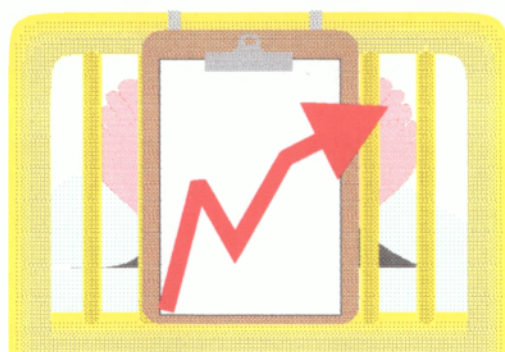

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ

Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ



Σπουδάστρια : ΝΙΝΑ ΜΑΡΙΑ

Εισηγητής : Σταύρος Χρήσιμος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	9
1.1. Α΄ Περίοδος 1922-1952.....	9
1.2. Β΄ Περίοδος 1953 - 1982.....	9
1.3. Γ΄ Περίοδος 1983 - Σήμερα.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	12
ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	12
2.1. Αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας.....	12
(α) Δημογραφικοί παράγοντες.....	13
(β) Επιδημιολογικοί παράγοντες.....	13
(γ) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	14
(δ) Υγειονομικοί παράγοντες.....	14
(ε) Η αύξηση του όγκου και της αξίας των υπηρεσιών υγείας.....	14
2.2. Προσδιορισμός του ύψους των δαπανών υγείας.....	15
2.3. Κατηγορίες δαπανών.....	17
2.4. Διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	18
2.5. Η σύνθεση και η εξέλιξη των δαπανών υγείας των Δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων την πενταετία 1991-1995.....	20
2.6. Η κατανομή των δαπανών υγείας των Δημοσίων νοσοκομείων σε περιφερειακό επίπεδο.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
Ο ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	29
3.1. Έννοια και περιεχόμενο του προϋπολογισμού.....	29
3.2. Διαδικασία κατάρτισης νοσοκομειακών προϋπολογισμών.....	33
3.2.1. Νομικό πλαίσιο και πρακτική.....	33
3.2.2. Κριτικές Επισημάνσεις.....	35
3.3. Μειονεκτήματα σύνταξης του νοσοκομειακού προϋπολογισμού.....	35
3.4. Προτάσεις για βελτίωση της κατάρτισης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών.....	39

3.5. Διαδικασία έγκρισης.....	41
3.5.1. Νομικό πλαίσιο και πρακτική.....	41
(α) Περιγραφή της σχέσης Νομαρχίας - Νοσοκομείου.....	43
(β) Περιγραφή της σχέσης Νοσοκομείου - Υπουργείου Υγείας.....	43
3.5.2. Κριτικές επισημάνσεις.....	44
3.6. Διαδικασία εκτέλεσης προϋπολογισμού.....	45
3.6.1. Νομικό πλαίσιο και πρακτική.....	45
(α) Περιγραφή της σχέσης Κοινωνικής Ασφάλισης-Νοσοκομείων.....	46
(β) Περιγραφή της σχέσης Υπουργείου Εμπορίου - Συστήματος Υγείας.....	47
3.6.2. Κριτικές Επισημάνσεις.....	48
3.7. Κριτική Ανάλυση -Συμπεράσματα.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	51
ΠΗΓΕΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	51
Γενικά.....	51
4.1. Η χρηματοδοτική διαδικασία ως κύκλωμα ροών.....	51
4.2. Η κάλυψη των δαπανών των Νοσοκομείων μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού.....	55
4.3. Η Οικονομική Διαχείριση και οι Νοσοκομειακοί Προϋπολογισμοί.....	57
4.4. Η διαχείριση στα Ελληνικά Νοσοκομεία.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΑ	
ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	67
5.1. Συμπεράσματα.....	67
5.2. Προτάσεις.....	69
5.2.1. Οικονομικός σχεδιασμός Υγείας.....	69
5.2.2. Προγραμματισμός - προϋπολογιστική διαδικασία.....	71
5.2.3. Εξισορρόπηση των εσόδων και των εξόδων.....	72
5.2.4. Καλλίτερος έλεγχος του κόστους.....	74
5.2.5. Άλλες προτάσεις.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	78
ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ.....	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Πίνακας 2.1. Ανάλυση δαπανών των Δημόσιων νοσοκομείων (περιεχόμενο).....	18
Πίνακας 2.2. Δημόσιες δαπάνες υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 1960 -1982	20
Πίνακας 2.3. Κατανομή δαπανών των Δημόσιων νοσοκομειακών προϋπολογισμών κατά την περίοδο 1991 - 1995.....	22
Πίνακας 2.4. Ανάλυση εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων (1991-95)	23
Πίνακας 2.5. Κατανομή Δημόσιων νοσοκομειακών δαπανών και του πληθυσμού ανά περιφέρεια για το έτος 1994	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πίνακας 4.1. Σύγκριση κλειστού νοσηλίου με πραγματικό κόστος	58
Πίνακας 4.2. Ποσοστιαία (%) σύνθεση πηγών εσόδων νοσοκομείων (1991-95).....	60

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Διαγρ. 2.1. Γραφική παράσταση της κατανομής των δαπανών στις Δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες (1991-1995).....	22
Διαγρ. 2.2. Γραφική παράσταση ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1991.....	24
Διαγρ. 2.3. Γραφική παράσταση ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1992.....	24
Διαγρ. 2.4. Γραφική παράσταση ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1993.....	25
Διάγρ. 2.5. Γραφική παράσταση ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1994.....	25
Διάγρ. 2.6. Γραφική παράσταση ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1994.....	26
Διάγρ. 2.7. Γραφική παράσταση της κατανομής των νοσοκομειακών δαπανών και του πληθυσμού ανά περιφέρεια (1994).....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Διαγρ. 3.1. Διαδικασία κατάρτισης / έγκρισης του νοσοκομειακού προϋπολογισμού από το Νοσοκομείο.....	37
Διαγρ. 3.2. Διαδικασία έγκρισης νοσοκομειακού προϋπολογισμού	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Διαγρ. 4.1. Διάρθρωση Χρηματικών Εισροών κατά φορέα χρηματοδότησης και εκροών κατά κατηγορία δαπάνης	52
Διαγρ. 4.2. Χρηματοδοτική διαδικασία νοσοκομείων ως κύκλωμα ροών.....	54
Διαγρ. 4.3. Γραφική παράσταση της ποσοστιαίας σύνθεσης εσόδων νοσοκομειακών προϋπολογισμών κατά έτη (1991 - 1995)	61

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή έχει σκοπό να εξετάσει και να παρουσιάσει τον προγραμματισμό των δαπανών υγείας στις δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες.

Δεν περιορίζεται σε μια απλή καταγραφή στατιστικών στοιχείων των δαπανών υγείας στα νοσοκομεία. Αντίθετα, γίνεται μια εμπειριστατωμένη ανάλυση μέσα από την οποία αναδεικνύονται τα προβλήματα και διαφαίνονται οι ανεπάρκειες και οι ελλείψεις στη διαδικασία προγραμματισμού των δαπανών υγείας.

Τα στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για την εργασία αυτή είναι πρόσφατα. Η αναζήτησή τους έγινε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Από εκεί προσκόμισα και την Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, οι οποίοι πιστεύουν ότι, εάν δεν υπάρξει δεκάχρονο πρόγραμμα αναμόρφωσης που θα στηρίζεται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, είναι αδύνατη η πιθανότητα εδραιώσεως ενός Συστήματος Υγείας υψηλών προδιαγραφών στη χώρα μας, έστω και αν οι δαπάνες για την υγεία αυξηθούν¹.

¹ B. Abel Smith - J. Calltorp - M. Dixon - Ad. Dunning - R. Evans - W. Holland - B. Jarman - H. Μοσιάλος, «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας». (Αθήνα, εκδ. Φαρμετρικά, 1994),σ.7.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και η οικονομική επιστήμη άρχισε να αναπτύσσεται από τον 17^ο αιώνα, η επιστήμη οικονομική της υγείας άρχισε να εμφανίζεται τις τελευταίες δεκαετίες. Το αντικείμενο της οικονομικής υγείας είναι οι οικονομικές ενέργειες των ατόμων, που αποβλέπουν στην εξασφάλιση των μέσων, με τα οποία επιτυγχάνεται η ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μιας κοινωνίας.

Στη χώρα μας, ο κλάδος αυτός των οικονομικών επιστημών άρχισε να εμφανίζεται μόλις στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, σε ένα περιορισμένο ακαδημαϊκό επίπεδο και με πρωτοβουλία ορισμένων ερευνητών άρχισαν κάποιες προσπάθειες καταγραφής και ανάλυσης των οικονομικών μεγεθών και παραμέτρων που συγκροτούν το ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Ταυτόχρονα, άρχισε να διατυπώνεται η ανάγκη για την αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών και η οικονομική τους αξιολόγηση.

Ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός, ο προϋπολογισμός και η παρακολούθηση των στόχων, των μέσων και αποτελεσμάτων των ακολουθούμενων πολιτικών, αποτελούν κύρια συστατικά των οικονομικών της υγείας.

Προγραμματισμός των δαπανών υγείας σημαίνει να αποφασιστεί προκαταβολικά το τι θα γίνει, πως θα γίνει, πότε θα γίνει και ποιος θα το κάνει, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί η παραγωγή υπηρεσιών υγείας (δηλαδή κοινωνικών αγαθών μη εμπορευματοποιήσιμων) με την ελάχιστη οικονομική θυσία. Ο προγραμματισμός αυτός συνίσταται στην ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων και την ιεράρχηση σχετικών προγραμμάτων.

Στο πόνημα αυτό γίνεται προσπάθεια να προσεγγισθεί ο τρόπος με τον οποίο γίνεται ο προγραμματισμός των δαπανών στα Δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας.

Για τον προγραμματισμό αυτό χρειάζεται να γίνει αξιολόγηση της λειτουργίας των Δημοσίων νοσοκομείων μέσα από μια σειρά δεικτών που καταγράφουν τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας αλλά και την χρήση των υπηρεσιών αυτών. Στη χώρα μας δυστυχώς υπάρχει τρομακτικό έλλειμμα στον τομέα αυτό παρά τις μεμονωμένες προσπάθειες από ακαδημαϊκούς κυρίως χώρους.

Η εργασία απαρτίζεται από πέντε κεφάλαια.

Το **πρώτο** κεφάλαιο αναφέρεται σε μεταρρυθμιστικούς νόμους των νοσοκομείων κατά τις περιόδους 1922-1952, 1953-1982 και 1983 - σήμερα.

Το **δεύτερο** κεφάλαιο καταγράφει το ύψος των δαπανών υγείας και τις αιτίες αύξησης των δαπανών αυτών. Εξετάζει την εξέλιξη μιας σειράς εξόδων, που πραγματοποίησαν τα Δημόσια νοσοκομεία την περίοδο 1991-1995. Τα έξοδα αυτά αυξάνονται κάθε έτος. Εμφαση δίνεται στην αναγκαιότητα ίσης κατανομής των δαπανών σε περιφερειακό επίπεδο.

Το **τρίτο** κεφάλαιο εκθέτει τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων σαν μέσο για τον προγραμματισμό των δαπανών υγείας. Όμως οι διοικούντες, συστηματικά «φουσκώνουν» τους προϋπολογισμούς τους για να μπορούν στη συνέχεια να διεκδικούν υψηλότερες επιχορηγήσεις από το Κράτος. Η κατάρτισή του αποτελεί ευθύνη του Οικονομικού τμήματος κάθε νοσοκομείου. Υποβάλλεται για έγκριση στη Νομαρχία η οποία το στέλνει στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους για έγκριση των πιστώσεων. Το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους στέλνει πίσω στη Νομαρχία εγκεκριμένα ποσά μικρότερα από αυτά που έχουν ζητηθεί. Η Νομαρχία στέλνει πίσω στο νοσοκομείο τον προϋπολογισμό με τις περικοπές των πιστώσεων. Ο προϋπολογισμός στηρίζεται περισσότερο στην γραφειοκρατία του Δημόσιου λογιστικού συστήματος και όχι στην ουσία, που είναι πως θα πραγματοποιηθεί η παραγωγή υπηρεσιών υγείας, με την ελάχιστη οικονομική θυσία, αφού η περικοπή του υποβληθέντος προϋπολογισμού μπορεί να αποφασισθεί σε κεντρικό επίπεδο χωρίς να υπάρχει εκτίμηση αναγκών.

Το **τέταρτο** κεφάλαιο αναφέρεται στις πηγές κάλυψης των δαπανών των Δημοσίων νοσοκομείων. Δηλαδή ποιες πηγές χρηματοδότησης αντιστοιχούν σε κάθε κατηγορία δαπάνης. Η κύρια πηγή κάλυψης των δαπανών είναι ο Κρατικός προϋπολογισμός.

Το **πέμπτο** κεφάλαιο αναφέρεται σε συμπεράσματα και προτάσεις για τον προγραμματισμό των δαπανών στα Δημόσια νοσοκομεία. Πρέπει να βελτιωθεί η οικονομική διαχείριση με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας με την οποία θα χρησιμοποιηθούν οι διαθέσιμοι πόροι. Η κατάρτιση του προγράμματος και του προϋπολογισμού μελετάται ως εργαλείο ελέγχου της χρήσης των πόρων.

Στο τέλος της εργασίας υπάρχουν δύο παραρτήματα. Το ένα αφορά το γλωσσάριο όπου προσδιορίζονται κάποιο οικονομικοί όροι και το άλλο την βιβλιογραφία.

Σε κάθε επιχειρούμενη μείωση δαπανών για υγεία, πρέπει να ερευνάται η χρησιμότητά της ή απλά να επιδιώκεται να μην είναι άχρηστη. Η μηχανή της οικονομικής διάστασης των δαπανών για υγεία χρειάζεται επέμβαση προσεκτική και ακριβή. Το σύστημα υγείας θα μπορέσει να κάνει τέτοιου είδους επεμβάσεις, μόνον όταν το πιστέψει ο υπεύθυνος πολιτικός, ο συνεπής ειδικός επιστήμονας και κύρια το ιατρικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό στον ευπαθή αυτό χώρο της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

1.1. Α΄ Περίοδος 1922-1952

Με το Νόμο 2882/1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το επίπεδο περίθαλψης ήταν υποτυπώδες συγκριτικά με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Οι δήμοι και οι κοινότητες ασκούσαν τον έλεγχο των λίγων δημοτικών - κοινοτικών νοσοκομείων. Εξαιρέση αποτελούσαν τα νοσηλευτικά ιδρύματα της εποχής π.χ. : «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός Σταυρός». Υπήρχαν ακόμα λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ο αναγκαστικός Νόμος 965/1937 άρχισε να οικοδομεί τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα. Το Δ.Σ. των δημοσίων Νοσοκομείων ρύθμιζε το τιμολόγιο νοσηλίων και ο Υπουργός Υγιεινής το ενέκρινε. Βασική πηγή εσόδων ήταν η ετήσια κρατική επιχορήγηση. Άλλοι πόροι προέρχονταν από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών, τις πληρωμές ασθενών, τις επιχορηγήσεις των δήμων, κληρονομίες, πρόσοδοι περιουσίας κ.ά. Με τον Α.Ν. 2769/41 ιδρύθηκαν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για τις ανάγκες του πολέμου που παρέμειναν και μετά τη λήξη του.

1.2. Β΄ Περίοδος 1953 - 1982

Με το Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες και μέσω αυτών στα Νομαρχιακά Συμβούλια Υγείας. Το Περιφερειακό Συμβούλιο Ιατρικής Αντίληψης γνωμοδοτεί επί των νοσηλευτικών υγειονομικών αναγκών της Περιφέρειας με βάση

τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα κ.ά., καθώς επίσης και για τον αναγκαίο εξοπλισμό και τις κτιριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων. Επίσης εγκρίνει τον προϋπολογισμό και την πρόταση καθορισμού των νοσηλίων των νοσοκομείων, όπως και τους διορισμούς, απολύσεις και προαγωγές του προσωπικού. Την τελική επίβλεψη έχει το Κεντρικό Συμβούλιο και το Υπουργείο Υγείας.

Η διοίκηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου ασκείται από τον διοικητικό Διευθυντή. Τα νοσοκομεία είναι Ν.Π.Δ.Δ. (κρατικά), Ν.Π.Ι.Δ. (μη κερδοσκοπικά) και ιδιωτικές κλινικές.

Οι πόροι τους προέρχονταν από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών, τους εύπορους ασθενείς και τα καταβαλλόμενα για τους απόρους από το κράτος ή τους δήμους. Επίσης, άλλα έσοδα προέρχονταν από δωρεές, κληρονομίες κλπ. Την εποχή εκείνη, ειδικά τα νοσοκομεία - Ν.Π.Ι.Δ. δεν παρουσίαζαν ελλείμματα στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς επειδή την πολιτική του νοσηλίου την καθόριζαν τα ίδια τα νοσοκομεία.

Σημαντική ανατροπή στην ισορροπία των νοσοκομειακών προϋπολογισμών επέφερε το Π.Δ. 957/79 με το οποίο καθιερώθηκε το κλειστό-ενοποιημένο νοσήλιο. Η διάσταση των ονομαστικών (κλειστό νοσήλιο) με τις πραγματικές τιμές (μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας) είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς.

1.3. Γ΄ Περίοδος 1983 - Σήμερα

Η σπουδαιότερη μεταρρύθμιση που έγινε μέχρι σήμερα στον τομέα της υγείας ήταν η εφαρμογή του Ν. 1397/83 περί Ε.Σ.Υ. Παρ' όλες τις σημαντικές καινοτομίες και θεσμούς που εισήγαγε μπορεί να ειπωθεί ότι προσβλέπει σε ένα σύστημα νοσοκομειοκεντρικό χωρίς να διασφαλίζει το διαχωρισμό της προσφοράς από τη ζήτηση και χωρίς να προβλέπει μηχανισμούς χρηματοδότησης και σύγχρονης

οικονομικής διαχείρισης. Ενέταξε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα - Ν.Π.Ι.Δ. στο Ν.2592/53 αλλάζοντας το θεσμικό τους πλαίσιο σε Ν.Π.Δ.Δ. και όλα πλέον τα νοσοκομεία στις διατάξεις του Π.Δ. 957/79 περί κλειστού νοσηλίου. Δεν ακολούθησε ενιαίες νομοθετικές ρυθμίσεις σχετικές με τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, κάτι που από χρόνια εφαρμόζεται διεθνώς και οι οποίες σήμερα επανεξετάζονται.

Κάνοντας μια ανασκόπηση της νομοθεσίας της νοσοκομειακής περίθαλψης τις τελευταίες δύο δεκαετίες παρατηρούμε ότι πληθώρα κανονιστικών πράξεων αφορούν την τιμολογιακή πολιτική νοσηλίου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Με τον Ν.2071/92 η τότε κυβέρνηση επέτρεψε τη δημιουργία ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων και πρόβλεψε τη σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου αξιοποίησης της περιουσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, κληροδοτημάτων και δωρεών που όμως ποτέ δεν λειτούργησε. Προέβλεπε επίσης τον καθορισμό (από τον Υπουργό) ενιαίου πλαισίου αντικειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού, έτσι ώστε αυτοί να στοιχειοθετούνται επί «μηδενικής βάσεως», πράγμα που στην πράξη κατέστη ανεφάρμοστο. Το νοσήλιο αυξήθηκε πάνω από 200% και παρά το ότι δεν κάλυπτε το πραγματικό κόστος νοσηλείας, δημιούργησε οικονομικά προβλήματα κυρίως στους προϋπολογισμούς των ταμείων οι οποίοι άρχισαν για πρώτη φορά να γίνονται ελλειμματικοί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Ένα από τα πιο οξεία προβλήματα της εποχής μας είναι η αύξηση των δαπανών για την υγεία. Έτσι πρέπει να ρίξουμε ένα φως πάνω στις δαπάνες αυτές των νοσοκομείων του Δημοσίου και να δούμε τις αιτίες που συντελούν στην αύξησή τους, πως θεωρητικά προσδιορίζεται το ύψος των δαπανών, ποιες κατηγορίες δαπανών περιλαμβάνουν, πως εξελίσσονται χρονικά και πως κατανέμονται σε κάθε περιφέρεια της χώρας μας.

Οι δαπάνες αυτές καταγράφονται όπως εμφανίζονται στους προϋπολογισμούς των Δημοσίων νοσοκομείων γιατί ο προγραμματισμός των δαπανών συνδέεται άμεσα με τον προϋπολογισμό, αφού μέσω αυτού γίνεται η κατανομή των δαπανών, για κάθε κατηγορία δαπάνης και για κάθε νοσοκομείο. Περισσότερα για τον προϋπολογισμό αναφέρονται στο κεφάλαιο 3.

2.1. Αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας.

Μετά τις οικονομικές κρίσεις της δεκαετίας του '70 , η χρηματοδοτική εμπλοκή του πλέγματος των κοινωνικών υπηρεσιών στις δυτικές βιομηχανικές χώρες, προκάλεσε σειρά προβληματισμών και συζητήσεων για τους αιτιολογικούς παράγοντες της αύξησης των δαπανών υγείας. Στην πρώτη μεταπολεμική περίοδο, έχει εντοπισθεί μια σειρά παραμέτρων οι οποίες ευθύνονται για την αύξηση των δαπανών υγείας. Οι παράμετροι αυτές είναι :

(α) Δημογραφικοί παράγοντες.

Η γήρανση του πληθυσμού και η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες αύξησε το ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το ποσοστό ατόμων, ηλικίας 60 ετών και άνω αυξάνεται και στην Ελλάδα. Από μόλις 10% το 1950, ένα σενάριο εκτιμά ότι θα φτάσει το 21,1% έως το 2.000². Η αύξηση αυτή σημαίνει ότι σταδιακά αφενός θα υπάρχουν όλο και μεγαλύτεροι αριθμοί ηλικιωμένων ατόμων που θα χρησιμοποιούν δυσανάλογα πολύ τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου ότι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών θα επιβαρύνει ένα σχετικά μικρό ενεργό πληθυσμό. Οι ανάγκες των ατόμων αυτών για υπηρεσίες υγείας είναι μεγαλύτερες και ο χρόνος νοσηλείας τους υπερδιπλάσιος. Σχετικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η κατά κεφαλή δαπάνη για υπηρεσίες υγείας των ηλικιωμένων είναι 6-8 φορές περισσότερη από τη μέση δαπάνη όλων των ηλικιών². Τα δεδομένα αυτά αυξάνουν το κόστος για την υγεία των ηλικιωμένων, το οποίο και μελλοντικά θα έχει τις ίδιες αυξητικές τάσεις εξαιτίας της περαιτέρω δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού.

(β) Επιδημιολογικοί παράγοντες

Το επιδημιολογικό φάσμα ενός πληθυσμού και ειδικότερα οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν ένα από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Κυρίως είναι η αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων στο επιδημιολογικό πρότυπο των βιομηχανικών χωρών (καρδιοπάθειες, νεοπλάσματα, ατυχήματα, ψυχικές νόσοι) τα οποία απαιτούν μακροχρόνιες και πολλές φορές μη αποτελεσματικές ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αυξάνουν το κόστος περίθαλψης και διαμορφώνουν υψηλές δαπάνες υγείας.

² Υφαντόπουλος Γιάννης «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα». (Αθήνα, β' έκδοση - Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1988)

(γ) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η αύξηση του κατά κεφαλήν διαθέσιμου εισοδήματος, το οποίο διευρύνει τη δυνατότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και εκτός των ασφαλιστικών οργανισμών, με αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης.

Επίσης, η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία επιτρέπει την αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας επειδή το κόστος καλύπτεται από τρίτους. Το καταναλωτικό πρότυπο και η στροφή της ζήτησης προς τις υπηρεσίες υγείας συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών υγείας.

(δ) Υγειονομικοί παράγοντες

Η διαρκής ανάπτυξη και επέκταση των ιατρικών και διαγνωστικών υπηρεσιών σε νέες δραστηριότητες και νέες υγειονομικές ανάγκες, καθώς επίσης και η ανάπτυξη και διάδοση της βιοϊατρικής Τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη συνεχή ανανέωσή της, η οποία αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας παρά τη βελτίωση της διάγνωσης και θεραπείας, αποτελούν παράγοντες αύξησης κόστους.

Η διόγκωση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού, τα οποία αντλούν εισοδήματα από τη διαδικασία παραγωγής και διανομής φροντίδων υγείας, με συνέπεια αρκετές φορές ευνοούν μια υπερβάλλουσα και προκλητική ζήτηση, η οποία δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας.

(ε) Η αύξηση του όγκου και της αξίας των υπηρεσιών υγείας

Η πρώτη παράμετρος, του όγκου δηλαδή, σχετίζεται με τη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις δεν

ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες υγείας. Για τη δεύτερη παράμετρο ενοχοποιούνται η υψηλή αμοιβή της εργασίας, η κακή χρήση και μη ορθή αξιοποίηση της βιοϊατρικής Τεχνολογίας και η κατάχρηση της παρακλινικής συνταγογραφίας από μέρους του ιατρικού δυναμικού, το οποίο προκαλεί και αυξάνει τη ζήτηση.

Οι παραπάνω παράγοντες απαντώνται τα τελευταία χρόνια σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, δημιουργούν αυξητικές τάσεις στο κόστος των υπηρεσιών και συμπαρασύρουν την αύξηση των δαπανών υγείας. Το κράτος έχει να καλύψει μια σειρά κοινωνικών απαιτήσεων και αναγκών όπως εκπαίδευση, πρόνοια, ανεργία. Οι λόγοι αυτοί, σε συνδυασμό με τη στενότητα των οικονομικών πόρων, δημιουργούν ένα περιοριστικό πλαίσιο στην πολιτική υγείας και επιβάλλουν τη λήψη μέτρων για τον έλεγχο των δαπανών, την αποδοτική και δίκαιη κατανομή τους για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

2.2. Προσδιορισμός του ύψους των δαπανών υγείας

Η ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας έχει φέρει στην επικαιρότητα - στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ - τις αναγκαίες πολιτικές ελέγχου όπως επίσης έχει επισύρει συζητήσεις και προβληματισμούς για τον προσδιορισμό του αναγκαίου και «επιτρεπτού» ύψους των δαπανών υγείας.

Από θεωρητική σκοπιά η διεθνής βιβλιογραφία προσεγγίζει το ζήτημα των διαχρονικών εξελίξεων των δαπανών υγείας με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους :

(α) **Η οικονομική προσέγγιση**, προέρχεται από τον κλάδο των οικονομολόγων της υγείας, οι οποίοι δεν επιχειρούν να δώσουν μία άμεση απάντηση σχετικά με το απαιτούμενο ύψος των δαπανών υγείας αλλά θέτουν το πρόβλημα της ωφέλειας της κοινωνίας από τη χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων. Υποστηρίζεται ότι δεν είναι δυνατόν να λεχθεί με επιστημονική ακρίβεια αν ένα

σύστημα υγείας δαπανά πολλούς, λίγους ή ένα άριστο επίπεδο οικονομικών πόρων. Το κρίσιμο ερώτημα που απαιτείται να απαντηθεί είναι, ποιες είναι οι ωφέλειες του πληθυσμού από τη χρήση αυτών των συγκεκριμένων πόρων και ποιες είναι οι υπάρχουσες διαδικασίες που επιλέγονται για να μεγιστοποιήσουν την ωφέλεια.

Με άλλα λόγια για να πραγματοποιηθεί ο στόχος της αποδοτικής αξιοποίησης των δαπανών υγείας απαιτείται η ύπαρξη και διάχυση πληροφοριών σχετικά με τη σχέση «εισροών» στο σύστημα και «εκροών» ή «αποτέλεσμα στο υγειονομικό επίπεδο». Το τελευταίο προϋποθέτει τη μέτρηση του κόστους και του οφέλους και κατ' επέκταση την προώθηση και εφαρμογή αναλύσεων κόστους / οφέλους και κόστους / αποτελεσματικότητας. Το ενδιαφέρον δηλαδή, των οικονομολόγων της υγείας, σχετικά με τις δαπάνες υγείας στρέφεται όχι στον προσδιορισμό του άριστου ύψους τους, αλλά προσανατολίζεται στην εξεύρεση τρόπων αποδοτικής αξιοποίησής τους.

(β) **Η προσέγγιση των αναγκών υγείας**, συνδέει το ύψος των δαπανών υγείας με τον προσδιορισμό των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, είναι απαραίτητο να προσδιορίζονται οι υγειονομικές ανάγκες, όπως αυτές προκύπτουν από τις δημογραφικές και επιδημιολογικές εξελίξεις και τις ιατρικές Τεχνολογικές αλλαγές. Στη συνέχεια υπολογίζονται τα πρόσθετα ποσά που απαιτούνται κάθε έτος και είναι προφανές ότι οι δαπάνες του προηγούμενου έτους αποτελούν το σημείο βάσης εκκίνησης για τον προσδιορισμό των δαπανών του επόμενου έτους. Όμως η παρούσα προσέγγιση δεν εξετάζει αν το ύψος των δαπανών στο έτος βάσης, ούτε επίσης αν η σύνθεση των δαπανών υγείας, ήταν η καλύτερη δυνατή.

(γ) **Η προσέγγιση με βάση το μέγεθος του ΑΕΠ**, η μέθοδος αυτή υποστηρίζει ότι ο όγκος των δαπανών υγείας πρέπει να εξαρτάται από το τι είναι δυνατό να δαπανήσει μία χώρα. Υποστηρίζεται δηλαδή, ότι η αύξηση των δαπανών υγείας πρέπει να ακολουθεί την αύξηση του εθνικού προϊόντος. Επί πλέον, πέραν αυτής της βασικής θέσης, είναι δυνατόν ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας να συμπεριλαμβάνει πρόσθετα ποσά, τα οποία θα αντιστοιχούν σε πιθανές αναγκαίες

δαπάνες, οι οποίες οφείλονται σε δημογραφικές και επιδημιολογικές αλλαγές στο υγειονομικό πρότυπο του πληθυσμού.

Παρά το γεγονός ότι η παραπάνω άποψη είναι αρκετά ενδιαφέρουσα, γιατί προσφέρει μια επιστημονικά τεκμηριωμένη βάση, περικλείει ένα μεγάλο κίνδυνο και μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στον υγειονομικό τομέα. Το κυριότερο από αυτά, σχετίζεται με την αυτόματη προσαρμογή των δαπανών υγείας στην εξέλιξη του εγχώριου προϊόντος. Στην περίπτωση κατά την οποία η αύξηση του ΑΕΠ είναι μηδενική ή ακόμη αρνητική και οι υγειονομικές ανάγκες αυξηθούν, τότε θα προκύψουν προβλήματα από την ελλειπή χρηματοδότηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών των Δημόσιων νοσοκομείων αφορά μισθούς, και μία έστω μικρή αύξηση των μισθών του υγειονομικού προσωπικού θα αυξήσει σημαντικά τις υγειονομικές δαπάνες. Έτσι η παραπάνω πρόταση χρειάζεται μεγαλύτερη επεξεργασία για να καλύψει τις περιπτώσεις εκείνες οι οποίες απαιτούν αύξηση δαπανών υγείας, όταν ο ρυθμός αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος είναι αρνητικός ή θετικός μεν αλλά πολύ χαμηλός.

(δ) **Η σύγκριση με βάση τις διεθνείς εξελίξεις**, επιχειρεί την προσέγγιση του ύψους των αναγκαίων δαπανών υγείας, με την άντληση στοιχείων που προκύπτουν από τη συγκριτική παρουσίαση της εξέλιξης των δαπανών υγείας σε διεθνές επίπεδο. Με βάση τις διεθνείς εξελίξεις των δαπανών υγείας σε σχέση με το μέγεθος του ΑΕΠ που αφιερώνουν οι χώρες για τον υγειονομικό τομέα, είναι δυνατό μια χώρα να προσδιορίσει περίπου το απαραίτητο ύψος των υγειονομικών της δαπανών. Αν και η θέση αυτή έχει κάποια λογική, αφού οι κοινωνικές, οικονομικές, δημογραφικές και επιδημιολογικές εξελίξεις σε αρκετές χώρες συμπίπτουν σε αδρά πλαίσια, υπάρχουν μια σειρά από προβλήματα και αδυναμίες. Οι σπουδαιότερες από αυτές αφορούν τον τρόπο συλλογής, καταγραφής και το περιεχόμενο του όρου δαπάνες υγείας.

2.3. Κατηγορίες δαπανών

Οι δαπάνες για την περίθαλψη που πραγματοποιούνται μέσω των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες : λειτουργικά έξοδα,

αποδοχές προσωπικού, αγορές ακινήτων, ανέγερση και βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων, εξοπλισμός νοσοκομείων και λοιπά έξοδα. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η ανάλυση των δαπανών σε μορφή πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1. : ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	υγειονομικό υλικό - φαρμακευτικό υλικό - είδη καθαριότητας και ευπρεπισμού - είδη γραφικής ύλης και μικροεξοπλισμού γραφείων, εργαστηρίων - μισθώματα κτιρίων, μεταφορικών μέσων - ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ, ΕΛΤΑ.
ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Βασικός μισθός - επιδόματα χρόνου υπηρεσίας, οικογενειακών βαρών, ανθυγιεινής εργασίας κ.ά. - εφημερίδες, υπερωρίες προσωπικού - αναμενόμενες προσλήψεις, αποχωρήσεις υπαλλήλων
ΑΓΟΡΕΣ ΑΚΙΝΗΤΩΝ	Αγορές οικοπέδων, κτιρίων
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΤΙΡΙΑΚΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	Συντήρηση και επισκευή κτιριακών εγκαταστάσεων - ανταλλακτικά και αναλώσιμα μηχανημάτων
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	Διατροφή - ιματισμός - στολές προσωπικού - αγορά Τεχνικού εξοπλισμού
ΛΟΙΠΑ ΕΞΟΔΑ	Τόκοι - δικαστικά έξοδα - δημοσίων σχέσεων κλπ.

2.4. Διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ

Οι έντονοι ρυθμοί της δεκαπενταετίας 1960-1975 είχαν ως αποτέλεσμα την αντίστοιχη αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, οι οποίες αυξήθηκαν σημαντικά ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) (βλ. πίνακα 2.2.)

Το 1960, το 2,5% του Α.Ε.Π. διειτίθετο , κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ για την υγεία. Το αντίστοιχο ποσοστό της Ελλάδας ήταν μόλις 1,7%. Κατά την περίοδο 1960-1975, το ποσοστό αυτό ανήλθε κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά 3 περίπου ποσοστιαίες μονάδες, δηλαδή έφθασε στο 5,4% του Α.Ε.Π. το 1975.

Παρά τη σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας που παρατηρήθηκε στις χώρες του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη αύξηση των δαπανών υγείας, γιατί το 1975 το ποσοστό του ελληνικού Α.Ε.Π. που διατίθετο για την υγεία ήταν μόλις 2,4%.

Στην Ελλάδα παρουσιάστηκε ένα παράξενο φαινόμενο όσον αφορά στην εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας σε σχέση με το Α.Ε.Π. Ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ την δεκαπενταετία 1960-1975 οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο αυξήθηκαν σημαντικά ως ποσοστό Α.Ε.Π. κατά 3 ποσοστιαίες μονάδες περίπου, στην Ελλάδα η αύξηση αυτή ήταν μικρή κατά 0,7 ποσοστιαίες μονάδες. Κατά την περίοδο 1975-1982 η οικονομική ύφεση που έπληξε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ είχε ως συνέπεια τον έλεγχο των δαπανών υγείας και σε ορισμένες περιπτώσεις τη μείωση των δαπανών υγείας. Κατά μέσο όρο η αύξηση των δαπανών ήταν κατά 0,1 ποσοστιαίες μονάδες στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ στην Ελλάδα κατά 1,8 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το Α.Ε.Π. Αυτό αποδίδεται κυρίως στη χρονική υστέρηση με την οποία αντιδρά η κοινωνική πολιτική της Ελλάδας σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις της κοινωνικής πολιτικής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2. :ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ Α.Ε.Π. ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ, 1960 - 1982

ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1975	1980	1982
Αυστραλία	2,4	3,2	5,6	4,7	5,1
Αυστρία	2,9	3,4	4,1	4,5	4,7
Βέλγιο	2,1	3,5	4,4	5,0	5,2
Καναδάς	2,4	5,1	5,7	5,4	5,9
Δανία	3,2	5,2	5,9	5,8	5,8
Φιλανδία	2,3	4,1	4,9	5,1	5,3
Γαλλία	2,5	4,3	5,5	6,1	6,7
Γερμανία	3,2	4,2	6,6	6,5	6,6
Ισλανδία	2,4	4,1	6,7	6,7	6,6
Ιρλανδία	3,0	4,3	6,4	8,4	7,6
Ιταλία	3,2	4,8	5,8	6,0	6,0
Ιαπωνία	1,8	3,0	4,0	4,6	4,9
Λουξεμβούργο	-	-	5,6	6,6	7,4
Ολλανδία	1,4	5,3	6,2	6,8	7,3
Νέα Ζηλανδία	3,3	3,5	4,4	4,8	4,9
Νορβηγία	2,6	4,6	6,4	6,7	6,7
Πορτογαλία	0,9	1,9	3,8	4,2	4,0
Ισπανία	2,3	3,6	4,3	4,4	-
Σουηδία	3,4	6,2	7,2	8,8	9,0
Ελβετία	-	-	4,7	4,7	-
Τουρκία	-	1,1	-	0,7	-
Αγγλία	3,4	3,9	5,0	4,9	5,0
ΗΠΑ	1,3	2,8	3,7	4,1	4,5
Ελλάδα	1,7	2,1	2,4	3,8	4,2
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ	2,5	4,1	5,4	5,8	5,9

Πηγή : Υφαντόπουλος Γ., «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1988

2.5. Η σύνθεση και η εξέλιξη των δαπανών υγείας των Δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων την πενταετία 1991-1995

Τα τελευταία χρόνια οι δημόσιες δαπάνες υγείας εμφάνισαν σημαντική άνοδο, όπως είδαμε στην ενότητα 2.4.

Σε αυτή την ενότητα θα εξετάσουμε την εξέλιξη και σύνθεση των δαπανών υγείας στα Δημόσια νοσοκομεία για την περίοδο 1991-1995, οι οποίες αυξάνονται κάθε έτος όπως δείχνουν τα στοιχεία από τους προϋπολογισμούς των 130 Δημόσιων νοσοκομείων στον πίνακα 2.3.

Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι η αύξηση αυτή των δαπανών υγείας οφείλεται κατά ένα ποσοστό στην αύξηση των τιμών. Έτσι, το ύψος των δαπανών

υγείας δεν δείχνει την πραγματική αύξηση «του όγκου» των υπηρεσιών υγείας και των αγαθών που καταναλώθηκαν, αλλά παρουσιάζει μία νομισματική αύξηση των δαπανών. Έτσι όλα τα μεγέθη εκφράστηκαν σε τρέχουσες τιμές της περιόδου 1991-1995.

Στην εργασία αυτή χρησιμοποιούνται οι προϋπολογισμοί των Δημόσιων νοσοκομείων και όχι οι απολογισμοί γιατί ο προγραμματισμός των δαπανών συνδέεται άμεσα με την προϋπολογιστική διαδικασία. Αφού για να είναι πλήρες ένα πρόγραμμα, που προσδιορίζει να βελτιώσει την οικονομική διαχείριση χρειάζεται επίσης να βελτιωθεί η προϋπολογιστική διαδικασία με σκοπό να μεγαλώσει η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των φροντίδων υγείας.

Στο σημείο αυτό όμως απαιτείται να διευκρινιστεί ότι για την περίοδο 1991-1995 τα στοιχεία είναι ελλιπή και δεν περιλαμβάνουν τους προϋπολογισμούς όλων των νοσοκομείων. Το γεγονός αυτό μπορεί να αλλοιώνει ελαφρά την εξέλιξη των δαπανών.

Όπως δείχνει ο πίνακας 2.3., ο οποίος παρουσιάζει την εξέλιξη των δαπανών υγείας των Δημόσιων νοσοκομείων την πενταετία 1991-1995, η μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών έγινε το 1992. Το 1993 το ποσοστό αύξησης μειώθηκε, γιατί τα Κέντρα Υγείας μέχρι το 1992 χρηματοδοτούνταν μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία ήταν συνδεδεμένα, ενώ το 1993 γίνονται διοικητικά αυτόνομα και χρηματοδοτούνται κατευθείαν από τις νομαρχίες. Ο πρόσφατος νόμος 2194/94 έφερε ξανά τα Κέντρα Υγείας σε διοικητική και οικονομική σύνδεση με τα νοσοκομεία.

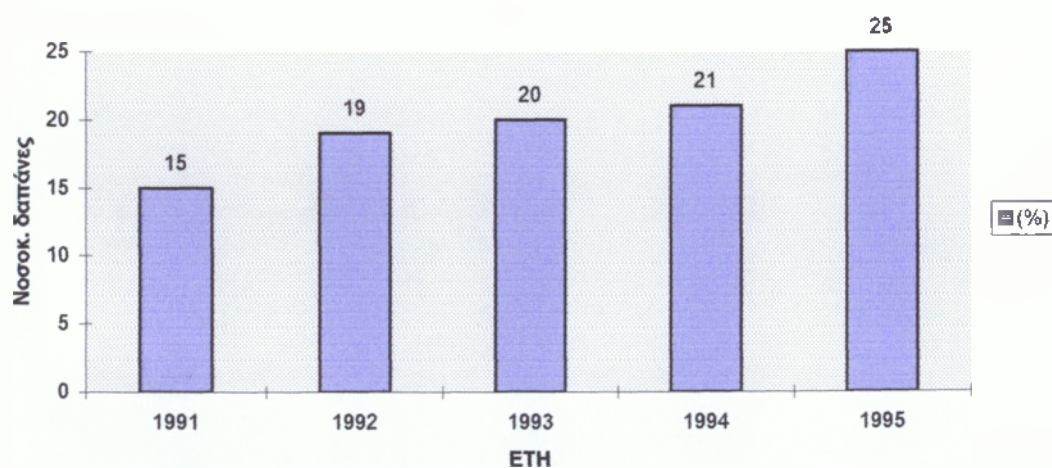
Ο πίνακας 2.4. παρουσιάζει τη σύνθεση των κυριότερων κατηγοριών εξόδων, όπως αυτά προκύπτουν από την επεξεργασία των προϋπολογιστικών στοιχείων 130 Δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο 1991-1995. Από τη σύγκριση των εξόδων προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών αφιερώνεται σε μισθούς, το οποίο καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ενώ το μικρότερο ποσοστό των δαπανών αφορά αγορές ακινήτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3. : ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1991-1995

ΕΤΗ	ΕΞΟΔΑ (σε χιλ. δρχ.)		ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ
	Ποσό	(%)	
1991	440.324.310	15	-
1992	548.196.713	19	24,5
1993	573.222.601	20	4,6
1994	621.549.043	21	8,4
1995	711.303.584	25	14,4
ΣΥΝΟΛΟ	2.894.596.251	100	

ΠΗΓΗ : Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Κοινωνικός Προϋπολογισμός (1991-1995) σε τρέχουσες τιμές

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1.

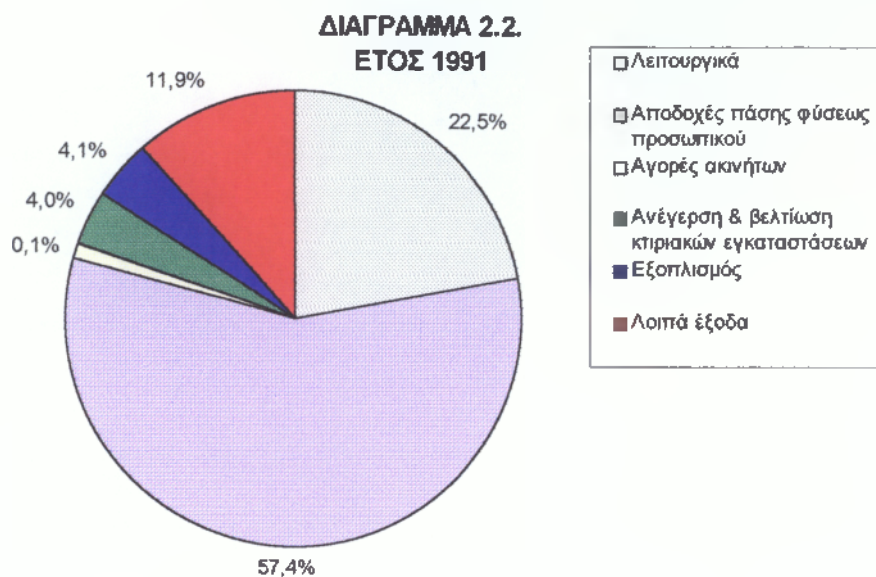


Σχεδ. 2.1. : Γραφική παράσταση (ακίδωτο διάγραμμα) της κατανομής των δαπανών στις δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες για την περίοδο 1991-1995 (σε τρέχουσες τιμές)

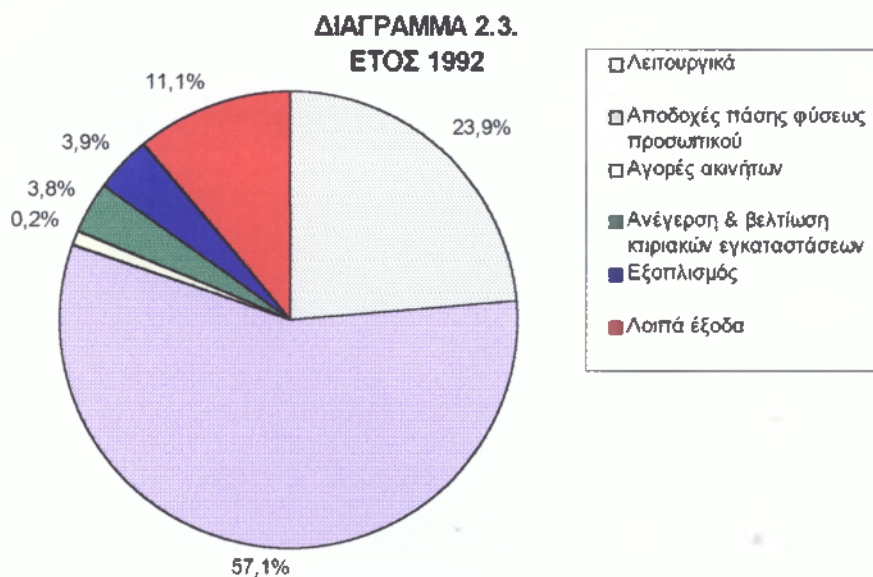
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4. : ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (1991-1995) (ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ	ΠΟΣΑ ΔΑΠΑΝΩΝ (σε χιλ. δραχ.)									
	1991		1992		1993		1994		1995	
	ΠΟΣΟ	(%)	ΠΟΣΟ	(%)	ΠΟΣΟ	(%)	ΠΟΣΟ	(%)	ΠΟΣΟ	(%)
Λειτουργικά	98.970.262	22,5	131.021.883	23,9	185.295.860	32,3	218.053.178	35,1	235.630.669	33,1
Αποδοχές πάσης φύσεως προσωπικού	252.825.947	57,4	313.144.953	57,1	294.017.349	51,3	303.160.581	48,8	362.142.215	50,9
Αγορές ακινήτων	575.711	0,1	1.075.863	0,2	712.285	0,1	618.000	0,1	735.500	0,1
Ανέγερση & βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων	17.749.242	4	20.756.445	3,8	17.383.904	3,1	18.215.819	2,9	19.914.974	2,8
Εξοπλισμός	17.947.987	4,1	21.293.546	3,9	16.693.946	2,9	19.586.006	3,1	18.859.928	2,6
Λοιπά έξοδα	52.255.161	11,9	60.904.023	11,1	59.119.257	10,3	61.915.459	10	75.020.298	10,5
ΣΥΝΟΛΟ	440.324.310	100	548.196.713	100	573.222.601	100	621.549.043	100	712.303.584	100

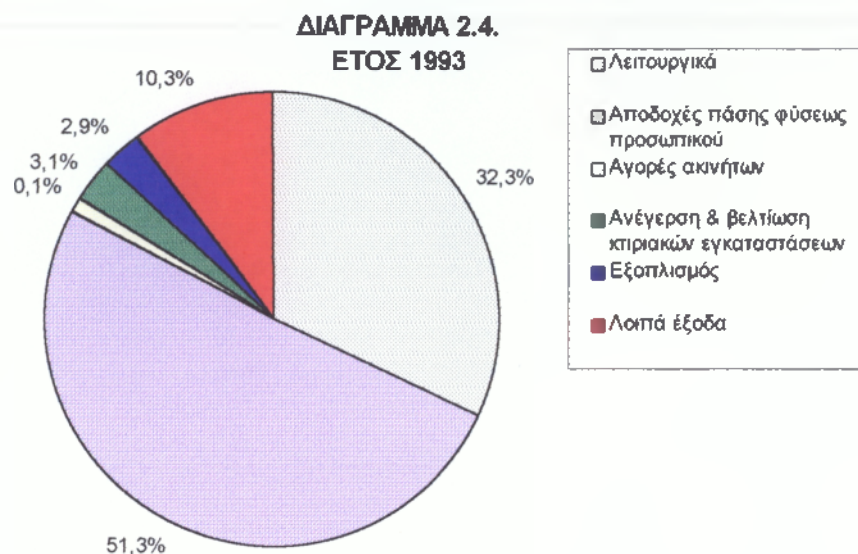
ΠΗΓΗ : Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί 1991-1995



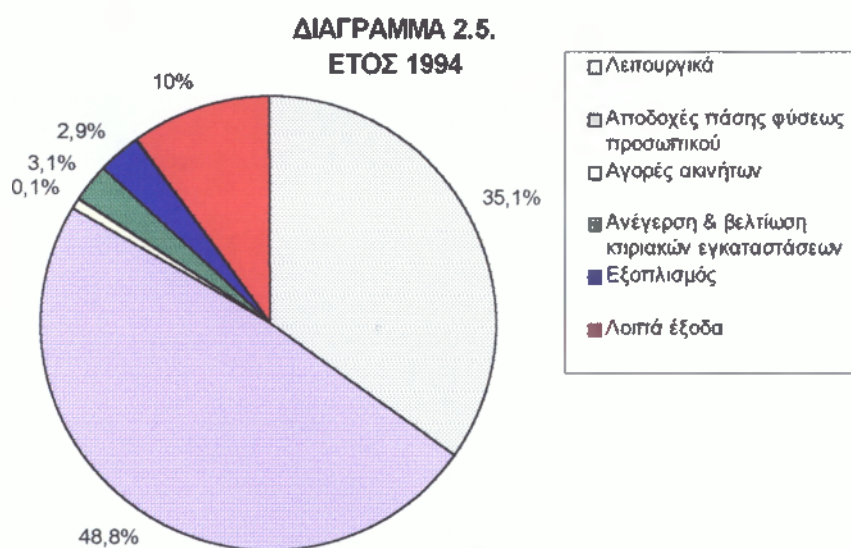
Σχεδ. 2.2. : Γραφική παράσταση (κυκλινός τομέας) ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1991



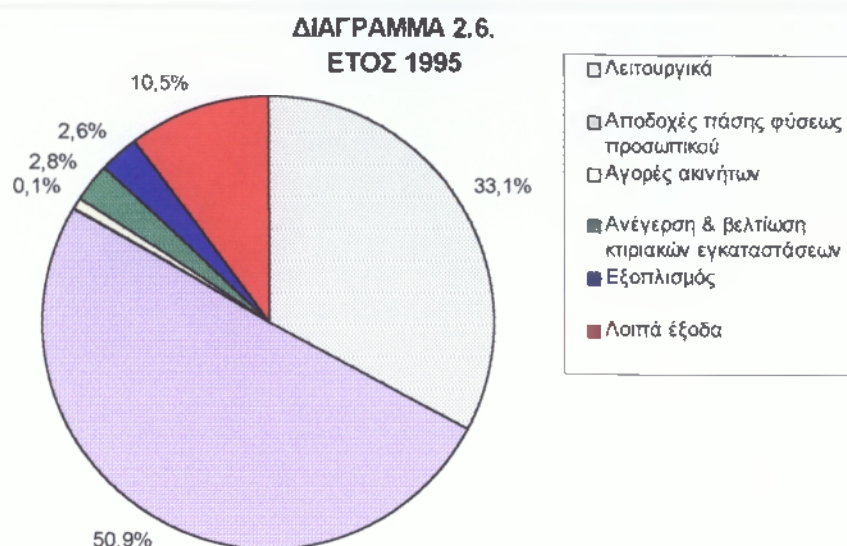
Σχεδ. 2.3. : Γραφική παράσταση (κυκλινός τομέας) ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1992



Σχεδ. 2.4. : Γραφική παράσταση (κυκλινός τομέας) ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1993



Σχεδ. 2.5. : Γραφική παράσταση (κυκλινός τομέας) ανάλυσης εξόδων των Δημόσιων νοσοκομείων για το έτος 1994



Σχεδ. 2.6. : Γραφική παράσταση (κυκλινός τομέας) ανάλυσης εξόδων των Δημοσίων νοσοκομείων για το έτος 1995

2.6. Η κατανομή των δαπανών υγείας των Δημοσίων νοσοκομείων σε περιφερειακό επίπεδο

Η αύξηση των δαπανών υγείας στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ έχει κινήσει τις διαδικασίες για την παραγωγή εναλλακτικών μηχανισμών χρηματοδότησης και μεθόδων που προάγουν την άριστη κατανομή των δαπανών και των πόρων, για την επίτευξη της ισότητας στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Υψηλή προτεραιότητα στις εξελίξεις αυτές αποτελούν οι προσπάθειες για τη δημιουργία ενός μηχανισμού περιφερειακής κατανομής των δαπανών και των πόρων έτσι ώστε η αποδοτικότερη κατανομή να συνδυάζεται με την άρση των περιφερειακών ανισοτήτων που έχουν επισημανθεί σε όλες τις χώρες. Το πρόβλημα έχει εντοπισθεί και στη χώρα μας.

Η άνιση κατανομή των δαπανών στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας μας έχει επισημανθεί τα τελευταία χρόνια και έχουν επιχειρηθεί οι πρώτες ερμηνείες του φαινομένου αυτού. Η κατανομή αυτή φαίνεται ότι ευνοεί την περιφέρεια της

Στερεάς Ελλάδας, η οποία έχει το 42% του συνολικού πληθυσμού και οι δαπάνες φτάνουν το 49,2% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών, για το έτος 1994, όπως δείχνει ο πίνακας 2.5. και το διάγραμμα 2.7. Τη δεύτερη θέση κατέχει η Μακεδονία όπου οι δαπάνες καλύπτουν το 22,8% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών και ο πληθυσμός της φτάνει το 24,1% του συνολικού πληθυσμού.

Αν συγκρίνουμε δύο περιφέρειες, της Πελοποννήσου και της Κρήτης, παρατηρούμε ότι δαπανούν σχεδόν ίσα ποσά για την υγεία τα νοσοκομεία, αλλά η Πελοπόννησος έχει περισσότερο πληθυσμό από την Κρήτη. Η Ήπειρος και η Θράκη έχουν σχεδόν τον ίδιο πληθυσμό αλλά παρουσιάζουν διαφορά στα ποσά των νοσοκομειακών δαπανών.

Είναι γνωστό ότι οι παρατηρούμενες γεωγραφικές ανισότητες και η άνιση κατανομή των δαπανών σχετίζονται με ευρύτερους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η αστικοποίηση του πληθυσμού και η ανάπτυξη μεγάλων οικονομικών δραστηριοτήτων, συμβάλλουν στην ανάπτυξη των επενδύσεων στο χώρο της υγείας και στη μεγάλη συγκέντρωση ιατρικού προσωπικού και άλλων επαγγελματιών υγείας. Κατά συνέπεια, η δημιουργία ενός μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των δαπανών, είναι εξαιρετικά δυσχερής και συμπαρασύρεται από σημαντικούς παράγοντες προσφοράς υπηρεσιών υγείας (κλίνες, ιατροί, βιοϊατρική Τεχνολογία) πέραν από τις υφιστάμενες ανάγκες, όπως αυτές εκφράζονται από μέγεθος του πληθυσμού.

Στη χώρα μας η απουσία μακροπρόθεσμου σχεδιασμού και σταθερού προσανατολισμού της εθνικής πολιτικής υγείας και η ανυπαρξία μηχανισμών χρηματοδότησης και κατανομής των υλικών πόρων, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την ύπαρξη και αναπαραγωγή των γεωγραφικών ανισοτήτων. Οι υφιστάμενες ανισότητες στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, αναπαράγονται από τον προγραμματισμό των επενδύσεων και τον τρόπο κατανομής των δαπανών. Η περιφέρεια της πρωτεύουσας συμπαρασύρει ένα μεγάλο μέρος των δαπανών και υπερχρηματοδοτείται σχετικά με τις ανάγκες του πληθυσμού - παρά το γεγονός ότι εξυπηρετεί σε ένα βαθμό τις άλλες περιφέρειες. Αντίθετα, πολλές γεωγραφικές

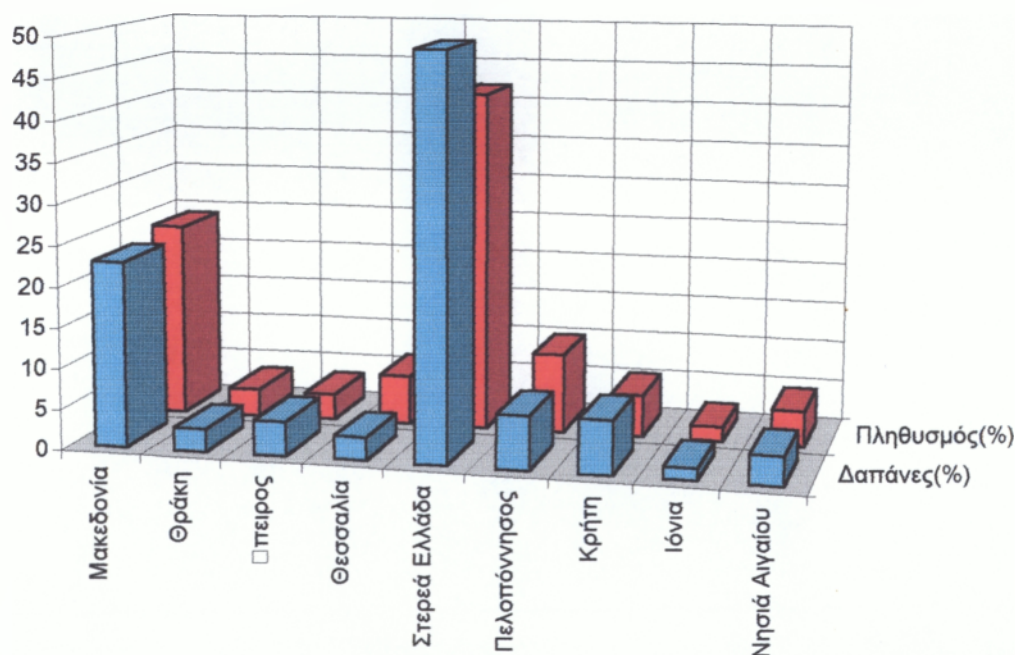
περιφέρειες της χώρας υποχρηματοδοτούνται και κυρίως αυτές οι οποίες βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

Η αναπαραγωγή των γεωγραφικών ανισοτήτων βασίζεται στα προβλήματα σχεδιασμού και προγραμματισμού και κυρίως στην απουσία κριτηρίων και μηχανισμών περιφερειακής κατανομής των πόρων και των δαπανών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5. : Κατανομή δημόσιων νοσοκομειακών δαπανών και του πληθυσμού ανά περιφέρεια για το έτος 1994

Περιφέρειες	Πληθυσμος	Πληθυσμός (%)	Δαπάνες (σε χιλ. δρχ.)	Δαπάνες (%)
Μακεδονία	2.523.256	24,1	141.609.020	22,8
Θράκη	360.436	3,4	17.134.456	2,8
Ήπειρος	339.628	3,2	26.334.369	4,2
Θεσσαλία	634.846	6,1	17.552.750	2,8
Στερεά Ελλάδα	4.394.669	42,0	305.516.864	49,2
Πελοπόννησος	1.026.023	9,8	40.658.203	6,6
Κρήτη	540.054	5,2	40.885.297	6,6
Ιόνια	193.634	1,8	9.521.843	1,5
Νησιά Αιγαίου	456.612	4,4	22.336.241	3,6
ΣΥΝΟΛΟ	10.469.158	100	621.549.043	100

Πηγή : Έκθεση της ειδικής επιτροπής Εμπειρογνημόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα 1994 - Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1994



Σχεδ. 2.7. : Γραφική παράσταση (ακιδωτό διάγραμμα) της κατανομής των νοσοκομειακών δαπανών και του πληθυσμού ανά περιφέρεια (1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η ανάλυση των νοσοκομειακών δαπανών , που έγινε στην προηγούμενη ενότητα, καθιστά προφανές ότι οι ρυθμοί ανάπτυξης των δαπανών υγείας στη χώρα μας, μετά το έτος 1975, ακολούθησαν συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς. Όμως το ύψος των νοσοκομειακών δαπανών προσδιορίζεται από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Ο προϋπολογισμός αποτελεί το κύριο μέσο για τον προγραμματισμό των δαπανών, αφού με αυτόν αποφασίζονται προκαταβολικά τα ποσά των δαπανών που θα χρειασθούν για το επόμενο έτος τα νοσοκομεία, ποιος αποφασίζει και πότε. Όμως αυτοί που τον συντάσσουν δεν προσπαθούν να συγκρατήσουν το ύψος των δαπανών αλλά «φουσκώνουν» τον προϋπολογισμό για να τύχουν μεγαλύτερης κρατικής επιχορήγησης, η οποία καλύπτει σχεδόν όλα τα έξοδα των νοσοκομείων όπως διαπιστώνεται στο τέταρτο κεφάλαιο.

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μία ανάλυση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού ως προς την έννοιά του, τη διαδικασία κατάρτισης, έγκρισης και εκτέλεσής του.

3.1. Έννοια και περιεχόμενο του προϋπολογισμού

Με τον όρο «προϋπολογισμό» στο Δημόσιο Λογιστικό, ορίζεται η διοικητική εκείνη πράξη, με την οποία προσδιορίζονται τα όρια των εσόδων και των εξόδων του

Ν.Π.Δ.Δ. και συγκεκριμένα του νοσοκομείου, μέσα στα οποία είναι υποχρεωμένο να κινηθεί αυτό, στο συγκεκριμένο έτος³.

Οικονομικό έτος είναι η χρονική περίοδος που περιλαμβάνει τις διοικητικές εκείνες πράξεις και τα γεγονότα που σχετίζονται με τη διαχείριση του χρήματος καθώς και κάθε άλλου περιουσιακού στοιχείου του νοσοκομείου, αρχίζει την 1^η Ιανουαρίου και λήγει 31^η Δεκεμβρίου. Είναι δυνατό με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, να αλλάξει ο χρόνος έναρξης και λήξης του οικονομικού έτους.

Ο προϋπολογισμός περιλαμβάνει δύο βασικά σκέλη :

☞ Το πρώτο σκέλος, των **εσόδων**, είναι αυτό που προσδιορίζει τα πλαίσια μέσα στα οποία θα κινηθεί ο προϋπολογισμός. Συντάσσεται με βάση τις κατ' αρχήν προβλέψεις για την καλύτερη δυνατή εκμετάλλευση των ιδίων πόρων του νοσοκομείου και τέτοια είναι τα έσοδά του από την παροχή υπηρεσιών (νοσήλια, εξετάσεις κλπ.) και κατά δεύτερο λόγο αυτά που προέρχονται από την εκμετάλλευση των περιουσιακών του στοιχείων (πωλήσεις, εκμισθώσεις, κεφάλαια).

Πέραν όμως από τα ίδια έσοδα, πόρους για το νοσοκομείο αποτελούν και οι κρατικές επιχορηγήσεις, που διακρίνονται :

α) Σε αυτές που καλύπτουν εξολοκλήρου τις δαπάνες για τη μισθοδοσία του προσωπικού,

β) Σε αυτές που με βάση την κάθε φορά ισχύουσα κυβερνητική πολιτική αλλά και τον σχεδιασμό του νοσοκομείου καλύπτουν τις δαπάνες για την εκτέλεση συγκεκριμένων έργων ή επενδύσεων σε εξοπλισμό και

γ) Σε αυτές που καλύπτουν τη διαφορά που προκύπτει κάθε φορά από το άνοιγμα μεταξύ των δαπανών και των ιδίων εσόδων.

³ Παρθένιος Σ. «Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας ΙΙΙ, Καλαμάτα 1994

☞ Το δεύτερο σκέλος είναι το σκέλος των **εξόδων**, στο οποίο περιλαμβάνονται, όλες οι δαπάνες που πραγματοποιεί το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους.

Έξοδα του προϋπολογισμού είναι οι πληρωμές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους και σε βάρος των πιστώσεων αυτού, ασχέτως του χρόνου που δημιουργήθηκε η υποχρέωση προς πληρωμή. Ως χρόνος πραγματοποίησης της πληρωμής λαμβάνεται ο χρόνος εξόφλησης του οικείου τίτλου.

Οι δαπάνες αυτές διακρίνονται :

α) Σε λειτουργικά έξοδα, όπου υπολογίζεται το κόστος υγειονομικού, φαρμακευτικού υλικού, ειδών καθαριότητας και ευπρεπισμού, το κόστος ειδών γραφικής ύλης και μικροεξοπλισμού γραφείων, εργαστηρίων κλπ., τα μισθώματα κτιρίων, μεταφορικών μέσων, το κόστος από ταχυδρομικά, ύδρευση, φωτισμό και οι υποχρεώσεις από παροχή τηλεπικοινωνιακών υπηρεσιών.

β) Σε αποδοχές προσωπικού όπου υπολογίζεται το κόστος του βασικού μισθού, του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, το κόστος του επιδόματος χρόνου υπηρεσίας, του επιδόματος οικογενειακών βαρών, του επιδόματος επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας και άλλων επιδομάτων. Επίσης υπολογίζεται το κόστος αποζημίωσης των υπαλλήλων π.χ. αποζημίωση για κανονική άδεια που δεν χορηγήθηκε. Συνυπολογίζεται, το κόστος των εφημεριών του ιατρικού προσωπικού και οι ενδεχόμενες υπερωρίες των υπόλοιπων εργαζομένων. Όλα τα παραπάνω υπολογίζονται σε συνάρτηση με πιθανές μεταβολές στη δύναμη του προσωπικού όπως, αναμενόμενες αυξήσεις αποδοχών, προγραμματισμός νέων προσλήψεων, προσλήψεις για αντικατάσταση απουσιαζόντων, αποχώρηση υπαλλήλων λόγω συνταξιοδότησης κλπ.

γ) Σε αγορές ακινήτων όπου υπολογίζεται το κόστος αγοράς ακινήτων, για κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου σε κτίρια για την εξυπηρέτηση των προσφερόμενων υπηρεσιών του. Για να ενεργηθούν οι αγορές αυτές πρέπει να υπάρξει απόφαση του συλλογικού οργάνου διοίκησης του νοσοκομείου η οποία πρέπει να εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

δ) Σε ανέγερση και βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων, όπου υπολογίζεται το κόστος των πάσης φύσης συντηρήσεων και επισκευών που πραγματοποιούνται ετησίως κατά μέσο όρο στις εγκαταστάσεις του κτιρίου. Επίσης, υπολογίζεται το ετήσιο κόστος κατά μέσο όρο, των πάσης φύσης ανταλλακτικών και αναλωσίμων που καταναλώνονται για την ομαλή λειτουργία των μηχανημάτων.

ε) Σε εξοπλισμό νοσοκομείων, εδώ υπολογίζεται το κόστος αγοράς ξενοδοχειακού εξοπλισμού, δηλαδή το κόστος του συνόλου της διατροφής (πρωινό, γεύμα, δείπνο) που προσφέρεται στους ασθενείς και στο εφημερεύον ιατρικό προσωπικό, το κόστος του συνόλου του ιματισμού (σεντόνια, υποσέντονα, μαξιλαροθήκες κλπ.) που αναλώνεται για τους ασθενείς και για το πάσης φύσης προσωπικό (στολές) που εργάζεται στο νοσοκομείο. Επίσης υπολογίζεται το κόστος αγοράς του Τεχνικού εξοπλισμού (μηχανημάτων και συσκευών) που προγραμματίζει το νοσοκομείο να αγοράσει για την εξυπηρέτηση των αναγκών του.

στ) Σε λοιπά έξοδα όπου υπολογίζεται το κόστος από τόκους, τα δικαστικά έξοδα, κάθε είδους δαπάνες δημοσίων σχέσεων, πληρωμές που αντικρίζονται από πραγματοποιούμενα έσοδα κλπ.

Τα έσοδα και τα έξοδα του προϋπολογισμού των νοσοκομείων ταξινομούνται κατά είδος, ομάδες και κατηγορίες αναλόγως της αιτίας και της φύσεως αυτών, κατά τα προβλεπόμενα για τον κρατικό προϋπολογισμό και τα αναφερόμενα στις αποφάσεις του Υπουργού Οικονομικών ειδικότερα. Το Υπουργείο Οικονομικών μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους εξέδωσε το 1982 τον «κώδικα κατάταξης εσόδων και εξόδων» που χρησιμοποιείται από όλα τα Ν.Π.Δ.Δ. για την ομοιόμορφη καταγραφή των εσόδων και των δαπανών τους. Ο κώδικας αυτός χρησιμοποιεί κωδικούς αριθμούς που είναι επικεφαλής ομάδων εσόδων - εξόδων και είναι δυνατόν να εμπλουτισθεί με νέους κωδικούς μέσα στις υποομάδες - λογαριασμούς.

Η κάθε Νομαρχία στην οποία ανήκει το νοσοκομείο (κάθε χρόνο) με την ευκαιρία κατάρτισης του προϋπολογισμού του επόμενου έτους ενημερώνει με σχετικά έγγραφα το Υπουργείο Οικονομικών - Γενικό Λογιστήριο του Κράτους για τυχόν συμπληρώσεις και τροποποιήσεις του κώδικα κατάταξης εσόδων και εξόδων του προϋπολογισμού των

Ν.Π.Δ.Δ. Έτσι το νοσοκομείο ως Ν.Π.Δ.Δ. χρησιμοποιεί τον κώδικα και με βάση αυτόν τους ανάλογους λογαριασμούς.

Η ταξινόμηση των εσόδων και των εξόδων θα πρέπει να επιτρέπει τη σύγκριση μεγεθών του προϋπολογισμού διαχρονικά. Σε ειδικά κεφάλαια και κωδικούς αριθμούς αυτού αναγράφονται οι σχετικές πιστώσεις οι οποίες είναι δυνατόν να τροποποιούνται και να αναμορφώνονται κατά την εκτέλεσή του, ύστερα από απόφαση του αρμόδιου, για έγκριση του προϋπολογισμού, οργάνου του Ν.Π.Δ.Δ.

3.2. Διαδικασία κατάρτισης νοσοκομειακών προϋπολογισμών

3.2.1. Νομικό πλαίσιο και πρακτική

Η διαδικασία κατάρτισης συντελείται μεν στο εσωτερικό του νοσοκομείου, επηρεάζεται όμως σοβαρά από το ευρύτερο διοικητικό περιβάλλον του νοσοκομειακού συστήματος, μέσω της διοικητικής πρακτικής και των διοικητικών κατευθύνσεων που δίνονται, αλλά και μέσω του προσδιορισμού των πόρων, κυρίως από την Κεντρική Διοίκηση. Σχετικά με αυτή τη διαδικασία ισχύουν τα εξής :

Κύρια προϋπόθεση κατά την κατάρτιση του προϋπολογισμού είναι η σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Οικονομικών και τις εγκυκλίους αυτού ορθή, αντικειμενική και αυστηρή πρόβλεψη πραγματοποίησης των εσόδων βάσει των οποίων προσδιορίζονται και καθορίζονται τα όρια και το ύψος των δαπανών.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία η διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού αρχίζει τέσσερις μήνες πριν από την έναρξη του οικονομικού έτους και όλα τα τμήματα, οι προϊστάμενοι κλινικών, εργαστηρίων και λοιπών Υπηρεσιών του νοσοκομείου υποβάλλουν λεπτομερείς και αναλυτικές καταστάσεις στον προϊστάμενο των Οικονομικών Υπηρεσιών, πλήρως απολογημένες, για τις ανάγκες των τμημάτων τους και κλινικών σε υλικά, μηχανήματα κλπ. του επόμενου οικονομικού έτους. Αυτές

ελέγχονται διεξοδικά και αξιολογούνται από τον Προϊστάμενο Οικονομικών Υπηρεσιών και καταγράφονται στα αντίστοιχα κεφάλαια και άρθρα του προϋπολογισμού.

Ο Ν. 1397/83 περί Ε.Σ.Υ. εισάγει το θεσμό της Επιστημονικής Επιτροπής, η οποία είναι αιρετή και επικεφαλής της Ιατρικής Υπηρεσίας, και ορίζει ότι «Η Επιστημονική Επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με την Ιατρική Υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε Τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου...».

Τέλος με Υπουργική Απόφαση για το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, εισάγεται ο θεσμός της Επιστημονικής Νοσηλευτικής Επιτροπής, αλλά πρακτικά δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί σε οντότητα.

Στην πράξη ο προϋπολογισμός καταρτίζεται από το οικονομικό τμήμα «ευθύνη και μέριμνα» του προϊσταμένου οικονομικών, με βάση τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους και αφού υπολογιστεί η σχετική τιμαριθμική αναπροσαρμογή. Κατά την κατάρτιση του προϋπολογισμού τηρείται σύστημα κωδικής κατάταξης κατά άρθρο και κεφάλαιο των εσόδων και των εξόδων αυτού.

Επίσης προϋπόθεση ορθής και αντικειμενικής κατάρτισης του προϋπολογισμού είναι η εισηγητική έκθεση η οποία τον συνοδεύει και η οποία θα πρέπει να είναι πλήρης, σαφής και λεπτομερής. Στην αιτιολογία των εσόδων και των δαπανών αναφέρονται και οι σχετικές διατάξεις που προβλέπουν την πραγματοποίησή τους.

Στη συνέχεια, μέσω του Διοικητικού Διευθυντή, υποβάλλεται στο Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) για έγκριση. Ο προϋπολογισμός κατά την κατάθεσή του για ψήφιση και έγκριση από τα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου πρέπει να είναι ισοσκελισμένος.

Οι προτάσεις και τα αιτήματα των τμημάτων για επενδύσεις ή άλλες βελτιώσεις φθάνουν στο τμήμα οικονομικών ως πληροφορίες μη αξιολογημένες και μη συστηματικά συγκεντρωμένες, με αποτέλεσμα την προώθηση κάποιων από αυτές που επιλέγονται με συνοπτικές και συχνά μη ορθολογικές διαδικασίες. Ανάλογη διαδικασία ακολουθείται και στο Δ.Σ. για τα θέματα αυτά.

Έτσι στο Δ.Σ., όπου οριστικοποιείται η μορφή του προϋπολογισμού, αποτελεί αυτός ένα θέμα όπως όλα τα άλλα και εγκρίνεται μετά από σχετικά συνοπτική συζήτηση.

3.2.2. Κριτικές Επισημάνσεις

Στην πράξη, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, δεν εξαντλούνται τα όποια περιθώρια αφήνει η νομοθεσία στην κατεύθυνση της συλλογής, και αξιολόγησης πληροφοριών απαραίτητων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού ούτε αναπτύσσεται πρωτοβουλία όπου υπάρχει δυνατότητα.

Συγκεκριμένα τα αιτήματα που φθάνουν από την Επιστημονική Επιτροπή ή από τα τμήματα στο Δ.Σ. για έγκριση δεν έχουν μελετηθεί και αξιολογηθεί στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Αλλά και στο Δ.Σ. η επιλογή προτάσεων δεν βασίζεται σε εμπειριστατωμένη ανάλυση και αξιολόγηση. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν έχουν οργανωθεί μηχανισμοί και όργανα που θα έχουν την ευθύνη, γιατί υπάρχουν μηχανισμοί και κριτήρια που δεν ανταποκρίνονται στην ανάγκη για ορθολογικές αποφάσεις στην κατεύθυνση επίτευξης ορθολογικής διαχείρισης των πόρων.

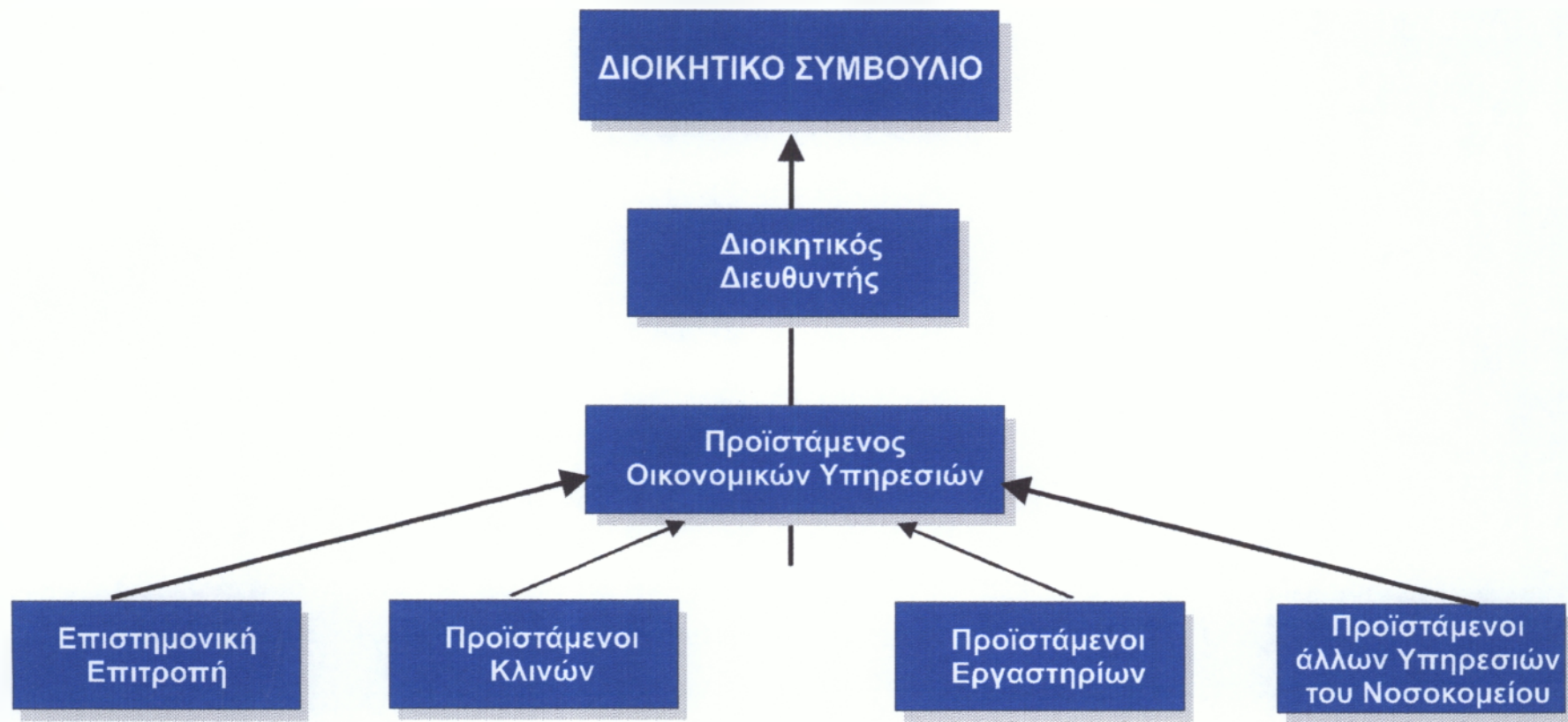
Στοιχεία που εκφράζουν προσπάθεια επέμβασης στο ύψος και στη διάρθρωση των δαπανών του προϋπολογισμού, κατόπιν αξιολόγησης πληροφοριών, στην προσπάθεια συγκράτησης του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας, φαίνεται ότι δεν υπάρχουν. Μετά απ' αυτά ο προϋπολογισμός, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως το χρηματοοικονομικό σχέδιο για ένα χρονικό διάστημα (διαχειριστικό έτος) και ο οποίος δύναται να χρησιμεύσει για την εκτίμηση και έλεγχο των μελλοντικών εργασιών και σχεδίων δράσης του νοσοκομείου, καταλήγει να είναι μία ακόμα διαδικασία ρουτίνας. Έτσι στερείται το Διοικητικό - Οικονομικό Management του Ελληνικού νοσοκομείου ενός σημαντικού εργαλείου για τον ορθολογικό προγραμματισμό και την σκόπιμη επίδραση και συντονισμό των δραστηριοτήτων του.

3.3. Μειονεκτήματα σύνταξης του νοσοκομειακού προϋπολογισμού

Η σύνταξη του προϋπολογισμού γίνεται ιστορικά με βάση την προηγούμενη χρήση, τις ενδείξεις των αναγκών του νοσοκομείου και τις εκτιμήσεις για τις αυξήσεις της επόμενης χρήσης. Αν και ο νόμος 2071/92 προέβλεπε προϋπολογισμούς μηδενικής βάσης, δηλαδή προϋπολογισμούς που η σύνταξή τους δεν γίνεται με βάση την

προηγούμενη χρήση, δεν εφαρμόσθηκε. Άλλωστε χωρίς καμία προηγούμενη προετοιμασία δεν θα μπορούσε να εφαρμοστεί. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι η διεθνής τάση για προϋπολογισμούς βασισμένους στη δραστηριότητα του νοσοκομείου (κατά περίπτωση, ασθένεια, ασθενή κλπ.) είναι δύσκολο να βασισθεί στο ισχύον λογιστικό σύστημα.

Σχεδιάγραμμα 3.1.



Σχεδ. 3.1. Διαδικασία Κατάρτισης / Έγκρισης του νασοκομειακού προϋπολογισμού από το Νοσοκομείο

Η ακαμψία και η γραφειοκρατία του δημοσίου λογιστικού συστήματος, που στηρίζεται περισσότερο στην «τυπολατρία» των νομικών διατάξεων και όχι στην ουσία, επιτείνεται από τη μορφή του ελέγχου που εκτός από κατασταλτικός είναι και προληπτικός. Ο τελευταίος γίνεται από Παρέδρους του Ελεγκτικού Συνεδρίου που παρά την άρτια νομική κυρίως (αλλά και οικονομική) κατάρτιση δεν έχουν ειδική γνώση των ιδιαιτεροτήτων των Υπηρεσιών Υγείας, με αποτέλεσμα τις μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές και τις συγκρούσεις με τα στελέχη του νοσοκομείου. Η πιθανά ανεπαρκής εκπαίδευσης και κατάρτιση των τελευταίων σε σχέση με το ρόλο τους, αλλά και οι συχνές μεταβολές στη διοίκηση και σύνθεση των οργάνων καθιστούν τη σύνταξη και διαχείριση του προϋπολογισμού μια ετήσια αντιαναπτυξιακή για το νοσοκομείο και πληκτική για τους συντάκτες διαδικασία.

Βασικό μειονέκτημα της σύνταξης των προϋπολογισμών είναι η αδυναμία παρακολούθησης της κατανάλωσης παρά μόνο των αγορών των συγκεκριμένων κωδικών. Έτσι σε πολλές περιπτώσεις τα ποσά της επόμενης χρήσης είναι πλασματικά. Άλλο μειονέκτημα είναι ότι η έλλειψη ενημέρωσης και συμμετοχής ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού στην όλη διαδικασία διαμόρφωσης οικονομικού σχεδίου, δημιουργεί προβλήματα στη μετέπειτα παρακολούθησή του.

Έτσι, αντί ο προϋπολογισμός να αποτελεί ένα ολοκληρωμένο χρηματοοικονομικό σχέδιο, καταλήγει σε μια απλή διοικητική πράξη. Σύστημα προϋπολογισμού βασισμένο σε σχεδιασμό - προγραμματισμό, όπου θα υπάρχει οικονομική αποτύπωση στόχων και μέτρων, είναι άγνωστα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Η κατάρτιση του προϋπολογισμού αποτελεί ευθύνη της Υποδιεύθυνσης ή του τμήματος Οικονομικού κάθε νοσοκομείου, αλλά συνήθως ένας υπάλληλος αναλαμβάνει τη σύνταξή του κατά τη διάρκεια των φθινοπωρινών μηνών του έτους. Ο προϋπολογισμός συντάσσεται με βάση τον προηγούμενο, με αναπροσαρμογή των διαφόρων ποσών στην προοπτική του αναμενόμενου πληθωρισμού.

Είναι περιττό να τονισθεί ότι δεν υπάρχει μετρήσιμος στόχος για νέα έσοδα ή για πλεόνασμα του προϋπολογισμού, έννοιες που συναντώνται ευρέως σε άλλες χώρες. Την ολοκλήρωση του προϋπολογισμού ακολουθεί εισηγητική έκθεση που μαζί με τους πίνακες εσόδων-εξόδων εγκρίνονται από το Δ.Σ. του νοσοκομείου.

Κατά τη διάρκεια της υλοποίησης του προϋπολογισμού προκύπτουν προβλήματα διαχείρισης και ελέγχου των λογαριασμών, εφόσον τα έσοδα και τα έξοδα των νοσοκομείων αποκλίνουν συνήθως των προϋπολογιζόμενων. Βασικός παράγοντας είναι η έλλειψη πραγματικού ελέγχου, ο οποίος επιβάλλεται σε όλα τα λογιστικά συστήματα.

Κατά τον απολογισμό είναι πιθανό να καταγραφούν έσοδα προηγούμενου οικονομικού έτους. Αυτό σημαίνει ότι για ορισμένους ασθενείς που νοσηλεύονται μια συγκεκριμένη χρονιά, τα νοσήλιά τους εισπράττονται την επόμενη.

Από τα παραπάνω προκύπτει η έλλειψη κριτηρίων αντιστοιχίας παραγόμενου έργου και χρηματοδότησης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περικοπές στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς οδηγούν τα νοσοκομεία σε συνεχή μεγέθυνση και συσσώρευση των ελλειμμάτων τους.

Ένας τακτικός υπάλληλος του Δημοσίου που εργάζεται στη Διεύθυνση Οικονομικών της Νομαρχίας (εδώ είναι εμφανής η απουσία περιφερειακής ή νομαρχιακής διαχειριστικής ομάδας υγειονομικής περίθαλψης) επιχειρεί να διαπραγματευτεί και να ασκήσει έλεγχο σε ένα σύνθετο και πολύπλοκο προϋπολογισμό που αποτυπώνει την πολιτική μιας ειδικής και μεγάλης επιχείρησης όπως είναι ένα σύγχρονο νοσοκομείο. Πρέπει να τονισθεί ότι η περικοπή του υποβληθέντος προϋπολογισμού μπορεί να αποφασισθεί σε κεντρικό επίπεδο, χωρίς να υπάρχει εκτίμηση αναγκών ή ουσιαστική διαπραγμάτευση. Η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αξιολόγησης σε συνδυασμό και με το μέγεθος αλλά και την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών, δεν έχουν ακόμη τύχει πρακτικής εφαρμογής. Έννοιες όπως οικονομίες κλίμακας, που θα μετρούσαν την αποδοτικότητα μιας νοσοκομειακής μονάδας, είναι γνωστές μόνο στους ακαδημαϊκούς χώρους.

3.4. Προτάσεις για βελτίωση της κατάρτισης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών

Το νοσοκομείο σαν οργανισμός έχει κάποιους στόχους, ο πιο ουσιαστικός από αυτούς είναι η άνοδος του επιπέδου υγείας των πολιτών, ο οποίος δεν καθορίζεται

βέβαια με οικονομικά κριτήρια, δεν προσεγγίζεται όμως αυτός και χωρίς οικονομικά μέσα.

Για να μπορούν να προγραμματισθούν οι νοσοκομειακές δαπάνες απαιτείται η βοήθεια ενός ανεπτυγμένου πληροφοριακού συστήματος και η χρήση τεχνικών και μεθόδων στον προγραμματισμό, στη λήψη αποφάσεων, στην εκτέλεση και στον έλεγχο για την αξιοποίηση και τον καθορισμό της πορείας τους.

Στην κατεύθυνση αυτή θα βοηθούσε

- α) Η καθιέρωση της σύνταξης **επιμέρους προϋπολογισμών**, ξέχωρα για κάθε κλινική, τμήμα ή εργαστήριο του νοσοκομείου. Έτσι κάθε κλινική, τμήμα ή εργαστήριο θα είναι υπεύθυνο για την τήρηση του δικού του προϋπολογισμού. Στις Η.Π.Α. χρησιμοποιούν τους κλινικούς προϋπολογισμούς, δηλαδή προϋπολογισμούς κάθε τμήματος - κλινικής του νοσοκομείου.
- β) Η **επιμόρφωση και τα σεμινάρια** εκπαίδευσης της Οικονομικής, Νοσηλευτικής και Ιατρικής Υπηρεσίας στις έννοιες του κόστους και του προγραμματισμού, έτσι ώστε να συνειδητοποιήσουν οι εργαζόμενοι τη συμμετοχή τους στη διαχείριση των πόρων και τη συγκράτηση του κόστους, που προκύπτει μέσω της δραστηριότητάς τους.
- γ) Η **κατάρτιση** του προϋπολογισμού θα πρέπει να αναλαμβάνεται όχι από έναν υπάλληλο, αλλά **από μία ομάδα υπαλλήλων** του οικονομικού τμήματος, αφού συγκεντρώσουν τους προϋπολογισμούς των τμημάτων, κλινικών ή εργαστηρίων. Στην κατάρτιση αυτή του προϋπολογισμού θα πρέπει να υπάρχουν στοιχεία που θα εκφράζουν προσπάθεια επέμβασης στο ύψος των δαπανών, ύστερα από αξιολόγηση πληροφοριών για την αύξηση των προσφερόμενων υπηρεσιών με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση του κόστους. Ένα στοιχείο που μπορεί να εκφράσει μία τέτοιου είδους επέμβαση είναι ο **Γραμμικός Προγραμματισμός**, ο οποίος είναι μία Τεχνική ελαχιστοποίησης ή μεγιστοποίησης μιας μεταβλητής και βοηθά τα στελέχη του νοσοκομείου να βελτιώσουν τη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων.
- δ) Για την κατάρτιση του προϋπολογισμού πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πραγματικές ανάγκες σε αγαθά και υπηρεσίες υγείας. Για τον προσδιορισμό της υγειονομικής ανάγκης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ορισμένα κριτήρια, όπως

είναι το μέγεθος και η σύνθεση του πληθυσμού, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα και οι διαπεριφερειακές ροές ασθενών.

- ε) Καλό θα ήταν να υπήρχε ποσοτικοποίηση των στόχων που βοηθά στον έλεγχο της επίτευξης του στόχου και μειώνει τον κίνδυνο ασάφειας και αποπροσανατολισμού. Δηλαδή στους προϋπολογισμούς να φαίνονταν η σχέση ποσό δαπανών ανά στόχο και όχι ποσό δαπανών ανά κατηγορία δαπάνης. Όταν οι δαπάνες καταχωρούνται σε σχέση με τον στόχο για τον οποίο πρέπει να πραγματοποιηθούν, οι διαχειριστές μπορούν να ελέγξουν την επίτευξη του στόχου, αντί να επαληθεύσουν απλά, ότι οι πιστώσεις του προϋπολογισμού δεν ξεπεράστηκαν.

3.5. Διαδικασία έγκρισης

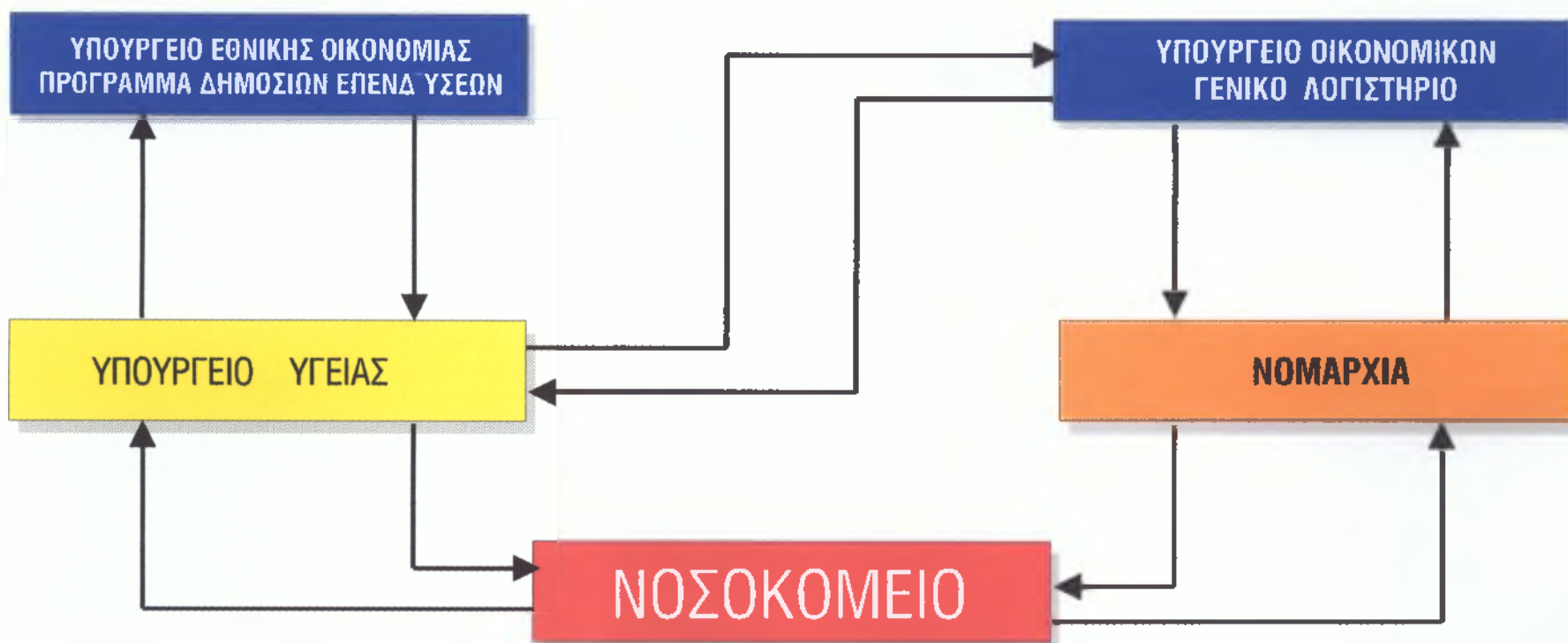
3.5.1. Νομικό πλαίσιο και πρακτική

Ο προϋπολογισμός υποβάλλεται για έγκριση, τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την έναρξη του οικονομικού έτους, στα αρμόδια όργανα. Αφού μελετηθεί από τα αρμόδια όργανα, επιστρέφεται εγκεκριμένος, όπως έχει ή με περικοπές.

Τα «αρμόδια όργανα» έχουν, εκτός από την αρμοδιότητα της έγκρισης και την αρμοδιότητα - ευθύνη της χρηματοδότησης - επιχορήγησης. Τα «αρμόδια όργανα» δεν ορίζονται σαφώς στους σχετικούς νόμους, για να δίνεται δυνατότητα αλλαγής τους εάν κριθεί απαραίτητο. Έτσι τα κάθε φορά αρμόδια όργανα καθορίζονται με εγκυκλίους ή διοικητικές αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας που κοινοποιούνται στα νοσοκομεία.

Ως αρμόδια όργανα, σύμφωνα με την πρακτική των τελευταίων χρόνων, δρουν στο σύστημα οι υπηρεσίες που φαίνονται στο *διάγραμμα 3.2.* στο οποίο απεικονίζεται η διαδικασία έγκρισης του προϋπολογισμού και με τη μελέτη του αρχίζει να γίνεται κατανοητή η σχέση και η εξάρτηση του νοσοκομείου από την κεντρική διοίκηση.

Διάγραμμα 3.2. : Διαδικασία έγκρισης νοσοκομειακού προϋπολογισμού



(α) Περιγραφή της σχέσης Νομαρχίας - Νοσοκομείου

Ο προϋπολογισμός, εγκεκριμένος από το Δ.Σ. του νοσηλευτικού ιδρύματος, υποβάλλεται για έγκριση στη Νομαρχία. Η Νομαρχία, αφού συγκεντρώνει όλους του προϋπολογισμούς των νοσοκομείων της αρμοδιότητάς της, καταρτίζει καταστάσεις όπου αναγράφονται κατά κωδικό και κατηγορία εξόδων τα ποσά που προκύπτουν από την άθροιση των αντίστοιχων ποσών που ζητούν - μέσω των προϋπολογισμών τους- τα νοσοκομεία. Αυτές τις καταστάσεις, χωρίς άλλη κριτική παρέμβαση και επικοινωνία με τα νοσοκομεία, στέλνει στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους ζητώντας με τη σειρά της έγκριση πιστώσεων για να καλύψει τις δαπάνες.

Το Γενικό Λογιστήριο στέλνει πίσω στη Νομαρχία εγκεκριμένα ποσά, πάντα συνολικά κατά κατηγορία και κωδικό εξόδων, μικρότερα από εκείνα που αυτή είχε ζητήσει, εκφράζοντας τα αιτήματα των νοσοκομείων. Δηλαδή γίνεται μια πρώτη περικοπή πιστώσεων, η οποία είναι αμέσως εμφανής, όταν κανείς μελετήσει τις σχετικές καταστάσεις αιτούμενων και εγκεκριμένων δαπανών από το Γενικό Λογιστήριο για όλες τις Νομαρχίες της χώρας.

Αυτή η περικοπή, μεταφέρεται αναλογικά στο κάθε νοσοκομείο, προκειμένου η Νομαρχία να καλύψει τις ανάγκες όλων. Στο σημείο αυτό, προκειμένου να αναπροσαρμόσουν τα Ιδρύματα τους προϋπολογισμούς τους στα οικονομικά δεδομένα που η Νομαρχία ορίζει, ακολουθείται σύντομη και συνοπτική διαδικασία ανάλογη με αυτήν της κατάρτισης. Το ποσοστό περικοπής που θα δεχθεί το κάθε νοσοκομείο διαφέρει κατά περίπτωση. Τα κριτήρια που φαίνεται ότι επηρεάζουν είναι κυρίως οι διαπροσωπικές σχέσεις που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ αρμόδιων υπαλλήλων νοσοκομείου και Νομαρχίας.

(β) Περιγραφή της σχέσης Νοσοκομείου - Υπουργείου Υγείας

Το Νοσοκομείο υποβάλλει τα αιτήματα - προτάσεις του για επενδύσεις - έκτακτες ανάγκες του προς το Υπουργείο Υγείας για έγκριση και χρηματοδότηση. Έχει προηγηθεί, στο χρονικό διάστημα που ορίζει ο Νόμος και με τη διαδικασία που ακολουθούν όλες οι Υπηρεσίες, η κατάθεση και η έγκριση του τακτικού

προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους και του προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων του Υπουργείου Υγείας από το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας.

Το Υπουργείο Υγείας, έχοντας δεδομένες και περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, προσπαθεί να καλύψει τα αιτήματα των νοσοκομείων κάνοντας ανάλογες περικοπές. Τα κριτήρια που επηρεάζουν το αποτέλεσμα είναι , σύμφωνα με τις μαρτυρίες των αρμόδιων υπαλλήλων, άτυποι κανόνες που όμως δεν καλύπτουν το απαιτούμενο γι' αυτές τις περιπτώσεις εύρος ούτε μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι είναι πάντοτε ενταγμένοι στα πλαίσια ενός μακροπρόθεσμου προγράμματος δαπανών υγείας. Φαίνεται ακόμη ότι οι εγκρίσεις ή μη πιστώσεων επηρεάζονται έντονα από τις διαπροσωπικές σχέσεις υπαλλήλων , και κυρίως γιατρών, του νοσοκομείου με παράγοντες του Υπουργείου Υγείας.

3.5.2. Κριτικές επισημάνσεις

Η Νομαρχία που προσδιορίζει, μέσω της διαδικασίας της έγκρισης, το ύψος της δαπάνης κάθε νοσοκομειακής μονάδας φαίνεται ότι δεν στηρίζεται σε ορθολογικά κριτήρια. Αιτίες αυτού μπορούν να θεωρηθούν :

- α) Η έλλειψη συγκεκριμένης και αναλυτικής αναφοράς σε ορθολογικά κριτήρια και διαδικασίες αξιολόγησης, που παρατηρείται στη νομοθεσία και στα διοικητικά έγγραφα, καθώς και η μη υποχρέωση κανενός στην τήρηση τέτοιων κριτηρίων.
- β) Η ελλιπής συγκέντρωση, από τη Νομαρχία, απαραίτητων πληροφοριών σχετικά με τα νοσοκομεία και η μικρή εμπειρία της στη διαχείριση πόρων για δαπάνες πέραν των μισθολογικών. Η σχέση λοιπόν Νομαρχίας - νοσοκομείου μπορεί να χαρακτηριστεί κυρίως ως τυπικά διοικητική και λιγότερο ως ουσιαστική - ορθολογική.

Αντίστοιχες αδυναμίες παρατηρούνται και στη σχέση νοσοκομείου - Υπουργείου Υγείας, που οφείλονται κυρίως στην έλλειψη μηχανισμών συλλογής και αξιολόγησης πληροφοριών. Επίσης διαφαίνεται η μη σύνδεση του παραγόμενου από το νοσοκομείου έργου με το ύψος της

χρηματοδότησης που θα μπορούσε να λειτουργήσει ως κριτήριο χρηματοδότησης. Αυτές οι αδυναμίες προκαλούν σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση και προσανατολισμό του υγειονομικού τομέα που τελικά γίνεται με ασαφή κριτήρια. Κρίσιμο σημείο αυτής της δεύτερης φάσης της χρηματοδοτικής διαδικασίας είναι η μη εμπλοκή του Υπουργείου στην έγκριση, και συνακόλουθα και στη χρηματοδότηση, των λειτουργικών και μισθολογικών δαπανών οι οποίες αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 80% των πόρων που απορροφά ο νοσοκομειακός τομέας. Δημιουργείται εδώ το ερώτημα τόσο της δυνατότητας συντονισμού και διεύθυνσης του συστήματος από το Υπουργείο, που έχει αναλάβει αυτό το ρόλο, όταν δεν συμμετέχει στην κατανομή του μεγαλύτερου μέρους των πόρων, όσο και γενικά της ορθολογικότητας ανάληψης της χρηματοδοτικής ευθύνης από τη Νομαρχία.

3.6. Διαδικασία εκτέλεσης προϋπολογισμού

3.6.1. Νομικό πλαίσιο και πρακτική

Σημαντικό στοιχείο στη διαδικασία εκτέλεσης προϋπολογισμού είναι η έμφαση που δίνεται στον έλεγχο της νομιμότητας (καλύπτει περίπου το 80% της νομοθεσίας), που διενεργείται κυρίως από το Ελεγκτικό Συνέδριο αλλά διέπει και τη σχέση μεταξύ νοσοκομείου και Κεντρικής Διοίκησης.

Η ισχύς του προϋπολογισμού αρχίζει με την έναρξη του νέου έτους. Στην πλειοψηφία όμως των περιπτώσεων αρχίζει το οικονομικό έτος χωρίς να έχει εγκριθεί ο προϋπολογισμός από τη Νομαρχία ή να έχει ζητηθεί η περικοπή των πιστώσεων προκειμένου να εγκριθεί (οπότε ακολουθείται διαδικασία ανάλογη αυτής της κατάρτισης).

Η νομοθεσία προβλέπει το πρόβλημα και ορίζει ότι εκτελείται ο προϋπολογισμός σε ποσοστό 25% των αντίστοιχων πιστώσεων και για διάστημα όχι μεγαλύτερο του τριμήνου. Συνήθως η ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας συμβαίνει μετά το τέλος του πρώτου τριμήνου.

Κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους το νοσοκομείο μπορεί αν κάνει τροποποιήσεις του προϋπολογισμού του, αυτού που τελικά έχει εγκριθεί, δηλαδή μεταφορά πιστώσεων μεταξύ των κωδικών χωρίς να μεταβληθεί το συνολικό ύψος του. Σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι να δώσει την απαιτούμενη ελαστικότητα στο σύστημα, ώστε να είναι δυνατή η κάλυψη κάποιων επιπλέον αναγκών και η διόρθωση κάποιου λάθους στις αρχικές εκτιμήσεις. Στην πράξη όμως γίνεται κατάχρηση αυτής της δυνατότητας και λειτουργεί αυτή σαν μηχανισμός χαλάρωσης της προσπάθειας για ακριβείς προβλέψεις κατά τη διαδικασία κατάρτισης.

Μετά την έγκριση του προϋπολογισμού, με την οποία διαδικασία και καθυστέρηση, οι πιστώσεις που εγγράφονται σε αυτόν δεν καταβάλλονται αυτόματα στο Νοσοκομείο. Οι μεν δαπάνες μισθοδοσίας καταβάλλονται κάθε μήνα, οι δε λειτουργικές δαπάνες ποσοστιαία κατά μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Πολύ συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της μη απορρόφησης από τα νοσοκομεία πιστώσεων, που η Νομαρχία κατέβαλε έγκαιρα, λόγω λανθασμένου προγραμματισμού ή κακής οργάνωσης. Αυτές οι πιστώσεις αφορούν συνήθως φθινό σχετικά Τεχνολογικό και μηχανολογικό εξοπλισμό, που είχε συμπεριληφθεί στους κωδικούς λειτουργικών δαπανών.

Υπάρχει ακόμα η περίπτωση που κάποια ανάγκη του Νοσοκομείου, συνήθως απρόβλεπτη, δεν μπορεί να καλυφθεί από τη Νομαρχία και τότε κινείται η διαδικασία της εξασφάλισης της κάλυψης από το Υπουργείο Υγείας. Δηλαδή, το Υπουργείο παρότι απέχει από την κατανομή λειτουργικών δαπανών μπορεί για κάποιες περιπτώσεις, μη σαφώς προσδιορισμένες, να εμπλακεί.

(α) Περιγραφή της σχέσης Κοινωνικής Ασφάλισης-Νοσοκομείων

Η κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή τα ασφαλιστικά ταμεία, πληρώνουν στο νοσοκομείο απολογιστικά, και συχνά με πολύ σημαντική καθυστέρηση, τις δαπάνες νοσηλείας των ασφαλισμένων τους όπως αυτές απεικονίζονται σε σχετικές καταστάσεις που καταρτίζει το νοσοκομείο. Οι δαπάνες αυτές δεν αφορούν το πραγματικό κόστος νοσηλείας, αλλά είναι υπολογισμένες με βάση την τιμή νοσηλίου, το οποίο είναι κλειστό, που έχει αποφασίσει η επιτροπή τιμών και εισοδημάτων μετά από εισήγηση του Υπουργείου Υγείας.

Η τιμή αυτή αντιστοιχεί σε ποσοστό μικρότερο από το 10% του πραγματικού κόστους νοσηλείας ανά ασθενή, με αποτέλεσμα η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη των δαπανών του νοσοκομείου να είναι σχετικά μικρή. Επίσης κρίσιμο σημείο είναι η παντελής απουσία της ίδιας της κοινωνικής ασφάλισης από τη διαδικασία καθορισμού της τιμής του νοσηλίου, που καθορίζεται έτσι με διοικητικές και όχι με διαπραγματευτικές διαδικασίες.

(β) Περιγραφή της σχέσης Υπουργείου Εμπορίου - Συστήματος Υγείας

Η σχέση του Υπουργείου Εμπορίου τόσο με το Νοσοκομείο όσο και το Υπουργείο Υγείας δεν επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση του Νοσοκομειακού Τομέα, επειδή αυτό δεν λειτουργεί ως πηγή χρηματοδότησης προς καμία μονάδα του συστήματος Υγείας. Η εμπλοκή του Υπουργείου Εμπορίου είναι καθαρά διαδικαστική, αφορά τις προμήθειες και έχει σκοπό την ορθολογική χρησιμοποίηση και εξοικονόμηση πόρων.

Η σκοπιμότητα τέτοιων διαδικασιών βρίσκεται στη μεγαλύτερη δυνατότητα προστασίας των οικονομικών συμφερόντων του Δημοσίου, μέσω της επίτευξης καλύτερων όρων προμήθειας μεγάλων ποσοτήτων αγαθών. Η επιτυχία όμως αυτού του σκοπού είναι συνάρτηση και άλλων παραμέτρων, όπως ο απαιτούμενος χρόνος και οι ακριβείς ποιοτικές προδιαγραφές των ειδών, που δεν πρέπει να παραβλέπονται γιατί επηρεάζουν έμμεσα τα οικονομικά μεγέθη των νοσοκομειακών μονάδων του Συστήματος Υγείας.

Το Υπουργείο Εμπορίου είναι αρμόδιο για την τιμολόγηση αγαθών και υπηρεσιών, εμπλέκεται στον καθορισμό της τιμής του κλειστού νοσηλίου (ποσοστιαίες περιοδικές αυξήσεις) καθώς επίσης και την αγορά εξοπλισμού. Εγκρίνει το ενιαίο ετήσιο πρόγραμμα προμηθειών των νοσοκομείων ή πραγματοποιεί διαγωνισμούς σε πανελλήνια βάση για υγειονομικό υλικό (φίλτρα, γάζες κλπ.) ή άλλο υλικό (γραφική ύλη). Επίσης εγκρίνει αιτήματα για εξοπλισμό άνω των δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δρχ. (ανά τεμάχιο) που ζητούν τα νοσοκομεία μέσω της Διεύθυνσης Βιοϊατρικής Τεχνολογίας του Υπουργείου Υγείας.

3.6.2. Κριτικές Επισημάνσεις

Η νομοθεσία, που αναφέρεται στην εκτέλεση του προϋπολογισμού, αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα με την περιορισμένη οπτική της διαχείρισης των χρηματολογιστικών δεδομένων της τήρησης της «νομιμότητας» και όχι με την οπτική του οικονομικού προγραμματισμού και μίας ορθολογικής κατανομής και διαχείρισης των πόρων. Η διαδικασία της έγκρισης του προϋπολογισμού δεν σημαίνει και την ταυτόχρονη καταβολή των χρημάτων, αλλά έχει έντονη την έννοια της τήρησης του τύπου και της νομιμότητας. Η δε ποσοστιαία καταβολή χρημάτων εξυπηρετεί ελεγκτικούς σκοπούς. Υπάρχει περίπτωση να μην δοθούν ποτέ στο Νοσοκομείο τα χρήματα που έχουν εγκριθεί με την έγκριση των πιστώσεων του προϋπολογισμού. Αυτό το γεγονός είναι πολύ σοβαρό επειδή καθιστά αδύνατη και την τελευταία πιθανότητα εφαρμογής του προγράμματος.

Το ανακόλουθο, το πολύπλοκο και το μη ορθολογικό αυτών των διαδικασιών εκτέλεσης του Προϋπολογισμού, κάνουν δύσκολη την κατανόηση της κατάστασης, όχι μόνο σε κάποιον που δεν έχει σχέση με τον συγκεκριμένο χώρο αλλά και σε εκείνους που εργάζονται στις σχετικές Υπηρεσίες. Το κυριότερο δε είναι ότι δημιουργεί δυνατότητες μη ορθολογικής κατανομής πόρων.

3.7. Κριτική Ανάλυση -Συμπεράσματα

Από την ανάλυση του προϋπολογισμού έχουν γίνει εμφανή τα αδύναμα σημεία του.

- (1) Η έγκριση του προϋπολογισμού και συνακόλουθη κατανομή πόρων δεν γίνεται στη βάση κάποιων κριτηρίων όπως π.χ. δεικτών λειτουργικότητας, ή του επιδιωκόμενου επιθυμητού παραγόμενου έργου , π.χ. περίπτωση ασθενειών, αλλά αν υπάρχει κάποιος προσανατολισμός σε κριτήρια αυτός είναι μονάδες των εισροών, π.χ. αριθμός γιατρών (μισθοδοσία), κλίνες (επενδύσεις), υλικό (λειτουργικό κόστος). Έχει καταδειχθεί ότι και αυτό δεν

- γίνεται με την αντίστοιχη μεθοδολογική επάρκεια (χρήση Τεχνικών προγραμματισμού).
- (2) Συχνό φαινόμενο ή μάλλον κανόνας, είναι η μη τήρηση των «αμοιβαίων δεσμεύσεων» στην εκτέλεση του προϋπολογισμού και από τα δύο μέρη.
 - Μη χορήγηση όλου του εγκρινόμενου ποσού από την μεριά της Κεντρικής Διοίκησης
 - Χαλαρότητα στην εκτέλεση των προϋπολογισθέντων έργων : Διαχειριστική πλημμέλεια από την μεριά των νοσοκομείων
 - (3) Όσον αφορά το ύψος του νοσηλίου και τον τρόπο που αποφασίζεται, δεν αποτελεί τεκμήριο κριτηρίου χρηματοδότησης με την έννοια ότι αποσκοπεί σε κάποιο συνειδητό σκοπό, εκτός από τη χρηματοδοτική ελάφρυνση του τακτικού προϋπολογισμού
 - (4) Έτσι δεν εκπλήσσει η διαπίστωση της ελλειμματικής οικονομικής λειτουργίας, ως κύρια τάση των νοσοκομείων και ο εκφυλισμός του συστήματος που εκ πρώτης όψεως θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένας «ιδιότυπος προοπτικός σφαιρικός προϋπολογισμός» σε ένα ασυντόνιστο πλημμελώς λειτουργούν σύστημα «αναδρομικής απόδοσης κόστους».
 - (5) Η κύρια νομοθεσία που αφορά την κατάρτιση του προϋπολογισμού του νοσοκομείου βασίζεται στο Δημόσιο Λογιστικό και αποτελείται από νόμους με μεγάλη χρονική απόσταση από το σύγχρονο γίνεσθαι. Η απόσταση αυτή θα ήταν παραδεκτή εάν και νεώτερες διατάξεις κάλυπταν τις νέες ανάγκες με τη θεσμοθέτηση κανόνων και κριτηρίων βασισμένων στους σύγχρονους προβληματισμούς και στις σύγχρονες απόψεις περί διοίκησης.

Η θεσμοθέτηση τέτοιων διαδικασιών συμβάλλει τα μέγιστα στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας, τόσο της Κεντρικής Διοίκησης όσο και των αποκεντρωμένων λειτουργικών μονάδων της, των Νομαρχιών και κυρίως των Νοσοκομείων. Θεσμοθέτηση σημαίνει σαφής καθορισμός των λειτουργικών διαδικασιών των μετεχόντων, της ροής εργασίας, προθεσμιών, εσωτερικών κανονισμών. Αναμφίβολα αυτό θα οδηγήσει στην ελάττωση των φαινομένων χαλαρότητας και των σημαντικών αποκλίσεων από τα σχετικά χρονοδιαγράμματα και

στην ακύρωση των άτυπων επικοινωνιών που δεν οδηγούν τελικά σε συγκεκριμένους στόχους και αμοιβαίες δεσμεύσεις και ευθύνες αλλά υποσκάπτουν και παρακάμπτουν θεσμοποιημένα όργανα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΗΓΕΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Γενικά

Για να αντιμετωπισθεί το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών πρέπει να βρεθούν πόροι με σκοπό να χρηματοδοτήσουν τις εγγεγραμμένες στον προϋπολογισμό δαπάνες των νοσοκομείων.

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται ο μηχανισμός κάλυψης των δαπανών από διάφορους φορείς. Επίσης γίνεται αναφορά στη διαχείριση των πόρων από τα Δημόσια νοσοκομεία όπου φαίνεται αν γίνονται προσπάθειες που αποσκοπούν στην αύξηση της αποδοτικότητας ή όχι.

4.1. Η χρηματοδοτική διαδικασία ως κύκλωμα ροών

Οι μέτοχοι του νοσοκομειακού τομέα όσον αφορά τη χρηματοδοτική λειτουργία είναι, εκτός από το ίδιο το νοσοκομείο, Όργανα - Υπηρεσίες της Κεντρικής Διοίκησης (Υπουργείο Υγείας, Νομαρχία, Υπουργείο Οικονομικών, Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, Υπουργείο Εμπορίου), η Κοινωνική Ασφάλιση και Λοιποί Φορείς (Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας).

Όλοι αυτοί οι μέτοχοι του συστήματος έχουν να επιτελέσουν συγκεκριμένο ρόλο σ' αυτό. Το νοσοκομείο το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη παραγωγής και παροχής - διανομής υπηρεσιών υγείας, με στόχο την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του.

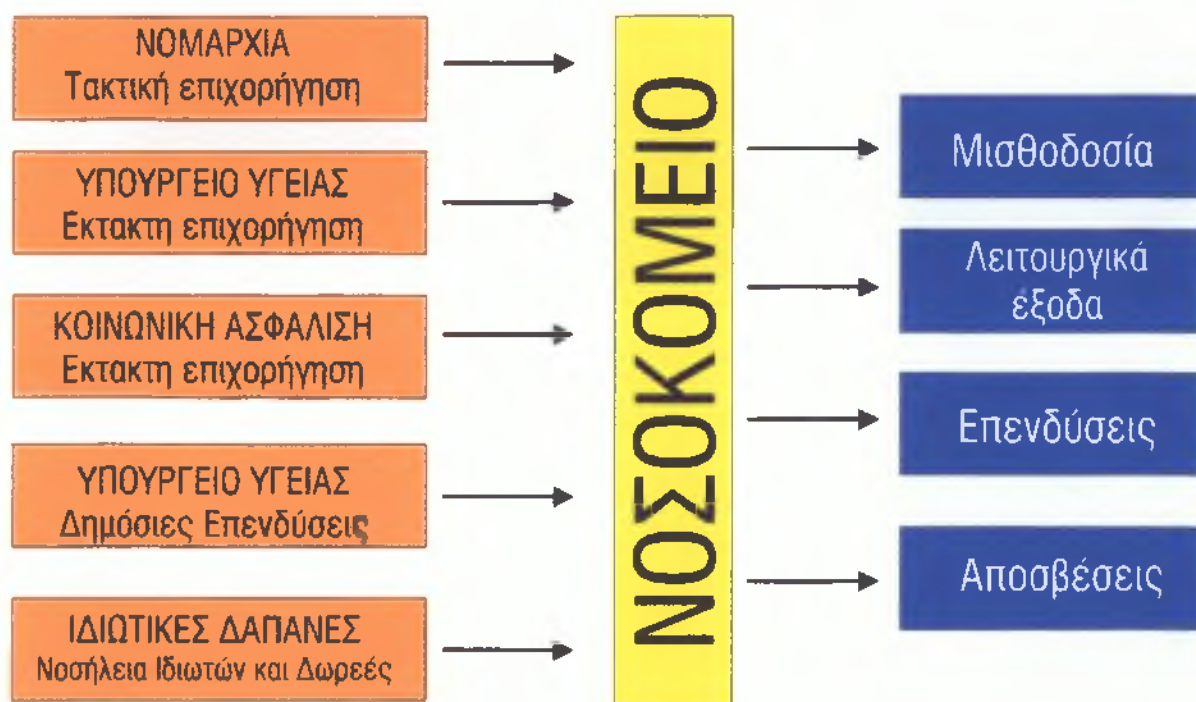
Το νοσοκομείο προκειμένου να ανταποκριθεί σ' αυτή την αποστολή δημιουργεί και συντηρεί μία ολόκληρη υποδομή αλλά και προβαίνει σε πλήθος

δαπανών απαραίτητων και συναφών με το στόχο του. Γεννάται φυσικά το πρόβλημα της εξασφάλισης των απαιτούμενων πόρων για την κάλυψη των δαπανών, δηλαδή το ζήτημα της χρηματοδότησης κάθε κατηγορίας δαπάνης, αλλά και όλων συνολικά και μέσω αυτού και του μελλοντικού προσανατολισμού.

Σε κάθε παράμετρο - κατηγορία δαπανών - αντιστοιχείται μία ή περισσότερες κατηγορίες εσόδων κατά φορέα - πηγή χρηματοδότησης. Στο **διάγραμμα 4.1.** απεικονίζεται η σχέση αυτή των εισροών - εκροών του νοσοκομείου. Στην αριστερή στήλη του διαγράμματος αναφέρονται όλοι οι φορείς χρηματοδότησης που αποτελούν τους υπόλοιπους μετόχους της χρηματοδοτικής διαδικασίας.

Το Υπουργείο Υγείας έχει αναλάβει το ρόλο του συντονιστή του συστήματος υγείας και χρηματοδοτεί τις επενδυτικές δαπάνες κυρίως και τις λειτουργικές επικουρικά. Η Νομαρχία χρηματοδοτεί τις λειτουργικές δαπάνες και τις δαπάνες μισθοδοσίας, αναλαμβάνοντας την κατανομή

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1. : Διάρθρωση Χρηματικών Εισροών κατά φορέα χρηματοδότησης και εκροών κατά κατηγορία Δαπάνης



των σχετικών κονδυλίων μεταξύ των νοσοκομείων της αρμοδιότητάς της, στα πλαίσια πιθανόν κάποιας αποκέντρωσης.

Η Κοινωνική Ασφάλιση, δηλαδή τα Ταμεία , συμμετέχει στη χρηματοδότηση καταβάλλοντας στα νοσοκομεία ποσά αντίστοιχα με τους νοσηλευθέντες ασθενείς τους.

Το Υπουργείο Οικονομικών, μέσω της Υπηρεσίας του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, εγκρίνει και προσδιορίζει το ύψος της δυνατής δαπάνης για το νοσοκομειακό τομέα.

Το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας εγκρίνει και προσδιορίζει το ύψος της δυνατής επενδυτικής δαπάνης του Υπουργείου Υγείας.

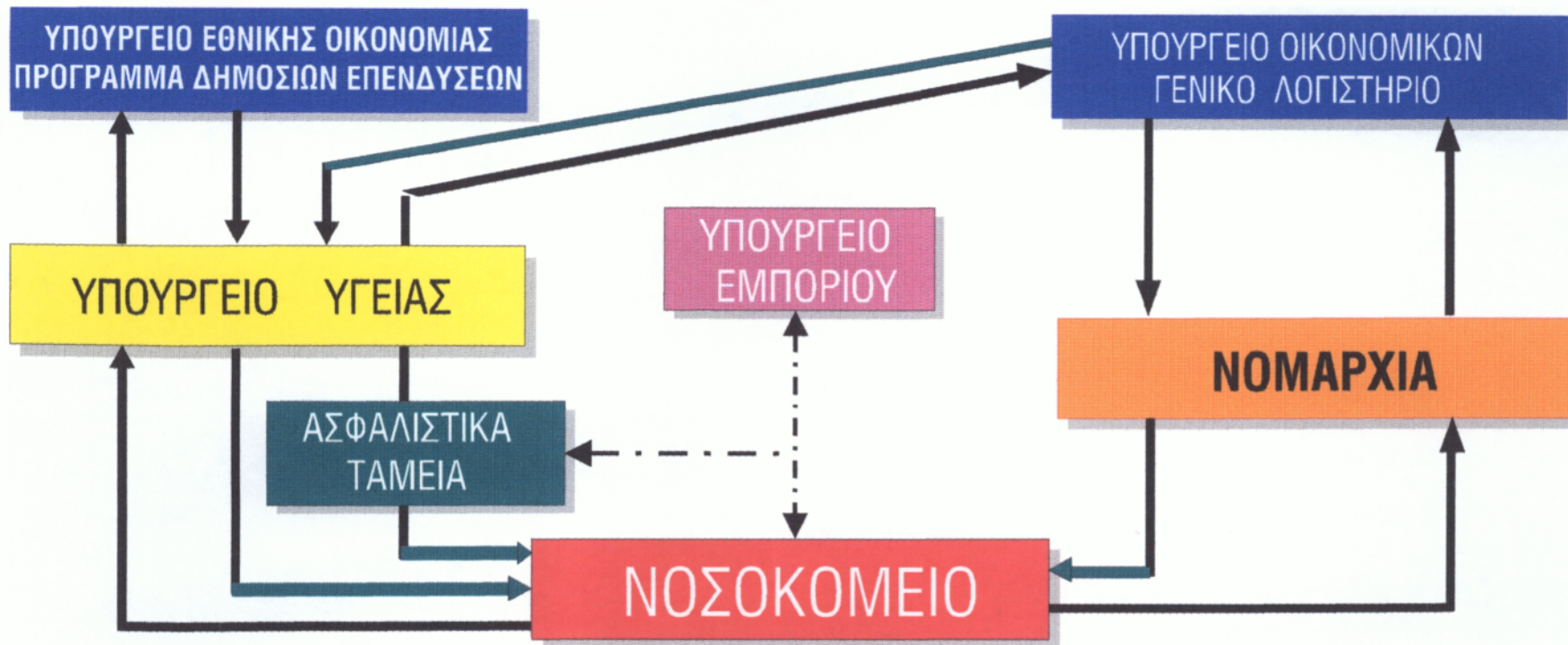
Το Υπουργείο Εμπορίου έχει μόνο διαδικαστική - υποβοηθητική, και καθόλου χρηματοδοτική, εμπλοκή στην αγορά μηχανολογικού εξοπλισμού.

Οι λοιποί φορείς, αν και δεν έχουν χαμηλή συμμετοχή στην κάλυψη του κόστους, έχουν πολύ μικρή επίδραση στη διαμόρφωση και πορεία του συστήματος χρηματοδότησης και για τον λόγο αυτό δεν αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω ενασχόλησης.

Η ροή της λειτουργικής διαδικασίας που ακολουθείται για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και οι σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων - μετόχων του συστήματος μπορούν να απεικονισθούν ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών, όπως το *διάγραμμα 4.2*. Καθοριστικό στοιχείο είναι η ροή των σχετικών με τον προϋπολογισμό διαδικασιών.

Το προϋπολογιστικό κύκλωμα, το οποίο ονομάζεται επίσης και **προϋπολογιστικός κύκλος**, δείχνει τη ροή των λειτουργικών διαδικασιών της διαμόρφωσης γνώμης και λήψης αποφάσεων χρηματοοικονομικού χαρακτήρα, εκτέλεσης και ελέγχου αυτών στα πλαίσια του δημόσιου λογιστικού. Με τον δημοσιονομικό αυτόν όρο χαρακτηρίζονται οι φάσεις, ως ολοκληρωμένες ενέργειες, δραστηριότητες μιας λειτουργικής διαδικασίας, που διέρχεται ένας προϋπολογισμός.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2. : Χρηματοδοτική Διαδικασία Νοσοκομείων ως κύκλωμα ροών



— Ροή χρηματικών πόρων και διευθυντικών διοικητικών πληροφοριών
— Ροή πληροφοριών(εγγράφων, αιτημάτων ...)
- - - - - Λειτουργική διασύνδεση (διαδικασία προμηθειών)

4.2. Η κάλυψη των δαπανών των Νοσοκομείων μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού

Η συνεισφορά της γενικής φορολογίας στη λειτουργία του υγειονομικού τομέα ήταν μάλλον μικρή μέχρι και τη δεκαετία του '60 αφού το σύστημα στηριζόταν στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης και στις ιδιωτικές δαπάνες. Ο δημόσιος προϋπολογισμός χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για να χρηματοδοτήσει γενικά προληπτικά μέτρα δημόσιας υγείας, ιατρικές δαπάνες των δημοσίων υπαλλήλων, το κόστος της κεντρικής διοίκησης και δαπάνες περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού, ο οποίος ακόμη και σήμερα δεν πληρώνει εισφορές στο ασφαλιστικό του ταμείο, το Ο.Γ.Α. Στα ίδια πλαίσια το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων χρηματοδοτούσε και χρηματοδοτεί και σήμερα δημόσιες επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα, όπως κατασκευή και επέκταση νοσοκομειακών μονάδων, ανανέωση του εξοπλισμού τους κλπ.

Η γενική φορολογία άρχισε να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τη δεκαετία του '70 και ιδιαίτερα όταν η κεντρική διοίκηση αποφάσισε να ακολουθήσει την πολιτική του κλειστού νοσηλίου και να καθλώσει αυτό σε χαμηλότερες τιμές. Το πρώτο άμεσο αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής στο νοσοκομειακό τομέα, ήταν τα μεγάλα ελλείμματα των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Για να αποφύγει τον κίνδυνο της διακοπής της λειτουργίας των περισσότερων δημόσιων και κοινωφελούς χαρακτήρα νοσοκομείων, η κυβέρνηση αποφάσισε να τα χρηματοδοτήσει από το δημόσιο προϋπολογισμό. Με αυτό τον τρόπο, άρχισε να εμπλέκεται όλο και πιο ενεργά ο κρατικός προϋπολογισμός στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Την παραπάνω εξέλιξη την ακολούθησε και την ενέτεινε η σοσιαλιστική διακυβέρνηση, αφού ενδιαφερόταν κυρίως για την επέκταση της προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών μέσω της αύξησης του δημόσιου τομέα υγείας. Η ανάπτυξη αυτή χρηματοδοτήθηκε εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό και τουλάχιστον οι κυβερνώντες διακήρυξαν με επίσημο τρόπο τις προθέσεις τους. Τελικά η κυβέρνηση με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και τη μετατροπή των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσοκομείων σε Ν.Π.Δ.Δ. ανέλαβε από το 1984 να καλύπτει μέσω του

κρατικού προϋπολογισμού όλα τα έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων που αφορούν αμοιβές προσωπικού. Ένας πρόσθετος λόγος για την απόφαση αυτή ήταν η κατάργηση της σχετικής αυτονομίας της σύστασης θέσεων εργασίας (ιατρικό και λοιπό προσωπικό) κατά νοσοκομείο. Η δραστηριότητα αυτή (προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού) περιήλθε στην κεντρική διοίκηση προκειμένου να ενταχθεί στο συνολικό κεντρικό προγραμματισμό των νοσοκομείων, όπως αυτός εκφράστηκε με τη θεσμοθέτηση του ΚΕΣΥ και του ΕΣΥ.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί, ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων η χρηματοδότηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δεν περιορίζεται μόνο στην κάλυψη των δαπανών μισθοδοσίας που σε αρκετές περιπτώσεις ξεπερνά το 75% των συνολικών εξόδων. Η μείωση των εσόδων από τα νοσήλια ανάγκασε την κεντρική διοίκηση να χρηματοδοτήσει και μέρος των τρεχουσών δαπανών λειτουργίας. Έτσι σήμερα μπορεί με βεβαιότητα να ειπωθεί ότι αν αφαιρεθεί το σωρευτικό έλλειμμα των νοσοκομείων, η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων ξεπερνά το 85% του συνολικού κόστους λειτουργίας τους. Υπό το πρίσμα των εξελίξεων αυτών, η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων τείνει να λάβει τη μορφή του σφαιρικού προϋπολογισμού που λειτουργεί όμως χωρίς κανόνες, κριτήρια και διαδικασίες.

Το 1992 με απόφαση της τότε Κυβέρνησης τα νοσήλια αυξήθηκαν σε πρώτη φάση 300% (Ιούλιος 1992) και σε δεύτερη φάση 600% (Φεβρουάριος 1993). Αλλάζει έτσι σημαντικά η σχέση κρατικής επιχορήγησης 70,7% (-9,4%) και νοσηλίων 17,9% (+9,5%) για το 1993. Παρόλα αυτά το αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η έκρηξη των ελλειμμάτων των νοσοκομείων (100 δισ. εκατ. δρχ. το 1993 - πηγές Υπουργείο Υγείας) επειδή τα ασφαλιστικά ταμεία δεν ήταν έτοιμα να πληρώσουν με τις νέες τιμές. Έτσι πάλι ο κρατικός προϋπολογισμός ήρθε α επιχορηγήσει επιπλέον τα νοσοκομεία αλλά και τους κλάδους Υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Η κατάσταση φαίνεται να ομαλοποιείται το 1994.

4.3. Η Οικονομική Διαχείριση και οι Νοσοκομειακοί Προϋπολογισμοί

Σε προηγούμενα κεφάλαια έγινε αναφορά, σε αδρές γραμμές, στον τρόπο χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα. Είναι αναγκαίο να εκτεθεί περισσότερο αναλυτικά, η κατάσταση για τις πηγές και τη μέθοδο χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων σε συνδυασμό με τις ακολουθούμενες διαδικασίες σύνταξης των προϋπολογισμών.

Οι πηγές χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων είναι :

- (α) Ο κρατικός προϋπολογισμός και το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων
- (β) Οι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης
- (γ) Ο ιδιωτικός τομέας (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες - ιδιώτες)
- (δ) Ίδιες πηγές.

Ο κρατικός προϋπολογισμός, είναι πλέον η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων και διαδραματίζει στην δεκαετία του '80 ένα διαρκώς αυξανόμενο ρόλο. Αυτό συμβαίνει επειδή η κεντρική διοίκηση παρεμβαίνει μέσω της επιτροπής τιμών και εισοδημάτων και διαμορφώνει τις τιμές του κλειστού νοσηλίου, που έχει επιλεγεί ως τρόπος αποζημίωσης από την δεκαετία του '70. Η παρέμβαση αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση της τιμής του νοσηλίου σε χαμηλά επίπεδα, τα οποία απέχουν σημαντικότητα από το πραγματικό ημερήσιο κόστος νοσηλείας (πίνακας 4.1.). Ο καθορισμός του ύψους των δημοσίων δαπανών υγείας, που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, παρά το γεγονός ότι στηρίζεται στους επί μέρους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς, είναι τελικά ένα αποτέλεσμα διαπραγμάτευσης σε ανώτερο επίπεδο μεταξύ των κυβερνητικών στελεχών. Είναι λογικό να υποτεθεί ότι οι εσωτερικοί πολιτικοί συσχετισμοί, ασκούν καθοριστικές επιδράσεις. Ιδιαίτερα, όταν η πολιτική δύναμη και ισχύς της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας είναι μεγάλη σε κυβερνητικό επίπεδο, οι δαπάνες υγείας που εγκρίνονται, είναι κατά τεκμήριο μεγαλύτερες ή τουλάχιστον οι περικοπές είναι μικρότερες.

Οι δαπάνες υγείας του κρατικού προϋπολογισμού, ιδίως μετά τη μερική υλοποίηση του ΕΣΥ επιχειρούν να καλύψουν ένα τμήμα των λειτουργικών δαπανών και το ετήσιο κόστος των αποδοχών του προσωπικού των νοσοκομείων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1. : Σύγκριση κλειστού νοσηλίου με πραγματικό κόστος

Ετη	Νοσηλιο Γ' Θέσης (3-8 κρεβατια)	Μεσο πραγματικο ημερ. κόστος.
1989 - 91	2.480 δρχ.	30.000 - 40.000 δρχ.
1992	8.000 δρχ.	50.000 δρχ.
1993	15.500 δρχ.	60.000 δρχ.

Πηγή : Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1994

Η διαδικασία που προβλέπεται για την κρατική επιχορήγηση, είναι η κατανομή των δαπανών υγείας μέσω του Γενικού Λογιστηρίου στις Νομαρχίες και μέσω αυτών, η τελική κατανομή στα νοσοκομεία της περιοχής - ευθύνης τους. Η ακριβώς αντίστροφη διαδικασία, ακολουθείται κατά τη διάρκεια των εγκρίσεων των προϋπολογισμών.

Σε ότι αφορά το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, το οποίο είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας, οι επιχορηγήσεις προς τον υγειονομικό τομέα αφορούν συνήθως, επιστημονικό εξοπλισμό των νοσοκομείων. Αξίζει να αναφερθεί, ότι το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει συνήθως μικρά κονδύλια για επενδύσεις, που δεν ξεπερνούν συνήθως το 5% της συνολικής κρατικής επιχορήγησης αν και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 σημειώνεται μία τάση αύξησης.

Δεύτερη σημαντική πηγή χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων, αποτελούν οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι κλάδοι υγείας αποζημιώνουν κάθε φορά τα νοσοκομεία με το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και τον αριθμό ημερών νοσηλείας που πραγματοποιούν οι ασφαλισμένοι τους και τα μέλη των οικογενειών τους. Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο αναπροσαρμόζεται περιοδικά κατά τη βούληση της κεντρικής διοίκησης και ειδικότερα του Υπουργείου Υγείας. Οι χαμηλές τιμές και οι σημαντικές διαφορές από το πραγματικό κόστος νοσηλείας μπορούν να αποδοθούν - πέραν των λόγων που εκτέθηκαν προηγουμένως- στην επιθυμία των κυβερνήσεων να ελέγξουν τον επίσημο δείκτη

τιμών καταναλωτή ή και να επιτύχουν την επιθυμητή λογιστική ισορροπία στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών φορέων.

Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο για τα δημόσια νοσοκομεία συμπεριλαμβάνει την παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών, νοσηλευτικών και ιατρικών πράξεων, φαρμάκων και ένα μεγάλο φάσμα εργαστηριακών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Ταυτόχρονα, αρκετές χειρουργικές επεμβάσεις μεσαίας και μεγάλης βαρύτητας και επίσης μία σειρά διαγνωστικών - εργαστηριακών εξετάσεων της σύγχρονης βιοϊατρικής Τεχνολογίας (υπέρηχοι, αξονική τομογραφία κ.ά.) δεν περιλαμβάνονται στο κλειστό νοσήλιο και τιμολογούνται διαφορετικά και προσθετικά. Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό, ότι οι τιμές των διαγνωστικών εξετάσεων της σύγχρονης υψηλής βιοϊατρικής Τεχνολογίας φαίνεται ότι ξεπερνούν σημαντικά το κόστος της παραγωγής τους, σε αντίθεση με την τιμολόγηση βασικών ιατρικών πράξεων και εξετάσεων που καλύπτουν τρέχουσες φροντίδες.

Ο ιδιωτικός τομέας και κυρίως οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, αποτελούν μία πολύ μικρή πηγή εσόδων για τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό εξηγείται τόσο από τα μικρά ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην αγορά υπηρεσιών, όσο και από το γεγονός του υποχρεωτικού θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης. Ακόμη και ομάδες πληθυσμού που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είναι δυνατόν, αν το επιθυμούν, να προσφύγουν στις υπηρεσίες της Κοινωνικής Πρόνοιας και ο δημόσιος τομέας να καλύψει τις σχετικές νοσηλευτικές τους δαπάνες.

Τέλος οι ίδιες πηγές εσόδων αφορούν ορισμένα νοσοκομεία, τα οποία έχουν πάγια περιουσιακά στοιχεία που προέρχονται συνήθως από κληροδοτήματα, τα οποία εκμεταλλεύονται επιχειρηματικά. Οι πλέον συνήθεις εκμεταλλεύσεις αφορούν την ενοικίαση των κληροδοτημάτων, την παραχώρηση χώρου για τη λειτουργία κυλικείων κ.ά. Ακόμη όμως και τέτοιες λειτουργίες, είναι περιορισμένες λόγω της νοοτροπίας που επικρατεί στο δημόσιο τομέα, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αντίθετη στην προώθηση πρωτοβουλιών για την ανάπτυξη της επιχειρηματικής δράσης.

Ο πίνακας 4.2. επιχειρεί να αποτυπώσει την ποσοστιαία σύνθεση των κυριότερων πηγών εσόδων και αφορά το σύνολο των προϋπολογισμών δημοσίων

νοσοκομείων την πενταετία 1991-95. Τα στοιχεία προέρχονται από τους κοινωνικούς προϋπολογισμούς των αντίστοιχων ετών. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι η κρατική επιχορήγηση από το 79,8 των εσόδων το έτος 1991, μειώθηκε στο 56,2 το έτος 1995. Αντίστοιχα τα έσοδα από νοσήλια από 7,7 το 1991 ανήλθε στο 28,8 το 1995. Φαίνεται ότι το 1993 μεταβάλλεται σημαντικά η σχέση κρατικής επιχορήγησης 70,7% (-9,4%) και νοσηλίων 17,9% (+9,5%). Αυτό συνέβη για τον εξής λόγο : Το 1992 με απόφαση της τότε Κυβέρνησης τα νοσήλια αυξήθηκαν σε πρώτη φάση 300% (Ιούλιος '92) και δεύτερη 600% (Φεβρουάριος '93).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 : Ποσοστιαία (%) Σύνθεση Πηγών Εσόδων Νοσοκομείων 1991-95

Ετη	Κρατική Επιχορήγηση	Νοσήλια	Λοιπα έσοδα
1991	79,8	7,7	12,4
1992	80,1	8,4	11,5
1993	70,7	17,9	11,4
1994	60,7	27,7	11,6
1995	56,2	28,8	15,0

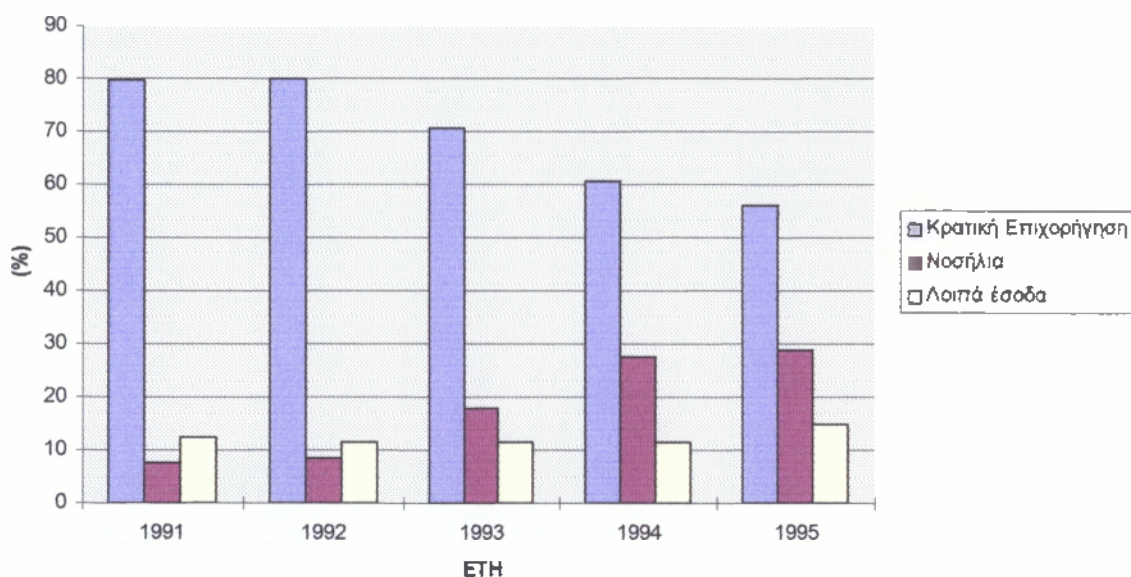
Πηγή : Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί 91-95, Ίδιοι Προϋπολογισμοί 91-95

Στο σημείο αυτό όμως απαιτείται να διευκρινιστεί ότι για τα έτη 1991-1995 τα στοιχεία είναι ελλιπή και δεν περιλαμβάνουν του προϋπολογισμούς όλων των νοσοκομείων. Το γεγονός αυτό μπορεί να αλλοιώνει ελαφρά τη σύνθεση των πηγών. Οι επιφυλάξεις αυτές, ίσως έχουν μία πραγματική βάση, διότι σύμφωνα με τα απολογιστικά στοιχεία 130 δημόσιων νοσοκομείων (επετηρίδα Υγείας 1992) που αφορούν το έτος 1992, προκύπτει μία μικρή διαφορά στη σύνθεση των εσόδων. Πιο συγκεκριμένα, τα απολογιστικά στοιχεία ανεβάζουν τα έσοδα από τα νοσήλια στο 12% ενώ σύμφωνα με τα στοιχεία των προϋπολογισμών το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 8,4%. Η κατάσταση αυτή ενδεχόμενα οφείλεται σε αφανείς περιοριστικές πολιτικές και ακόμη στην ύπαρξη πρόσθετων ελλειμμάτων τα οποία δεν καταγράφονται.

Παρά τις επιφυλάξεις αυτές και τη μικρή διαφοροποίηση των ποσοστών των πηγών σύνθεσης των εσόδων, το ουσιαστικό γεγονός είναι ότι τελικά υφίσταται μία δραματική μεταβολή της σχέσης μεταξύ της κρατικής επιχορήγησης και των νοσηλίων και το *διάγραμμα 4.3* παρουσιάζει το μέγεθος της μεταβολής αυτής. Η

εξέλιξη αυτή δημιουργεί την εικόνα, ότι η χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα έχει όλα τα στοιχεία του σφαιρικού προϋπολογισμού, αλλά δυστυχώς αυτό δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς, ώστε να υπάρξουν κριτήρια κατανομής με βάση το παραγόμενο έργο και την δραστηριότητα του κάθε νοσοκομείου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.3.



Σχεδ. 4.3.: Γραφική παράσταση (ακιδωτό διάγραμμα) της ποσοστιαίας σύνθεσης εσόδων Νοσοκομειακών προϋπολογισμών κατά έτη

Αντίθετα, η κρατική επιχορήγηση επιχειρεί να καλύψει εκ των υστέρων κάθε φορά τρέχουσες δαπάνες και σε αρκετές περιπτώσεις εξαρτάται, όχι μόνο από τον αριθμό των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο, αλλά και από τη φήμη του νοσοκομείου ή την πολιτική δύναμη και τη στενή πολιτική σχέση της διοίκησης με την πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα.

Αξίζει να επισημανθεί στο σημείο αυτό, ότι η μεταβολή των πηγών εσόδων των νοσοκομείων και κατ' ουσία των κριτηρίων χρηματοδότησης, δεν έχει επιφέρει καμία αλλαγή στη διαδικασία και στον τρόπο σύνταξης των προϋπολογισμών τους. Τα περισσότερα νοσοκομεία εξακολουθούν να τηρούν τις ίδιες διαδικασίες με αυτές των προηγούμενων δεκαετιών, απασχολώντας πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό και ώρες εργασίας, οι οποίες πιθανά να ήταν περισσότερο αποδοτικές αν χρησιμοποιούνταν για άλλες δραστηριότητες. Το τελευταίο δεν υπονοεί, ότι τα νοσοκομεία δεν πρέπει να ενδιαφέρονται για την

πιστοποίηση και την είσπραξη των εσόδων από τα νοσήλια. Απλά, επιχειρεί να τονίσει ότι οι εξελίξεις στο υγειονομικό και κοινωνικό - ασφαλιστικό μας σύστημα επιβάλλουν την εξοικονόμηση πόρων.

Η εξοικονόμηση πόρων είναι δυνατό να επιτευχθεί από την πρόταση που έγινε από την Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνημόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, για τη συγκρότηση Ενοποιημένου Ταμείου που θα συγκεντρώνει, θα διαχειρίζεται και θα κατανέμει τους οικονομικούς πόρους στο νοσοκομειακό τομέα. Η θέσπιση του Ενοποιημένου Ταμείου αποτελεί ουσιαστικά την ανάδειξη ενός διαμεσολαβητή ανάμεσα στους χρήστες - καταναλωτές, όπως εκφράζονται από την ασφάλιση υγείας και τους προμηθευτές (νοσοκομεία), με σκοπό την ανάπτυξη ρυθμιστικών μηχανισμών ανάμεσα στη ζήτηση και την προσφορά και την επίτευξη της αναγκαίας και επιθυμητής ισορροπίας τιμών και ποσοτήτων στις υπηρεσίες υγείας.

Τα νοσοκομεία μεταφέρουν ένα τμήμα των υποχρεώσεών τους προς τους προμηθευτές το επόμενο έτος, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται ένα έλλειμμα που τα τελευταία χρόνια έχει έναν αυξανόμενο ρυθμό, λόγω της αδυναμίας κάλυψης από τον κρατικό προϋπολογισμό που και αυτός με τη σειρά του είναι ελλειμματικός. Το γεγονός αυτό, ίσως είναι η αφορμή για την επιβολή συμμετοχής 1.000 δρχ. των τυχόν διαγνωστικών εξετάσεων, για τους προσερχόμενους στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για τη μεγάλη αύξηση της τιμής των νοσηλίων (600%).

Παρ' όλα αυτά το αποτέλεσμα ήταν η έκρηξη των ελλειμμάτων των νοσοκομείων (100 δισ. εκατ. δρχ. το 1993), επειδή τα ασφαλιστικά ταμεία δεν μπορούσαν να πληρώσουν με τις νέες τιμές. Οι προθέσεις αυτές, μάλλον δείχνουν ότι το πρόβλημα της χρηματοδότησης του νοσοκομείου δεν έχει γίνει αντιληπτό στο σύνολό του και οι αποσπασματικές λύσεις επιτείνουν το πρόβλημα, με κίνδυνο την ολοσχερή κατάρρευση και του ασφαλιστικού τομέα και του υγειονομικού μας συστήματος και τη δημιουργία κλίματος δυσπιστίας, που υπονομεύει οποιαδήποτε προσπάθεια ανασυγκρότησης.

Λόγω των δημοσίων ελλειμμάτων και των οικονομικών προβλημάτων του δημοσίου τομέα, υπάρχουν αυστηρές συστάσεις και οδηγίες για την περικοπή των δαπανών προκειμένου να περιορισθεί το δημόσιο έλλειμμα. Η τήρηση των οδηγιών αυτών και οι περικοπές στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς επιχειρούνται από τα αρμόδια κεντρικά και περιφερειακά όργανα διοίκησης. Με άλλα λόγια ένας τακτικός υπάλληλος του δημοσίου που εργάζεται στη διεύθυνση οικονομικών της Νομαρχίας, χωρίς καμία Τεχνική ή άλλη ειδική γνώση για τον υγειονομικό τομέα, επιχειρεί να διαπραγματευτεί και να ασκήσει ουσιαστικό έλεγχο, σε ένα σύνθετο και πολύπλοκο προϋπολογισμό που αποτυπώνει την πολιτική μίας ειδικής και μεγάλης επιχείρησης, όπως είναι τα σύγχρονα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, τις περισσότερες φορές, οι προϋπολογισμοί δεν είναι πραγματικοί, επειδή υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των προϋπολογισθέντων εσόδων και ιδιαίτερα των πόρων που αναμένονται ως κρατική επιχορήγηση και των κονδυλίων που έχουν εγκριθεί τελικά. Ταυτόχρονα η απουσία οποιουδήποτε κριτηρίου αντιστοιχίας παραγόμενου έργου και χρηματοδότησης εντείνει μέσω των νοσοκομειακών προϋπολογισμών τις πληθωριστικές πιέσεις και τα ελλείμματα. Με αυτόν το τρόπο, οδηγούνται τα νοσοκομεία στη συνεχή μεγέθυνση των ελλειμμάτων τους και στην αύξηση του σωρευτικού ελλείμματος του δημοσίου υγειονομικού τομέα, ενώ κάθε προσπάθεια ελέγχου του κόστους καθίσταται αδύνατη. Παράλληλα, η κατάσταση αυτή και η απουσία κινήτρων που συνδέουν το παραγόμενο έργο με το ύψος της χρηματοδότησης, προκαλούν φαινόμενα απάθειας και αδράνειας. Έτσι είναι δυνατό να ερμηνευθεί η αντιοικονομική λειτουργία αρκετών νοσοκομείων και να δικαιολογηθούν οι μεγάλες διαφοροποιήσεις στα κόστη και στη δραστηριότητά τους.

4.4. Η διαχείριση στα Ελληνικά Νοσοκομεία

Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας και ακόμη οι αυξημένες απαιτήσεις των πολιτών για την υγεία, έχουν

μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Οι πολλές και διάφορες λειτουργίες που πραγματοποιούνται σ' αυτά διαφοροποιούνται συνεχώς με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, ουσιαστική προϋπόθεση για την εκπλήρωση της αποστολής τους, που είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, αποτελεί η ύπαρξη σωστής οργάνωσης και διαχείρισης.

Είναι αναγκαίο όμως να επισημανθεί, ότι για την αποτελεσματική διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομείων απαραίτητη είναι η μέτρηση του προϊόντος - αποτελέσματος, η οποία αποτελεί άλλωστε βασικό ουσιαστικό στοιχείο κάθε παραγωγικής διαδικασίας. Η μέτρηση - αξιολόγηση του αποτελέσματος πρέπει να γίνεται κατά τρόπο που να επιτρέπει συγκρίσεις τόσο μέσα στο Νοσοκομείο, μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του, όσο και των νοσοκομείων μεταξύ τους. Το γεγονός αυτό συμβάλλει θετικά στη βελτίωση του παραγόμενου έργου τόσο σε ποσοτικό, οικονομικό επίπεδο όσο και σε ποιοτικό, θεραπευτικό επίπεδο. Παράλληλα μπορεί σίγουρα να αποτελέσει και τη βάση για την ορθολογική τους χρηματοδότηση. Η δυνατότητα βέβαια, μέτρησης και αξιολόγησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος προϋποθέτει την εγκατάσταση και λειτουργία στο Νοσοκομείο σύγχρονου πληροφοριακού συστήματος, με το οποίο θα είναι δυνατή η καταγραφή και διακίνηση όλων των πληροφοριών, που έχουν σχέση με την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών. Οι πληροφορίες αυτές θα επιτρέπουν αξιόπιστες συγκρίσεις, σχετικά με την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των διαφόρων τμημάτων του Νοσοκομείου και θα υποστηρίζουν καθημερινά τις αποφάσεις της διοίκησής του.

Σε όλα τα αναπτυγμένα συστήματα χρησιμοποιούνται σήμερα ειδικές μέθοδοι και τεχνικές για τη μέτρηση και ουσιαστική αξιολόγηση των προϊόντων των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα των νοσοκομείων. Στα Ελληνικά Νοσοκομεία οι μέθοδοι και τεχνικές αυτές είναι άγνωστες, αλλά ούτε μπορούν και να εφαρμοστούν εφόσον αυτά χρηματοδοτούνται με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο και δεν υπάρχει η απαραίτητη υποδομή για την εισαγωγή τους (σύγχρονο πληροφοριακό σύστημα). Οι παραδοσιακές μετρήσεις που χρησιμοποιούνται, όπως αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών, μέση διάρκεια νοσηλείας, κόστος ανά ασθενή και ημέρα νοσηλείας, δεν επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύουν τα νοσοκομεία, αφού κάθε

περίπτωση ασθένειας απαιτεί διαφορετική φροντίδα και χρησιμοποιεί διαφορετικούς πόρους, όπως χρόνο ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις κ.ά., και για τους λόγους αυτούς τα αποτελέσματά τους δεν μπορεί να είναι αξιοποιήσιμα και ιδιαίτερα χρήσιμα στις διοικήσεις των νοσοκομείων. Είναι ευνόητο ότι η αδυναμία μέτρησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος στη χώρα μας επιτρέπει μία αλόγιστη σπατάλη πόρων, με αποτέλεσμα τη διόγκωση των δαπανών υγείας, ενώ ταυτόχρονα καθιστά αδύνατη την αναζήτηση της αποδοτικότητας και ορθολογικής κατανομής των πόρων στη νοσοκομειακή περίθαλψη, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ακόμη, ότι ένας από τους λόγους αύξησης των δαπανών υγείας είναι η διόγκωση της ζήτησης των υπηρεσιών της, η οποία διαχρονικά παρουσιάζει συνεχώς αύξουσα πορεία. Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ως προς τον όγκο της ή τη σύνθεσή της, όπως είναι γνωστό, επηρεάζει άμεσα και τη χρηματοδότηση. Απαραίτητη βέβαια προϋπόθεση για ζήτηση υπηρεσιών υγείας, αποτελεί η ύπαρξη ανάγκης πραγματικής ή μη και εκφραζόμενης ή όχι.

Ο χρήστης - καταναλωτής, ο οποίος δεν έχει τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις και πληροφορίες, αναθέτει αναγκαστικά την επιλογή στο γιατρό και αυτός είναι που καθορίζει τον όγκο και το είδος των παρεχομένων, τελικά, υπηρεσιών. Έτσι οι γιατροί με τις αποφάσεις τους καθορίζουν την προσφορά, αλλά και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση το μέγεθος και το είδος της κατανάλωσης. Η εκφραζόμενη όμως, με τον τρόπο αυτό, ζήτηση για υπηρεσίες υγείας έχει αποδειχθεί ότι δεν ανταποκρίνεται πάντα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του χρήστη - καταναλωτή, αλλά επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες (δημογραφικούς, επιδημιολογικούς κ.ά.) που συντελούν σημαντικά στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας.

Ιδιαίτερα όμως σε συστήματα υγείας, όπως είναι και το ελληνικό, στα οποία η φροντίδα υγείας για το χρήστη - καταναλωτή έχει μηδενική τιμή τη στιγμή που αυτή παρέχεται, εφόσον η κάλυψη της δαπάνης γίνεται από κάποιο τρίτο, τον ασφαλιστικό φορέα, συχνό είναι το λεγόμενο πρόβλημα της «ηθικής βλάβης» (moral hazard), που έχει ως συνέπεια την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, δεν είναι άγνωστο και στα ελληνικά νοσοκομεία το φαινόμενο της υπερβάλλουσας ή πλεονάζουσας ζήτησης υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των γιατρών, που οφείλεται είτε

σε αδυναμία τους να προχωρήσουν σε τελική διάγνωση, είτε στην επιθυμία τους να προωθήσουν επιστημονικά και ερευνητικά ενδιαφέροντα, είτε ακόμη και σε αδιαφορία ή αδυναμία τους να εκτιμήσουν το κόστος των προσφερόμενων από αυτούς υπηρεσιών.

Το σύγχρονο νοσοκομείο γίνεται όλο και περισσότερο πολύπλοκο. Η επέκταση των δραστηριοτήτων και η αύξηση των μεγεθών του οδήγησε σε όλο και μεγαλύτερες ανάγκες σε προσωπικό, εξοπλισμό, αλλά και σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας. Η εισαγωγή νέων, σύγχρονων μεθόδων διοίκησης - διαχείρισης, με παράλληλη ανάπτυξη εκείνων των λειτουργικών διασυνδέσεων που θα επιτρέψουν τη συνεχή ροή υπηρεσιών και πληροφοριών, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ποιοτική αναβάθμιση του παραγόμενου έργου και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς του. Οι συνθήκες, όμως κάτω από τις οποίες το στελεχιακό δυναμικό των ελληνικών νοσοκομείων καλείται να συμβάλει στην εκπλήρωση των παραπάνω προϋποθέσεων, όπως το απαρχαιωμένο θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο, η ακαμψία και γραφειοκρατία του δημόσιου λογιστικού συστήματος, η σύγχυση που επικρατεί στους ρόλους και τις αρμοδιότητες των Διοικήσεων και Διευθύνσεων των νοσοκομείων, η απουσία κινήτρων, αλλά και η ατελής συχνά εκπαίδευση και κατάρτιση των στελεχών κλπ. περιορίζουν στο ελάχιστο τη συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα και ουσιαστικά την αποδυναμώνουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

5.1. Συμπεράσματα

Μετά το έτος 1975 οι δημόσιες δαπάνες υγείας εμφάνισαν σημαντική άνοδο στην Ελλάδα, τη στιγμή που οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ προσπαθούσαν να συγκρατήσουν ή και να μειώσουν τις δαπάνες υγείας. Αυτό οφείλεται στη χρονική καθυστέρηση με την οποία αντιδρά η κοινωνική πολιτική της Ελλάδας σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις της κοινωνικής πολιτικής.

Από θεωρητική σκοπιά η διεθνής βιβλιογραφία αποδίδει τις αιτίες αύξησης των νοσοκομειακών δαπανών στους εξής παράγοντες, δημογραφικούς παράγοντες (γήρανση πληθυσμού), επιδημιολογικούς παράγοντες (αύξηση χρόνιων νοσημάτων), κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, πλήρης ασφαλιστική κάλυψη), υγειονομικούς παράγοντες και τέλος στην αύξηση του όγκου και της αξίας των υπηρεσιών υγείας. Το μεγαλύτερο ποσό των νοσοκομειακών δαπανών αφιερώνεται σε αποδοχές προσωπικού (το 50,9% για το έτος 1995).

Αναφορικά με την κατανομή των δαπανών σε περιφερειακό επίπεδο και τη διασφάλιση της γεωγραφικής ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών, η έλλειψη κριτηρίων είναι περισσότερο από προφανής (Στερεά Ελλάδα και Μακεδονία βρίσκονται στην πλεονεκτικότερη θέση). Η δημιουργία ενός μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των δαπανών, είναι εξαιρετικά δυσχερές γιατί συμπαρασύρεται από σημαντικούς παράγοντες προσφοράς υπηρεσιών

υγείας (κλίνες, γιατροί), πέρα από τις υφιστάμενες ανάγκες, όπως αυτές εκφράζονται από το μέγεθος του πληθυσμού.

Ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου καταλήγει σε μία απλή διοικητική πράξη αντί να αποτελεί ένα ολοκληρωμένο χρηματοοικονομικό σχέδιο. Η έγκρισή του από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου δεν βασίζεται σε εμπειριστατωμένη ανάλυση και αξιολόγηση. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχουν κριτήρια και μηχανισμοί που να ανταποκρίνονται στην ανάγκη για ορθολογικές αποφάσεις στην κατεύθυνση επίτευξης ορθολογικής διαχείρισης των πόρων. Δεν γίνεται καμία προσπάθεια για να συγκρατήσουν το ύψος των δαπανών, αντίθετα τον «φουσκώνουν» για να επιτύχουν μεγαλύτερη κρατική επιχορήγηση. Δεν υπάρχει δηλαδή καμία ένδειξη οικονομικού προγραμματισμού των δαπανών σύμφωνα με τον οποίο αποφασίζεται προκαταβολικά το τι θα γίνει, πως θα γίνει τότε θα γίνει και ποιος θα το κάνει, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί η παραγωγή υπηρεσιών υγείας με την ελάχιστη οικονομική θυσία.

Ο προϋπολογισμός, εγκεκριμένος από το Δ.Σ. του νοσοκομείου, υποβάλλεται για έγκριση στ Νομαρχία και μετά στο γενικό Λογιστήριο του Κράτους. Ένας τακτικός υπάλληλος της Διεύθυνσης οικονομικών της Νομαρχίας διαπραγματεύεται τον προϋπολογισμό, χωρίς να υπάρχει εκτίμηση των αναγκών. Η Νομαρχία καλύπτει τις λειτουργικές δαπάνες και τις δαπάνες μισθοδοσίας.

Το Υπουργείο Υγείας εγκρίνει τις επενδυτικές δαπάνες και τις λειτουργικές επικουρικά. Όπου και εδώ η έγκριση γίνεται χωρίς να υπάρχουν μηχανισμοί συλλογής και αξιολόγησης πληροφοριών. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι το Υπουργείο Υγείας δεν εμπλέκεται στην έγκριση των μισθολογικών και λειτουργικών δαπανών που καλύπτουν περίπου το 80% των συνολικών δαπανών. Άρα ποιος είναι ο συντονιστικός και διευθυντικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας στο νοσοκομειακό σύστημα, τη στιγμή που δεν συμμετέχει στην κατανομή του μεγαλύτερου μέρους των νοσοκομειακών δαπανών;

Από τις αρχές του '80 καθιερώθηκε το κλειστό νοσήλιο. Ο καθορισμός του γίνεται από το Υπουργείο Υγείας χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το μέσο πραγματικό ημερήσιο κόστος νοσηλείας, αδιακρίτως του είδους της ασθένειας,

της ποσότητας και του είδους των υπηρεσιών, που θα παρασχεθούν. Αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής ήταν η εμφάνιση ελλειμματικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών και η κάλυψή τους από την κρατική επιχορήγηση. Η διατήρηση αυτού του μηχανισμού χρηματοδότησης οδηγεί στη συνεχή διόγκωση των δαπανών και εμποδίζει την αποδοτικότητα και την ορθολογικοποίηση των νοσοκομειακών πόρων.

Η έγκριση του προϋπολογισμού όμως δεν σημαίνει ότι τα ποσά αυτά καταβάλλονται αμέσως, αλλά ποσοστιαία. Δεν δίνεται βάση στην ορθολογική διαχείριση των πόρων αλλά στην τήρηση της νομιμότητας.

Σύστημα προϋπολογισμού βασισμένο σε προγραμματισμό όπου θα υπάρχει οικονομική αποτύπωση στόχων και μέτρων είναι άγνωστα στα Ελληνικά Δημόσια νοσοκομεία. Δεν υπάρχουν κριτήρια και διαδικασίες αξιολόγησης για την έγκριση του ύψους των δαπανών. Δεν υπάρχει σύνδεση παραγόμενου έργου με το ύψος χρηματοδότησης. Αυτό που ενδιαφέρει τα αρμόδια όργανα είναι η τήρηση της «νομιμότητας» και όχι ο οικονομικός προγραμματισμός, ο οποίος είναι άγνωστος στα νοσοκομεία.

5.2. Προτάσεις

5.2.1. Οικονομικός σχεδιασμός Υγείας

Ο οικονομικός σχεδιασμός πρέπει να αποτελεί ουσιώδες μέρος της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Θα πρέπει να υπάρχει σ' αυτόν αλληλεπίδραση ανάμεσα στη διαμόρφωση και τον προγραμματισμό του προϋπολογισμού που πρέπει να στηρίζεται στην Τεχνική πληροφόρησης. Αλλά το Υπουργείο Υγείας είναι ανεπαρκώς εξοπλισμένο, ώστε να μπορεί να σχεδιάσει, αποδώσει, προϋπολογίσει και ελέγξει τους πόρους και τις δαπάνες των νοσοκομείων. Οι δυσκολίες του οφείλονται κατά ένα μεγάλο μέρος στην εθνική πρακτική κατάρτισης του προϋπολογισμού, στην οποία η κύρια μέριμνα είναι η εσωτερική επαλήθευση των λογαριασμών περισσότερο, παρά η πραγματοποίηση των στόχων υγείας, όπως η ισότητα και η

αποδοτικότητα.

Ο προγραμματισμός των δαπανών υγείας θα πρέπει να βασισθεί σε ένα Εθνικό Σχέδιο Υγείας, το οποίο θα προσδιορίζει γενικά το μέγεθος των επενδύσεων σε προσωπικό, σε εγκαταστάσεις, για να επιτύχουν σε μία δεδομένη ημερομηνία τους καθορισμένους στόχους, όσον αφορά την κάλυψη ή την πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες. Οι προβλέψεις θα πρέπει να γίνονται σε σχέση με τις δαπάνες για τους μισθούς του προσωπικού, τη συντήρηση κτιρίων και του εξοπλισμού, τις προμήθειες για φάρμακα και εφόδια και την αντικατάσταση των ληξιπρόθεσμων και φθαρμένων υλικών έτσι ώστε να διασφαλισθεί ότι θα επαρκέσουν τα εγγεγραμμένα στον προϋπολογισμό κονδύλια. Οι περισσότερες οικονομικές δραστηριότητες μακροπρόθεσμου χαρακτήρα, που εμπεριέχονται στις πολιτικές δεσμεύσεις και υποσχέσεις (π.χ. η κατασκευή ή η ανακαίνιση των νοσοκομείων ή η δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων) δεν προσμετρούνται πάντα.

Η δημιουργία ενός κεντρικού οικονομικού σχεδιασμού υγείας, είναι το πρωταρχικό σημείο εκκίνησης, για να πραγματοποιηθούν με επιτυχία σε σχέση με το εθνικό σχέδιο δράσης, σκοπεύοντας στην εγκαθίδρυση της υγείας για όλους. Αυτού του είδους τα κεντρικά σχέδια οφείλουν να προβλέπουν δαπάνες σε κεφάλαιο και τις λειτουργικές δαπάνες, οι οποίες συνδέονται με την εκτέλεση των προγραμμάτων, που εμφανίζονται μέσα στον εθνικό σχεδιασμό υγείας και να πιστοποιούν τις απαραίτητες πηγές χρηματοδότησης, για την ικανοποίηση αυτών των απαιτήσεων. Η διαδικασία θα πρέπει να έχει μοναδικό σκοπό τον προκαθορισμό των ορίων εντός των οποίων το σχέδιο για την υγεία θα μπορέσει να στηριχθεί στις ρεαλιστικές εκτιμήσεις κόστους και να κάνει συγκρίσεις σε σχέση με τις μικρές προοπτικές της μεγέθυνσης του εθνικού εισοδήματος των δημοσίων εσόδων και των άλλων σε χρήση χρηματοδοτικών πηγών του υγειονομικού τομέα.

5.2.2. Προγραμματισμός - προϋπολογιστική διαδικασία

Για να είναι πλήρες ένα πρόγραμμα, που προορίζεται να βελτιώσει την οικονομική διαχείριση, χρειάζεται επίσης να βελτιωθεί η προϋπολογιστική διαδικασία με σκοπό να μεγαλώσει η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των φροντίδων υγείας. Για την εκτέλεση προγραμμάτων πρέπει να καθιερωθούν ετήσιοι προϋπολογισμοί, που να καθορίζουν τις επενδύσεις και τις ειδικές δραστηριότητες, που χρειάζονται χρηματοδότηση μέσα στο έτος. Το σύστημα της προϋπολογιστικής διαδικασίας θα πρέπει να δώσει έμφαση στους δεσμούς ανάμεσα στους στόχους του προγράμματος και στη χρήση των εισροών και στις σχέσεις ανάμεσα στις δαπάνες εξοπλισμού και τις δαπάνες λειτουργίας.

Για να εφαρμοστεί ένα σύστημα προγραμματισμού - προϋπολογισμού, χρειάζεται να γίνει αρχή με τη διατύπωση συγκεκριμένων στόχων. Στη συνέχεια πρέπει να γίνει επεξεργασία λεπτομερών σχεδίων, για την επίτευξη αυτών των στόχων. Μετά πρέπει να εκτιμηθούν τα προβλεπόμενα αποτελέσματα και το λεπτομερές κόστος αυτών των σχεδίων. Κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης του προγράμματος, πρέπει να ελεγχθούν στενά τα αποτελέσματα και το κόστος, για να βεβαιωθεί, ότι τα σχέδια εκτελούνται σωστά, ή για να γίνουν σ' αυτά οι απαραίτητες τροποποιήσεις, σε περίπτωση αποτυχίας.

Η κατάρτιση του προϋπολογισμού πρέπει να επικεντρώνεται στην επεξεργασία του προϋπολογισμού και στην ανακεφαλαίωση των δαπανών ανά στόχο («προϊόν» ή «αποτέλεσμα») και όχι ανά αντικείμενο δαπάνης. Στο λογιστικό σύστημα η κατανομή θα μπορούσε να γίνεται ουσιαστικά κατά κατηγορίες τέτοιες όπως «φροντίδες για τις εγκύους» και όχι «τροχοφόρα» ή «φάρμακα». Αν το Δημόσιο λογιστικό σύστημα είναι συνδεδεμένο με τον προγραμματισμό - προϋπολογισμό τότε αυτό επιτρέπει στους διαχειριστές να ελέγξουν τη σχέση ανάμεσα στο κόστος και την πραγματοποίηση ενός δεδομένου στόχου. Όταν οι δαπάνες καταχωρούνται σε σχέση με τον στόχο για τον οποίο πρέπει να χρησιμοποιηθούν, οι διαχειριστές μπορούν να ελέγξουν την αποδοτικότητα ενός προγράμματος, αντί να επαληθεύσουν απλά ότι οι πιστώσεις του προϋπολογισμού δεν ξεπεράστηκαν.

Κατά την κατάρτιση του προϋπολογισμού καλό θα ήταν να εμφανίζονταν εκτιμήσεις για τα δεσμευόμενα σε κάθε διαχειριστική ενότητα κονδύλια, προκειμένου να επιτευχθούν οι συγκεκριμένοι στόχοι. Τα αποτελέσματα κάθε διαχειριστικής ενότητας και οι κατανομές των υπηρεσιών μπορούν με αυτό τον τρόπο να αξιολογηθούν. Θα μπορούσε κανείς να υπολογίσει και να αναλύσει, για παράδειγμα, την ποσότητα των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από κάθε νοσοκομείο, για την θεραπεία μιας νόσου. Τα νοσοκομεία, που θα σημειώσουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά χρήσης των φαρμάκων, ή εξαιρετικά χαμηλά, θα μπορούσαν έτσι να ελεγχθούν από τους υπεύθυνους.

Η αποτελεσματική χρήση της προϋπολογιστικής διαδικασίας και της αναλυτικής λογιστικής, με σκοπό τη βελτίωση της διαχείρισης χρειάζεται τη συλλογή πληροφοριών για τις δραστηριότητες όπως και για τη χρηματοδότηση του τομέα.

Επιπλέον οι εφαρμογές της διαχείρισης προϋποθέτουν ότι θα συλλέγονται πληροφορίες για τις υγειονομικές δραστηριότητες και ότι αυτές οι πληροφορίες θα μεταδίδονται σε ειδικές υπηρεσίες που θα διαθέτουν επαρκή αυτονομία και δύναμη, για να λογισθούν ως υπεύθυνες των πραγματοποιηθέντων αποτελεσμάτων από τη χρήση των πόρων.

5.2.3. Εξισορρόπηση των εσόδων και των εξόδων

Η σύγχρονη οικονομική κρίση απέδειξε ότι το να στηρίζεται κανείς στις περιοδικές παροχές κρατικών πιστώσεων για να χρηματοδοτήσει εν όλω ή εν μέρει τα νοσοκομεία, εκθέτει τον υγειονομικό τομέα στο έλεος γεγονότων, που ούτε αυτός ο ίδιος, ούτε οι δημόσιες αρχές μπορούν να ελέγξουν. Χρειάζεται λοιπόν να εξευρεθεί ένα μέσον ώστε μία χώρα να τυγχάνει χρηματοδοτήσεων αποφεύγοντας κατά το δυνατόν αυτού του είδους του κινδύνους.

Όταν αναζητάει κανείς πιστώσεις χρειάζεται να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του ένα συγκεκριμένο αριθμό αρχών και διακρίσεων. Πρώτον οι διακοπές των εισροών αγαθών σε ένα νοσοκομείο μπορούν όχι μόνο να έχουν ένα

καταστροφικό αποτέλεσμα στη λειτουργία του βραχυπρόθεσμα, αλλά επίσης να υπονομεύσουν σοβαρά το μέλλον του. Η νομική υποχρέωση να εξοφλούνται τα εσωτερικά ιδιωτικά χρέη ή τα εξωτερικά ή να πληρώνονται οι αμοιβές προσωπικού, θα εκπληρωθεί κατά πάσα πιθανότητα, αλλά οι απαραίτητες δαπάνες για την εξασφάλιση της συντήρησης των τροχοφόρων ή των κτιρίων αναμφίβολα θα αναβληθούν. Η αναβολή για αργότερα των εργασιών συντήρησης και η πίστωση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι γενικά οι λύσεις, που δίνονται για να αντιμετωπιστεί η απώλεια των οικονομικών πόρων.

Μακροπρόθεσμα αυτές οι προσπάθειες αντιμετώπισης των οικονομικών προβλημάτων υπάρχει κίνδυνος να καταστρέψουν την εμπιστοσύνη του κόσμου, να υπονομεύσουν το ήθος του προσωπικού και να κλονίσουν τις παραδόσεις των υπηρεσιών του νοσοκομείου, που παρέχουν φροντίδες υγείας. Οι πελάτες και οι χρήστες καταλήγουν να αντιληφθούν τη φθορά των εγκαταστάσεων ή την πτώση της ποιότητας των υπηρεσιών. Και αυτό που είναι ίσως το πιο σοβαρό όταν η ποιότητα των υπηρεσιών πέφτει και οι πελάτες δεν είναι ικανοποιημένοι, το προσωπικό της υπηρεσίας ή του εν λόγω οργανισμού χάνει την εμπιστοσύνη του στην επαγγελματική του ικανότητα και βρίσκεται να έχει χάσει την αυτοεκτίμησή του. Η επαγγελματική συνείδηση και ο σεβασμός των τεχνικών προδιαγραφών υπάρχει κίνδυνος να παραμείνουν μόνιμα σε χαμηλά επίπεδα. Επιπλέον, σε περίπτωση μη πληρωμής των μισθών ή πολύ μεγάλης καθυστέρησης στην ανάκτηση της πτώσης του επιπέδου διαβίωσής του, το εξειδικευμένο προσωπικό θα έχει αναμφίβολα την τάση να αποχωρήσει και με αυτόν τον τρόπο υπάρχει κίνδυνος να χαθούν τα κονδύλια, που επενδύθηκαν στην κατάρτισή του.

Μέσα σ' ένα μακροπρόθεσμο οικονομικό σχέδιο, χρειάζεται να πιστοποιηθούν οι πηγές των εισροών και τα ποσά που μπορεί κανείς να περιμένει από αυτές και να γίνει γνωστό εάν αυτές θα είναι επαρκείς για να ανταποκριθούν στις μέλλουσες ανάγκες του προγράμματος.

Η επιλογή άλλων προτεραιοτήτων από το δημόσιο τομέα ή οι χρηματοδοτικές και οικονομικές κρίσεις μικρής διάρκειας κινδυνεύουν κάθε στιγμή να μεταφραστούν σε περικοπές των πιστώσεων, που προέρχονται στον υγειονομικό τομέα. Για παράδειγμα οι χώρες πιθανόν θα έχαναν κάθε πρόσβαση

στο διεθνή δανεισμό, εάν δεν ήταν συνεπείς στις υποχρεώσεις τους απέναντι στο εξωτερικό τους χρέος. Έτσι ακόμα και αν είναι πολύ επαχθές να περικόπτεται ένα εθνικό πρόγραμμα, το να απομονωθεί ένα κράτος από τους εξωτερικούς προμηθευτές του θα ήταν καταστροφικότερο, κυρίως για τις φτωχές χώρες οι οποίες εξαρτώνται από τις εισαγωγές και τις εξαγωγές τους.

Σε ένα καλό οικονομικό σχέδιο θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπισθούν οι διογκωμένες οικονομικές ανάγκες με πινακοποίηση των εσόδων, των οποίων μπορούμε να προβλέψουμε την έκταση σε σχέση με την αύξηση των δαπανών του προγράμματος. Ένα καλό μέσον χρηματοδότησης των υπηρεσιών των οποίων το κόστος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από την ποσότητα των απαιτούμενων παροχών, όπως των νοσοκομείων, μπορεί να είναι η υποχρέωση του χρήστη να πληρώνει. Οι εισφορές ανάλογα με τον όγκο της χρήσης, επιτρέπουν την εξισορρόπηση των εσόδων και των εξόδων.

5.2.4. Καλλίτερος έλεγχος του κόστους

Ο έλεγχος του κόστους κατέστη ο μεγαλύτερος πονοκέφαλος για πολλές ανεπτυγμένες χώρες, που αντιμετωπίζουν συνεχιζόμενη άνοδο, των δαπανών υγείας, οφειλόμενη σε διάφορες αιτίες : κακή χρήση των διαθέσιμων πόρων εξ αιτίας συστημάτων χρηματοδότησης που ενθάρρυναν τον πολλαπλασιασμό των παροχών. Σε περίπτωση απουσίας μιας συμβολικής πληρωμής κανένα από τα ενδιαφερόμενα μέρη δεν έχει οικονομικό συμφέρον να περιορίσει το κόστος. Αντίθετα οι προμηθευτές των φροντίδων έχουν κάθε συμφέρον να διογκώσουν τις τιμές τους και να αυξήσουν τις υπηρεσίες τους. Εξ άλλου ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των εξετάσεων που ζητούνται από τους γιατρούς τείνει να αυξάνεται.

Η διογκωση των δαπανών για την υγεία που δεν ακολουθείται από ανάλογες βελτιώσεις της υγειονομικής κατάστασης οδήγησε πολυάριθμες αναπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ να αναζητήσουν πρακτικές λύσεις γι' αυτές τις

οικονομικές κρίσεις. Από το 1975 σημειώθηκε πτώση της αύξησης των δαπανών υγείας σε σχέση με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Πολυάριθμα στοιχεία συμβάλλουν σ' αυτήν την πτώση επιβράδυνση της ανοικοδόμησης νοσοκομείων, έλεγχος του κόστους των φαρμάκων, οικονομική συμμετοχή του χρήστη κλπ. Όλο και περισσότερες χώρες θέτουν περιορισμούς στην αύξηση των νοσοκομειακών δαπανών. Αυτό όμως δεν συμβαίνει και στην Ελλάδα η οποία από το 1975 σημείωσε σημαντική αύξηση των δαπανών σε σχέση με το ΑΕΠ.

Επεμβαίνοντας στην προσφορά

Μία από τις πιθανές λύσεις είναι να μην λαμβάνεται ως βάση της πληρωμής η ιατρική πράξη, αλλά η περίπτωση ασθένειας ή το είδος της νοσηλείας. Όμως πρέπει να γίνει κατάργηση του κλειστού νοσηλίου και να καθορισθούν οι τιμές για κάθε περίπτωση ασθένειας, όπως και οι ημέρες νοσηλείας για κάθε ασθένεια. Το άσχημο είναι ότι αυτό σε κάποιο βαθμό μπορεί να ευνοεί την αμέλεια ή την παροχή ατελών φροντίδων.

Τέλος μπορεί να γίνει προσπάθεια να κανονιστεί απευθείας το περιεχόμενο των φροντίδων, για να περιοριστεί η υπερβολική χρήση των νοσοκομειακών πόρων. Επιτροπές ελέγχου εγκατεστημένες σε νοσοκομειακές μονάδες μπορεί να είναι επιφορτισμένες να μελετούν τις μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας των διαφόρων γιατρών και να αξιολογούν τα αποτελέσματα. Αυτοί οι επαγγελματικοί έλεγχοι όμως μπορεί να μην δώσουν συγκεκριμένα αποτελέσματα, εξαιτίας της διστακτικότητας που μπορεί να έχουν οι γιατροί, οι οποίοι αντιπαθούν να κατηγορούν τους συναδέλφους τους, για κατάχρηση ή για επαγγελματικό σφάλμα.

Επεμβαίνοντας στη ζήτηση

Ένα μέσον να ελεγχθεί το κόστος και να μειωθεί ο αριθμός των άχρηστων πράξεων είναι να ζητηθεί από τους ασθενείς να καταβάλουν ένα μέρος των δαπανών υγείας. Ένα συμβολικό ποσόν μπορεί να ζητηθεί για την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ώστε να επιφορτίζεται ο ασθενής με ένα μέρος των μελλοντικών

δαπανών. Αυτό το σύστημα κατανομής του κόστους παροτρύνει τον ασθενή να χρησιμοποιεί με σύνεση του νοσοκομειακούς πόρους και να συμβάλλει στον περιορισμό των δαπανών.

Οι υπεύθυνοι των υπηρεσιών υγείας παραπονούνται συχνά ότι πρέπει να δέχονται κατά φαντασία ασθενείς ή τεμπέληδες. Εξάλλου ορισμένοι ασθενείς δεν ακολουθούν τη φαρμακευτική αγωγή που τους δίνεται μέχρι το τέλος και αμελούν να επανέλθουν, για να ελέγξουν το αποτέλεσμα της θεραπείας τους ή να ακολουθήσουν τις συμβουλές που τους δόθηκαν, όσον αφορά τον προσανατολισμό / παραπομπή τους σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Η έκταση των απωλειών, που οφείλονται σε αυτού του είδους τις καταχρήσεις δεν έχουν γίνει ακόμα γνωστές.

Η κακή χρήση των υγειονομικών πόρων από τους δικαιούχους τείνει κατά ένα μεγάλο μέρος προς μια παραγνώριση της λογικής χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα που προκύπτουν από την έλλειψη συνεργασίας ορισμένων ασθενών μπορούν να οφείλονται επίσης σε έλλειψη πληροφόρησης. Οι προμηθευτές φροντίδων υγείας είναι ιδιαίτερα υπεύθυνοι γι' αυτό, διότι συχνά εξηγούν άσχημα τις αιτίες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα από μια θεραπεία. Μια προσπάθεια πληροφόρησης πάνω στη χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και εκπαίδευσης για την υγεία, θα συνέβαλλε σε μια καλύτερη χρήση των υγειονομικών παροχών από τους δικαιούχους.

5.2.5. Άλλες προτάσεις

Οι φορείς άσκησης της υγειονομικής πολιτικής θα έπρεπε να λάβουν υπόψη τους και τα παρακάτω :

- Να εφαρμόσουν ένα κατάλληλο σύστημα πληροφόρησης, για τον προγραμματισμό των νοσοκομειακών δαπανών, αξιολογώντας για τα τελευταία χρόνια τις δαπάνες και τις πηγές χρηματοδότησης.

- Να εξερευνήσουν περιοδικά όλες τις νέες πιθανές πηγές χρηματοδότησης διερευνώντας αν είναι πολιτικά αποδέκτες και να μελετήσουν τις οικονομίες που θα επέτρεπαν να πραγματοποιηθεί η πιο αποδοτική χρήση των πόρων.
- Να διασυνδέσουν τα σχέδια για την υγεία με τα σχέδια άλλων τομέων μέσα στα πλαίσια της διατομεακής συνεργασίας και ανάλυσης.
- Να φροντίζουν να εξισορροπούν τις προβλεπόμενες δαπάνες και τα δεδομένα έσοδα αφήνοντας αρκετό περιθώριο για να αντιμετωπισθεί η περίπτωση των ελλειμμάτων.
- Να ενισχύσουν το σχεδιασμό και τη διαχείριση σε περιφερειακό επίπεδο προκαλώντας τη συμμετοχή όλων των μελών της υγειονομικής ομάδας και του κοινού.
- Να γνωστοποιήσουν τα σχέδιά τους στο κοινό, για να επωφεληθεί από την κατανόηση και την υποστήριξή του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Γλωσσάριο

Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.)

Αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παρήχθησαν σε μια χώρα, προσαυξημένη με το καθαρό εισόδημα που προέρχεται από το εξωτερικό κατά τη διάρκεια μιας καθορισμένης περιόδου

Αποδοτικότητα

Μέτρο κατά το οποίο οι πόροι χρησιμοποιούνται για να αποδώσουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Αποτελεσματικότητα

Μέτρο κατά το οποίο μια δραστηριότητα επιτυγχάνει τους στόχους που έχουν καθορισθεί. Δηλαδή ένα διαχειριστικό σύστημα είναι αποτελεσματικό όταν επιτυγχάνει ένα προκαθορισμένο στόχο. Η αποτελεσματικότητα είναι προϋπόθεση για την αποδοτικότητα.

Ισότητα στην πρόσβαση στα νοσοκομεία

Ο ορισμός της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίση ανάγκη, σημαίνει ότι δύο άνθρωποι με την ίδια υγειονομική ανάγκη πρέπει να έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Στον ορισμό αυτό η ισότητα στην πρόσβαση σημαίνει ισότητα στο κόστος χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Ισότητα χρησιμοποίησης υπηρεσιών

Ο ορισμός της ίσης χρησιμοποίησης των υπηρεσιών για ίση ανάγκη απαιτεί, δύο άτομα που έχουν την ίδια υγειονομική ανάγκη, να λάβουν την ίδια ποσότητα υγειονομικών παροχών.

Συγκράτηση κόστους

Μέτρα που λαμβάνονται για τη μείωση του ποσοστού αύξησης των δαπανών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**Βιβλιογραφία**

- **Γρίβας Θ.**, Κοινωνικο-οικονομικό σχεδιασμός νοσοκομειακών μονάδων σε προγράμματα ολικής ποιότητας, Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management ολικής ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη 4-6 Νοεμβρίου 1994.
- **Ενημερωτικό υπόμνημα** για τους ενδιαφερόμενους Νοσοκομειακούς Ιατρούς και άλλους Επιστήμονες Υγείας, Τα οικονομικά των νοσοκομείων, Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 5, τεύχος 4, Ιούλιος - Αύγουστος 1994.
- **Θεοδώρου Μ., Καρόκης Α., Πολύλος Ν., Ρούπας Θ., Σισσούρας Α., Υφαντόπουλος Γ.**, Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 1994.
- **Καρόκης Α., Μητρόπουλος Ι., Σισσούρας Α.**, Η πρόταση για περιφερειακή κατανομή των Υγειονομικών πόρων και η ισότητα, Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 5, τεύχος 5, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1994.
- **Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ.**, Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα και Εθνικοί Λογαριασμοί . Μερικές απαραίτητες διευκρινίσεις, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 3, Τεύχος 1, Έκδοση Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας, Ιανουάριος - Μάρτιος 1994.
- **Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ.**, Τα οικονομικά της υγείας σε σχέση με τον προγραμματισμό και τις πολιτικές υγείας, Υγεία, τεύχος 1, περιοδική επιστημονική έκδοση της Νοτιοδυτικής Ελλάδος, Απρίλιος - Μάιος 1995.
- **Μάρδας Γεώργιος**, Οργανωτική και οικονομική του συστήματος κοινωνικής διοίκησης, Εκδοτικές επιχειρήσεις Κ. & Π. Σμπιλιάς Α.Ε.Β.Ε. «Το Οικονομικό», Αθήνα 1993
- **Παρθένιος Σ.**, Οργάνωση - Διοίκηση Μονάδων Υγείας III, Καλαμάτα 1994
- **Υ.Π.Π.**, Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα 1994.
- **Υ.Π.Π.** Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων , Δ/ση Οικονομικού, Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1991, Αθήνα 1991
- **Υ.Π.Π.**, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δ/ση Οικονομικού, Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1992, Αθήνα 1992.
- **Υ.Π.Π.**, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δ/ση Οικονομικού, Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1993, Αθήνα 1993
- **Υ.Π.Π.**, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δ/ση Οικονομικού, Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1994, Αθήνα 1994
- **Υ.Π.Π.**, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δ/ση Οικονομικού, Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1995, Αθήνα 1995
- **Υφαντόπουλος Γ.**, Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα, Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα 1988