ.ο.κ.).

Το ερώτημα που ανακύπτει, όσον αφορά την έρευνα και την γενικότερη πολιτική υγείας, είναι αν η αύξηση των κλινών και η δημιουργία μεγάλων νοσοκομείων θα 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.

2.4.2. Η γενικότερη μέτρηση της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών

Έτσι, ο καθορισμός και η μέτρηση των υπηρεσιών που προσφέρει ένα νοσοκομείο, μαζί με τα αποτελέσματα της νοσηλείας των ασθενών, είναι σημαντικότερες πληροφορίες για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας του, αλλά και τον καθορισμό της οικονομικής του συμπεριφοράς. Η ανάλυση του προϊόντος, π.χ. ανά ειδικότητα ή ιατρική περίπτωση, ανασκοπεί στον σαφή καθορισμό του, στην ενιαιοποίησή του, αλλά και στην ολοκλήρωση μεταξύ ομοειδών υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο, η δυνατότητα σύγκρισης (σε διεθνές, εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο) διευκολύνεται σημαντικά.

Προς αυτήν την κατεύθυνση στράφηκε η έρευνα, ιδιαίτερα την τελευταία 20ετία. Οι καθημερινές αποφάσεις, που αφορούν τις εκροές και το αποτέλεσμα, λαμβάνοντας κυρίως από τους γιατρούς (ποιος αμφισβητεί τη διάγνωση ή/ και την χειρουργική επέμβαση ενός χειρουργού;) με τρία κύρια χαρακτηριστικά, που ενδιαφέρουν άμεσα την παρούσα έρευνα:

- την έτσι και αλλιώς ανάγκη ή τάση του γιατρού να εξαρτάται σε διαφορετικό βαθμό και από τους άλλους πόρους(εργαζόμενους, τεχνολογία κ.λπ.) στο ίδιο νοσοκομείο, γεγονός που τεκμηριώνει το ότι αφενός το "προϊόν" δεν είναι ενιαίο και αφετέρου οι εισροές για την παραγωγή του υποκαθίστανται ακόμα και μεταξύ φαινομενικά παραπλήσιων περιστατικών,
- τη διαφορετικότητα του κάθε ασθενούς και της συγκεκριμένης ασθένειας του και, τέλος,
- τις σημαντικές αποκλίσεις στην ιατρική πρακτική από γιατρό ή κλινική προς άλλον γιατρό ή κλινική ως κ.ο.κ., και κυρίως μεταξύ διάφορων νοσοκομείων

Οι δείκτες της νοσοκομειακής δραστηριότητας συνήθως ταξινομούνται ανάλογα με το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας του οποίου το αποτέλεσμα μετρούν:

- εισροές: ποσότητες παραγωγικών συντελεστών (π.χ. ώρες εργασίας γιατρών ή νοσηλευτών ή άλλων απασχολούμενων, κλίνες, τεχνολογία, φάρμακα, λοιπό υλικό, λειτουργικά κ.ο.κ.),
- ενδιάμεσες εισροές ή εκροές: ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες υπηρεσίες (π.χ. ιατρικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις, ειδικές θεραπείες, γεύματα κ.ο.κ.), πολλές από τις οποίες δύναται να διαχωριστούν ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι "εσωτερικός" ή "εξωτερικός",
- εκροές: ημέρες νοσηλείας (χωρίς ή με "διευθέτηση", ανάλογα με την νοσηλεία, π.χ. χειρουργικές- παθολογικές κ.ο.κ.),
- τελική (ποσοτική) εκροή: νοσηλευθέντες ασθενείς ή ιατρικές περιπτώσεις "διευθετημένες" ανά ιατρική ειδικότητα, ασθένεια, διάγνωση, κλινικό επεισόδιο κ.ο.κ. ή συνδυασμός των παραπάνω,
- τελική (ποιοτική) εκροή/ αποτέλεσμα: επίπεδο υγείας του ασθενούς που νοσηλεύθηκε.

Συνεπώς, η μορφή της αποδοτικότητας στην παραγωγή των νοσοκομειακών προϊόντων διαφοροποιείται ανάλογα και με το στάδιο παραγωγικής διαδικασίας, καθώς και τον αντίστοιχο δείκτη μέτρησης. Η "εσωτερική" - τεχνική αποδοτικότητα αφορά την διαμόρφωση των παραγωγικών συντελεστών σε ιατρο-νοσηλευτικές (ενδιάμεσες) υπηρεσίες. Αυτές δημιουργούν και το τελικό προϊόν, που στην περίπτωση:

a) των ημερών νοσηλείας αφορά την (εσωτερική) "νοσηλευτική αποδοτικότητα" και

b) των ιατρικών περιπτώσεων ή/ και ασθενών αφορά την (εσωτερική) "ιατρική αποδοτικότητα".

Η μεταξύ τους σχέση δημιουργείται με την επιδίωξη της "αποδοτικότητας της μέσης διάρκειας νοσηλείας". Τέλος, η "εξωτερική κλινική αποδοτικότητα" έχει σχέση με το τελικό αποτέλεσμα, που είναι η θεραπεία του ασθενούς. Η συνολική εικόνα της "επιχειρησιακής" αποδοτικότητας του νοσοκομείου αφορά όλα τα προϊόντα (αρχικά, ενδιάμεσα, τελικά κ.λπ.), τα οποία κοστολογούνται από την αρχή με βάση τη διαδικασία παροχής της όποιας καθορισμένης νοσοκομειακής δραστηριότητας.

2.4.3 Κλιμάκωση του κόστους ανά ιατρικό περιστατικό

Σε μια συνάρτηση μέτρησης και αξιολόγησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων είναι επιτακτική ανάγκη να ληφθεί υπόψη η διαφοροποίηση του νοσοκομειακού προϊόντος και του αντίστοιχου κόστους. Οι διαφορές πηγάζουν από την νοσηλεία (περιπτώσεων) ασθενών σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες. Παρ' όλα αυτά, η γενική χρησιμοποίηση των ημερών νοσηλείας εξακολουθεί να είναι πιο δημοφιλής εξαιτίας της δυσκολίας εξεύρεσης ολοκληρωμένων και κατάλληλων - ανά περιστατικό - σύνθετων πληροφοριών. Η σχέση των ιατρικών περιπτώσεων και των ημερών νοσηλείας με το κόστος παρουσιάζεται αρχικά ως εξής:

- $TC_i = ACC_i * n_i = ACD_i * d_i$

(TC = συνολικό κόστος, ACC = μέσο κόστος ανά ασθενή- περιστατικό, όπου n = τα περιστατικά, και ACD = το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, όπου d = οι ημέρες νοσηλείας), ή

- $ACC_i = ACD_i * ALS_i$

(ALS = ΜΔΝ = μέση διάρκεια νοσηλείας).

Η πλήρης και συνολική εξομοίωση όλων των περιστατικών ή των ημερών νοσηλείας δημιουργεί κάποια μεθοδολογικά προβλήματα στη σύγκριση μεταξύ:

1. νοσοκομείων και
2. ασθενών,

Επειδή η χρήση των πόρων διαφέρει:

1. από νοσοκομείο σε νοσοκομείο,
2. από κλινική σε κλινική,
3. από ασθένεια σε ασθένεια,
4. από ασθενή σε ασθενή κ.ο.κ.

Οι διαφορές μεταξύ νοσοκομείων ή / και κλινικών, αλλά κυρίως οι δυσκολίες υπολογισμού και επιμερισμού του κόστους αντανακλώνται στον διαχωρισμό του με βάση:

- τις υπηρεσίες υποδοχής του ασθενούς (κατηγορία Α)
- τις υπηρεσίες διαμονής (κατηγορία Β)
- τις διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες (κατηγορία Γ)

Οι διαφορές μεταξύ ασθενών και ασθενειών οφείλονται κυρίως στην κατηγορία Γ.

Έτσι σε αυτή την φάση η συνάρτηση του συνολικού κόστους (TC) ολοκληρώνεται:

2.4.4. Χρηματοδότηση

Η προτυποποίηση συγκεκριμένης οικονομικής συμπεριφοράς του νοσοκομείου πολλές φορές επιτυγχάνεται έμμεσα από την πρόβλεψη αντίδρασης σε οικονομικές μεταβολές εξαιτίας πιθανών αλλαγών στις χρηματοδοτικές μεθόδους. Ο τρόπος χρηματοδότησης μπορεί να αποτελέσει και βασικό συντελεστή μέτρησης της νοσοκομειακής αποδοτικότητας. Ο κυριότερος παράγοντας επιβράβευσης ή "τιμωρίας" της νοσοκομειακής "δραστηριότητας" είναι το ύψος της χρηματοδότησης της (Feldstein 1988).

Τα προβλήματα των κλασικών οικονομικών μοντέλων στην συμπεριφορά του νοσοκομείου ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης έχουν αναδειχθεί από πολλούς (McGuire et al. 1988, Donaldson-Gerard 1993, Υφαντόπουλος 1988, Λιαρόπουλος 1993). Στον ακαδημαϊκό χώρο των οικονομολόγων της Υγείας υπάρχει μια άτυπη συμφωνία ότι ένα σύστημα πληρωμών δεν βοηθά μόνο τα νοσοκομεία να παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες στον πληθυσμό, αλλά παράλληλα δίνει κίνητρα για μια πιο αποδοτική παραγωγή.

Ενδεικτικά αναφέρονται και αξιολογούνται οι βασικοί τύποι νοσοκομειακής χρηματοδότησης:

- A. η εκ των υστέρων χρηματοδότηση του συνολικού κόστους (cost reimbursement),
- B. ο συνολικός προϋπολογισμός (π.χ. σφαιρικός) για μια συγκεκριμένη (λογιστικά) περίοδο (fixed budget),
- Γ. η πληρωμή με βάση ένα προαποφασισμένο νοσήλιο για κάθε εισαγωγή ή περίπτωση (per case payment), που συνήθως διαφοροποιείται με την διάγνωση (π.χ. Diagnostic Related Groups – DRGs),
- Δ. η πληρωμή με βάση ένα συγκεκριμένο νοσήλιο για κάθε ημέρα νοσηλείας (per diem payment), π.χ. ελληνικό νοσήλιο,
- Ε. η εφαρμογή ενός διαπραγματεύσιμου νοσηλίου, διαφοροποιημένου ανάλογα με τον όγκο ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών (fee for service) και, τέλος,
- ΣΤ. μικτά συστήματα.

Το σύστημα A (εκ των υστέρων χρηματοδότηση) είναι καθαρά απολογιστικό, τη στιγμή που τα υπόλοιπα στηρίζονται σε προοπτική βάση. Μερικοί οικονομολόγοι δίνουν έμφαση στο A, επειδή συνδέεται άμεσα με το αποτέλεσμα (output). Όμως δεν λαμβάνει υπόψη του τη συνολική δραστηριότητα (όπως ο σφαιρικός προϋπολογισμός, τα DRGs) ή δεν συνδέεται με δείκτες εισροών (inputs) όπως κλίνες, ασθενείς, ιατρικές ή άλλες υπηρεσίες κ.λπ. Από τη μία, η συμπεριφορά των γιατρών και των διοικούντων (managers) και, από την άλλη, η ιδιοκτησία των νοσοκομείων, σε συνδυασμό με την εσωτερική οργάνωση, παίζουν μεγάλο ρόλο στην επιλογή τρόπου χρηματοδότησης και κυρίως αποδοτικής χρησιμοποίησης του.

Γραφειοκρατικά οργανωμένες υπηρεσίες είναι φυσικό να μην ενσωματώνουν διαδικασίες σχεδιασμού σε προοπτική βάση. Παρ' όλα αυτά, διεθνώς το B (fixed budget) και το Γ (DRGs) προτιμώνται από τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ το E (fee for

service) από μέρος του ιδιωτικού τομέα. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι οι γιατροί προτιμούν το Α (cost reimbursement), πιθανώς για να ελέγχονται λιγότερο, οι διευθυντές (managers) το Β (budget) και Γ (per case), για να προβλέπουν και να σχεδιάζουν αποδοτικότερα τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τα ασφαλιστικά ταμεία υποστηρίζουν το Δ (per diem), για να έχουν χαμηλότερα διοικητικά κόστη, και οι οικονομολόγοι ευνοούν το αρτιότερο τεχνικά (π.χ. Γ – DRGs), ενώ απορρίπτουν το Α (cost reimbursement) ως πιο αναποτελεσματικό.

Με βάση πρόσφατη δημοσίευση των McKee-Healy (2003), η αξιολόγηση στις (νοσοκομειακές) μεθόδους χρηματοδότησης έδωσε περισσότερα “θετικά” πρόσημα στην αμοιβή με βάση την ανά περιστατικό προοπτική χρηματοδότηση. Πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι καμιά από τις αναφερόμενες μεθόδους δεν διασφαλίζει απόλυτα την ποιότητα των υπηρεσιών για τους νοσοκομειακούς ασθενείς, σημείο εξαιρετικά σημαντικό για ένα δημόσιο αγαθό (Tay 2003).

Τα αποτελέσματα των προοπτικών μεθόδων πληρωμών μεθόδων συνδυάζονται με τις μετρήσεις των νοσοκομειακών υπηρεσιών, κυριότερη από τις οποίες είναι η διάρκεια νοσηλείας (Ellis 1998). Επίσης, ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων εξαιτίας και των προοπτικών μεθόδων χρηματοδότησης μειώνει το κόστος, ιδιαίτερα σε νοσηλείες των οποίων η διάρκεια (και φυσικά η σοβαρότητα της ασθένειας) δεν είναι μεγάλη (Meltzer, Chung and Basu 2002). Επίσης, πρόσφατη δημοσίευση (Lindrooth, Bazzoli and Clement 2007) έδειξε ότι πριν (1997-) και μετά (1998+) την εφαρμογή του Balance Budget Act (USA), που συνδύασε το προοπτικό σύστημα χρηματοδότησης (PPS), βασισμένο στα DRGs, με ετήσια αύξηση στα όρια του γενικότερου πληθωρισμού, επηρεάστηκε η συμπεριφορά των νοσοκομείων στο να συγκρατούν ή να μειώνουν την διάρκεια νοσηλείας στα “ακριβά” DRGs. Όλα αυτά προϋποθέτουν έλεγχο για να αποφεύγονται αλλαγές κωδικοποιήσεων από τα νοσοκομεία, με στόχο τα “ακριβά” DRGs με την μέθοδο του upcoding (Silverman and Skinner 2004, Dafny 2005). Αντίστοιχες λύσεις (όχι σε τέτοιο βαθμό) έχουν δοθεί και στα αναπτυγμένα νοσοκομειακά συστήματα της Ευρώπης, όχι μόνο ως τεχνικά εργαλεία απόδοσης, αλλά ως κίνητρα αποδοτικότητας του όλου συστήματος υγείας (Busse, Schreyogg, Smith 2006).

2.4.5. Συμπέρασμα

Το σύγχρονο νοσοκομείο αποτελεί μια “επιχείρηση” με δυσκολία απλούστευσης των διαδικασιών οικονομικής συμπεριφοράς και ενιαίας μέτρησης της οικονομικής αποδοτικότητας. Η προτυποποίηση της νοσοκομειακής οικονομικής συμπεριφοράς εξαρτάται άμεσα από την ιδιοκτησία και το ποιος παίρνει τις αποφάσεις. Το εξωτερικό περιβάλλον, η οργάνωση του συστήματος υγείας και κυρίως η χρηματοδότηση του δημιουργούν τα κατάλληλα κίνητρα για την ανάπτυξη αποδοτικών συμπεριφορών από την πλευρά των νοσοκομείων. Όμως το πλαίσιο αυτό είναι σε άμεση συνάφεια με την κατανόηση και εφαρμογή αντίστοιχων οργανωτικών και οικονομικών μηχανισμών παραγωγής και κόστους στο εσωτερικό του νοσοκομείου.

Προς αυτή την πορεία και ιδιαίτερα σε νοσοκομεία-δημόσιους οργανισμούς το πιο σημαντικό, ίσως, είναι ο έλεγχος (monitoring) με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, τα οποία μεταφράζονται σε μετρήσιμες εκροές και αποτελέσματα. Εκεί βασίζονται η κατανομή των πόρων και η προγραμματισμένη οικονομική τους διαχείριση, που θα αναφερθούν και στην συνέχεια. Όμως η μέτρηση του προϊόντος για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας μιας επιχείρησης, όπως είναι το σύγχρονο νοσοκομείο, έχει πολλές διαστάσεις. Είναι, επίσης, δύσκολο να διαμορφωθούν νοσοκομειακές τιμές ή έστω να υπολογιστεί το κόστος μιας νοσοκομειακής νοσηλείας πριν την ολοκλήρωση της (Arrow 1973, McGuire 1988). Γι’ αυτό χρειάζεται η εξέταση συνάρτησης παραγόντων που επηρεάζουν τη νοσοκομειακή δραστηριότητα, η οποία θα λαμβάνει υπόψη τη διαφοροποίηση του προϊόντος και όχι μόνο του κόστους και των τιμών με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (Epstein and Mason 2006).

2.5. Οικονομική διαχείριση Μονάδων Υγείας

2.5.1. Ανάλυση ανά χρηματοοικονομικό επίπεδο

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 την βελτίωση της οικονομικής διοίκησης (financial management) σε όλα τα επίπεδα. Η οικονομική ανάλυση απαιτεί σχεδιασμό

και διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων που απαντά σε ερωτήσεις όπως “ από ποιόν, που και γιατί τα χρήματα δαπανώνται;”. Συνολικός και απώτερος στόχος είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους των φορολογουμένων ή των ασφαλισμένων ή των καταναλωτών, σε σχέση με την αξία των χρημάτων που δίδονται για τις υπηρεσίες υγείας (“achieving value for money in health services”, Glynn et al. 1996).

Με στόχο, λοιπόν, την αποτύπωση της οικονομικής αυτής διάστασης στον σχεδιασμό και στην διαχείριση των πόρων, το ολοκληρωμένο κύκλωμα ροών των διαφόρων επιπέδων χρηματοδότησης, οικονομικής διαχείρισης και ροών προϋπολογισμού σε όλα τα επίπεδα.

Αναλυτικότερα περιλαμβάνει:

1. Τον **προγραμματισμό του εθνικού προϋπολογισμού** και την **κατανομή των πόρων**: αφορά την οριοθέτηση πολιτικών και στρατηγικών υγείας, με στόχο την αποδοτική χρήση και ισότιμη κατανομή των πόρων σε εθνικό επίπεδο ή περιφερειακό ή ανά βαθμίδα περίθαλψης (π.χ. νοσοκομειακή). Επιλύει βασικά προβλήματα που έχουν σχέση με τις υπηρεσίες υγείας:

- Αοριστία – γενίκευση στόχων και αξιολογήσεων,
- Έλλειψη γνώσεων για όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας στην Υγεία,
- Έλλειψη κινήτρων για βελτίωση της αποδοτικότητας,
- Ανισότητες (γεωγραφικές, ασφαλιστικές, επιπέδου και αναγκών περίθαλψης),
- Αναγκαιότητα σφαιρικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι διάφορες οικονομικές τεχνικές ανάπτυξης του(ανακεφαλαίωση εισροών – εκροών, αξιολόγηση περιφερειών – υπηρεσιών υγείας – προγραμμάτων κ.λπ.) δεν αντικαθιστούν τον αρχικό ορθολογικό σχεδιασμό και την τελική πολιτική προτεραιοτήτων που πρέπει να ακολουθήσουν σε επίπεδο χώρας. Αντίθετα, μετά την ανάλυση πολιτικής και στρατηγικής, τα επιχειρησιακά σχέδια των “μετόχων” του συστήματος υγείας οφείλουν να εξειδικεύονται και να εναρμονίζονται σε προϋπολογισμούς, που μελλοντικά ελέγχονται για την αποδοτικότητα τους. Άλλωστε από τα επιμέρους προϋπολογιστικά σχέδια των υπηρεσιών υγείας (νοσοκομείων) προκύπτουν τα συνολικά.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, σε συστήματα κοινωνικής ή και ιδιωτικής ασφάλισης η κατανομή των πόρων προκύπτει από τις διαπραγματεύσεις, από η μια, των ασφαλιστικών ταμείων και, από την άλλη, των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομείων)

(top down). Αντίστοιχα, σε εθνικά συστήματα υγείας "περιφερειακές δομές" αντιπροσωπεύουν το κράτος ή την άλλη πλευρά της "ζήτησης" γενικότερα, στην παραπάνω διαδικασία. Η κατανομή των πόρων γίνεται, π.χ. μέσω ενός συμφωνημένου τύπου (formula), που περιλαμβάνει παραμέτρους κυρίως της ζήτησης αλλά και της προσφοράς. Κοινή βάση όλων αποτελεί η επιδίωξη των τριών "Ε" στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με την αγγλική ορολογία (Perrin 1991):

- Οικονομία (economy),
- Αποδοτικότητα (efficiency),
- Αποτελεσματικότητα (effectiveness),

Σε ένα ΕΣΥ (π.χ. Αγγλία, Σουηδία), η εθνική formula προέρχεται από έναν δείκτη (index) που καθορίζει την ανάγκη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας στην συγκεκριμένη "περιφέρεια". Είναι μια μορφή "ανάλυσης παλινδρόμησης" (regression analysis), που ως εξαρτημένη μεταβλητή έχει τον "σφαιρικό περιφερειακό προοπτικό προϋπολογισμό". Από την άλλη μεριά, περιλαμβάνει μεταβλητές δημογραφίας, θνησιμότητας, νοσηρότητας, χρήσης των υπηρεσιών (νοσοκομείων) και τελευταία οικονομικής κατάστασης (δείκτης φτώχειας) του πληθυσμού – περιφέρειας – προς τον οποίο τα χρήματα οδεύουν:

$$B = f(D, M1, M2, U, P, \dots)$$

Η κριτική του συστήματος αυτού αφορά τόσο την μεθοδολογική- στατιστική εγκυρότητα του δείκτη, όσο και τα προβλήματα ισότητας ως προς τον πληθυσμό, αφού μπορεί να αποφέρει λάθος κατανομές εξαιτίας του είδους της αποδοτικότητας (π.χ. χρήση νοσοκομείων) που επιβραβεύει (Sheldon et al. 1993). Η άρση αυτών των προβλημάτων, έως ένα σημείο, επιτυγχάνεται με την διευθέτηση που είτε ο χρηματοδότης (κράτος), είτε η αγορά υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία) πραγματοποιούν, άμεσα ή έμμεσα, αξιολογώντας αφενός κριτήρια ισότητας στην κατανομή και αφετέρου αποδοτικότητας- αποτελεσματικότητας στην χρήση.

2. Τον **προϋπολογισμό** (budgeting system) του νοσοκομείου: αποτελεί το σύνολο των επιχειρησιακών σχεδίων και δραστηριοτήτων ενός οργανισμού, όπως αυτά κοστολογούνται και εκφράζονται σε νομισματικές μονάδες. Εμπεριέχει τη διαδικασία κατάρτισης του (budget process), η οποία (πρέπει να) ακολουθεί ευλαβικά τον επιχειρησιακό σχεδιασμό (operational planning), καθώς και τον

έλεγχο πραγματοποίησης του (budgetary control). Τα εργαλεία αυτά ακολουθούν την καθημερινή διοικητική λειτουργία (Mellett et al. 1993). Ο απολογισμός στο τέλος της χρονιάς επιβεβαιώνει στην πράξη την επιτυχία του παραπάνω κύκλου. Οι στόχοι του κύκλου αυτού καθώς και τα οφέλη για τους υπευθύνους (π.χ. managers) περικλείουν:

- την παροχή πληροφοριών και τελικά τη χρήση των πόρων για τα σχέδια και τις δραστηριότητες της νέας χρονιάς με βάση τους στόχους του οργανισμού, και
- τον καθορισμό της μέτρησης του τελικού προϊόντος και την επακόλουθη αποτύπωση του στο κόστος, από όπου διαφαίνεται η πραγμάτωση της οικονομικής αποδοτικότητας και παραγωγικότητας ενός εκάστου (τμήματος, ατόμων κ.λπ.) ή ακόμα και το μέγεθος των "αποκλίσεων" (Bullas 1994).

Από τα βασικά εργαλεία αποτύπωσης του προϋπολογισμού είναι η λογιστική και η κοστολόγηση. Πρέπει να αναφερθεί ότι το κάθε λογιστικό σύστημα έρχεται σε σχετική αντίθεση με τη γενικότερη οικονομική θεωρία, που μετρά, εκτός των άλλων, το κόστος ευκαιρίας και το κοινωνικό κόστος στην τέλεια αναζήτηση της αποδοτικότητας . Η λογιστική αγνοεί τις κάθε μορφής "εξωτερικότητες" στην οικονομία. Οι προϋπολογισμοί έρχονται, λοιπόν, να καλύψουν μέρος του χαμένου αυτού εδάφους, ελέγχοντας την παρούσα επιχειρησιακή αποδοτικότητα ενός οργανισμού και προβλέποντας τη μελλοντική συνολικά (εξωτερικά και εσωτερικά). Ο προϋπολογισμός (πρέπει να) αποτελεί ένα σύγχρονο εργαλείο πληροφόρησης , ελέγχου και επιδίωξης της λειτουργικής (επιχειρησιακής ή διοικητικής) εσωτερικής αποδοτικότητας. Άλλωστε, η κατάρτιση ενός προϋπολογισμού εμπεριέχει:

- τη διοικητική προετοιμασία,
- τη λογιστική αποτύπωση του κόστους σε κάθε μορφή και κυρίως
- τον σχεδιασμό-προγραμματισμό για το μέλλον.

Η έκταση αυτών των διαδικασιών εξαρτάται από το εξωτερικό περιβάλλον και τους κανόνες του (έλεγχος, χρηματοδότηση κ.λπ.). Στην Ελλάδα, π.χ., η έκταση αυτή είναι μειωμένη εξαιτίας και του μειωμένου εξωτερικού παράγοντα ελέγχου, σχεδιασμού και χρηματοδοτικών κινήτρων, καθώς και των δυνατοτήτων του νομικού πλαισίου.

Η σχέση προϋπολογισμού και χρηματοδότησης είναι άρρηκτη. Οι μορφές προϋπολογισμού (σταθερός-κλειστός ή ευέλικτος) συνδυάζονται ανά ζεύγη με τις αντίστοιχες της χρηματοδότησης (προοπτική ή απολογιστική) και ανάλογα δημιουργούν τη σχέση νοσοκομείου και χρηματοδότη-εκφραστή της ζήτησης.

Ο σταθερός-κλειστός προϋπολογισμός σε προοπτική βάση θεωρείται διεθνώς ότι έχει τα κίνητρα για αποδοτικότερη λειτουργία του νοσοκομείου. Οι διάφορες τεχνικές κατάρτισης του αναφέρονται ως εξής:

- “επαυξανόμενος” προϋπολογισμός (incremental budgeting): χρησιμοποιεί ιστορικά-απολογιστικά στοιχεία και πληροφορίες. Έχει το πλεονέκτημα της απλούστευσης στην κατανόηση και την μέτρηση των στοιχείων, είναι πιο ρεαλιστικός και απαιτεί λιγότερο σχετικά χρόνο κατάρτισης. Από την άλλη μεριά, μπορεί και να επιβραβεύει την όποια μη αποδοτική παρελθούσα χρήση του, με την εκ νέου επανάληψη της, ενώ δεν συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση της μελλοντικής δραστηριότητας.

- Προϋπολογισμός “μηδενικής βάσης” (zero-based budgeting): καταρτίζεται από την αρχή, λαμβάνοντας υπόψη κάθε δραστηριότητα και μετρώντας την άριστη κατανομή κάθε παραγωγικού συντελεστή. Πολλές φορές είναι αξεπέραστα χρονοβόρος, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν τα κατάλληλα εργαλεία (μηχανοργάνωση, βάσεις δεδομένων, κατάλληλο προσωπικό κ.λπ.),

- Προϋπολογισμός βασισμένος στη δραστηριότητα (activity-based budgeting): αποτελεί ένα από τα πιο βασικά και σύγχρονα εργαλεία για τον μετρήσιμο προσδιορισμό της οικονομικής αποδοτικότητας ενός οργανισμού στο σύνολο του, κατά τμήμα, δραστηριότητα κ.ο.κ. Το μόνο, ίσως, πρόβλημα του είναι η πολυδιάσπασή του, η δυσκολία στον τελικό έλεγχο και κυρίως στην είσπραξη οφειλών ή την ακριβή χρηματοδότηση ενός οργανισμού. Απαιτεί κοστολόγηση ανά ασθενή και ανά ιατρική πράξη. Η διευθέτηση των προβλημάτων αυτών γίνεται με την κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών ανά τμήμα ή/ και τη σωστή τιμολόγηση.

Η σημασία στην αναζήτηση και μέτρηση της οικονομικής αποδοτικότητας ενός οργανισμού συνδυάζεται με την δυνατότητα εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου, καθώς και με τον βαθμό ευελιξίας του προϋπολογισμού. Αυτό, με την σειρά του, έχει σχέση και με το επίπεδο ανάπτυξης σύγχρονων συστημάτων λογιστικής και κοστολόγησης για την εξειδίκευση των μελλοντικών δράσεων. Τα ελληνικά

νοσοκομεία του ΕΣΥ δυσκολεύονται σε αυτήν την αναζήτηση από την συνδυαστική έλλειψη αυτών των στοιχείων.

- 3) Οι **κλινικοί ή τμηματικοί προϋπολογισμοί** (clinical or departmental budgets): στα πλαίσια της αξιολόγησης, της σύγκρισης και του ελέγχου της ανά τμήμα αποδοτικότητας, οι σφαιρικοί τμηματικοί προϋπολογισμοί αποτελούν ένα από τα πιο σύγχρονα εργαλεία εσωτερικής κατανομής και διαχείρισης των πόρων σε ένα νοσοκομείο (Perrin 1991, Κυριόπουλος 1992 και Κοντούλη-Γείτονα 1992). Ο παραδοσιακός συγκεντρωτισμός στη διαχείριση των νοσοκομείων αντικαθιστάται από την νέα οργανωτική κατάτμηση τους σε κλινικά, νοσηλευτικά, διοικητικά και εργαστηριακά τμήματα, στα οποία εντοπίζονται οι ομοιογενείς δραστηριότητες, π.χ. νοσηλευτικές, ιατρικές, εργαστηριακές, ερευνητικές κ.α. Κάθε τμήμα ή τομέας λειτουργεί με σχετική αυτονομία, καθορίζει τους στόχους του στα πλαίσια των γενικότερων στόχων του νοσοκομείου, κατανέμει τις εγκεκριμένες σε αυτό δαπάνες και συντάσσει τον δικό του τμηματικό προϋπολογισμό. Αυτό σχετίζεται με τις ανάγκες, την παραγωγικότητα και την ετήσια σφαιρική χρηματοδότηση του νοσοκομείου.

Οι διάφοροι τμηματικοί προϋπολογισμοί διαμορφώνουν τον γενικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η αποκεντρωμένη νοσοκομειακή διαχείριση, η οποία έχει ως επακόλουθο τον ουσιαστικό έλεγχο στην αποδοτικότητα του νοσοκομείου. Προϋπόθεση αποτελεί η στήριξη και συμμετοχή των υπευθύνων των τμημάτων στην κατάρτιση του τελικού προϋπολογισμού. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη συμμετοχή των γιατρών σε αυτή την διαδικασία. Η διαχείριση του κλινικού προϋπολογισμού (clinical resource management ή clinical management budgeting) έχει τις ρίζες της στην Αγγλία (1983) και στην Γαλλία (1985) με την εισαγωγή του "σφαιρικού προϋπολογισμού" (global budget). Ανάλογες προσπάθειες έχουν γίνει στην Σουηδία, την Ολλανδία, τον Καναδά και τις ΗΠΑ.

Ο έλεγχος αυτός, που αφορά άμεσα και την παρούσα μελέτη, αποσκοπεί στη μέτρηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων δραστηριότητας σε κάθε τομέα, στην παροχή κινήτρων στους συμμετέχοντες και στην διασφάλιση ότι οι διαθέσιμοι πόροι αξιοποιούνται αποδοτικά. Είναι βέβαιο ότι η αποκεντρωμένη συμμετοχή στη διαχείριση και η εμπλοκή στην προϋπολογιστική διαδικασία ευαισθητοποιούν τους

εργαζομένους (γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς) στη συνειδητοποίηση των οικονομικών συνεπειών των δραστηριοτήτων τους.

Με την εφαρμογή των τμηματικών προϋπολογισμών δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης και μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος (Bullas 1994).

Επιπρόσθετα, οι προϋπολογισμοί αυτοί μπορούν να αποτελέσουν το προκαταρκτικό στάδιο για την μελλοντική χρησιμοποίηση των "διαγνωστικών κατηγοριών" (DRGs) ως εναλλακτικής μεθόδου χρηματοδότησης των νοσοκομείων, αλλά και ως κριτηρίου της αποδοτικότητας. Απώτερος σκοπός είναι η σύγκριση και η εναρμόνιση των νοσοκομειακών κλινικών και των οικονομικών δεδομένων σε εθνικό ή ακόμα και ευρωπαϊκό επίπεδο. Η διαχείριση των νοσοκομειακών πόρων με βάση το ιατρικό περιστατικό (case mix resource management ή case-mix budgeting) έχει τις ρίζες της στις ΗΠΑ από την δεκαετία του '80, αν και εφαρμόστηκε με διαφοροποιήσεις κυρίως στην Αυστραλία και το Ενωμένο Βασίλειο (Fetter and Freeman 1986, Border 1988, Chua and Degelin 1989, Rea and Cooper 1989), όπως και σε πολλές άλλες χώρες μέχρι σήμερα (Lehtoven 2007).

4. Το λογιστικό σύστημα (accounting system) του νοσοκομείου: σε όλο τον κόσμο χρησιμοποιείται συγκεκριμένη ορολογία για την αποτύπωση των οικονομικών πληροφοριών (έσοδα, έξοδα, αποσβέσεις, λογαριασμοί, καταστάσεις, κέντρα κόστους κ.λπ.). Σε όλα τα λογιστικά συστήματα καταγράφονται τα έσοδα και τα αντίστοιχα έξοδα (ανά "κωδικό"). Το ενδιαφέρον, ιδιαίτερα στην περίπτωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, συγκεντρώνεται στην αναζήτηση, αξιολόγηση και εφαρμογή μιας από τις υπάρχουσες μεθοδολογίες. Η σύνδεση της αποδοτικότητας με κάποιο από τα λογιστικά συστήματα εξαρτάται από την χώρα και τον συγκεκριμένο οργανισμό που θα το εφαρμόσει. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι το εγγενές πρόβλημα του Ελληνικού "Δημόσιου Λογιστικού Σχεδίου" είναι ότι δεν παρέιχε τις κατάλληλες πληροφορίες από την ανυπαρξία "Αναλυτικής Λογιστικής" (καταμερισμός του κόστους σε άμεσα ή έμμεσα, σταθερό ή μεταβλητό και, πολύ περισσότερο, κόστος ανά τμήμα). Η διαδικασία εφαρμογής του δεν περιλαμβάνει όλες τις σύγχρονες λογιστικές αρχές και στόχους, όπου παρακολουθούνται οι συναλλαγές (π.χ. του νοσοκομείου με όλα τα τμήματα του, αλλά και προς τρίτους αναλυτικά),

καθώς και η δομή της περιουσιακής τους συγκρότησης, που σήμερα δεν αξιολογείται. Το λογιστικό σύστημα συνδέεται κατ' εξοχήν με το πληροφοριακό σύστημα και παρακολουθεί κάθε αλλαγή και αξιολόγηση του κάθε οργανισμού (Quattrone and Hopper 2001), ιδιαίτερα στο δημόσιο (Lapsley 1999).

5. **Την κοστολόγηση (costing system):** η κοστολόγηση είναι συνάρτηση του λογιστικού συστήματος και χωρίς την σωστή λειτουργία της δεν είναι δυνατόν να προχωρήσουν τα επόμενα επίπεδα χρηματοοικονομικής διαχείρισης μιας Μονάδας Υγείας, ούτε να εφαρμοσθούν οι τμηματικοί προϋπολογισμοί που αναφέρθηκαν. Οι βασικές αρχές της κοστολόγησης είναι:

i. Η κωδικοποίηση που γίνεται με την βοήθεια π.χ. της Αναλυτικής Λογιστικής και είναι η ανάλυση λογαριασμών ανά κέντρο κόστους και κατηγορία δαπάνης,

ii. Η κατηγοριοποίηση του κόστους ανάλογα με το κέντρο κόστους, σε άμεσο (π.χ. κέντρο κόστους παθολογικής κλινικής), έμμεσα (π.χ. 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 το κόστος, και

iii. Η ανάλυση του κόστους ανάλογα με την κατηγορία δαπάνης, σε σταθερό (π.χ. μισθοί) και μεταβλητό (π.χ. φάρμακο), που δείχνει τις διακυμάνσεις των παραγωγικών συντελεστών σε σχέση με το τελικό προϊόν, ανάλογα με το επίπεδο δραστηριοτήτων.

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 ή relative value costing), με την χρήση σταθερών συντελεστών ανά εισροή ή εκροή, με βάση απολογιστικά στοιχεία (Horngen 1977).

Σήμερα, με στόχο να διευθετηθούν τα προβλήματα ανομοιογένειας του προϊόντος, το κόστος καταγράφεται κυρίως με δυο διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με την μέθοδο συλλογής των στοιχείων και την κατηγοριοποίησή του. Η κοστολόγηση με βάση το ενιαίο αντικείμενο κόστους (cost project ή project cost ή, όπως έχει κυρίως επικρατήσει, job costing) αποσκοπεί στην ακριβή καταγραφή του, δίνει πολύτιμες

πληροφορίες, αλλά είναι δύσκολη και δαπανηρή διαδικασία, αν και έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς περισσότερο σε υπηρεσίες (και υγείας), ενώ προσεγγίζει αναλυτικότερα το συνολικό κόστος (και τα συνθετικά του). Η κοστολόγηση με βάση τη (συνολική) διαδικασία (process costing) ή / και λειτουργία παραγωγής (operation costing) ομαδοποιεί το κόστος, δίνονται ίσως πιο αξιόπιστο συνολικό μέσο όρο, και χρησιμοποιείται κυρίως στην βιομηχανία και στην αξιολόγηση του οριακού κόστους. Η μετεξέλιξη τους ή ο συνδυασμός τους στον νοσοκομειακό τομέα παρουσιάζει την κοστολόγηση με βάση την δραστηριότητα (**Activity Based Costing – ABC**) και τελικά το περιστατικό (case mixed costing), για να δώσει καλύτερα αποτελέσματα στο ενδοεπιχειρησιακό επίπεδο ενός νοσοκομείου. Το τελευταίο συνδυάζεται και με τον προϋπολογισμό ή τη γενικότερη διαχείριση ανά δραστηριότητα (Activity Based Budgeting- ABB και Activity Based Management- ABM). Τα υπόλοιπα συστήματα (‘‘Just in time system’’ (JITS) και ‘‘Backflush Costing System’’ (BCS) έχουν ως κύρια εφαρμογή στη βιομηχανία, αν και μπορούν να δώσουν καλές και αρκετές ιδέες στις υπηρεσίες (και υγείας).

Μεγάλη, επίσης, σημασία έχει αποδοθεί και στο οριακό κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών, δηλαδή το κόστος κάθε πρόσθετου ασθενούς ή θεραπείας, που αρχίζει να μειώνεται σε σχέση με το ανά μονάδα συνολικό κόστος σε υψηλά επίπεδα χρησιμοποίησης του ‘‘προϊόντος’’ (π.χ. υψηλή κάλυψη κλινών). Με στόχο την βέλτιστη αποδοτικότητα των υπηρεσιών του, ένα νοσοκομείο έχει κίνητρο να διατηρεί υψηλή κάλυψη, σε συνδυασμό με την χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας.

Ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα, όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι, η επιδίωξη εισόδου πολλών ασθενών με εργαλείο τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας ή την διατήρηση της υψηλής κάλυψης (ποσότητα), συνυπολογιζόμενης της ποιότητας, είναι το σημαντικότερο σημείο ‘‘επικράτησης’’ στον ανταγωνισμό προς τον ιδιωτικό τομέα. Αυτός έχει το μειονέκτημα ότι τιμολογεί τις υπηρεσίες του, σε αντίθεση με το δημόσιο. Στο επιχειρησιακό επίπεδο του κάθε νοσοκομείου, η δυνατότητα τέτοιου είδους ποιοτικής βοήθειας στην λήψη αποφάσεων είναι μεγαλύτερη, σε αντίθεση με τις αποφάσεις σε επίπεδο πολιτικής υγείας. Ο ρόλος των συστημάτων κοστολόγησης στις αλλαγές και στους νεωτερισμούς στις Μονάδες Υγείας είναι αλληλένδετος (Andon et al. 2006, Doolin 1999, Jacobs 1998) , αν και έχουν εκφραστεί στο παρελθόν και σχετικές ανησυχίες (Chua and Preston 1994).

6. **Τιμολόγηση- πληρωμές (pricing-reimbursement system):** όλες οι παραπάνω ενέργειες καταλήγουν στον καθορισμό των τιμών που λαμβάνει το οποιοδήποτε μέγεθος του νοσοκομειακού προϊόντος για να καταστεί συγκρίσιμο και να αποφέρει τα απαραίτητα για μια Μονάδα Υγείας έσοδα (μέσω και των ανάλογων συμβάσεων). Έχει άμεση σχέση με:

- Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου νοσοκομείου και της αγοράς που το περικλείει (π.χ. ιδιωτικό ή δημόσιο, μεγάλο ή μικρό),
- Τα συστήματα χρηματοδότησης που επικρατούν (προϋπολογιστικά-απολογιστικά, σφαιρικός προϋπολογισμός-νοσήλιο κ.ο.κ.)
- Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας (ασφάλιση- κράτος) και
- Τη δυνατότητα του νοσοκομείου για την χρήση αναπτυγμένων συστημάτων οικονομικής διαχείρισης και πληροφορικής.

Έτσι, με σημείο αναφοράς τη διαδικασία καθορισμού των τιμών (Zweifel-Breyer 1997), μπορούμε να διακρίνουμε τρεις εναλλακτικές λύσεις:

- Τιμές "αγοράς",
- Διαπραγματευόμενες τιμές, π.χ. μεταξύ νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων, και
- Προκαθορισμένες τιμές, π.χ. από το κράτος.

Η διαδικασία αυτή είναι πολύ σημαντική, ιδιαίτερα εκεί όπου τα νοσοκομεία λαμβάνουν καθ' ολοκληρίαν τα έσοδα τους με συμβάσεις που αναφέρουν ποσότητα υπηρεσιών με βάση συγκεκριμένες τιμές (Epstein and Mason 2006).

2.5.2. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Ο ενιαίος καθορισμός της οικονομικής αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου, σε επιχειρησιακό επίπεδο, απαιτεί την εξέλιξη των διαφόρων τεχνικών που αναφέρθηκαν (προϋπολογισμών, κοστολόγησης κ.ο.κ.). Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δυσκολεύονται να καθορίσουν την (οικονομική) αποδοτικότητα τους, γιατί στερούνται αντίστοιχων εργαλείων. Οι βασικές μορφές επιστημονικών

αντιθέσεων διεθνώς αφορούν κυρίως τη λογιστική σε σχέση με την οικονομική αντίληψη, που είναι πιο ευρεία, π.χ. πόσο και για ποιόν είναι "πιο" αποδοτική μια διαδικασία κ.ο.κ. Ερευνητές (Finkler 1979, Long and Harrison 1985, Υφαντόπουλος 2003 κ.α.) αναφέρονται στις διαφοροποιήσεις αυτές ως εξής:

- Ο οικονομολόγος χρησιμοποιεί σε πιο ευρεία κλίμακα την οικονομική θεωρία και την προϋπολογιστική πρακτική σε σχέση με τον λογιστή, που συγκεντρώνει την προσοχή του περισσότερο στην απολογιστική μορφή λογιστικής και κοστολόγησης,
- Το κόστος συνδυάζεται με την αποτελεσματικότητα αλλά κυρίως με την αποδοτικότητα, που είναι πιο ευρύς όρος και είναι πιο δύσκολο να μετρηθεί,
- Ο καταναλωτής και ο παραγωγός βλέπουν τελείως διαφορετικά την έννοια της αποδοτικότητας, ενώ παράλληλα η λύση σε αυτό το πρόβλημα άπτεται περισσότερο φιλοσοφικών αναζητήσεων και προσωπικών προτιμήσεων στα πλαίσια των θεωριών περί ισότητας (ή διανεμητικής αποδοτικότητας) που ήδη αναλύθηκαν και, τέλος,
- Στον υγειονομικό τομέα υπεισέρχεται η έννοια της "δυναμικής" (dynamic) αποδοτικότητας, εξαιτίας υψηλού κόστους και μικρής διάρκειας ζωής της ιατρικής τεχνολογίας.

Σήμερα, η λογική της ολιστικής αντιμετώπισης της αποδοτικότητας προϋποθέτει την ενασχόληση όλων των επαγγελματιών υγείας με τα προαναφερθέντα. Δεν συμμετέχει μόνο ο οικονομολόγος ή ο λογιστής, αλλά και ο γιατρός, ο νοσηλευτής-τρια κ.ο.κ. στην οικονομική διαχείριση. Η συμμετοχή ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, ο έλεγχος της αποδοτικότητας συνδυάζει την κλινική πρακτική με την οικονομική διαχείριση και τη χρηματοδότηση. Εκεί, η αντιμετώπιση αυτή είναι σαφώς καλύτερη από ότι σε άλλες χώρες όπως και η Ελλάδα, όπου ο έλεγχος της απόδοσης είναι ισχνός και, το κυριότερο, δεν συνδυάζεται με κίνητρα και αντικίνητρα.

2.6. Αντί επιλόγου

Είναι γνωστό ότι οι παράγοντες διαμόρφωσης χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας είναι πολλοί και ραγδαία εξελίξιμοι. Ο στόχος λειτουργίας οργανωμένων συστημάτων υγείας (θα πρέπει να) παραμείνει η ισότητα και η αποδοτικότητα, με το αίτημα πια της ποιότητας να τα συνοδεύει, αν όχι να υπερισχύει των άλλων δυο. Συνδυαστικά, απαιτείται απάντηση ερωτήσεων σχετικά με τους στόχους μιας χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, συζήτηση που γίνεται σε όλη την Ε.Ε.. Για να απαντηθούν τα ανωτέρω, θα πρέπει να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι πηγές, οι μηχανισμοί και οι φορείς χρηματοδότησης του Υ.Υ. (Kutzin 2001), με τα ποσοστά "συμμετοχής" στο ελληνικό γίνεσθαι να είναι κατά πλειονότητα σε βάρος των πολιτών (μεγάλες ιδιωτικές δαπάνες).

Από την ανωτέρω ανάλυση φάνηκε ότι ο επιστημονικός τομέας των χρηματοοικονομικών των συστημάτων και των Μονάδων Υγείας (νοσοκομείων κ.λπ.) είναι σχετικά νέος, αν και ραγδαία εξελισσόμενος. Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκαν οι βασικοί οικονομικοί δείκτες και οι αντίστοιχες βάσεις δεδομένων στην χώρα μας, αλλά και διεθνώς. Με βάση αυτά τα στοιχεία εξάγονται συμπεράσματα για την πορεία των συστημάτων και των Μονάδων Υγείας (παρόν κεφάλαιο) και γίνονται οι παρεμβάσεις, με στόχο την αποδοτικότερη χρήση των πόρων στον υγειονομικό χώρο. Οι παρεμβάσεις αυτές, αν και παγκοσμίως μοιάζουν (π.χ. σφαιρικοί προϋπολογισμοί), έχουν διαφορές ανάλογα με το ιδιοκτησιακό καθεστώς των "παραγωγών" ή τις πολιτικές υγείας των κρατών που τις εφαρμόζουν. Η καταλληλότητα διαμόρφωσης του αναγκαίου "μείγματος" (χρηματοδότησης) εξαρτάται από την συγκεκριμένη χώρα και την ιδιαιτερότητα χρηματοδότησης του συστήματος της.

Στην χώρα μας ακολουθούνται ακόμα σχεδόν αναχρονιστικοί τρόποι χρηματοδότησης σε σχέση με τα διεθνώς επικρατούντα σε αναπτυγμένα συστήματα υγείας (συνολική απολογιστική χρηματοδότηση και αποζημίωση ανά ιατρική πράξη, αντί προοπτικών-κλειστών προϋπολογισμών και DRGs). Η ελληνική πραγματικότητα παρουσιάζει:

- i. Προϋπολογισμούς σε ιστορική βάση για τα ΝΠΔΔ (Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, Νοσοκομεία ΕΣΥ),
- ii. Νοσήλια χωρίς case-mix (35% εξόδων νοσοκομείων ΕΣΥ),
- iii. Κατά πράξη αμοιβές, υποτιμημένες (<5%) στα νοσοκομεία και Κ.Υ. του ΕΣΥ και στην πλειονότητα διαγνωστικών κέντρων, με το ΚΕΣΥ απλώς να παρακολουθεί,
- iv. Αμοιβές γιατρών δημοσίου τομέα με μισθό, και μόλις πρόσφατα αμοιβές απογευματινών ΤΕΙ, και
- v. Αμοιβές γιατρών ιδιωτικού τομέα , με ελεύθερη διατίμηση εκτός ιδιωτικών νοσοκομείων που συμβάλλονται με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Με όλα αυτά βαδίζουμε για την τρίτη ρύθμιση χρεών νοσοκομείων (το ½ σε 10-15 μεγάλα νοσοκομεία) και αντίστοιχα των ταμείων (½ ΙΚΑ) εντός τρέχουσας 10ετίας.

Πιθανές αλλαγές στη χρηματοδότηση θα πρέπει να λάβουν υπόψη χαρακτηριστικά-μεταβλητές προσφοράς και χαρακτηριστικά-μεταβλητές ζήτησης (και αντίστοιχους δείκτες). Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να στοχεύει στην ("έσωτερική") αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου. Όμως, η αποτίμηση και η αποδοτικότητα συνδυάζονται άμεσα με το κόστος με τη μεθοδολογία προσέγγισης του. Ερωτήματα σχετικά με την αποτίμηση του κόστους με βάση σύγχρονα και μηχανογραφημένα συστήματα προϋπολογισμών και λογιστικής θα πρέπει να απαντηθούν. Αυτά είναι δύσκολο να αναλυθούν στα δημόσια νοσοκομεία και ευκολότερο στα ιδιωτικά, που διαθέτουν πιο σύγχρονα και πλήρως μηχανοργανωμένα λογιστικά συστήματα. Μια πρώτη σημερινή πρόταση (οικονομικής ή /και διοικητικής) αποτίμησης και αξιολόγησης των ιατρικών πράξεων, ιδιαίτερα στο ΕΣΥ, θα μπορούσε να ήταν προς την κατεύθυνση εφαρμογής των κάτωθι:

- Προϋπολογισμοί με ανά τμήμα ανάλυση στο 100% εσόδων-εξόδων (και μισθοδοσίας) σε νοσοκομεία, Κ.Υ. και Ταμεία.
- Κλειστό, διαφοροποιημένο νοσήλιο σε 1000 περίπου DRGs.
- Κοστολόγηση-τιμολόγηση ιατρικών και διαγνωστικών πράξεων εξωτερικών ασθενών.

Σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να αλλάξει και συνολικά το μοντέλο χρηματοδότησης των Ελληνικών υπηρεσιών υγείας. Έτσι, με βάση το σκεπτικό αυτό, αναπτύχθηκαν τα διάφορα μοντέλα και εργαλεία που χρησιμοποιούνται κυρίως στο νοσοκομειακό χώρο. Στον τομέα της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων, δυο είναι τα στοιχεία που πρέπει να προσεχθούν τουλάχιστον:

- Η σύνταξη και η ανάλυση ενός προϋπολογισμού, σε όποιο επίπεδο και αν γίνεται,
- Καθώς και η λογιστική παρακολούθηση του,

Τα εργαλεία αυτά δεν είχαν την θέση που απαιτούνταν, τουλάχιστον στον ελληνικό δημόσιο τομέα. Γι' αυτό είναι σημείο των καιρών να χρησιμοποιείται η αναφορά τους ως "φετίχ" για την λύση των όποιων προβλημάτων, ιδιαίτερα στον τομέα υγείας της χώρας μας. Προσωπικά, πιστεύουμε ότι είναι σημαντικά εργαλεία, αν και δεν λύνουν σημαντικά το όλο πρόβλημα, που είναι πολυσύνθετο και θα αναδειχθεί από την ολοκληρωμένη ανάγνωση του συγγράμματος αυτού, αλλά και τις πρακτικές λύσεις που πιθανόν θα αναζητηθούν στις Μονάδες Υγείας ή στην ακαδημαϊκή έρευνα μελλοντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οργάνωση Οικονομικών Υπηρεσιών Μονάδων Υγείας

3.1 Γενικά

Η οικονομική οργάνωση των Μονάδων Υγείας προϋποθέτει την ανάλογη ορθολογική και αποτελεσματική κατάτμηση και τμηματοποίηση των οικονομικών υπηρεσιών της (Βαρβάκης 2003). Συναφή με την οργανωτική αυτή υποδιαίρεση του κάθε οργανισμού ή επιχείρησης (στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα) είναι η έκδοση και λειτουργία αποτελεσματικών διαδικασιών (procedures) και ροών (flows), η αντίστοιχη με αυτές διαφοροποίηση των υπαρχόντων εντύπων ή η από την αρχή προτυποποίηση τους, η δημιουργία κατάλληλων δεικτών για την μέτρηση τους (activity based or performance management) και η λειτουργία (ποσοτικού και ποιοτικού) ελέγχου. Όλα αυτά διευκολύνουν απόλυτα και την οικονομική λειτουργία

των Μονάδων Υγείας (Μ.Υ.), αλλά και Πρόνοιας (ή Κοινωνικής Αλληλεγγύης), ενώ συνδυάζονται και με την κοστολογική τους οργάνωση.

Η οργανωτική διάρθρωση των οικονομικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα υγείας περιλαμβάνει δομές και υπηρεσίες σε επίπεδο Διεύθυνσης (Υπουργείο ή ΔΥΠε), Υποδιεύθυνσης ή Τμήματος (νοσοκομεία ή άλλες μονάδες υγείας ή πρόνοιας). Οι υπηρεσίες αυτές στο δημόσιο τομέα υγείας (και πρόνοιας) διαρθρώνονται κατά σειρά στις παρακάτω δομές:

1. Διευθύνσεις Οικονομικών και Προμηθειών Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
2. Διεύθυνση (Οικονομικής) Οργάνωσης και Υποστήριξης των 7 Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) ως μετεξέλιξη των 17 αντίστοιχων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ),
3. Υποδιευθύνσεις (ή /και τμήματα) Οικονομικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, που εποπτεύουν και τα Κέντρα Υγείας, καθώς και ανάλογες οικονομικές υπηρεσίες (οι περισσότερες σε επίπεδο τμήματος) των προνοιακών ή άλλων μονάδων

Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε συνοπτικά με το πρώτο, περιληπτικά με το δεύτερο και λεπτομερειακά με το τρίτο.

3.2 Οργάνωση και Διευθύνσεις Οικονομικών Υπουργείου Υγείας και Κ.Α.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) έχει οργανωθεί –με την μέχρι στιγμής νομοθεσία- στις παρακάτω Γενικές Διευθύνσεις (5) και Διευθύνσεις (20 σε λειτουργία) με ανάλογα τμήματα και γραφεία (www.mohaw.gr). Αναλυτικά περιλαμβάνει:

1. Γενική Διεύθυνση Υγείας (Διευθύνσεις ΠΦΥ, Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας-Νοσοκομείων, Ψυχικής Υγείας, Προσωπικού Ν.Π.) με 2-5 τμήματα η κάθε μια,

2. Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών (Διευθύνσεις Προσωπικού, Εκπαίδευσης-Ερευνας, Ποιότητας-Πληροφορικής, Οικονομικού, Προμηθειών, Διεθνών Σχέσεων, Τεχνικών υπηρεσιών) με 3-5 τμήματα η κάθε μία,
3. Γενική Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Διευθύνσεις Προστασίας Οικογένειας, Κοινωνικής Αντίληψης, ΑΜΕΑ, Προσωπικού Ν.Π.) με 2-3 τμήματα η κάθε μία,
4. Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας (Διευθύνσεις Δημόσιας Υγιεινής Περιβάλλοντος, Φαρμάκων και Φαρμακείων) με 3-5 τμήματα η κάθε μία,
5. Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας (Ν. 3370/05) (Διευθύνσεις Επαγγελματιών Υγείας, Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης) με 2-3 τμήματα η κάθε μία,
6. Υπηρεσίες που υπάγονται στον υπουργό ή/ και μέσω αυτού στον γενικό γραμματέα (ΣΟΤΥ, ΣΕΥΥΠ, ΠΣΕΑ, ΕΣΥΔΥ, ΕΣΔΥ, Τύπου, Εξυπηρέτησης Πολιτών, Δικαιωμάτων Ασθενών, Υποστήριξης ΔΥΠε, ΚΠΣ κ.λπ).

Η Διεύθυνση Οικονομικού υπάγεται στην ως άνω Δ/ση 2 και αποτελείται από τα τμήματα:

- Προϋπολογισμού-Προγραμματισμού (γενικού)
- Δημοσίων Επενδύσεων
- Προϋπολογισμού-Έλεγχου (Νοσοκομείων)
- Αμοιβή Προσωπικού Νοσοκομείων

Η Διεύθυνση Προμηθειών υπάγεται στην ως άνω Δ/ση 2 και αποτελείται από τα τμήματα

- Προγραμμάτων Προμηθειών
- Εκτέλεσης Προμηθειών
- Κοστολόγησης Προμηθειών

- Κεντρικής Αποθήκης Υλικού

3.3 Οικονομική οργάνωση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας στην περιφέρεια

Με βάση τον Ν. 2889/01, η χώρα διαιρέθηκε σε δεκαεπτά (17) Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ). Το 2003 προστέθηκαν και οι περιφερειακές υπηρεσίες πρόνοιας (ΠεΣΥΠ). Από το 2005 μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠε), οι οποίες το 2006 περιορίστηκαν-συγχωνεύθηκαν σε 7. Η οργάνωση μιας ΔΥΠε, έτσι όπως ορίζεται από τον Ν. 3329/05 περί συστάσεως και λειτουργίας των ΔΥΠε, συγκροτείται από τέσσερις (4) Διευθύνσεις και τρία (3) γραφεία (αντίστοιχη ήταν η οργάνωση των ΠεΣΥΠ με βάση τον Ν.2889/01).

Αναλυτικότερα:

Α. Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

1. Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
2. Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας
3. Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Β. Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

1. Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης
2. Τμήμα Προμηθειών

Γ. Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

1. Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων
2. Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών

3. Τμήμα Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων

Δ. Διεύθυνση Πληροφορικής, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

1. Τμήμα Συστημάτων Πληροφορικής
2. Τμήμα Υποδομών Πληροφορικής

Ε. Το Γραφείο Διοικητή

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο

Ζ. Το Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας.

Επίσης προβλέπεται, με έκδοση Υπουργικής Απόφασης, η σύσταση και λειτουργία στη ΔΥΠε Ενιαίας Τεχνικής Υπηρεσίας η οποία λειτουργεί ως μια ακόμα Διεύθυνση και περιλαμβάνει ανάπτυξη ανάλογων τμημάτων.

I. Αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης

Η Δ/ση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης (ΔΟΟΥ), είναι αρμόδια για την υποστήριξη και τον έλεγχο της οικονομικής λειτουργίας της ΔΥΠε και των εποπτευόμενων από αυτή φορέων (νοσοκομεία και προνοιακά ιδρύματα). Οι αρμοδιότητες κατανέμονται στα τμήματα ως ακολούθως:

A. Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης

Το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης αναπτύσσει αρμοδιότητες που σχετίζονται με την οικονομική λειτουργία τόσο του φορέα (λογιστικές αρμοδιότητες), όσο και των εποπτευόμενων από την ΔΥΠε μονάδων.

Για τους εποπτευόμενους φορείς της οικείας υγειονομικής περιφέρειας:

- Παρακολουθεί και παρεμβαίνει στην σύνταξη των προϋπολογισμών και των τροποποιήσεων αυτών και μεριμνά για τον έλεγχο της εκτέλεσης των ανωτέρων προϋπολογισμών σε μηνιαία και ετήσια βάση.
- Ελέγχει τους απολογισμούς και ισολογισμούς

- Αξιολογεί την διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων, καθώς σύμφωνα με τον Ν.3329/05, όλη η κινητή και ακίνητη περιουσία των μονάδων περιέχεται στην κυριότητα της ΔΥΠε.

- Μεριμνά για την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής (δεν έχει εφαρμοσθεί).
- Αξιολογεί αιτήματα επιχορηγήσεων των μονάδων και εισηγείται σχετικά στο Δ.Σ. της ΔΥΠε και στο υπουργείο Υγείας.
- Αξιολογεί τις προτάσεις των μονάδων και εισηγείται σχετικά στο Δ.Σ. της ΔΥΠε και στο υπουργείο Υγείας, για τις απαιτούμενες ετήσιες πιστώσεις που θα καλύψουν την δαπάνη πραγματοποίησης εφημεριών και υπερωριών- νυχτερινών - εξαιρεσίμων.
- Συλλέγει και επεξεργάζεται τριμηνιαία και ετήσια οικονομικά στοιχεία απαιτήσεων και υποχρεώσεων των νοσοκομείων και τα διαβιβάζει στο ΥΥΚΑ.
- Μεριμνά για την ορθή και έγκαιρη επεξεργασία και αποστολή οικονομικών δεδομένων, όταν ζητούνται από διάφορους εποπτεύοντες φορείς, όπως ΥΥΚΑ, Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Υπουργείο Εργασίας, Εθνική Στατιστική Υπηρεσία κ.λπ.
- Συντάσσει την ενιαία φορολογική δήλωση της περιφέρειας με όλα τα έντυπα της ΔΟΥ που συνοδεύουν την δήλωση του ΝΠΔΔ.

Για την υποστήριξη της ΔΥΠε:

- Είναι υπεύθυνο για την τήρηση της φορολογικής νομοθεσίας.
- Συντάσσει εγκαίρως και αναμορφώνει τον προϋπολογισμό έναρξης έτους της υπηρεσίας και τις τροποποιήσεις αυτού.
- Έχει την ευθύνη σύνταξης και απόδοσης στη Δ/νση 39 του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους (ΓΛΚ) (Υπουργείο Οικονομικών) του πίνακα χρονοκατανομής πιστώσεων, των στατιστικών δελτίων I, II, III, IV, καθώς και

των όποιων συγκεντρωτικών πινάκων με οικονομικά στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στη Στατιστική υπηρεσία κ.λπ.

- Παρακολουθεί τις επιχορηγήσεις από τον τακτικό Π/Υ και μέσω του ΠΔΕ.
- Καταρτίζει τον απολογισμό έτους και αιτιολογεί την κίνηση των ΚΑΕ Εσόδων-Εξόδων μέσω του Δημόσιου Λογιστικού, αλλά και των οικονομικών στοιχείων που έχει από την τυχόν εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής.
- Εκδίδει εντάλματα πληρωμής και προπληρωμής.
- Εκδίδει εντάλματα και γραμμάτια παρακρατηθέντος φόρου και λοιπών κρατήσεων των προμηθευτών.
- Εκδίδει συγκεντρωτικές καταστάσεις χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής και τις αποστέλλει στον επίτροπο του Ελεγκτικού Συνεδρίου για προληπτικό έλεγχο.
- Είναι αρμόδιο για τις πληρωμές και τις εισπράξεις. Εκδίδει επιταγές.
- Έχει την ευθύνη συμφωνίας του ταμειακού υπολοίπου με τα extrait (αντίγραφο κίνησης λογαριασμού) των τραπεζικών λογαριασμών.
- Καταρτίζει τον ετήσιο προϋπολογισμό μισθοδοσίας των εργαζομένων της ΔΥΠε.
- Είναι υπεύθυνο για την προετοιμασία, την έκδοση και τον έλεγχο των καταστάσεων της μισθοδοσίας προσωπικού.
- Εκδίδει εντάλματα μισθοδοσίας προσωπικού ιδιωτικού δικαίου και δημόσιου με ΙΚΑ.

B. Τμήμα Προμηθειών

Το τμήμα προμηθειών αναπτύσσει αρμοδιότητες που σχετίζονται με την οικονομική λειτουργία τόσο του φορέα, όσο και των εποπτευόμενων από την ΔΥΠε μονάδων.

Για τους εποπτευόμενους φορείς της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας:

- Συγκεντρώνει τα Ενιαία Προγράμματα Προμηθειών, καθώς και τις τροποποιήσεις τους, τα αξιολογεί, ελέγχει, εγκρίνει και ενοποιεί.
- Υποβάλλει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών στο Υπουργείο Ανάπτυξης και το κοινοποιεί στο ΥΥΚΑ.
- Διενεργεί ενιαίους διαγωνισμούς για υλικά των νοσοκομείων.
- Ελέγχει και εισηγείται προς έγκριση στο Δ.Σ. της ΔΥΠε και στο ΥΥΚΑ τη διενέργεια και διακήρυξη δημόσιων διαγωνισμών ανά μονάδα.

Για την υποστήριξη της ΔΥΠε:

Διαμορφώνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών της υπηρεσίας και το ενοποιεί με τα αντίστοιχα των μονάδων.

- Ασχολείται με τις διαδικασίες προμήθειας των αιτούμενων –από όλες τις Διευθύνσεις και γραφεία – υλικών, είτε με πρόχειρο διαγωνισμό είτε με μικροπρομήθεια.
- Έχει την ευθύνη τήρησης και παρακολούθησης της διαχείρισης αποθηκών του αναλώσιμου και μη υλικού της ΔΥΠε.

II. Έντυπα της Διεύθυνσης Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης

3.4 Οικονομική διαχείριση νοσοκομείου

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.

3.4.1. Ο ρόλος της οικονομικής υπηρεσίας

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 και την λειτουργία και των 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 την 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 την λειτουργία του νοσοκομείου.
- Καταρτίζει τον ισολογισμό και απολογισμό, τηρεί λογιστικά βιβλία και έχει την ευθύνη για το "κλείσιμο" των βιβλίων στη λήξη του 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 στην 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 οικονομικο-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 την 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 την διαδικασία του προϋπολογισμού (σύγκριση των καταναλωθέντων πόρων με αυτούς που εγκρίθηκαν) διαφέρει σημαντικά από τον απαιτούμενο διαχειριστικό έλεγχο (ανάλυση με όρους κόστους-αποτελεσματικότητας).

3.4.2. Διάρθρωση της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η μορφή της 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 Δημόσιας Μονάδας Υγείας και Πρόνοιας 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 την 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 Webber (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 σε πολλά νοσοκομεία το Γραφείο Μισθοδοσίας ανήκει στο τμήμα Οικονομικού ή είναι ανεξάρτητο. Σε άλλα ανήκει στην στη Διοικητική Υποδιεύθυνση, όπως και το Λογιστήριο Ασθενών (μαζί με το Γραφείο Κινήσεως), παρότι και ων δυο 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.

Η Υποδιεύθυνση (ή τμήμα) Οικονομικού είναι υπεύθυνη για την 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 την διαχείριση αυτών.

A. Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης:

- i. Γραφείο Γενικού Λογιστηρίου
- ii. Γραφείο Προϋπολογισμού (ενίοτε μαζί με i)
- iii. Γραφείο Χρηματικής Διαχείρισης (ενίοτε μαζί με το v)
- iv. Γραφείο Κινητής και Ακίνητης Περιουσίας (ενίοτε μαζί με το i)
- v. Ταμείο (ενίοτε μαζί με το iii)
- vi. Μισθοδοσία (ενίοτε μαζί με το i)

B. Τμήμα Προμηθειών και Διαχείρισης Υλικού:

- i. Γραφείο Προμηθειών
- ii. Γραφείο Διαχείρισης Υλικού

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

- i. Γραφείο Είσπραξης Νοσηλίων Εσωτερικών Ασθενών (ενίοτε μαζί με το B.ii)
- ii. Γραφείο Είσπραξης Νοσηλίων Εξωτερικών Ασθενών (ενίοτε μαζί με το B.i).

3.4.3. Αρμοδιότητες ανά τμήμα / γραφείο

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

A. Τμήμα Οικονομικού

A1. Λογιστήριο

Αρμοδιότητες:

- Είναι υπεύθυνο για όλες τις λογιστικές δραστηριότητες.
- Είναι υπεύθυνο για την τήρηση της φορολογικής νομοθεσίας.
- Εκδίδει συμφηφιστικά γραμμάτια.
- Ενημερώνει τους κωδικούς της Γενικής Λογιστικής.
- Παρακολουθεί τους λογαριασμούς προμηθευτών και πελατών (π.χ. ασφαλιστικά ταμεία).
- Προγραμματίζει τις πάσης φύσεως πληρωμές (εκτός μισθοδοσίας) σε συνεργασία με το Γραφείο Χρηματικής Διαχείρισης.
- Εκδίδει γραμμάτια για την λογιστική εγγραφή των εσόδων των Εξωτερικών Ιατρείων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

A2. Γραφείο Προϋπολογισμών

Αρμοδιότητες:

- Συντάσσει εγκαίρως και αναμορφώνει τον προϋπολογισμό έναρξης.
- Συντάσσει τον οικονομικό σχεδιασμό κάθε έτους, ελέγχει και παρακολουθεί την υλοποίηση του απολογιστικά.

- Καταρτίζει περιοδικές αναφορές για την κίνηση των ΚΑΕ Εσόδων-Εξόδων και εισηγείται στην διοίκηση προτάσεις για την ανάληψη επιμέρους μέτρων προς την ορθή κατεύθυνση.
- Έχει την ευθύνη σύνταξης και απόδοσης στη Δ.39 του ΓΛΚ (Υπ. Οικονομικών) του πίνακα χρονοκατανομής πιστώσεων, των στατιστικών δελτίων I, II, III, IV, καθώς και των όποιων συγκεντρωτικών πινάκων με οικονομικά στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στη Στατιστική Υπηρεσία κ.λπ. (αντίστοιχο έντυπο ΔΥΠε).
- Συντάσσει μηνιαίες και τριμηνιαίες εκθέσεις προϋπολογιστικού και απολογιστικού ελέγχου προς ενημέρωση της Διοίκησης.
- Έχει την ευθύνη κοστολόγησης ανά ιατρική πράξη και ανά τμήμα και συντάσσει τον τμηματικό Π/ Υ και απολογισμό έτους.
- Συντάσσει την φορολογική δήλωση του νοσοκομείου με όλα τα έντυπα της ΔΟΥ που συνοδεύουν την δήλωση του ΝΠΔΔ (αντίστοιχο έντυπο ΔΥΠε).
- Παρακολουθεί τις επιχορηγήσεις από τον τακτικό Π/ Υ και ΠΔΕ μέσω του "βιβλίου παρακολούθησης πιστώσεων".
- Καταρτίζει τον απολογισμό έτους και αιτιολογεί την κίνηση των ΚΑΕ Εσόδων-Εξόδων μέσω του Δημόσιου Λογιστικού (αντίστοιχο του προϋπολογισμού), αλλά και των οικονομικών στοιχείων που έχει από την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής (όπου εφαρμόζεται).

A3. Γραφείο Χρηματικής Διαχείρισης

Αρμοδιότητες:

- Διαχειρίζεται τα χρήματα του νοσοκομείου.
- Εκδίδει εντάλματα πληρωμής και προπληρωμής.
- Εκδίδει εντάλματα μισθοδοσίας προσωπικού ιδιωτικού δικαίου και δημόσιου με ΙΚΑ.

- Παραλαμβάνει και ελέγχει τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την νομιμοποίηση και έκδοση των χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής (Χ.Ε.).
- Εκδίδει συγκεντρωτικές καταστάσεις χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής και τις αποστέλλει στον επίτροπο του Ελεγκτικού Συνεδρίου για προληπτικό έλεγχο.
- Εκδίδει εντάλματα και γραμμάτια παρακρατηθέντος φόρου και λοιπών κρατήσεων των προμηθευτών.
- Ελέγχει τα χρηματικά εντάλματα πληρωμής μετά την παραλαβή τους από τον επίτροπο του Ε.Σ. και αρχειοθετεί τα δικαιολογητικά.
- Παραδίδει τα εγκεκριμένα από το Ελεγκτικό Συνέδριο χρηματικά εντάλματα πληρωμής στο Ταμείο για έκδοση επιταγών και πληρωμή.
- Εκδίδει γραμμάτια και εντάλματα ασφαλιστικών εισφορών και φόρου του προσωπικού.

A4. Γραφείο Κίνησης και Ακίνητης Περιουσίας

Αρμοδιότητες:

- Είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση παγίων και αποσβέσεων.
- Εκπονεί τις μελέτες επενδύσεων.

A5. Ταμείο

Αρμοδιότητες:

- Είναι υπεύθυνο για τον προγραμματισμό των πληρωμών του νοσοκομείου στους προμηθευτές.
- Είναι αρμόδιο για τις πληρωμές και τις εισπράξεις. Εκδίδει επιταγές.
- Έχει τις επαφές με τράπεζες, ασφαλιστικούς οργανισμούς και προμηθευτές.

- Έχει την ευθύνη συμφωνίας του ταμειακού υπολοίπου με τα extrait (αντίγραφο κίνησης λογαριασμού) των τραπεζικών λογαριασμών.
- Έχει την ευθύνη για την ταμειακή απόδοση των κρατήσεων υπέρ Ταμείων από τους προμηθευτές.
- Έχει την ευθύνη τήρησης βιβλίου εσόδων-εξόδων.

A6. Γραφείο Μισθοδοσίας

Αρμοδιότητες:

- Είναι υπεύθυνο για την προετοιμασία της μισθοδοσίας του προσωπικού σε συνεργασία με το Τμήμα Προσωπικού (διαβίβαση στη μηχανογράφηση των δελτίων μεταβολών για 1. δημογραφικά στοιχεία, 2. στοιχεία μισθοδοσίας-φόρου, 3. στοιχεία διαμόρφωσης αποδοχών, 4. στοιχεία μισθοδοσίας-ασφαλιστικών κρατήσεων, και 5. αναγνώριση υπηρεσίας-λοιπά επιδόματα).
- Είναι υπεύθυνο για την έκδοση και τον έλεγχο των καταστάσεων μισθοδοσίας.
- Είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της μισθοδοσίας.
- Αποστέλλει τα σχετικά δικαιολογητικά στην νομαρχία για την έγκριση από την Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΥΔΕ) των επιχορηγήσεων της μισθοδοσίας μόνιμου προσωπικού.
- Καταρτίζει τον ετήσιο προϋπολογισμό μισθοδοσίας.
- Καταρτίζει την ετήσια πρόταση για το ύψος των πιστώσεων εφημεριών και πρόσθετων αμοιβών.
- Παρακολουθεί την εκταμίευση πιστώσεων από την ΥΔΕ για όλες τις πρόσθετες αμοιβές.

B. Τμήμα Προμηθειών

B1. Γραφείο Υλικού και Προμηθειών

Αρμοδιότητες:

- Έχει την ευθύνη τήρησης μητρώου προμηθευτών.
- Έχει την ευθύνη σύνταξης του Ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών.
- Έχει την ευθύνη διεκπεραίωσης των διαγωνισμών και κατάρτισης συμβάσεων.
- Έχει την ευθύνη των μικροπρομηθειών.

B2. Γραφείο Διαχείρισης Υλικού και Αποθηκών

Αρμοδιότητες:

- Είναι υπεύθυνο για την οργάνωση και λειτουργία των αποθηκών του νοσοκομείου, γενικού, υγειονομικού, τεχνικού και άλλου υλικού.
- Διεξάγει περιοδικές και ετήσιες απογραφές, παραλαμβάνει και χρεώνει κάθε αναλώσιμο και πάγιο στοιχείο.
- Ενημερώνει τα τμήματα του νοσοκομείου όταν το απόθεμα των υλικών κοντεύει να εξαντληθεί.
- Είναι υπεύθυνο για την οργάνωση της διανομής υλικών.
- Είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο των αναλώσεων και των αποθεμάτων των αναλώσιμων υλικών και φαρμάκων.

Γ. Τμήμα Λογιστηρίου Ασθενών

Αρμοδιότητες:

- Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση του λογαριασμού των νοσηλευομένων και την χρέωση δαπανών νοσηλείας.
- Φροντίζει για την είσπραξη των ανάλογων εσόδων και εσόδων από εξωτερικούς ασθενείς μέσω Γραμματείας ΤΕΙ.
- Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση του λογαριασμού των νοσηλευομένων, τη χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση δελτίων παροχής υπηρεσιών και λοιπών παραστατικών στοιχείων.

- Φροντίζει για την είσπραξη των ληξιπρόθεσμων χρεών.
- Φροντίζει για την έγκαιρη υποβολή νοσηλίων στα ασφαλιστικά ταμεία.

3.4.4. Διαδικασίες οικονομικών λειτουργιών

Γραφείο Γενικού Λογιστηρίου

- Έσοδα από επιχορηγήσεις.
- Έσοδα από δωρεές.
- Καταγραφή δαπανών μισθοδοσίας.
- Διαχείρισης πάγιας προκαταβολής.
- Διαδικασία έκδοσης οικονομικών καταστάσεων-έλεγχος.
- Συμφωνία-κλείσιμο ταμείου.
- Απόδοση κρατήσεων υπέρ τρίτων.
- Φορολογικές υποχρεώσεις-υποβολής στοιχείων.
- Διαδικασία σύνταξης τακτικών reports προς τη διοίκηση.
- Λογιστικοποίηση κόστους νοσηλείας ασθενών πέραν του κλειστού νοσηλίου.

Γραφείο Προϋπολογισμού, κοστολόγησης και ελέγχου

- Διαδικασία κατάρτισης προϋπολογισμού.
- Διαδικασία κατάρτισης απολογισμού-ισολογισμού.
- Διαδικασία παρακολούθησης συμβάσεων.
- Διαδικασία εσωτερικού ελέγχου.

- Διαδικασία κοστολόγησης ανά τμήμα.
- Διαδικασία διαρκούς φυσικής απογραφής και συμφωνία με τα υπόλοιπα υλικών της αποθήκης.
- Διαδικασία διαρκούς φυσικής απογραφής και συμφωνία με το μητρώο παγίων του πάγιου εξοπλισμού.
- Διαδικασία διαρκούς φυσικής απογραφής και συμφωνία με τα υπόλοιπα της αποθήκης.
- Διαδικασία σύνταξης τακτικών reports προς τη διοίκηση.

Γραφείο χρηματοδότησης διαχείρισης

- Διαδικασία παραλαβής δικαιολογητικών δαπανών-φαρμάκων.
- Διαδικασία βεβαίωσης εσόδων-έκδοσης γραμματίου είσπραξης.
- Διαδικασία διαχείρισης δαπανών και ενταλματοποίησης αυτών.
- Διαδικασία καταβολής δαπανών για μετακίνηση υπαλλήλων και λοιπών για εντεταλμένη εργασία ή πάσης φύσεως εκπαίδευση.
- Διαδικασία ελέγχου δικαιολογητικών νομιμοποίησης των δικαιούχων προς πληρωμή.
- Διαδικασία παρακολούθησης ταμειακής ρευστότητας.
- Διαδικασία διαχείρισης χρημάτων τακτικών αμοιβών προσωπικού ιδιωτικού δικαίου και των πρόσθετων αμοιβών όλου του προσωπικού.
- Διαδικασία αρχειοθέτησης στοιχείων για τον κατασταλτικό έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου.
- Διαδικασία σύνταξης τακτικών reports προς τη διοίκηση.

Γραφείο διαχείρισης κινητής και ακίνητης περιουσίας

- Διαδικασία παρακολούθησης ακίνητης περιουσίας.
- Διαδικασία παρακολούθησης εσόδων από κινητή περιουσία.
- Διαδικασία παρακολούθησης κινητής περιουσίας.
- Διαδικασία παρακολούθησης εσόδων από κινητή περιουσία.
- Διαδικασία παρακολούθησης τακτικών reports προς τη διοίκηση.

Γραφείο μισθοδοσίας

- Διαδικασία εκκαθάρισης μισθολογικών καταστάσεων για τακτικές και αναδρομικές αποδοχές του προσωπικού.
- Διαδικασία εκκαθάρισης μισθολογικών καταστάσεων για τις πρόσθετες αποδοχές.
- Διαδικασία πρόβλεψης της δαπάνης για πρόσθετες παροχές του προσωπικού για το επόμενο έτος.
- Διαδικασία συμφωνίας των συγκεντρωτικών καταστάσεων των κρατήσεων με τις καταστάσεις μισθοδοσίας και απόδοση αυτών στα ασφαλιστικά ταμεία.
- Διαδικασία διαχείρισης φορολογικών υποχρεώσεων και υποβολής στοιχείων στο προσωπικό και σε τρίτους.

Γραφείο Προμηθειών

- Διαδικασία σύνταξης ΕΠΠ και παρακολούθηση υλοποίησής του.
- Διαδικασία διενέργειας προμήθειας μέσω δημοσίου ανοικτού διαγωνισμού.

- Διαδικασία διενέργειας προμήθειας με διαπραγμάτευση.
- Διαδικασία διενέργειας προμήθειας μέσω πρόχειρου μειοδοτικού διαγωνισμού.
- Διαδικασία διενέργειας προμήθειας με απευθείας ανάθεση.
- Διαδικασία διενέργειας μικροπρομήθειας.
- Διαδικασία παραλαβής δειγμάτων από προμηθευτές.
- Διαδικασία ενεργειών που γίνονται από την επιτροπή διενέργειας του δοαγωνισμού.
- Διαδικασία σύνταξης τακτικών reports προς διοίκηση.

Γραφείο διαχείρισης υλικού-αποθήκες

- Διαδικασία καταγραφής άχρηστου υλικού.
- Διαδικασία καταστροφής άχρηστου πάγιου υλικού.
- Διαδικασία εκποίησης αχρησιμοποίητου υλικού.
- Διαδικασία παρακολούθησης εισαγωγής υλικών στην αποθήκη. Έκδοση Πρωτοκόλλου Παραλαβής.
- Διαδικασία παραλαβής πετρελαίου.
- Διαδικασία παραλαβής αερίων.
- Διαδικασία παρακολούθησης του ελαχίστου αποθέματος υλικών στην αποθήκη. Παρακολούθηση της υλοποίησης των συμβάσεων.
- Διαδικασία παραγγελίας υλικών.

- Διαδικασία παρακολούθησης των χρεώσεων μη αναλώσιμων υλικών (πάγια) ανά υπόλογο.
- Διαδικασία παράδοσης υγειονομικού και μη υλικού στα τμήματα (υλικά επί χρέωσει).
- Διαδικασία παράδοσης υγειονομικού υλικού στα διάφορα τμήματα με χρέωση στο τμήμα.
- Διαδικασία παρακολούθησης και διαχείρισης υλικών από παρακαταθήκη.
- Διαδικασία παράδοσης λοιπού υλικού.
- Διαδικασία μετασχηματισμού πρώτων υλών.
- Διαδικασία σύνταξης τακτικών reports προς τη διοίκηση.

Γραφείο λογιστηρίου ασθενών

- Διαδικασία απόδοσης στα Γραφεία Χρηματικής Διαχείρισης (Ταμείο) των ΔΠΥ μετρητοίς.
- Διαδικασία βεβαίωσης των απαιτήσεων από ασφαλιστικούς φορείς.
- Διαδικασία έκδοσης βεβαιώσεων εξόδων νοσηλείας για εσωτερικούς ασθενείς.
- Διαδικασία έκδοσης ΔΠΥ επί πιστώσει για ομογενείς ασφαλιστικούς φορείς.
- Διαδικασία έκδοσης συγκεντρωτικής κατάστασης των ΔΠΥ επί πιστώσει ανά ασφαλιστικό φορέα και λοιπούς πελάτες. Έλεγχος αυτών.

- Διαδικασία ενημέρωσης του Γραφείου Γενικού Λογιστηρίου και του Γραφείου Χρηματικής Διαχείρισης με οικονομικά στοιχεία κίνησης των απαιτήσεων.
- Διαδικασία παρακολούθησης των απαιτήσεων και επικοινωνία με τους ασφαλιστικούς φορείς.
- Διαδικασία παρακολούθησης και ελέγχου ληξιπρόθεσμων απαιτήσεων.
- Διαδικασία παραλαβής και ελέγχου χρεωστικών φακέλων.
- Διαδικασία σύνταξης τακτικών reports προς τη διοίκηση
- Έκδοση τιμολογίων νοσηλίων μετρητοίς και με πίστωση.

3.4.5. Λειτουργική διασύνδεση-ροές-έντυπα

Η υποδιεύθυνση οικονομικού είναι μάλλον επικουρική υπηρεσία, καθώς συνεργάζεται με όλες τις υπηρεσίες (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, τεχνική), προκειμένου να υποστηρίξει λειτουργικά το νοσοκομείο. Ένας μεγάλος αριθμός νόμων, διατάξεων και διαχειριστικών κανόνων περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο η συγκεκριμένη υπηρεσία λειτουργεί. Αρκετά από τα παραπάνω διαχειριστικο-οικονομολογικά στοιχεία χρονολογούνται μέχρι και πριν από τρεις δεκαετίες. Είναι εμφανές ότι τα αρκετά σημεία του τρόπου λειτουργίας προσδιορίζονται από αναχρονιστικές μεθόδους, που έρχονται σε πλήρη αντιπαράθεση με τις σημερινές συνθήκες εργασίας, οι οποίες απαιτούν ταχύτητα και μεγάλο βαθμό επικοινωνίας.

Η οικονομική Υποδιεύθυνση περιλαμβάνει τμήματα και κάθε τμήμα Γραφεία. Αν και το έργο μεταξύ τμημάτων είναι διαφορετικό, πολύ συχνά απαιτείται η εμπλοκή πολλών και διαφορετικών τμημάτων άρα και Γραφείων., προκειμένου να ολοκληρωθεί μια υπηρεσία. Λειτουργικά υπάρχει υψηλός βαθμός διασυνδεόμενων ενεργειών μεταξύ διαφόρων ομάδων εργασίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές την καθυστέρηση, την ύπαρξη λαθών και την αδυναμία ελέγχου. Κάθε υπηρεσία περιλαμβάνει αρκετά στάδια μέχρι να ολοκληρωθεί και απαιτεί την

εμπλοκή αρκετών εργαζομένων από διαφορετικούς χώρους, όχι μόνο της οικονομικής υπηρεσίας, αλλά και των υπολοίπων.

3.5. Έλεγχος

3.5.1. Έννοιες ελέγχου

Ο έλεγχος είναι περαιτέρω συστατικό της καλής οργάνωσης και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Αφορά κυρίως την τυχόν μη συμμόρφωση τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας ως προς συμφωνημένες προδιαγραφές. Θα μπορούσαμε πολύ απλά να πούμε ότι ο έλεγχος είναι μια διαδικασία που μας επιτρέπει να δούμε αν ο οργανισμός μας πετυχαίνει τους στόχους του.

Ας δούμε μερικούς άλλους οργανισμούς:

- Έλεγχος δεν είναι παρά η διαδικασία της παρακολούθησης των δραστηριοτήτων, για να καθοριστεί αν τα διάφορα τμήματα και ο οργανισμός χρησιμοποιούν τους πόρους τους (υλικά, μηχανήματα, χρήματα, πληροφορίες) με αποτελεσματικότητα και επάρκεια, έτσι ώστε να πετύχουν τους αντικειμενικούς σκοπούς τους.(Κανελλόπουλος 1994).
- Έλεγχος-συντονισμός είναι η μέτρηση της επίτευξης αποτελεσμάτων έναντι του προτύπου που δίνουν τα σχέδια-προγράμματα και η διόρθωση των παρεκκλίσεων, ώστε να εξασφαλίζεται η επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών σύμφωνα με τα σχέδια.(Pride et al. 1996).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η διαδικασία του ελέγχου διαπιστώνει τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν κατά τη διαδικασία της διοικητικής και οικονομικής διαδικασίας ή λειτουργίας και δίνει τη δυνατότητα στον μάνατζερ να εντοπίσει τα αίτια αυτών των προβλημάτων.

3.5.2. Τύποι, αναγκαιότητα και βήματα ελέγχου

Έχει διαπιστωθεί ότι στη διοικητική και οικονομική διαδικασία-λειτουργία μπορεί να υπάρξουν τρεις τύποι ελέγχου, ανάλογα με το πότε αυτοί πραγματοποιούνται σε σχέση με τη διαδικασία που ελέγχεται:

Προκαταρτικός (steering control), π.χ. προϋπολογισμός, έγκριση δαπάνης, περιγραφή εργασίας, επιλογή προσωπικού κλπ,

Έλεγχος κατά τη διαδικασία (screening control), π.χ. εσωτερικές επιθεωρήσεις, αγορά ή διόρθωση λογισμικού

Έλεγχος αποτελεσμάτων (feedback control), πχ Απολογισμός-Ισολογισμός, απογραφή, ανάλυση κόστους, διαπιστεύσεις-πιστοποιήσεις, κλπ

Ο έλεγχος είναι:

- Απαραίτητος για τη μέτρηση και αξιολόγηση της απόδοσης του οργανισμού,
- Μια δυναμική και συνεχής διαδικασία,
- Ολοκληρωμένη διαδικασία όλων των πλευρών ή τμημάτων του οργανισμού.

Τα βήματα της διαδικασίας ελέγχου είναι γενικά τα εξής:

1. Καθορισμός προτύπων απόδοσης,
2. Μέτρηση απόδοσης,
3. Σύγκριση απόδοσης με πρότυπα,
4. Αν και η απόδοση δεν καλύπτει τα πρότυπα, τότε διορθωτική δράση (ανασχεδιασμός – αναδιοργάνωση – αλλαγές στον συντονισμό),
5. Αξιολόγηση – ανατροφοδότηση εργαζομένων και διαδικασίας,
6. Αποτελέσματα απόδοσης, η οποία πρέπει να καλύπτει τα πρότυπα.

3.5.3 Εσωτερικός έλεγχος

3.5.3.1. Σκοπός του συστήματος εσωτερικού ελέγχου είναι:

1. Να δρα στα πλαίσια του επιχειρηματικού σχεδιασμού και των εργαλείων αυτού (π.χ. προϋπολογισμός, λογιστικά συστήματα, μηχανοργάνωση),
2. Να αποτελεί με σχετική ανεξαρτησία εργαλείο της διοίκησης προς επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων, σε σύγκριση με μετρήσιμα αποτελέσματα,
3. Να βοηθά στην τήρηση των διαδικασιών σε κάθε τμήμα, συμμετέχοντας και στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών του οργανισμού,
4. Να ενημερώνει με εκθέσεις τη διοίκηση και τα στελέχη για όλα τα ανωτέρω ως μια σταθερή διαδικασία αποτελεσματικής διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης,
5. Να προτυποποιεί κανόνες, συμπεριφορές και δικλίδες ασφαλείας ελέγχου, με στόχο τη διευκόλυνση του ανθρώπινου δυναμικού στη διεκπεραίωση αρμοδιοτήτων, καθηκόντων και υποχρεώσεων του για την εξυπηρέτηση του χρήστη των υπηρεσιών π.χ. υγείας.

3.5.3.2. Βασικές αρχές ενός συστήματος εσωτερικού ελέγχου είναι:

1. Κατάλληλη στελέχωση για το τμήμα αλλά και τον οργανισμό,
2. Αποκέντρωση διοίκησης. Με παροχή αποτελεσματικών εξουσιοδοτήσεων και διαχωρισμό καθηκόντων και ευθυνών,
3. Διασφάλιση επιτυχούς διεκπεραίωσης κάθε είδους συναλλαγών, ιδιαίτερα οικονομικών,
4. Επιθεωρήσεις, τακτικές και έκτακτες και ενημερώσεις, επίσημες και ανεπίσημες.

3.5.3.3. Η δομή εσωτερικού ελέγχου πρέπει να:

1. Αποφασισθεί αν θα είναι Διεύθυνση ή Τμήμα ή Γραφείο ανάλογα με τις προϋποθέσεις δημιουργίας και λειτουργίας, με βάση το μέγεθος του οργανισμού, τον όγκο και τη σημασία των συναλλαγών κ.λπ. (π.χ. Μεγάλα νοσοκομεία άνω των 400 κλινών χρειάζονται Διεύθυνση ή έστω Τμήμα, 200-400 κλινών Τμήμα ή έστω Γραφείο, 100-200 κλινών πιθανόν Γραφείο, κάτω από 100 κλίνες ή/και Κέντρα Υγείας ελεγκτή),
2. Έχει αξιόπιστο εκπαιδευτικό προσωπικό και προφανώς προϊστάμενο που να γνωρίζει τον οργανισμό και το έργο που θα επιτελέσει,
3. Προβλέπει αξιολόγηση του προσωπικού της ίσως και με αυστηρότερα κριτήρια και ανάλογα να αμείβονται ή να μετακινούνται,
4. Εγκατασταθεί και διασφαλίσει σωστό χώρο, εργασίας, με αποτελεσματική λειτουργία ηλεκτρονικού και έντυπου στοιχείου, ενώ η έμφαση του-των εκλεκτών-ή θα πρέπει να είναι άριστη σε όλα τα επίπεδα,
5. Έχει θέση στο οργανόγραμμα του οργανισμού δίπλα στη διοίκηση, εκτός επιχειρηματικών λειτουργιών, χωρίς να αποκοπεί από αυτές ,
6. Διαφυλάσσει το επίπεδο σχέσεων ελεγκτών και ελεγχόμενων, έχοντας και την υποστήριξη της διοίκησης, διατηρώντας βέβαια κάποιο σχετικό βαθμό ανεξαρτησίας,
7. Δημιουργεί και διασφαλίζει εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, με τις ανάλογες διαδικασίες τόσο για το τμήμα όσο και για τον οργανισμό,
8. Εφαρμόζει ετήσιο πρόγραμμα ελέγχου, συμφωνημένο με τα διευθυντικά στελέχη και εγκεκριμένο από τη διοίκηση,
9. Έχει πλήρη και αποδοτική γραμματειακή υποστήριξη,

10. Χρησιμοποιεί εργαλεία, τα περισσότερα των οποίων έχουν σε συνεργασία με το προσωπικό ή τον ελεγχόμενο δημιουργεί ή στο τέλος κοινοποιεί, όπως τα διαγράμματα ροής (flow charts), φάκελο με τα απαραίτητα έγγραφα, καταστάσεις οικονομικές ή δείκτες μηχανογραφημένης επεξεργασίας, φύλλα εργασίας με στοχευόμενα στοιχεία του διενεργούμενου ελέγχου, δειγματοληψίες ή επί τόπου ελέγχους και τέλος, σωστά συνταγμένες εκθέσεις και ανακοινώσιμα αποτελέσματα του έργου της,
11. Συνεργάζεται με επιτροπή ελέγχου (audit committee), η οποία καλό είναι να δημιουργεί (π.χ. τουλάχιστον στα μεγάλα νοσοκομεία), συνεξετάζοντας το ενδεχόμενο να λειτουργούν (Τμήμα και Επιτροπή Έλεγχου) και ως αντίστοιχες δομές ποιότητας (π.χ. Τμήμα Ποιότητας και Ελέγχου ή αντιστρόφως), αν και ως δραστηριότητες δεν ταυτίζονται.

3.5.4. Συμπέρασμα

Οι προαναφερθείσες στο κεφάλαιο αυτό δομές και διαδικασίες λειτουργίας παρακολουθούνται από τον εσωτερικό ελεγκτικό σύστημα. Το σύστημα αυτό αξιολογεί την τήρηση αυτών των διαδικασιών και συγκρίνει τον σχεδιασμό προγραμματισμό με τους πραγματικούς-απολογιστικούς δείκτες και εκθέσεις των τμημάτων, με έμφαση στις οικονομικές καταστάσεις.

Έτσι καταλήγουμε σε αυτό που αποκαλείται εσωτερικός έλεγχος, ο οποίος μετουσιώνεται σε πράξη από διακριτό τμήμα ελέγχου της Μονάδας Υγείας, με εξειδικευμένο προσωπικό, χωρίς αυτό να αποκλείει τους ετήσιους ή άλλους περιοδικούς εξωτερικούς ελέγχους.

Η εργασία των ελεγκτών του τμήματος αυτού μπορεί να συνίσταται στη σύνταξη εκθέσεων επί των ανωτέρω, αλλά και προτάσεων, σχετικά με τη δημιουργία, βελτίωση και παρακολούθηση των διαδικασιών και των αντίστοιχων αποδόσεων του προσωπικού, καθώς και των διάφορων άλλων πόρων του οργανισμού Μονάδας Υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το χρηματοοικονομικό μέγεθος των συστημάτων Υγείας, ιδιαίτερα στις λεγόμενες ανεπτυγμένες χώρες, επιβάλλει ολοένα και περισσότερο τη συνεχή χρηματοοικονομική τους αξιολόγηση. Από ότι φάνηκε στο κεφάλαιο 1 οι δαπάνες Υγείας πλησιάζουν 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 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 αλλάζει η σχέση αυτή. Ο εξορθολογισμός αυτός απαιτεί εφαρμοσμένες προτάσεις που καταλήγουν σε μέτρα, όπως είναι η χρηματοδότηση της πρόληψης και μέρους της προνοσοκομειακής περίθαλψης, η αποτελεσματική και αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, η ενοποίηση των χρηματοδοτικών φορέων του Δημοσίου, με παράλληλη διερεύνηση διαχωρισμού των υπηρεσιών παροχής από τις αντίστοιχες της χρηματοδότησης, και η θέσπιση ενιαίων κανόνων αποζημίωσης για τις υπηρεσίες Υγείας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Η γνώση και εφαρμογή ποικίλων εργαλείων εσωτερικής διοίκησης και χρηματοοικονομικής διαχείρισης, τα οποία θα αποσκοπούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας- αποδοτικότητας των υπηρεσιών και της παραγωγικότητας των πόρων τους, διαμέσου της χρήσης μετρήσιμων και ανακοινώσιμων στοιχείων. Μια σχετική πρόταση είναι η κατάρτιση σύγχρονων και πραγματικών Προϋπολογισμών σε όλα τα επίπεδα.

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 μηχανοργάνωσης λογιστικών συστημάτων. Σε αυτό το

προτείνεται να βοηθήσει και η ακαδημαϊκή εφαρμοσμένη έρευνα, που είναι πλούσια στο διεθνές προσκήνιο, αλλά δυστυχώς φτωχή στα ελληνικά δρώμενα.

Με στόχο, λοιπόν, την εφαρμογή των παραπάνω, είναι σημαντικό αρχικά να δούμε την οργάνωση των υπηρεσιών Μονάδων Υγείας, ιδιαίτερα των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Οι οικονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, προτείνεται να αποκτήσουν ένα σύγχρονο οργανόγραμμα οικονομικών και άλλων υπηρεσιών, που θα εξυπηρετεί και τον ρόλο τους ως μεγάλων χρηματοοικονομικών μονάδων, μιας και οι περισσότερες διαχειρίζονται κονδύλια (λειτουργικά, επενδυτικά, ερευνητικά κ.λπ.) εκατομμυρίων ευρώ. Επιπλέον συμπέρασμα και πρόταση αποτελεί η ενοποίηση διαδικασιών, ροών και εντύπων, με στόχο την αποτελεσματικότητα της περιγραφείσας οργάνωσης και κυρίως τη διασφάλιση ενός αποτελεσματικού συστήματος εσωτερικού ελέγχου που στο τέλος θα πιστοποιείται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αλετράς Β., (1997), *Οικονομική Ανάλυση Λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων, μια Οικονομετρική Προσέγγιση*, διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Alexander Hamilton Institute, (1996), *Μέθοδοι Κατάρτισης Προϋπολογισμού Επιχειρήσεων*, Εκδ. Κριτηρίον, 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/milotiw/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 Χρηματοοικονομική 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/PDG/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*, διδακτική διατριβή, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., (1992), Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα *Επιθεώρηση Υγείας*, 1,3: 3-10.
- Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., (1997), "Πρόσφατες εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα", *Επιθεώρηση Υγείας*, 8 (49), 46-47.
- Λανάρα Β.Α., (1994), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Μαλλιάρης Π., (2001), *Εισαγωγή στο Μάρκτιγκ*, 2η έκδοση, εκδ. Σταμούλη, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Abel – Smith B., (1976), *Value for Money in Health Services: A Comparative Study*, Heinemann, London.
- Abel – Smith B. et al., (1995), *Choices in Health Policy: An Agenda for the European Union*, LSE and the Official Publications of the European Communities, Cambridge.
- Abel – Smith B., (1996), "Health Care Costs: An International dilemma", *LSE Magazine*, 8.1:7-9.

- Allen R., (1992), “Policy Implication of Recent Hospital Competition Studies”, *Journal of Health Economics*, 2(3):347-50
- Anderson G.M., Pulcins I.R., (1992), “High Variation Medical Conditions as an Explanation of Regional and Temporal Differences in Hospital Utilization”, *Medical Care*, 30:461-65.
- Anderson O.W., (1968), *Health Services in a Land of Plenty*, *Health Administration Perspectives No A7*, Chicago: Center for Health Administration Studies.
- Anderson S.J., Dunn S.P., (2006), “Galbraith and the Management of Specific Demand: Evidence from Tobacco Industry”, *Journal of Institutional Economics*, 2(2): 1-24
- Andon P., Baxter J., Chua W.F. (2006), Accounting Change as Relational Drifting: A Field Study of Experiments with Performance Measurement, *Management Accounting Research*.
- Arrow K.J., (1973), “The Welfare Economics of Medical Care”, in M.H. Cooper and A.J. Culyer (eds), *Health Economics*, Penguin Books, London.
- Atrill P. McLaney E., (1999), *Management Accounting for non-specialists*, Pearson Education-Prentice Hall, Europe.
- Avlonitis G. and Indounas K., (2004), Pricing Objectives and Pricing Methods in the Services Sector, *Journal of services Marketing Management*.
- Ballou R.H., (1992), *Business Logistics Management*, Prentice Hall, New Jersey.
- Baumol W.J., (1965), *Welfare Economics and the Theory of the State*, Harvard University Press.
- Becker E.R. and Sloan F.A., (1983), “Utilization of Hospital Services: The Roles of Teaching, Case Mix and Reimbursement”, *Inquiry*, 20:248-57.
- Becker E.R. and Sloan F.A., (1985), “Hospital Ownership and Performance”, *Economic Inquiry*, 23:21-36.
- Berki S.E., (1972), *Hospital Economics*, Lexington Books, Health and Company, USA.
- Bloom D.E., Canning D., Sevilla J., (2001), *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence*, Working Paper 8587, <http://nber.org/papers/w8587>, National Bureau of Economic Research.

- Borden J.P., (1988), “An assessment of the Impact of DRG Based Reimbursement on the Technical Efficiency of New Jersey Hospitals using DEA”, *Journal of Accounting and public Policy*, 2:77-96.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1.1: Κρατικός προϋπολογισμός υγείας ανά περιφέρεια (κατανομή 1998-2004 επί τις % και κατά κεφαλήν 2003-2004)

Περιφέρειες	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	% Πληθυσμού	Κατά Κεφαλήν 2003	Κατά Κεφαλήν 2004
Ανατολική Μακεδονία	7,38	6,05	5,44	4,12	4,14	4,00	5,97	5,56	127	317
Κεντρική Μακεδονία	25,58	17,31	15,00	15,12	15,37	19,51	11,77	16,66	207	209
Δυτική 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
Ιόνια Νησιά	2,56	2,93	3,78	2,42	2,05	1,88	1,75	1,89	177	274
Δυτική 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
Πελοπόννησος	4,95	4,58	4,61	2,88	3,17	2,94	2,42	5,92	88	121
Βόρειο Αιγαίο	2,37	2,51	1,97	1,44	1,27	1,19	1,34	1,94	109	204
Νότιο 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	100,00	100,00

Βαρβάκης Κ., (2003), *Κοστολόγηση και Κοστολογική Οργάνωση*, Αθήνα.

Πίνακας 1.2.α: Σύνοψη των δαπανών υγείας-ασθένειας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (χιλιάδες € και τρέχουσες τιμές)

	1998	1998 (%)	1990	1992	1994	1994 (%)
Νοσοκομειακή περίθαλψη	34.552	23,4	52.605	94.368	220.770	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	8.662	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

Πίνακας 1.2.β: Σύνοψη των δαπανών υγείας-ασθένειας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης 1998-2006

	1998	%	200	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	6.09.4	790.9	887.7	14.00
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	317.0	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

Πίνακας 1.2.γ: 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

Καραχάλιος Γ., (2006), *Διοίκηση Αποθεμάτων Μονάδων Υγείας*, Σημειώσεις ΚΕΚ Νοσοκομείου Σωτηρία.

Πίνακας 1.3.α: Κατανομή δαπανών (συνολικών και υγείας) με βάση τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (Α. διαχρονικά, Β-Γ. 1993/94) μηνιαίως

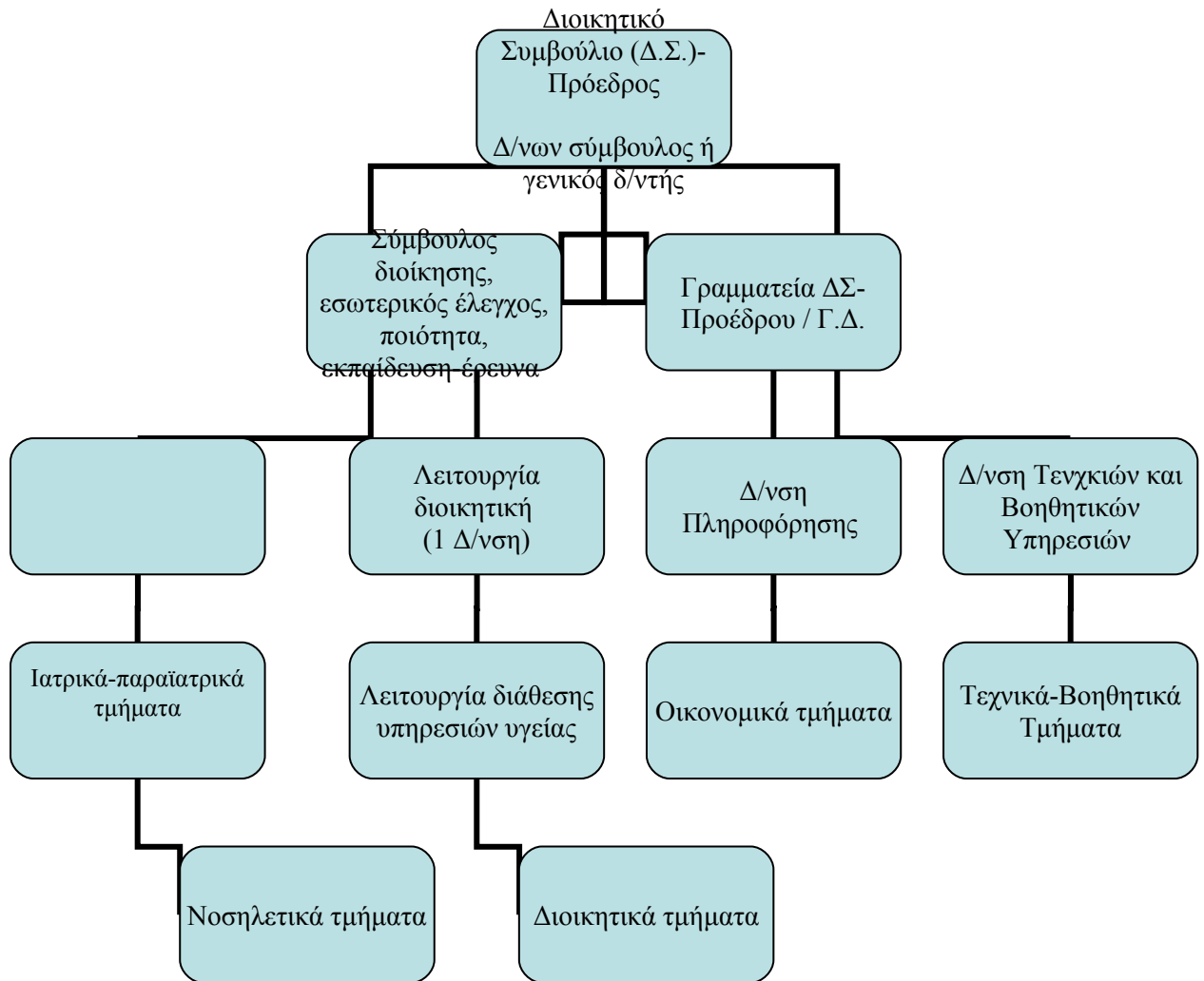
Είδος δαπάνης	Σύνολο	Αθήνα	Θεσσαλονίκη	Αστικά Κέντρα	Ημιαστικά	Αγροτικά
Σύνολο αγορών	290.204	322.766	268.881	305.213	284.689	237.833
Δαπάνες υγείας	16.433	18.977	11.814	15.669	15.713	15.510
Δαπάνες φαρμάκων	2.897	3.265	2.005	2.882	2.264	2.953
Δαπάνες γιατρών	4.588	4.984	2.908	4.177	4.935	4.754
Δαπάνες οδοντιάτρων	5.541	5.956	4.321	6.655	5.222	4.943
Δαπάνες νοσοκομείων	2.059	2.890	1.545	1.160	2.294	1.634
Δαπάνες λοιπών	1.348	1.882	1.035	795	998	1.226

Πίνακας 1.3.β: Κατανομή δαπανών (συνολικών και υγείας) με βάση τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (1998/99) μηνιαίως

Είδος δαπάνης	Σύνολο	Αθήνα	Θεσσαλονίκη	Αστικά Κέντρα	Ημιαστικά	Αγροτικά
Σύνολο αγορών	471.339	566.144	470.238	438.241	408.807	354.720
Δαπάνες υγείας	32.132	43.043	31.136	24.255	25.402	22.533
Δαπάνες φαρμάκων	5.998	6.888	5.355	4.843	6.162	5.474
Δαπάνες γιατρών	7.627	9.473	6.433	6.110	6.537	6.449
Δαπάνες οδοντιάτρων	10.919	15.877	11.670	7.981	6.166	6.521
Δαπάνες νοσοκομείων	3.972	5.940	2.703	3.250	2.783	1.891

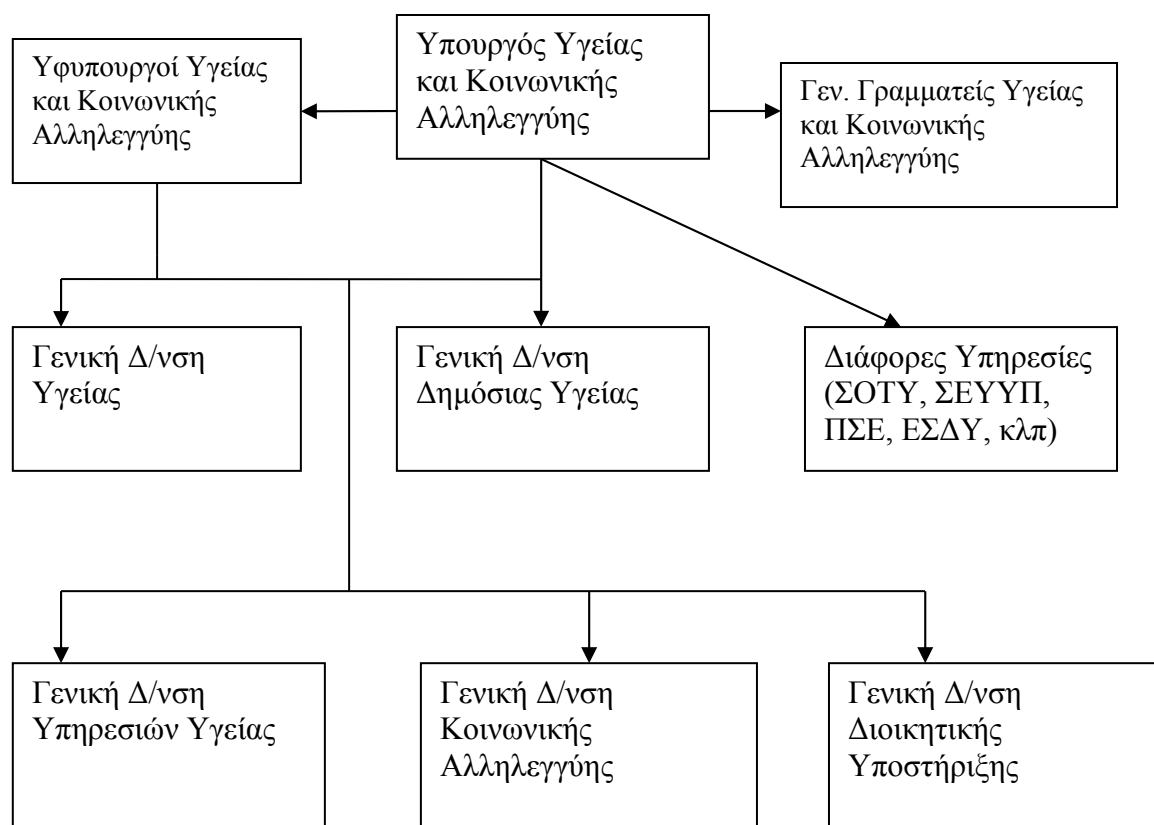
Καραχάλιος Γ., (2006), *Διοίκηση Αποθεμάτων Μονάδων Υγείας*, Σημειώσεις ΚΕΚ Νοσοκομείου Σωτηρία.

Διάγραμμα 1.4.α: Διοικητική και χρηματοοικονομική διάρθρωση Μ.Υ.



Λιαρόπουλος Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Διάγραμμα 1.4.β: Γενική διάθρωση Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης



Μαλλιάρης Π., (2001), *Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ*, 2η έκδοση, εκδ. Σταμούλη, Αθήνα.

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εισηγητής: Κυρμίζογλου Παντελής

Φοιτητές: Τσολακίδης Παναγιώτης-

Τσιοπάνης Ανδρέας

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009