



ΕΘΝΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ &
ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

Η εφαρμογή του Κλειστού Κατά Τμήμα Προϋπολογισμού στα
Νοσοκομεία της Ελλάδας

Επιβλέπουσα:

Μπαλασοπούλου Αναστασία

Σπουδάστρια:

Μοναχού Όλγα

ΑΘΗΝΑ - 2011

Περίληψη

Η εργασία αυτή ξεκινά με την παραδοχή ότι τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας δεν προχώρησαν ακόμα στην εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού ενώ η εφαρμογή αυτή αποτελεί πάγια πλέον τακτική για νοσοκομεία άλλων χωρών στην Ευρώπη και αλλού.

Η δεκαετία του '80 υπήρξε διεθνώς εξαιρετικά σημαντική σε ό,τι αφορά τον τρόπο διαχείρισης των οικονομικών της υγείας και, βεβαίως, τον τρόπο διαχείρισης των οικονομικών των νοσοκομείων. Είναι η χρονική στιγμή όπου μεγάλες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιούνται στον τομέα αυτό και ένα σημαντικό σημείο εκκίνησης για μια διαρκή εξέταση και επαναπροσδιορισμό της σχέσης μεταξύ των δαπανών που διατίθενται για τον τομέα της υγείας και των παραγομένων αποτελεσμάτων.

Η Ελλάδα, ακολουθώντας και αυτή το μεταρρυθμιστικό αυτό πνεύμα, ιδρύει το Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1983 και με μια σειρά νόμων και άλλων νομοθετικών και ρυθμιστικών κειμένων που ακολούθησαν προσπαθεί να βρει λύσεις τόσο σε ό,τι αφορά τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων όσο και την ορθότερη διαχείρισή τους. Μέσα από τα νομοθετικά αυτά κείμενα παρατηρεί κανείς τον έντονο προβληματισμό όλων των κυβερνήσεων των τελευταίων τριάντα ετών αλλά και δυσκολίες στην εφαρμογή των νόμων, δισταγμούς στην αλλαγή και, τελικά, παραμονή στην ίδια σχεδόν κατάσταση παρά τις επιμέρους εξελίξεις στην τεχνολογία της διαχείρισης.

Επιχειρείται, λοιπόν, εδώ η αναφορά των θεωρητικών πλαισίων, η περιγραφή εμπειριών από χώρες όπου ο τύπος αυτός του προϋπολογισμού εφαρμόζεται, η καταγραφή της παρούσας κατάστασης στα ελληνικά νοσοκομεία και ο εντοπισμός των σημείων που θα μπορούσαν να ξεπεραστούν προκειμένου να προχωρήσει ο σύγχρονος αυτός τρόπος κατάρτισης του προϋπολογισμού.

Μέσα από την περιγραφή των εργαλείων που ήδη υπάρχουν και των προϋποθέσεων που ενδεχομένως αποτελούν πρόκληση, θα αναδειχτούν οι δράσεις εκείνες που με συστημική προσέγγιση και στρατηγικό σχεδιασμό είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην επιτυχή εφαρμογή του διαχειριστικού αυτού εργαλείου.

Τα πάντα, βέβαια, όπως σε κάθε προσπάθεια αλλαγής, χρειάζονται να αντιμετωπίζονται με την αντίστοιχη κουλτούρα αλλαγής και να συμπεριλαμβάνονται στον αντίστοιχο σχεδιασμό, την υλοποίηση και τη διαρκή αξιολόγησή τους.

Λέξεις κλειδιά: κατά τμήμα προϋπολογισμός, κλειστός προϋπολογισμός, νοσοκομειακό κόστος, κοστολόγηση, τιμολόγηση, ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs), Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), λογιστική νοσοκομείων.

Summary

This study has as a point of departure the admission that the public hospitals of Greece have not yet put in practice the application of the fixed and departmental budget while this application is now a routine for hospitals in other countries in Europe and elsewhere.

The decade of '80 was very important, worldwide, concerning the ways of the health economics management and the management of hospitals. It is a milestone for extended reforms in this sector and a starting point for a continuous evaluation and reorientation of the relation between the health expenditure and the produced results.

Greece followed this spirit of reform and founded the National Health System in 1983, while a number of laws and other legislative and regulatory instruments followed in an attempt to find solutions regarding the funding of the hospitals and their sound management. These legislative documents clearly imply the concern of all of the governments in the last thirty years as well as the difficulties in implementing the laws, the hesitations to change and, finally, the lagging in reform despite the partial developments in the technology of management.

It is being attempted here to make a reference to the theoretical framework, to describe experiences from countries where this type of budgeting has been applied, to put down and analyze the present situation in the hospitals of the country and to identify the points that could be surpassed in order to adopt this modern way of budgeting.

Through the descriptions of the tools that already exist and the preconditions that might form a challenge, there will be actions that will emerge, actions which can lead to the successful application of this managerial tool through systemic approach and strategic planning.

Like in every attempt for change, everything needs to be seen in a culture of change and to be included in a relevant planning, implementation and continuous evaluation.

Key words: departmental budget, clinical budget, fixed budget, hospital services costing, pricing, Diagnostic Related Groups (DRGs), hospital accounting.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	0
Summary	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
Ορισμός του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού	7
Δομή τη εργασίας.....	9
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	11
1.1. Βασικές έννοιες.....	11
1.1.1. Σφαιρικός Προϋπολογισμός (Global Budget).....	11
1.1.2. Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs).....	12
1.1.3. Κοστολόγηση και τιμολόγηση.....	13
1.1.4. Μισθοδοσία.....	14
1.1.5. Προβληματισμοί που αφορούν στο σκέλος εσόδων	15
1.1.6. Η μέχρι σήμερα βέλτιστη κατάσταση (Optimum)	18
1.2. Προϋποθέσεις – Υποστηρικτικά εργαλεία.....	19
1.2.1. Ο προσδιορισμός των Κέντρων Κόστους / Υπευθυνότητας	19
1.2.2. Ενημέρωση και εκπαίδευση στελεχιακού δυναμικού	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	22
ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	22
2.1. Εμπειρία σε άλλες χώρες.....	22
2.2. Πραγματικότητα στην Ελλάδα	28
2.2.1. Νομοθεσία.....	28
2.2.2. Οικονομικά και οργανωτικά δεδομένα.....	30
2.2.2.1. Ταμειακός ή πραγματικός προϋπολογισμός, Χρέη	31

2.2.2.2. Το ζήτημα της επάρκειας των οικονομικών δεδομένων	34
2.2.2.3. Το ζήτημα της επάρκειας της Μηχανογράφησης.....	35
2.2.2.4. Ξεκάθαρα βήματα, ευαισθητοποίηση – ενδυνάμωση στελεχών	36
2.2.2.5. Λογιστική υποστήριξη – εταιρείες	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	40
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ	40
3.1. Η ενημέρωση / εκπαίδευση του στελεχιακού δυναμικού	40
3.2. Ο προσδιορισμός των ιεραρχικών και άλλων σχέσεων μεταξύ των διαφόρων Τμημάτων / Κέντρων και της κεντρικής διοίκησης του νοσοκομείου – Καταμερισμός ευθύνης.....	41
3.3. Η «ευελιξία» των τροποποιήσεων του προϋπολογισμού	43
3.4. Ο έλεγχος του νοσοκομείου επί των εσόδων του	43
3.5. Ο φόβος της συγκριτικής αξιολόγησης (Benchmarking).....	44
3.6. Δισταγμοί ηθικής και επαγγελματικής φύσεως	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	47
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εκπαιδευτική διαδικασία της 21^{ης} Εκπαιδευτικής Σειράς της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης πραγματοποιήθηκε σε μια περίοδο έντονα χαρακτηρισμένη από μια παγκόσμια οικονομική κρίση και, βεβαίως, από μια πρωτοφανή εγχώρια οικονομική κρίση, με αιχμή το δημόσιο χρέος. Ένα δημόσιο χρέος που συχνά αναφέρθηκε ότι δημιουργήθηκε λόγω κακής, ή τουλάχιστον όχι συνετής, διαχείρισης από πλευράς της δημόσιας διοίκησης με την ανοχή, εφόσον δεν μπορούμε να επικαλεστούμε άγνοια, της κοινωνίας.

Αυτή η κακοδιαχείριση αναφέρεται κυρίως στη μη αποτελεσματική χρήση των πόρων και στην κατασπατάληση πόρων με τρόπο τέτοιο ώστε οι δαπάνες για τα δημόσια αγαθά να διογκώνονται διαρκώς δημιουργώντας ελλείμματα και, κατά συνέπεια, να οδηγούν το δημόσιο χρέος σε όλο και μεγαλύτερο μέγεθος.

Το αγαθό της υγείας εντάσσεται, υπό το πρίσμα της παρούσας εργασίας, στο ίδιο πλαίσιο που αφορά όλες τις δημόσιες δαπάνες και ενώ αυτό δεν περιορίζεται στα νοσοκομεία, εντούτοις τα νοσοκομεία είναι εκείνα που απορροφούν τη μερίδα του λέοντος από την «πίτα» της λεγόμενης συνολικής δαπάνης για την υγεία.

Έτσι, οτιδήποτε έχει να κάνει με την καλή διαχείριση ή την αποτελεσματική διαχείριση των μονάδων υγείας αποκτά στις μέρες μας όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Και αυτό γιατί το ζητούμενο πάντοτε είναι η παροχή της μέγιστης και βέλτιστης φροντίδας υγείας με το μικρότερο δυνατό κόστος. Πολλώ δε μάλλον, σε μια συγκυρία όπου οι δαπάνες συμπίεζονται σχεδόν ασφυκτικά προς τα κάτω και πλέον αυτό που επιδιώκεται είναι τουλάχιστον να μην κατέβει το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Στα πλαίσια, λοιπόν, αυτά, η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να λάβει μέρος στο σύγχρονο διάλογο για την αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών των νοσοκομείων και να συμβάλει, στα πλαίσια του δυνατού, στην ανάδειξη πλευρών που αφορούν στον οικονομικό προγραμματισμό τους όπως είναι δυνατό να αποτυπώνεται στους προϋπολογισμούς τους.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω σε όλους όσους φρόντισαν την εκπαίδευσή μας και τη διοικητική υποστήριξη της εργασίας μας στο Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, τα στελέχη των νοσοκομείων που μας κατατόπισαν πάνω στην εργασία τους αφιερώνοντάς

μας μέρος του πολύτιμου χρόνου τους και, ιδιαιτέρως, την επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας, Αναστασία Μπαλασοπούλου, Καθηγήτρια του Τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης για την καθοδήγησή της στην έρευνα, στην ανάλυση των δεδομένων και στην γενικότερη συμπαράστασή της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμός του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού

Ο προϋπολογισμός, γενικά, είναι ένα οικονομικό έγγραφο, η χρήση του οποίου εστιάζεται στην προβολή μελλοντικών εσόδων και εξόδων για συγκεκριμένη μελλοντική χρονική περίοδο, συνήθως ενός έτους. Ο βασικός σκοπός της σύνταξης ενός προϋπολογισμού είτε από ένα άτομο είτε από μια επιχείρηση είτε από έναν οργανισμό είναι για να εκτιμήσει το εάν το άτομο ή η επιχείρηση ή ο οργανισμός μπορούν να συνεχίσουν να λειτουργούν με τα προβαλλόμενα έσοδα και έξοδα.

Με άλλα λόγια, ο προϋπολογισμός αποτελεί ένα ετήσιο οργανωτικό σχέδιο, αποτυπωμένο σε οικονομικούς όρους. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι αποσκοπεί στην πρόβλεψη των εσόδων και εξόδων, πράγμα που σημαίνει ότι στην πραγματικότητα δημιουργεί ένα επιχειρηματικό μοντέλο το οποίο προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο η επιχείρηση ή ο οργανισμός μπορούν να λειτουργήσουν οικονομικά με βάση συγκεκριμένες στρατηγικές, γεγονότα και σχέδια. Επίσης, αποτελεί και ένα εργαλείο ελέγχου της οικονομικής λειτουργίας σε σχέση σύγκρισης με την πρόβλεψη, δηλαδή, κατά πόσο πιστά εκτελέστηκε ο προϋπολογισμός και, εάν όχι, ποιές οι αποκλίσεις και ποιές οι αιτίες των αποκλίσεων αυτών.

Ο κρατικός προϋπολογισμός, είναι ο τυπικός νόμος με τον οποίο προσδιορίζονται τα όρια των εξόδων και η προέλευση των εσόδων του κράτους για κάθε οικονομικό έτος. Ο προϋπολογισμός αποτελεί και τη βραχυχρόνια υλοποίηση του δημοσιονομικού προγράμματος της κυβέρνησης. Είναι δεσμευτικός, είναι λεπτομερής και έχει διάρκεια ενός έτους.

Μέρος του κρατικού προϋπολογισμού αποτελούν και οι προϋπολογισμοί των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Σύμφωνα με το Άρθρο 29 του Ν.2519/1997, παράγραφοι 1 και 2: «1. Για την αποδοτικότερη χρήση των πόρων ως και τον έλεγχο και παρακολούθηση της ορθής εκτέλεσης των προϋπολογισμών των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας, συνιστάται ειδική υπηρεσία σε επίπεδο Τμήματος στη Διεύθυνση Οικονομικών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η υπηρεσία αυτή επεξεργάζεται τους υποβαλλόμενους κατά την επόμενη παράγραφο προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και εισηγείται την τελική διαμόρφωσή τους στο πλαίσιο των διατιθέμενων συνολικών πόρων. 2. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων καταρτίζονται για το επόμενο έτος και υποβάλλονται κατά μήνα Σεπτέμβριο με ευθύνη του Γενικού Διευθυντή του Νοσοκομείου στην αρμόδια Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας με αιτιολογημένη έκθεση του Δ.Σ. του νοσοκομείου. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας υποβάλλει με εισήγηση τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων της περιφέρειάς του στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με κοινοποίηση στο Υπουργείο Οικονομικών. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων διαμορφώνονται και ως κλειστοί κατά τομέα, εργαστήριο και διοικητική τεχνική ή άλλη μονάδα του νοσοκομείου και εγκρίνονται ως συνολικοί κλειστοί προϋπολογισμοί.»

Τα δημόσια νοσοκομεία συντάσσουν τον προϋπολογισμό τους με βάση εκείνον του προηγούμενου έτους και, επίσης, με βάση το Δημόσιο Λογιστικό (Νικόλαος Μ. Πολύζος, 2007). Και οι δύο αυτές βάσεις συμβάλλουν στην ταμειακή απεικόνιση της πρόβλεψης και της διαχείρισης αλλά δεν συμβάλλουν καθόλου στην απεικόνιση της αποδοτικότητας, τόσο της συνολικής όσο και της κατά τμήμα, όπως επίσης δεν μπορούν να διαμορφώσουν έναν προϋπολογισμό που θα αποτελεί και ένα ουσιαστικό μέτρο ελέγχου της οικονομικής και όχι μόνο διαχείρισης.

Στα πλαίσια μιας έντονης νομοθετικής κινητικότητας μεταρρυθμιστικού τύπου για το σύστημα υγείας της χώρας, πολλές φορές επαναλήφθηκε η ανάγκη της εφαρμογής λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία τέτοιου ώστε να υπάρχει καλύτερη εικόνα και έλεγχος της οικονομικής τους διαχείρισης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο παραπάνω αναφερόμενος Νόμος 2519/1997, ο οποίος και αναφέρει τη διαμόρφωση των προϋπολογισμών ως «κλειστών κατά τομέα» αλλά το προεδρικό διάταγμα 146 για την εφαρμογή του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας που θα στήριζε τη συγκεκριμένη αυτή διαμόρφωση των προϋπολογισμών, εκδόθηκε το 2003

(ΦΕΚ Α122/21.05.2003), δηλαδή έξι χρόνια μετά. Αυτό καταδεικνύει ότι ναι μεν υπήρχε η βούληση του νομοθέτη δεν δίνονταν όμως τα πρακτικά εκείνα «εργαλεία» και ενδεχομένως ούτε τα κίνητρα για την επίτευξη μιας τόσο σημαντικής αλλαγής.

Όμως, ακόμα και τώρα, που υπάρχουν όλα τα νομοθετικά «εργαλεία» για την εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού, αυτό δεν συμβαίνει. Παρατηρείται ένας δισταγμός ή δυσπιστία ως προς την μεθοδολογία και την αποτελεσματικότητα ή φόβος για την αλλαγή ή άλλες αιτίες που εμποδίζουν την εφαρμογή αυτή.

Προκειμένου να επιχειρηθεί η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος είναι σκόπιμο να ορίσουμε τον κλειστό κατά τμήμα προϋπολογισμό. Κλειστός προϋπολογισμός είναι εκείνος που καλύπτει σφαιρικά το σύνολο των προβλεπομένων δραστηριοτήτων του οργανισμού και δεν επιτρέπει καμμία μεταβολή κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους, δηλαδή κατά τη διάρκεια της εκτέλεσής του. Κατά τμήμα προϋπολογισμός είναι εκείνος ο οποίος αποτελείται από επιμέρους προϋπολογισμούς που συντάσσουν τα Τμήματα (ή Κέντρα Κόστους / Υπευθυνότητας) στα οποία ο οργανισμός είναι διαρθρωμένος. Επομένως, ο κλειστός κατά τμήμα προϋπολογισμός είναι το άθροισμα των κλειστών προϋπολογισμών των τμημάτων από τα οποία αποτελείται ο οργανισμός (Αναστασία Μπαλασοπούλου, 2010).

Δομή τη εργασίας

Η δομή της εργασίας περιλαμβάνει το εισαγωγικό μέρος, όπου οριοθετείται το προς διερεύνηση θέμα και προσεγγίζονται οι βασικοί ορισμοί, το μέρος που περιγράφει τη δομή της εργασίας και τη μεθοδολογία.

Ακολουθούν τρία κεφάλαια με την ανάπτυξη του θέματος και στο τέλος παρατίθεται η εξαγωγή συμπερασμάτων, ως το τελευταίο κεφάλαιο, και ο επίλογος.

Το πρώτο κεφάλαιο επιχειρεί μια θεωρητική ανασκόπηση από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, το δεύτερο κεφάλαιο προχωράει σε μια αναλυτική παρουσίαση της κατάστασης όπως είναι διαμορφωμένη σήμερα ενώ το τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσει τις προκλήσεις και τις αντιστάσεις που εμφανίζονται.

Η εξαγωγή συμπερασμάτων επιχειρείται με βάση τη μελέτη καταγεγραμμένων δεδομένων κυρίως από την Ελλάδα, σε μια προσπάθεια ανάδειξης πιθανών απαντήσεων σε σύγχρονους προβληματισμούς.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια απάντησης σε βασικά σπονδυλωτά ερωτήματα και το κείμενο της εργασίας αποτελεί αυτήν ακριβώς την αποτύπωση της απάντησης ή της έλλειψης απάντησης, εάν αυτό συμβαίνει σε ορισμένα εκ των ερωτημάτων. Τα βασικά ερωτήματα διατυπώνονται πάνω στην διαπίστωση ότι ο κλειστός κατά τμήμα προϋπολογισμός δεν εφαρμόζεται μέχρι τώρα στα ελληνικά νοσοκομεία και αυτό συνεπάγεται ένα κόστος που θα μπορούσε να είναι όφελος. Γιατί όμως αυτό συμβαίνει και πώς θα μπορούσε να ξεπεραστούν τα διάφορα πραγματικά ή υποθετικά εμπόδια; Μέσα από αυτά τα ερωτήματα, επιχειρείται η καταγραφή της σημερινής πραγματικότητας και η αναζήτηση της επιθυμητής, ενώ οι βασικές πηγές πληροφόρησης είναι μελέτες, άρθρα, δημοσιεύματα και οποιουδήποτε άλλου τύπου αναφορές στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

Η ανάλυση της παρούσας κατάστασης περιλαμβάνει την ύπαρξη ή όχι επαρκών οικονομικών δεδομένων που κρίνονται απαραίτητα για την εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού καθώς και το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο. Κρίσιμο σημείο εδώ είναι η δυσκολία σύνθεσης μεταξύ νομοθετικών κειμένων και πρακτικών εφαρμογών και οδηγιών, πράγμα που συμπεριλαμβάνει και μια κριτική αναστοχαστική προσέγγιση σε ό,τι αφορά ορισμένες ανεπάρκειες, ασυμβατότητες ή μονομέρειες κάποιου βαθμού στα εγχειρίδια που έχουν κυκλοφορήσει μέχρι σήμερα στη χώρα.

Οι προκλήσεις αναφέρονται στην οργανωτική δομή των νοσοκομείων και πόσο αυτή είναι δυνατόν να βοηθήσει ή να εμποδίσει την εφαρμογή αυτού του τύπου του προϋπολογισμού. Τα οφέλη πρόκειται να αναζητηθούν από χώρους όπου έχει ήδη εφαρμοστεί ο τύπος αυτός του προϋπολογισμού και, επομένως, στοιχεία θα αναζητηθούν από νοσοκομεία του εξωτερικού. Οι δισταγμοί που συνδέονται με την εφαρμογή αυτή έχουν να κάνουν περισσότερο με τη στελέχωση των νοσοκομείων, τη

συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού σε μεταβολές τέτοιου τύπου και τη διάχυση της κουλτούρας των αλλαγών εντός των νοσοκομείων.

Η ανίχνευση των προκλήσεων και των δισταγμών προσεγγίζεται με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση όπως καταγράφεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία, την εμπειρική παρατήρηση κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης όσο και κατά την εκπόνηση σεμιναριακής εργασίας καθώς και συνεντεύξεις με στελέχη του χώρου της υγείας και περιστρέφεται γύρω από τον άξονα της συγκριτικής ανάλυσης μεταξύ της υφιστάμενης και επιθυμητής κατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Βασικές έννοιες

1.1.1. Σφαιρικός Προϋπολογισμός (*Global Budget*)

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός για ένα νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από την ετήσια εκ των προτέρων πληρωμή μιας συνολικής, σφαιρικής χρηματοδότησης των λειτουργιών του είτε από το κράτος είτε από ασφαλιστικούς οργανισμούς και τα έσοδα υπολογίζονται από τον τύπο

$$B_t = B_{t-1}(1+\mu)$$

όπου B_t είναι ο προϋπολογισμός του επόμενου έτους, και

$B_{t-1}(1+\mu)$ είναι ο προϋπολογισμός του προηγούμενου έτους συν την ανάλογη αύξηση, αναπροσαρμογή των τιμών λόγω πληθωρισμού (Κοντούλη-Γείτονα, 1993).

Στην περίπτωση του σφαιρικού προϋπολογισμού έχουμε, επομένως, τον προϋπολογισμό να διαμορφώνεται με βάση τα προϋπολογισμένα έσοδα και τα έξοδα να προσαρμόζονται στα έσοδα, δηλαδή να μην υπερβαίνουν τα έσοδα.

Επιπλέον, ο σφαιρικός προϋπολογισμός, όπως εφαρμόστηκε στη Γαλλία στα πλαίσια του Νόμου για τη Νοσοκομειακή μεταρρύθμιση του 1983 «la dotation Budgetaire Globale», περιέλαβε εκτός από τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση (εκ των προτέρων

ετήσια συνολική χρηματοδότηση του νοσοκομείου) και μεταρρύθμιση στη διαχείριση, η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή των διαφόρων υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού – άρα τον κατά τμήμα προϋπολογισμό.

Στο σημείο αυτό πρέπει να κάνουμε την παρατήρηση ότι ο σφαιρικός προϋπολογισμός σε μακροοικονομικό επίπεδο σημαίνει το ποσόν που ο κρατικός προϋπολογισμός διαθέτει για υπηρεσίες υγείας, μέρος των οποίων αποτελούν οι νοσοκομειακές υπηρεσίες. Κατά συνέπεια, το ποσόν που διαθέτει το κράτος για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες πρέπει να κατανομηθεί στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας. Και εδώ πρέπει να θέσουμε το ερώτημα του ποια θα είναι τα κριτήρια της κατανομής του ποσού αυτού στα νοσοκομεία. Πρόκειται για ένα συστημικό ερώτημα το οποίο βαίνει αντιθέτως προς τις πρόσφατες οριζόντιες περικοπές δαπανών για την υγεία (αίτημα της κυβέρνησης προς τα νοσοκομεία για μείωση των δαπανών τους κατά 35% το έτος 2011).

Καθίσταται σαφές ότι η σημερινή οικονομική κρίση θα συμπίεσει περαιτέρω τις δαπάνες για τα δημόσια αγαθά και, επομένως, και τις δαπάνες για την υγεία, και θα πρέπει να αναζητηθούν τρόποι μείωσης των δαπανών μέσω της πιο αποτελεσματικής διαχείρισης και όχι μέσω των οριζόντιων περικοπών δεδομένου ότι αυτές είναι δυνατόν να δημιουργήσουν δυσβάστακτες συνθήκες σε νοσοκομεία με μεγάλη κίνηση ενώ να αφήσουν ανεπηρέαστα νοσοκομεία που δεν λειτουργούν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους ή που ακόμα και υπολειτουργούν.

1.1.2. Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs)

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες δεν είναι τίποτε άλλο από την ομαδοποίηση περιπτώσεων ασθενών με βάση τη διάγνωση της ασθένειας. Ασθενείς με την ίδια ή παρόμοια διάγνωση και παρόμοιο προφίλ απαιτούν σχεδόν όμοιες διαδικασίες και καταναλώνουν αντίστοιχα ίδιους νοσοκομειακούς πόρους (Μπαλασοπούλου Αναστασία, 2010).

Πρόκειται για ένα σύστημα κοστολόγησης των υπηρεσιών φροντίδας προς εσωτερικούς ασθενείς σε νοσοκομεία και περιλαμβάνει το κόστος νοσηλείας (ιατρικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό), το υποστηρικτικό και το διοικητικό κόστος.

Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε για πρώτη φορά σε μελέτες του πανεπιστημίου Yale των Ηνωμένων Πολιτειών όπου και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1983 σε μια προσπάθεια συγκράτησης του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ξεκίνησε πιλοτικά σε ένα μικρό όμιλο νοσοκομείων στο New Jersey για ασθενείς των προγραμμάτων Medicare και Medicaid και εφαρμόζεται πλέον όχι μόνο στις ΗΠΑ αλλά και σε πολλές ευρωπαϊκές και άλλες χώρες. Έχει επικρατήσει κυρίως ως μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τις οποίες, πρέπει να αναφέρουμε, εξαιρούνται τα επείγοντα περιστατικά, η μακροχρόνια φροντίδα και η ιατρική αποκατάσταση, που χρηματοδοτούνται με άλλους τρόπους (Σκοπελίτης Ευστράτιος, 2010).

Παρότι πρόκειται για σύστημα που αφορά κυρίως τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών δαπανών, είναι χρήσιμο στην διαδικασία της κατάρτισης του προϋπολογισμού διότι επιτρέπει σχετικά ασφαλείς προβλέψεις.

Αυτό το σύστημα μας απασχολεί στην παρούσα μελέτη ως βασική έννοια δεδομένου ότι στον μέχρι σήμερα επιστημονικό διάλογο για την εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού στα νοσοκομεία υπήρξαν θεωρήσεις ότι αυτό δεν μπορεί να συμβεί εάν δεν εφαρμοστούν προηγουμένως τα DRGs.

1.1.3. Κοστολόγηση και τιμολόγηση

Ενώ θεωρητικά θα μπορούσε το κόστος να ενσωματωθεί στην τιμή και έτσι να έχουμε ταύτιση της κοστολόγησης με την τιμολόγηση στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία δεν αποσκοπούν στην απόκτηση κέρδους, στην πραγματικότητα αυτό δεν συμβαίνει ή τουλάχιστον δεν συμβαίνει πάντα. Και αυτό διότι η τιμή που ορίζεται από κεντρικά όργανα της δημόσιας διοίκησης αντανακλά συγκεκριμένες πολιτικές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση του κλειστού νοσηλίου.

Η κοστολόγηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών προκύπτει με δύο βασικούς τρόπους: είτε με το άθροισμα του άμεσου και του έμμεσου κόστους είτε με το άθροισμα του σταθερού και του μεταβλητού κόστους, όπου το άμεσο κόστος περιλαμβάνει τη μισθοδοσία, τα αναλώσιμα, τα φάρμακα, ορισμένες συντηρήσεις και τις αποσβέσεις εξοπλισμού, το έμμεσο κόστος περιλαμβάνει τις διοικητικές δαπάνες, τη γενική τεχνική

υποστήριξη και άλλες δαπάνες (καθαριότητα, φύλαξη κλπ) και το ανόργανο κόστος ενώ το σταθερό κόστος περιλαμβάνει τη μισθοδοσία, τις αποσβέσεις εξοπλισμού, ορισμένες συντηρήσεις, τις διοικητικές δαπάνες, τη γενική τεχνική υποστήριξη και τις λοιπές δαπάνες (καθαριότητα, φύλαξη κλπ) και το μεταβλητό κόστος περιλαμβάνει τα αναλώσιμα υλικά, τα φάρμακα, την αποκατάσταση των βλαβών του εξοπλισμού που προκαλούνται από τη χρήση τους και το ανόργανο κόστος (Αναστασία Μπαλασοπούλου, 2010).

Ανεξάρτητα από το ποιό εκ των δύο αθροισμάτων θα χρησιμοποιηθεί για την κοστολόγηση, το κόστος είναι δυνατόν να υπολογίζεται για κάθε τμήμα του νοσοκομείου ξεχωριστά με τον κατάλληλο επιμερισμό των δαπανών.

Με τον τρόπο αυτό, και χωρίς να μας απασχολεί στην παρούσα μελέτη το εάν η τιμολόγηση θα αντιστοιχεί στο πραγματικό κόστος ή όχι - εφόσον παίζει εδώ σημαντικό ρόλο η οικονομική πολιτική που κάθε φορά ακολουθείται - είναι σαφές ότι είναι δυνατή η εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων σε σχέση με τα παραγόμενα αποτελέσματα από το κάθε τμήμα.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η σχέση κόστους αποτελέσματος για το κάθε τμήμα χρειάζεται να αξιολογείται προσεκτικά και τεκμηριωμένα ώστε να αποφεύγονται εσφαλμένα συμπεράσματα. Έτσι, αξιολόγηση της σχέσης αυτής μπορεί να γίνει μέσω της σύγκρισης ομοειδών τμημάτων και με βασικό άξονα πάντοτε την κατά το δυνατό υψηλής ποιότητας παρεχόμενη φροντίδα.

Επίσης θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η συγκριτική αυτή διαδικασία δεν στοχεύει στην έξωθεν επιβράβευση ή δυσμενή σχολιασμό των υπευθύνων των τμημάτων αλλά στον σωστό προγραμματισμό και την αιτιολόγηση των αποκλίσεων έτσι ώστε να επιδιώκεται πάντοτε το βέλτιστο αποτέλεσμα.

1.1.4. Μισθοδοσία

Από το 2001, στα πλαίσια των μέτρων που λήφθηκαν για την ένταξη της Ελλάδας στην ΟΝΕ, η μισθοδοσία των νοσοκομείων, κατά το μεγαλύτερο μέρος της, γίνεται από το Υπουργείο Οικονομικών.

Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει εικόνα για τις δαπάνες μισθοδοσίας, αντιθέτως, υπάρχει Γραφείο Μισθοδοσίας στα νοσοκομεία το οποίο παρακολουθεί τις

μισθολογικές και βαθμολογικές εξελίξεις των μελών του προσωπικού, σε συνεργασία με το Τμήμα Προσωπικού.

Σημαίνει, όμως, ότι το κόστος αυτό δεν εμφανίζεται στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Παρότι στην παρούσα μελέτη το ζήτημα αυτό δεν μας απασχολεί ιδιαίτερα, εφόσον μπορούμε να το αποδεχτούμε ως παραδοχή, δεν μπορούμε παρά να παρατηρήσουμε ότι το κόστος της μισθοδοσίας στην πραγματικότητα αποτελεί μέρος, και μάλιστα το μεγαλύτερο, του συνολικού κόστους της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας.

Πραγματικά, υπολογίζεται ότι η εργασία μπορεί να ανέλθει στο 60 έως 70% του προϋπολογισμού ενός Τμήματος ενός Νοσοκομείου ενώ οι προμήθειες στο 15 έως 25% και το εναπομένον αφορά άλλες δαπάνες (Ganti Anita G., 2004). Η εργασία στην περίπτωση αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη: τη μισθοδοσία και την εκτός μισθοδοσίας. Η μισθοδοσία αφορά στα έτομα που εργάζονται στο νοσοκομείο και η εκτός μισθοδοσίας αφορά σε εξωτερικούς συνεργάτες. Η εργασία καλύπτει ιατρικό, διοικητικό, τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό.

Στην Ελλάδα η εργασία αντιστοιχεί στο 50 έως 60% του συνολικού προϋπολογισμού ενός νοσοκομείου λόγω των χαμηλών μισθών και του μικρότερου αριθμού των εργαζομένων.

1.1.5. Προβληματισμοί που αφορούν στο σκέλος εσόδων

Ο προϋπολογισμός χωρίζεται σε δύο σκέλη: τα έσοδα και τα έξοδα. Τα έσοδα προέρχονται κυρίως από την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών (π.χ. από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς) και τα έξοδα διατίθενται κυρίως στην παραγωγική διαδικασία της φροντίδας υγείας.

Σε ό,τι αφορά τα έσοδα, υπάρχουν ορισμένοι προβληματισμοί που έχουν να κάνουν με τα κάτωθι:

- Κλειστό νοσήλιο

Το ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο είναι ένα προκαθορισμένο από την κεντρική διοίκηση (Υπουργείο Υγείας) ποσό που καλύπτει την κάθε ημέρα νοσηλείας και περιλαμβάνει κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή που παρέχεται από το νοσοκομείο και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή στον άρρωστο των ανωτέρω υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το χρόνο νοσηλείας και τις τυχόν επιπλοκές στο συγκεκριμένο νόσημα για το οποίο νοσηλεύεται (Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.1320/98 - ΦΕΚ 99 Β'), με ορισμένες εξαιρέσεις για συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις και συγκεκριμένα φάρμακα, τα οποία χρεώνονται εκτός κλειστού νοσηλίου.

Ενώ η παραπάνω υπουργική απόφαση εκτιμά ότι *«από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται επιπρόσθετη δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και των Ασφαλιστικών Ταμείων, καθόσον η οριζόμενη νέα δομή νοσηλίου θα επιτρέψει τον ορθολογικό προγραμματισμό και έλεγχο της προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών νοσηλείας και θα συμβάλει στην αποτροπή επιπλέον δαπανών»*, δεν διασαφηνίζεται πώς ο τρόπος αυτός πληρωμής των νοσοκομείων είναι δυνατόν να οδηγεί σε ισοσκελισμό εσόδων και εξόδων, ιδίως όταν το ποσόν του κλειστού νοσηλίου δεν ακολουθεί τιμαριθμικές ή άλλων μορφών αυξήσεις των τιμών σε είδη που προμηθεύεται ένα νοσοκομείο.

➤ Τρόπος και χρόνος πληρωμής των νοσοκομείων

Η είσπραξη των βεβαιωθέντων εσόδων από τα ασφαλιστικά ταμεία δεν γίνεται με άμεσο και συστηματικό τρόπο, πράγμα που αντικατοπτρίζει τη δυσκολία των ταμείων να ανταποκρίνονται στις οικονομικές υποχρεώσεις τους.

Η μη έγκαιρη είσπραξη των βεβαιωθέντων απαιτήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία οδηγεί στη συσώρευση χρεών προς προμηθευτές, οι οποίοι, με τη σειρά τους, για να καλύψουν τις οικονομικές ζημίες των καθυστερήσεων πληρωμών ανεβάζουν τις τιμές των προϊόντων τους και, κατά συνέπεια, το κόστος των νοσοκομείων γίνεται μεγαλύτερο. Δεδομένου ότι η πληρωμή των απαιτήσεων των νοσοκομείων καθορίζεται από άλλα κέντρα λήψης αποφάσεων και συνδέεται με τη γενικότερη οικονομική πολιτική, τα έσοδα των νοσοκομείων καταλήγουν να μην είναι δική τους υπόθεση (Σεμιναριακή Εργασία στην ΕΣΔΔ/Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας 2011), ενώ σε ορισμένες χρονικές περιόδους πραγματοποιείται «ρύθμιση χρεών» προς τους προμηθευτές συνολικά π.χ. ρύθμιση χρεών των νοσοκομείων στο τέλος του 2010.

Ένα άλλο πρόβλημα που σχετίζεται με τα έσοδα είναι η κάλυψη των περιστατικών ασθενών που δεν έχουν κάποια ασφαλιστική κάλυψη και, βεβαίως, δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις δαπάνες από ίδιους πόρους. Οι δαπάνες των περιστατικών αυτών επιβαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και εντάσσονται στην κρατική χρηματοδότηση προς τα νοσοκομεία, η οποία, όπως και με την περίπτωση των ασφαλιστικών ταμείων, δεν καταβάλλεται συστηματικά.

Αυτή η δύσκολη για τα νοσοκομεία κατάσταση οδηγεί σημαντική μερίδα του στελεχιακού δυναμικού τους να αναρρωτιέται για τη σκοπιμότητα μεταβολών στην κατάρτιση ενός προϋπολογισμού που βασίζεται κατά κανόνα στα έξοδα εφόσον δεν υπάρχει συστηματικότητα στην είσπραξη των εσόδων.

➤ Ο κατά τμήμα προϋπολογισμός αφορά και τα έξοδα και τα έσοδα:

Ένα συστημικό ερώτημα σε σχέση με τη διαχείριση των προϋπολογισμών των τμημάτων είναι εάν οι υπεύθυνοι των τμημάτων που είναι και υπεύθυνοι για την τήρηση του προϋπολογισμού του τμήματος έχουν επίσης την ευθύνη της διαχείρισης των εσόδων του τμήματος.

Αναφερόμενοι στους δύο παραπάνω προβληματισμούς, το κλειστό νοσήλιο και τις καθυστερήσεις στις εισπράξεις, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι δεν είναι δυνατή η διαχείριση των εσόδων σε επίπεδο τμήματος. Αυτό εξάγεται ως λογικό συμπέρασμα ότι δηλαδή εφόσον το νοσοκομείο συνολικά δεν μπορεί να ελέγξει την είσπραξη των εσόδων του εξυπακούεται ότι δεν μπορεί να υπάρξει οποιοσδήποτε αντίστοιχος έλεγχος σε επίπεδο τμημάτων.

Το ερώτημα εδώ μας απασχολεί δεδομένου ότι υπήρξαν διατυπώσεις διεκδικήσεων από πλευράς υπευθύνων τμημάτων, για παράδειγμα στη Γαλλία, ώστε να διαχειρίζονται οι υπεύθυνοι και τα έσοδα. Πραγματικά, αυτό είναι κάτι που μπορεί να επιδιωχθεί και να πραγματοποιηθεί αλλά δεν αποτελεί στην πραγματικότητα προϋπόθεση για την εφαρμογή του κατά τμήμα προϋπολογισμού στα νοσοκομεία.

Έτσι, μπορούμε να έχουμε κατάρτιση και τήρηση τμηματικών προϋπολογισμών από την πλευρά των εξόδων ενώ η διαχείριση των εσόδων να γίνεται από το επίπεδο της κεντρικής διαχείρισης του νοσοκομείου, όπως γίνεται στην περίπτωση πολλών

ευρωπαϊκών χωρών, για παράδειγμα της Γερμανίας και της Σουηδίας. Και ενώ στην Ελλάδα θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτό θα ήταν απότοκο μιας ιδιαίτερης αδυναμίας του συμπλέγματος παρόχων και αγοραστών υπηρεσιών υγείας, στις χώρες αυτές αυτό γίνεται ως πολιτική διαχείρισης (Μπαλασοπούλου Αναστασία, 2010).

1.1.6. Η μέχρι σήμερα βέλτιστη κατάσταση (*Optimum*)

Παρότι είναι εξαιρετικά παρακινδυνευμένο να μιλά κανείς για ιδανικές καταστάσεις σε περιβάλλοντα διαρκώς μεταβαλλόμενα, είναι δυνατόν να υποθέσουμε, με βάση τα σημερινά δεδομένα (Πολύζος Νικόλαος, 2007) ότι η ιδανική κατάσταση σε ότι αφορά την οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων θα μπορούσε να συνοψιστεί ως εξής:

- Προϋπολογισμοί που καταρτίζονται με βάση τις ανάγκες νοσηλείας και εκτελούνται πιστά
- Τα Τμήματα είναι υπεύθυνα για την κατάρτιση και τήρηση των προϋπολογισμών τους και μπορούν να αξιολογούν τη θέση τους συγκρινόμενα με άλλα αντίστοιχα τμήματα είτε του ίδιου είτε άλλων νοσοκομείων
- Η κοστολόγηση και η τιμολόγηση γίνονται με συγκεκριμένες μεθόδους ανά ιατρική πράξη, όπως για παράδειγμα οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (KEN)
- Το κάθε νοσοκομείο έχει πλήρη εικόνα του κόστους των υπηρεσιών του ανά τμήμα, ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος, για παράδειγμα μια χειρουργική επέμβαση για εσωτερικούς ασθενείς ή μια εργαστηριακή εξέταση για εξωτερικούς ασθενείς, και ανά ασθενή με βάση την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς.

Αυτά που αναφέρονται εδώ ως στοιχεία ιδανικής οικονομικής διαχείρισης είναι στοιχεία που μπορούν να εξασφαλίσουν σωστό προγραμματισμό και κατά συνέπεια σωστή διαχείριση των πόρων, πράγμα απαραίτητο για τη βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

1.2. Προϋποθέσεις – Υποστηρικτικά εργαλεία

1.2.1. Ο προσδιορισμός των Κέντρων Κόστους / Υπευθυνότητας

Προκειμένου να εφαρμοστεί ο κατά τμήμα προϋπολογισμός, βασική προϋπόθεση είναι ο προσδιορισμός των Τμημάτων του Νοσοκομείου. Τα Τμήματα αυτά αποτελούν τα Κέντρα Κόστους ή τα Κέντρα Υπευθυνότητας.

Ένα Κέντρο Υπευθυνότητας αφορά μια λειτουργία και μια ή περισσότερες δραστηριότητες και λειτουργεί υπό τον έλεγχο μιας και μοναδικής αρχής ως ένα συντονισμένο σύνολο ανθρώπινων και υλικών πόρων και μέσων σταθερά και μόνιμα εντός του πλαισίου του νοσοκομείου. Στα Κέντρα αυτά αντιστοιχούν ιατρικές, νοσοκομειακές, διοικητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες και έτσι αυτά λειτουργούν αυτόνομα και με καθορισμένους στόχους μεν αλλά εντός των γενικότερων πλαισίων και στόχων του νοσοκομείου (Τσατσούλη Δέσποινα, 2008).

Βασική έννοια της κατάτμησης του οργανισμού σε Κέντρα Κόστους ή Υπευθυνότητας είναι η αποκέντρωση στη διαχείριση, η οποία σημαίνει τη συμμετοχή όλων των υπευθύνων στην κατάρτιση του προϋπολογισμού και στον ουσιαστικό έλεγχο στη διαχείριση του νοσοκομείου. Πρόκειται, δηλαδή, για μια πιο οριζόντια μορφή μανάτζμεντ, διαφορετική από την παραδοσιακή κάθετη και πυραμιδική μορφή μανάτζμεντ.

Άλλα βασικά στοιχεία της κατάτμησης αυτής είναι ο σαφής προσδιορισμός της σφαίρας δράσης του καθενός εκ των Τμημάτων / Κέντρων, η αποτύπωση των λειτουργικών σχέσεων μεταξύ τους, η ιεραρχία στο εσωτερικό του Τμήματος / Κέντρου καθώς και η σχέση του Τμήματος / Κέντρου με τις Κεντρικές Υπηρεσίες και την οργάνωση του ελέγχου (Μπαλασοπούλου Αναστασία, 2010).

Τα Τμήματα – Κέντρα Κόστους διακρίνονται σε τελικά, ενδιάμεσα και υποστηρικτικά. Τελικά είναι τα τμήματα αναφοράς για τον ασθενή, για παράδειγμα μια παθολογική κλινική στην οποία έχει εισαχθεί ένας ασθενής. Ενδιάμεσα είναι τα τμήματα που παράγουν υπηρεσίες κατά παραγγελία του κέντρου αναφοράς, για παράδειγμα το μικροβιολογικό εργαστήριο από το οποίο ζητά η παραπάνω παθολογική κλινική συγκεκριμένες εξετάσεις για τον ασθενή της. Υποστηρικτικά είναι τα τμήματα που λειτουργούν προς όφελος της συνολικής λειτουργίας, για παράδειγμα η Τεχνική

Υπηρεσία. Τόσο τα ενδιάμεσα όσο και τα υποστηρικτικά κλείνονται λογιστικά στο τέλος της χρήσης και επιμερίζονται λογιστικά στα τελικά τμήματα. Ο επιμερισμός από τα ενδιάμεσα τμήματα προς τα τελικά γίνεται με βάση τον αριθμό των εντολών, για παράδειγμα πόσες εξετάσεις ζήτησε η συγκεκριμένη παθολογική κλινική από το μικροβιολογικό εργαστήριο για όλους τους ασθενείς της κατά τη διάρκεια του έτους. Ο επιμερισμός, δε, για τα υποστηρικτικά τμήματα προς τα τελικά γίνεται με βάση εσωτερικούς συμφωνημένους δείκτες και αναλογικά προς το είδος της υποστήριξης, για παράδειγμα τα τετραγωνικά μέτρα στα οποία αναπτύσσεται η παθολογική κλινική σε ό,τι αφορά την Τεχνική Υπηρεσία.

Ο προσδιορισμός των τμημάτων σε κάθε νοσοκομείο είναι σχετικά εύκολο να γίνει δεδομένου ότι υπάρχει για καθένα από αυτά οργανισμός προβλεπόμενος από υπουργικές αποφάσεις. Σε δύο διπλωματικές εργασίες που έγιναν στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Τσατσούλη Δέσποινα, 2008 και Καρυστινού Αγγελική 2010), αποτυπώθηκε ο διαχωρισμός σε Τμήματα – Κέντρα Κόστους/Υπευθυνότητας σε δύο μεγάλα Νοσοκομεία της Αττικής, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Επωνυμία Νοσοκομείου	Αριθμός Κλινών	Αριθμός Τελικών Τμημάτων	Αριθμός Ενδιάμεσων Τμημάτων	Αριθμός Υποστηρικτικών Τμημάτων
«Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ν.Ιωνίας	400	16	12	6
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Αγιος Παντελεήμων»	716	23	27	7

1.2.2. Ενημέρωση και εκπαίδευση στελεχιακού δυναμικού

Τα νοσοκομεία είναι, κατά κύριο λόγο, μονάδες παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για μονάδες παραγωγής που λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα, δηλαδή αδιάλειπτα. Πρόκειται, επίσης, για παραγωγικές μονάδες εντάσεως εργασίας, όπου δηλαδή οι ανθρώπινοι πόροι, ο ανθρώπινος παράγοντας, έχουν κυρίαρχο ρόλο.

Η σύνθεση του στελεχιακού δυναμικού υποδεικνύει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανέρχεται κοντά στο 70% του συνολικού δυναμικού ενώ το διοικητικό προσωπικό δεν ξεπερνά το 10% περίπου (κατάσταση προσωπικού του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία» τον Ιανουάριο 2011). Πρόκειται, δηλαδή, για υψηλής εξειδίκευσης προσωπικό, με βασικό καθήκον την παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

Ενώ η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού περιστρέφεται γύρω από την απόκτηση γνώσης με σκοπό την ίαση των ασθενών, η τοποθέτηση σε θέσης ευθύνης εντός του οργανισμού του νοσοκομείου προϋποθέτει βασικές γνώσεις ή ικανότητες διαχείρισης. Οι γνώσεις αυτές, κατά κανόνα αποκτώνται εμπειρικά, παρακολουθώντας, δηλαδή, τους προκατόχους τους και αναπτύσσοντας, βεβαίως, και κάποια προσωπικά στοιχεία ο καθένας ανάλογα με το χαρακτήρα και άλλα δεδομένα. Έτσι, είναι σαφές ότι η Προϊσταμένη μιας Κλινικής ή ο Διευθυντής μιας Κλινικής ασκούν καθήκοντα διαχείρισης που αφορούν στη λειτουργία της συγκεκριμένης Κλινικής. Ομοίως, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας και η Διευθύνουσα, κατ' αναλογία ασκούν διοικητικά καθήκοντα σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης του νοσοκομείου.

Παρόλα τα ανωτέρω περί διοικητικών αρμοδιοτήτων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων, η εκτίμηση των στελεχών αυτών φαίνεται να είναι ότι η άσκηση των καθηκόντων αυτών αφορά μόνο τη λειτουργία και τα αποτελέσματα από ιατρικής και νοσηλευτικής μόνο σκοπιάς και όχι από άλλης διοικητικής ή οικονομικής σκοπιάς.

Έτσι, σε μια απλή συζήτηση που μπορεί να κάνει κανείς με οικονομικά στελέχη ενός νοσοκομείου αποκομίζει την εντύπωση ότι ένα βασικό εμπόδιο για την εφαρμογή του κατα τμήμα προϋπολογισμού στα νοσοκομεία της Ελλάδας είναι η δυσκολία του

ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να αποδεχτεί την ανάληψη της ευθύνης της κατάρτισης και της τήρησης του προϋπολογισμού του τμήματός τους εντός συγκεκριμένων πλαισίων.

Κομβικό στοιχείο εδώ είναι η τήρηση του προϋπολογισμού σε συγκεκριμένο ύψος με ταυτόχρονη τήρηση του επιπέδου των παραγομένων αποτελεσμάτων.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ ότι η εκπαίδευση χρειάζεται να είναι αποτελεσματική, όχι να δίνει μόνο επιφανειακή κατανόηση και αποσπασματικές γνώσεις για θέματα διαχείρισης. Στην πραγματικότητα αυτό που εννοούμε στην περίπτωση αυτή εκπαίδευση είναι η μεταφορά τεχνικών προς το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό προκειμένου να βοηθηθούν στα διαχειριστικά τους καθήκοντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

2.1. Εμπειρία σε άλλες χώρες

Τμηματικοί προϋπολογισμοί εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά το 1980 σε ένα γενικό νοσοκομείο στη Γαλλία, το Hôtel-Dieu, στο κέντρο του Παρισιού, το οποίο λειτουργούσε με σφαιρικό προϋπολογισμό. Το 1980, οι δαπάνες παρουσίαζαν υπέρβαση της τάξης του 11% σε σχέση με τον προϋπολογισμό ενώ η αύξηση στις νοσηλείες και τις εισαγωγές ήταν σημαντικά μεγαλύτερη. Η πειραματική εφαρμογή των τμηματικών προϋπολογισμών είχε ως αποτέλεσμα εξοικονόμηση της τάξης του 8,8% στη διάρκεια της νοσηλείας και 18,7% στις εισαγωγές (Besançon F., 1984).

Στις δεκαετίες του '80 και του '90 όλες οι Ευρωπαϊκές αλλά και χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Ν.Ζηλανδία έδειξαν ενδιαφέρον και εφάρμοσαν τον κατά τμήμα προϋπολογισμό στα πλαίσια των μεγάλων μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα με σκοπό τον έλεγχο των διαρκώς διογκούμενων δαπανών που απειλούσαν τη βιωσιμότητα ολόκληρου του συστήματος. Στα ίδια αυτά πλαίσια των μεταρρυθμίσεων εντάσσονται

και οι πρωτοβουλίες για τη δημιουργία ενός είδους εσωτερικής αγοράς και την εισαγωγή της μεθόδου της προσυμφωνημένης πληρωμής (perspective method of payment). Ενώ και τα δύο αυτά μέτρα στόχευαν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη συγκράτηση των δαπανών, η έννοια της εσωτερικής αγοράς είχε ως στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας μέσω του ανταγωνισμού εντός των νοσοκομείων ενώ η προσυμφωνημένη πληρωμή είχε ως στόχο να μεταθέσει ευθύνη στα νοσοκομεία σχετικά με τον έλεγχο των δαπανών στην παροχή των υπηρεσιών (Campanale Cristina, 2011).

Πραγματικά, την περίοδο από τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο μέχρι τη δεκαετία του '80, σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες αναπτύχθηκαν, για οικονομικούς κυρίως λόγους αλλά όχι μόνο, «πολιτικές υγείας». Στα πλαίσια των πολιτικών αυτών πολλαπλασιάστηκαν οι γιατροί ενώ ιδρύθηκαν πολλά νέα νοσοκομεία, ιατρεία και άλλες δομές υγείας. Σε όλο αυτό το πλέγμα, οι γιατροί είχαν κυρίαρχο ρόλο στη λήψη των αποφάσεων και στην κατανάλωση των διαθέσιμων πόρων. Αυτό, σε συνδυασμό με την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση των χρόνιων παθήσεων, συνέβαλε στη σταδιακή αύξηση των δαπανών για την υγεία. Συνεπώς, πολλές ευρωπαϊκές και άλλες κυβερνήσεις επιχείρησαν διάφορες μεταρρυθμίσεις με σκοπό να στηρίξουν τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τους, μέσω της επιρροής της συμπεριφοράς των νοσοκομειακών γιατρών.

Η εισαγωγή του κατά τμήμα προϋπολογισμού (departmental budget ή clinical budget) στις διάφορες χώρες δεν έγινε εύκολα και στις πολλές μελέτες / έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στο θέμα αυτό ως η σημαντικότερη δυσκολία αναφέρεται η δυσκολία των γιατρών να αποδεχτούν ένα ρόλο οικονομικο-διαχειριστικό ενώ η εκπαίδευσή τους και η ιδεολογία τους δεν εμπεριείχε κάτι τέτοιο μέχρι εκείνη τη στιγμή και ενώ οι κυβερνήσεις δεν τους χορηγούσαν ταυτόχρονα με τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τις απαραίτητες τεχνικές και τα αντίστοιχα κίνητρα. Παρατηρούμε ότι η δυσκολία είναι οργανωσιακού χαρακτήρα και ευαισθητοποίησης – κινητοποίησης του στελεχιακού δυναμικού.

Οι όποιες δυσκολίες ξεπεράστηκαν με υιοθέτηση νέων πρακτικών ή πραγματοποίηση προσαρμογών από πλευράς των κυβερνήσεων αλλά και με αξιοποίηση του επιστημονικού διαλόγου και την πραγματοποίηση επιστημονικών ερευνών. Επίσης, η

πρόοδος της τεχνολογίας στην πληροφορική των οικονομικών της υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο εφόσον έχουν δημιουργηθεί αρκετά αξιόπιστα εργαλεία / λογισμικά για την κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών και για πρόσβαση σε οικονομικές εκθέσεις με σύνδεσή τους με μη οικονομικά στοιχεία.

Πολλές μελέτες πάνω στο θέμα έχουν επικεντρωθεί στο θέμα των οργανωσιακών αλλαγών και τη μεταβολή του τρόπου της λήψης των αποφάσεων.

➤ Δανία

Στο άρθρο με θέμα «Αποκέντρωση της Ευθύνης της Διαχείρισης: η περίπτωση των νοσοκομείων της Δανίας» (Thomas Pallesen και Lars Dahl Pedersen, 1993), το οποίο δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *International Journal of Health Planning and Management* το 1993, προσεγγίζει αυτό ακριβώς. Πώς, δηλαδή, μια τέτοια διοικητική μεταβολή, όπως είναι η εφαρμογή του κατά τμήμα προϋπολογισμού, επηρεάζει τη γενικότερη διοικητική συμπεριφορά και εγκαθιστά νέες ισορροπίες. Πριν την μεταρρύθμιση, υπεύθυνος για την τήρηση του συνολικού προϋπολογισμού ήταν ο Διευθυντής του Νοσοκομείου, ο οποίος όμως είχε περιορισμένη εξουσία να επηρεάζει τις αποφάσεις για τις δαπάνες οι οποίες λαμβάνονταν είτε από κάθετες δομές (η ιεραρχία της νοσηλευτικής) είτε από τα διάφορα αυτόνομα τμήματα (κλινικές). Για παράδειγμα, η Διευθύνουσα ήταν αποκλειστικά υπεύθυνη για οτιδήποτε συνέβαινε σ' αυτήν την ημιαυτόνομη ιεραρχία, δηλαδή του 45% του προσωπικού. Από την άλλη, οι αυτόνομοι «κλινικάρχες» επέλεγαν έναν εξ αυτών να τους εκπροσωπεί σε κεντρικό επίπεδο αλλά αυτός ήταν ένας μεταξύ ομοίων και δεν είχε κάποια μορφή εξουσίας επί των υπολοίπων – η σχέση του ήταν περισσότερο προσωπική και πολιτική παρά επαγγελματική. Η μεταρρύθμιση άλλαξε άρδην τη δομή αυτού του τρίπτυχου ημιαυτόνομου μοντέλου και καθιέρωσε την διοικητική ομάδα η οποία πλέον αποτελείται από τον Διευθυντή, την Διευθύντρια Νοσηλεύτρια (chief nurse) και έναν διορισμένο Διευθυντή γιατρό (chief doctor) οι οποίοι λειτουργούν συλλογικά και έχουν από κοινού την εξουσία και την ευθύνη της λειτουργίας του νοσοκομείου. Και ως ομάδα συμπεριφέρονται συλλογικά και ομοίμορφα. Παρακάτω, σε επίπεδο τμήματος, γίνονται αντίστοιχες σημαντικές μεταβολές. Σε κάθε τμήμα προϊστανται ο υπεύθυνος γιατρός και η υπεύθυνη νοσηλεύτρια. Αυτοί, από κοινού, έχουν την ευθύνη της λειτουργίας του τμήματος και λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τη διαχείριση του

προϋπολογισμού του τμήματός τους, με τα όρια που ορίζονται σ' αυτόν από το κεντρικό επίπεδο. Η διαχείριση αυτή περιλαμβάνει τις αμοιβές του προσωπικού, τα αναλώσιμα, τις υπηρεσίες, τα φάρμακα και μικρές επενδύσεις ενώ οι δαπάνες αυτές δεν πρέπει να ξεφεύγουν από τον προβλεπόμενο προϋπολογισμό. Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια αυτονομία στη διαχείριση του προϋπολογισμού σε επίπεδο τμήματος και το κρίσιμο ερώτημα στην περίπτωση αυτή είναι η διατήρηση των εκροών του τμήματος με την τήρηση του προϋπολογισμού και όχι μείωση της απόδοσης. Αναφέρεται το μήνυμα προς τους επαγγελματίες υγείας: “keep your budgets and keep your output level”.

➤ Βρετανία

Στην περίπτωση της Βρετανίας, οι αντιστάσεις των γιατρών του NHS ξεπεράστηκαν με την εισαγωγή συστήματος επιβράβευσης με βάση τα αποτελέσματα, την πρόσληψη νέων μάντζερ εκτός NHS και με τη βελτίωση του διαλόγου μεταξύ της κυβέρνησης και των υπό μεταρρύθμιση νοσοκομείων. Η βελτίωση αυτή περιλάμβανε βαθύτερες μελέτες σχετικά με τις ανάγκες των νοσοκομείων προκειμένου να προχωρήσουν στις αλλαγές και κατανόηση των επιπτώσεων των μεταβολών (Broadbent J, 1991).

➤ Γερμανία και Ιταλία

Μια συγκριτική μελέτη για τη Γερμανία και την Ιταλία (Jacobs K, 2004) κατέδειξε ότι η σπουδαιότητα που απέδιδαν οι κλινικοί γιατροί στο κόστος αυξήθηκε. Η εισαγωγή του κόστους στη λήψη των αποφάσεων στις κλινικές περιγράφηκε ως «διερεύνηση διαφορετικών θεραπειών και επιλογής φαρμάκων και επιλογή της φθηνότερης εάν τα κλινικά αποτελέσματα ήταν τα ίδια».

Στη Γερμανία η κατάσταση αυτή δημιουργήθηκε από την πρόταση της εισαγωγής του συστήματος χρηματοδότησης των GRGs. Μέσα σ' αυτή τη μεταρρύθμιση κατέστη σαφές ότι αναμενόταν από τους γιατρούς να είναι υπεύθυνοι όχι μόνο για κλινικά αλλά και για οικονομικά θέματα. Αυτό δημιούργησε πίεση πάνω στους γιατρούς: αισθάνθηκαν ότι το νοσοκομείο τους θα βρισκόταν σε δύσκολη οικονομική κατάσταση εάν εκείνοι δεν έδιναν σημασία στο κόστος. Και παρότι παραδέχονταν τη δυσκολία τους να κατανοήσουν το σύστημα των DRGs, ο φόβος για πιθανά οικονομικά προβλήματα στο νοσοκομείο τους αποδείχτηκε ένα ισχυρό κίνητρο για να μάθουν το νέο σύστημα.

Στην Ιταλία η σταδιακή είσοδος του κόστους στο σύστημα λήψης των αποφάσεων στις κλινικές θεωρήθηκε ως συνέπεια των μεταρρυθμίσεων του 1995 οι οποίες εισήγαγαν τις δαπάνες ως μέρος της μέτρησης της αποδοτικότητας. Έτσι, ανατέθηκε στους γιατρούς η ευθύνη της αποδοτικότητας του τμήματός τους με σχέση κόστους – αποτελέσματος. Δημιουργήθηκε με τον τρόπο αυτό ένα σύστημα σκοπών και στόχων και η επίτευξη των στόχων συνδέθηκε με το ύψος του μισθού, αυξάνοντας έτσι το ενδιαφέρον των γιατρών και, κατά συνέπεια, την ενημέρωση και τον έλεγχο των δαπανών.

➤ Νορβηγία

Στα πρώτα βήματα της εφαρμογής του κατά τμήμα προϋπολογισμού στα νοσοκομεία της Νορβηγίας το σύστημα εμφάνιζε αποτυχία διότι δεν αποδόθηκε ιδιαίτερη σημασία σ' αυτό από τα περιφερειακά συμβούλια (County Councils) και έτσι δεν ασκήθηκε η απαραίτητη πίεση προς τους γιατρούς ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι του προϋπολογισμού. Τα περιφερειακά συμβούλια θεώρησαν τον προϋπολογισμό ως κάτι το απολύτως τυπικό και από τη στιγμή που τον κατάρτιζαν όλα θεωρούνταν εντάξει ανεξάρτητα με το περιεχόμενό του. Κατά συνέπεια, η παραμονή εντός των ορίων του προϋπολογισμού δεν θεωρείτο κάτι σημαντικό και δεν συνέδεαν τις υπερβάσεις των δαπανών με κάποια επίπληξη. Οι γιατροί, με τη σειρά τους δεν αισθάνονταν την ανάγκη της παραμονής εντός των ορίων του προϋπολογισμού εφόσον κυριαρχούσε η άποψη ότι το νοσοκομείο θα παίρνει πάντα ό,τι χρειάζεται επειδή το περιφερειακό συμβούλιο θα πληρώνει το λογαριασμό. Έτσι, ο προϋπολογισμός εδώ αντιμετωπίστηκε ως ευέλικτος προϋπολογισμός (flexible budget), ο οποίος μπορούσε να αναθεωρείται και τα ελλείμματά του να καλύπτονται από πρόσθετους κρατικούς πόρους (Pettersen, 1995).

➤ Αυστραλία

Μια μελέτη που διεξήχθη με ερωτηματολόγια σε γιατρούς ενός μεγάλου νοσοκομείου στην Αυστραλία προσέγγισε τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να γίνει καλύτερα η εγκατάσταση των νέων πρακτικών προκειμένου να αποφευχθούν οι συγκρούσεις μεταξύ ατομικών επαγγελματικών προσανατολισμών και περιβάλλοντος ελέγχου. Η έννοια της σύγκρουσης εδώ μπορεί να δοθεί με ένα παράδειγμα όπου μια σύγκρουση μπορεί να δημιουργηθεί ανάμεσα στα στάνταρντς ενός ατόμου και στην απαιτούμενη από το περιβάλλον του συμπεριφορά. Η μελέτη αυτή (Abernethy and Stoelwinder, 1995), παρατήρησε ότι οι παραδοσιακές μορφές ελέγχου που βασίζονται στις εκροές

είναι πιο πιθανό να δημιουργήσουν συγκρούσεις ανάμεσα στα άτομα και στους μηχανισμούς ελέγχου. Πρότεινε, λοιπόν τρεις τρόπους ώστε να αποφεύγονται τέτοιες συγκρούσεις: Πρώτον, οι επαγγελματικοί οργανισμοί πρέπει να στηρίζονται σε πολιτικές κοινωνικής αποδοχής και εκπαίδευσης ώστε να ενθαρρύνονται οι επαγγελματίες να προασπίζουν τις προσδοκίες τους και παράλληλα να αποδέχονται τους κανόνες και τις αξίες του γραφειοκρατικού ελεγκτικού συστήματος. Δεύτερον, χρειάζεται η δημιουργία ενός τέτοιου οργανωσιακού περιβάλλοντος όπου οι αξίες και οι στόχοι των επαγγελματιών αναγνωρίζονται και συμπεριλαμβάνονται στους οργανωσιακούς στόχους και έτσι οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται ότι μπορούν καλύτερα να επιδιώκουν την επίτευξη των δικών τους στόχων μέσα από την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων. Τέλος, σε σχέση με τον έλεγχο των συμπεριφορών και την επαγγελματική αυτονομία, σημειώνει ότι όταν η επίβλεψη της εργασίας γίνεται από ειδικούς επαγγελματίες, ο έλεγχος της συμπεριφοράς θεωρείται ως ένα αποδεκτό εργαλείο ελέγχου.

➤ Νέα Ζηλανδία

Στη Νέα Ζηλανδία, οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στόχευαν στην προαγωγή των νοσοκομείων σε «επιτυχημένες επιχειρήσεις». Τα νοσοκομεία εισήγαγαν την τμηματική (κατά τμήμα) δομή και οι γιατροί έγιναν υπόλογοι για τα αποτελέσματα από την σκοπιά των εσόδων του τμήματός τους. Τα έσοδα μετρώνται εδώ ανάλογα με τις εκροές, υπολογίζοντας τον αριθμό και το είδος των ασθενών που νοσηλεύτηκαν και προσαρμοσμένα σε δείκτες παραγωγικότητας και κόστους όπως η διάρκεια νοσηλείας και οι δαπάνες της φαρμακευτικής αγωγής. Εδώ οι γιατροί έπρεπε να λειτουργούν αποτελεσματικά και να κρατούν τις δαπάνες τους εντός των εσόδων που ελάμβαναν. Στην περίπτωση αυτή, ο φόβος της απώλειας μέρους της χρηματοδότησής τους πίεζε τους γιατρούς οι οποίοι πλέον άρχισαν να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους οικονομικούς προβληματισμούς (Lawrence S ,1997).

➤ Ηνωμένες Πολιτείες

Ο Διευθυντής Προϋπολογισμού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Louisville στην πολιτεία του Κεντάκυ των Ηνωμένων Πολιτειών αναφέρει πώς ένα συγκεκριμένο λογισμικό βοήθησε τους επικεφαλής των τμημάτων να τηρούν καλύτερα τον προϋπολογισμό τους και δηλώνει ότι με καλύτερη και πιο έγκαιρη πληροφόρηση, οι

διευθυντές μπορούν να κάνουν καλύτερα τη δουλειά τους, να φροντίζουν δηλαδή τα χρήματα, τα τμήματά τους και τους ασθενείς που περιθάλπουν. Η περίπτωση αυτή αναφέρεται στην ιστοσελίδα μιας εταιρείας η οποία προμηθεύει λογισμικά τέτοιου είδους σε διάφορων ειδών οικονομικές δραστηριότητες. Πρόκειται για ένα μεγάλο γενικό νοσοκομείο με περίπου 50 διευθυντές να διαχειρίζονται αντίστοιχα τμήματα και να αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην παραμονή εντός του προϋπολογισμού τους λόγω της μη έγκαιρης πληροφόρησής τους μέσω ενδιάμεσων οικονομικών εκθέσεων. Η ανάγκη των διευθυντών αυτών ήταν τόσο στο να λαμβάνουν την πληροφόρηση αυτή όσο και στο να αντιλαμβάνονται την αιτία της υπέρβασης της δαπάνης ώστε να μπορούν να προβαίνουν στις ανάλογες διορθωτικές κινήσεις.

Όλες οι παραπάνω αναφορές σε διάφορες χώρες σε σχέση με την εφαρμογή του κατά τμήμα προϋπολογισμού αποδεικνύουν ότι σε όλο τον κόσμο έχει επικρατήσει η συγκεκριμένη μορφή κατάρτισης και τήρησης προϋπολογισμού ως το πλέον ενδεδειγμένο διαχειριστικό και ελεγκτικό εργαλείο. Οι προσπάθειες δε της επιστημονικής κοινότητας, των κρατικών διοικήσεων και της αγοράς (π.χ. εταιρείες λογιστικής και μηχανοργάνωσης) περιστρέφονται στο πώς θα βοηθήσουν τους διευθυντές των τμημάτων ενός νοσοκομείου να διαχειρίζονται τα οικονομικά τους – να ελέγχουν, δηλαδή, τις δαπάνες τους.

2.2. Πραγματικότητα στην Ελλάδα

2.2.1. Νομοθεσία

Μετά τη μεγάλη μεταρρύθμιση που επέφερε ο Ν.1397/1983 με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έγιναν αρκετές προσπάθειες ώστε να εγκατασταθούν πλαίσια ορθής οικονομικής διαχείρισης και σαφούς απεικόνισης των οικονομικών μεγεθών των νοσοκομείων.

Σημαντικά παραδείγματα των προσπαθειών αυτών είναι:

- ο Νόμος 2071/1992 περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας, το άρθρο 49 παρ.2 του οποίου προβλέπει «...καθορίζει ενιαίο πλαίσιο

αντικειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού ώστε αυτοί να στοιχειοθετούνται επί μηδενικής βάσεως.»

- Ο Νόμος 2519/1997 περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ, οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, το άρθρο 29 παρ.1 και 2 του οποίου προβλέπει την εισαγωγή κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού στα νοσοκομεία,
- Ο Νόμος 2889/2001 περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ο οποίος προβλέπει την εφαρμογή του Γενικού Λογιστικού Σχεδίου στα Νοσοκομεία και το σχεδιασμό και υλοποίηση επιχειρησιακών σχεδίων δράσης,
- Η Μελέτη για τον «Οδηγό Κατάρτισης του Επιχειρησιακού Σχεδίου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ» που εκπονήθηκε από την *Ομάδα Επιχειρησιακής Έρευνας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας* του Πανεπιστημίου Πατρών βάσει της Απόφασης Υπ.αρ 261/Φ 412.6 / 18-2-2002 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και στο Παράρτημα της οποίας υπάρχει οδηγός για την κατάρτιση τμηματικών προϋπολογισμών,
- Το Προεδρικό Διάταγμα 146/2003 περί ορισμού και περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας,
- Η κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ1320/98, ΦΕΚ 99Β περί ορισμού νοσηλίων νοσοκομείων
- Η Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ 85649/27.7.2011 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»

Όλα τα παραπάνω αποδεικνύουν τόσο τον προβληματισμό όσο και την προσπάθεια να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα σχετικά με την κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού των νοσοκομείων μέσα σε ένα μεταρρυθμιστικό πνεύμα από πλευράς του νομοθέτη και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης. Επίσης, αποδεικνύουν τη δυσκολία εφαρμογής τους. Αυτή οφείλεται κυρίως σε μια σειρά προκλήσεων που έπρεπε να αντιμετωπιστούν κυρίως σε επίπεδο μονάδων υγείας, δισταγμών σχετικά με

το όλο εγχείρημα του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού και, ενδεχομένως, αμφισβητήσεων γύρω από την αποτελεσματικότητα ή ακόμα και τα οφέλη του εγχειρήματος.

Σε μια ιστορική επισκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2007 (Κουρής Γαβριήλ, Σουλιώτης Κυριάκος, Φιλαλήθης Αναστάσιος) η οργανωτική παθογένεια του ελληνικού συστήματος υγείας χαρακτηρίζεται από ελλειμματική σχέση μεταξύ υπηρεσιών υγείας και πολιτών σχετικά με την πρόσβαση και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και από αναποτελεσματική χρήση των πόρων. Θεωρείται ότι η αποτυχίες των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων οφείλονται σε έλλειψη πολιτικής βούλησης και σε έλλειψη συστηματικότητας για την προπαρασκευή και υλοποίηση των σχεδιασμών. Προτείνεται, δε, οι επόμενες μεταρρυθμίσεις να περιλαμβάνουν πολιτική βούληση συνδυασμένη με διακομματική συνεργασία, να στηρίζονται στη χρησιμοποίηση της τεχνολογίας της πληροφορίας και των επικοινωνιών και να δίνουν κίνητρα και να βοηθούν την προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στα νέα οργανωσιακά περιβάλλοντα.

2.2.2. Οικονομικά και οργανωτικά δεδομένα

Σύμφωνα με την Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας (2011), το διπλογραφικό σύστημα εφαρμόζεται από όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας (132) ενώ πάνω από το 90% των νοσοκομείων αυτών δημοσίευσαν τους ισολογισμούς τους για τα έτη 2009 και 2010. Αναφέρεται, επίσης, ότι στα 125 από τα 132 νοσοκομεία έχει επιτευχθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης των υλικών, του φαρμακείου και του γενικού λογιστηρίου ενώ η μηχανογράφηση της διαχείρισης του γραφείου κίνησης και του λογιστηρίου ασθενών έχει επιτευχθεί σε 117 νοσοκομεία.

Οι παραπάνω αναφερόμενες εξελίξεις στα νοσοκομεία έχουν καταστήσει εύκολη την παρακολούθηση των οικονομικών στοιχείων.

Πολλά πράγματα που στο παρελθόν θεωρούνταν προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί ο κατά τμήμα προϋπολογισμός είτε έχουν πλέον εγκατασταθεί και λειτουργούν ενώ

ορισμένα έπαψαν να θεωρούνται ως προϋποθέσεις αλλά απλά ως υποστηρικτικά εργαλεία.

Στον «Οδηγό Κατάρτισης του Επιχειρησιακού Σχεδίου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ» (2002), ως προϋποθέσεις αναφέρονται:

- *Η κατανόηση από όλους τους εμπλεκόμενους για την ανάγκη ύπαρξης των τμηματικών προϋπολογισμών και των βασικών αρχών εφαρμογής τους,*
- *Η ύπαρξη και ανάπτυξη Στρατηγικών και Επιχειρησιακών Σχεδίων (αντικειμενικοί στόχοι – σκοποί),*
- *Ο προσδιορισμός ιεραρχικών και άλλων σχέσεων μεταξύ των τμημάτων και της κεντρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου,*
- *Η εισαγωγή μηχανισμών ελέγχου – συντονισμού και αξιολόγησης*
- *Η χρήση Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής*
- *Η μηχανογράφηση – εκπαίδευση*
- *Ο προσδιορισμός Κέντρων Κόστους*

Από τα εφτά αυτά σημεία, μόνο το πρώτο, το τρίτο και το τελευταίο μπορούν να θεωρηθούν πλέον ως απαραίτητες προϋποθέσεις διότι όλα τα υπόλοιπα έχουν ικανοποιηθεί. Η εισαγωγή ελέγχου – συντονισμού και αξιολόγησης καλύπτεται από τη λειτουργία του ESYNET, η χρήση της Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής έχει προχωρήσει με το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο και τη Μηχανογράφηση των Λογιστηρίων, η μηχανογράφηση έχει προχωρήσει και πρόκειται να επεκταθεί και βελτιωθεί (βλ. παρακάτω 2.2.2.3). Παρότι θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι δεν λειτουργούν οι διαδικασίες αυτές με απόλυτα ικανοποιητικό τρόπο και ότι γίνεται αρκετά σταδιακά η ενσωμάτωσή τους, αποτελούν μια σοβαρή εξέλιξη.

2.2.2.1. Ταμειακός ή πραγματικός προϋπολογισμός, Χρέη

Η υιοθέτηση του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας, σε συνδυασμό με τα προβλεπόμενα από τα άλλα σχετικά νομοθετικά κείμενα αποτέλεσε

ένα σημαντικό σημείο προόδου. Έτσι, ενώ συνεχίζει να τηρείται το Δημόσιο Λογιστικό, η εικόνα που αποτυπώνεται για το κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά είναι δυνατό να είναι ξεκάθαρη και αξιολογήσιμη.

Ο ταμειακός προϋπολογισμός στην ουσία απεικονίζει τις εισπράξεις και τις πληρωμές, χωρίς να τις εντάσσει σε κάποια λογική κόστους και παροχής υπηρεσίας. Ο τρόπος αυτός του προϋπολογισμού μας γίνει τη δυνατότητα ανά πάσα στιγμή να γνωρίζουμε πόσα έχουμε πληρώσει σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και πόσα έχουμε εισπράξει. Αυτό, για συγκεκριμένους λόγους, κυρίως για την παρακολούθηση των διαθεσίμων υπολοίπων εξυπηρετεί το Δημόσιο Λογιστικό.

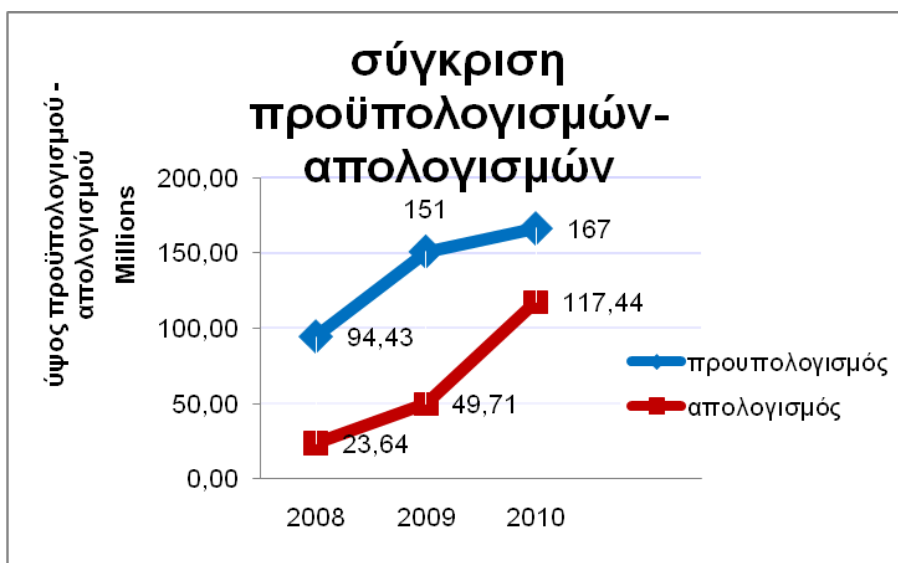
Η κατά σειρά ετών λογιστική παρακολούθηση των νοσοκομείων με τον ταμειακό αυτό τρόπο παρακολούθησης του προϋπολογισμού διατηρούσε αποσυνδεδεμένα τα οικονομικά από τα παραγωγικά στοιχεία, όπου δηλαδή οι κλινικές – τα τμήματα δεν θεωρούσαν ότι έχουν κάποια εμπλοκή στα οικονομικά δεδομένα.

Στην πραγματικότητα όμως οι δαπάνες πραγματοποιούνται ακριβώς από τα τμήματα αυτά ή τις κλινικές. Οι εξετάσεις που θα γίνουν στους ασθενείς καθώς και τα υλικά και τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν παραγγέλλονται από τα τελικά τμήματα και κανένας διοικητικός υπάλληλος δεν θα είχε ούτε τη γνώση ούτε τη δικαιοδοσία να ελέγξει το ιατρικό προσωπικό στις επιλογές του.

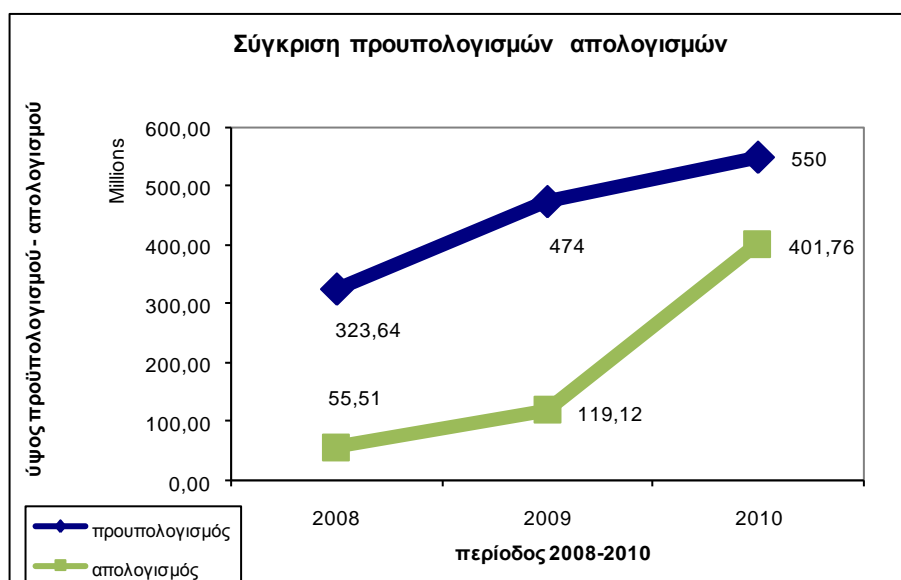
Ένα άλλο στοιχείο που χαρακτηρίζει τον ταμειακό προϋπολογισμό, αν και όχι μόνον αυτόν, είναι ότι εύκολα μπορεί να ζητηθεί αναθεώρηση ή τροποποίησή του. Το σύνηθες είναι οι προϋπολογισμοί αυτοί να είναι κατά κανόνα ελλειμματικοί και να ζητείται επιπλέον χρηματοδότησή τους, χωρίς περαιτέρω αιτιολογία, πέραν ίσως της αναφοράς των ΚΑΕ.

Αντιθέτως, πραγματικός προϋπολογισμός, χωρίς να εννοούμε ότι ο ταμειακός βρίσκεται εκτός πραγματικότητας, είναι εκείνος που στηρίζεται στο συνολικό κόστος της λειτουργίας του νοσοκομείου απεικονίζοντας το κάθε ξεχωριστό του μέρος και του οποίου οι δαπάνες αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες λειτουργίες ή πράξεις. Στην περίπτωση του μπορούμε να αξιολογούμε τις δαπάνες σε σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα.

Με έναν σωστό προγραμματισμό και σχετικά ακριβείς προβλέψεις στην περίπτωση αυτή δεν θα μπορούσε κανείς να παρατηρήσει μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ προϋπολογισμού και απολογισμού.



Σχήμα 1



Σχήμα 2

Στην περίπτωση της ελληνικής πραγματικότητας, όμως, οι αποκλίσεις μεταξύ προϋπολογισμού και απολογισμού δεν οφείλονται μόνο στην σωστή ή όχι πρόβλεψη ή στην πιστή ή όχι τήρηση του προϋπολογισμού. Οφείλεται σε ένα μεγάλο ποσοστό στη συσώρευση χρεών από πλευράς των νοσοκομείων λόγω της μη έγκαιρης είσπραξης από

τα ασφαλιστικά ταμεία των απαιτήσεών τους. Στο σχήμα 1 και στο σχήμα δύο βλέπουμε σε μια διαγραμματική απεικόνιση πόσο απέχει ο προϋπολογισμός από τον απολογισμό σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας (Σεμιναριακή Εργασία στην ΕΣΔΔ/Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας 2011) όπως επίσης το πώς τείνει να κλείσει η μεταξύ τους ψαλίδα το 2010, αποτυπώνοντας έτσι τη ρύθμιση που πραγματοποιήθηκε στο τέλος του 2010 για χρέη μέχρι και το 2009.

Μπορούμε εδώ να κάνουμε την ασφαλή παρατήρηση ότι να μεν ο προϋπολογισμός δεν πρέπει να είναι ταμειακός και να αποτελεί έτσι μια διοικητική πράξη κενής άλλου οικονομικού περιεχομένου, αλλά και όταν είναι πραγματικός να στηρίζεται σε ένα σύστημα έγκαιρης πληρωμής των παρασχεθησομένων υπηρεσιών.

Και αυτό διότι όταν στις γνωστές «ρυθμίσεις χρεών» πραγματοποιείται διαγραφή απαιτήσεων των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία για το σύνολο ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος πάλι έχουμε ένα μη πραγματικό αλλά ταμειακό τρόπο ρύθμισης.

2.2.2.2. Το ζήτημα της επάρκειας των οικονομικών δεδομένων

Ο τρόπος τήρησης των οικονομικών δεδομένων δίνει σαφή εικόνα για τις αναλώσεις του κάθε τμήματος. Με τον τρόπο που τηρούνται τα δεδομένα τόσο στο Λογιστήριο αλλά και στο Τμήμα Προμηθειών και στο Τμήμα Διαχείρισης Υγειονομικού Υλικού και Φαρμακείου είναι γνωστό ανά πάσα στιγμή το τι έχει παραγγείλει και το τι έχει παραλάβει το κάθε τμήμα. Κατά τον ίδιο τρόπο είναι γνωστό το προσωπικό που εργάζεται στο κάθε τμήμα καθώς και η αμοιβές του.

Κατά τον ίδιο τρόπο είναι γνωστά άλλα δεδομένα που αφορούν τα κοινά λειτουργικά έξοδα τα οποία είναι δυνατόν να επιμερίζονται στο κάθε τμήμα με τον τρόπο που αναφέρεται στο υποκεφάλαιο για τον προσδιορισμό των Κέντρων Κόστους / Υπευθυνότητας.

Σε ό,τι αφορά στα έσοδα, εκτός ότι μπορούν να προβλεφθούν και προϋπολογιστούν με τη χρήση της νέας μεθόδου ΚΕΝ, δεν αποτελούν προϋπόθεση για τον τμηματικό προϋπολογισμό που είναι δυνατόν να καταρτίζεται και να παρακολουθείται από την

πλευρά των εξόδων ενώ η διαχείριση των εσόδων μπορεί να γίνεται όχι σε επίπεδο τμήματος αλλά σε κεντρικό επίπεδο.

2.2.2.3. Το ζήτημα της επάρκειας της Μηχανογράφησης

Η μηχανογράφηση των νοσοκομείων σε σχέση με το διπλογραφικό σύστημα υπήρξε επίσης μια εξαιρετικά σημαντική πρόοδος σε σχέση με το υπό συζήτηση θέμα. Ήδη, σύμφωνα με την Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας στα 125 από τα 132 νοσοκομεία έχει επιτευχθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης των υλικών, του φαρμακείου και του γενικού λογιστηρίου ενώ σε 117 έχει επιτευχθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης του γραφείου κίνησης και του λογιστηρίου ασθενών.

Το ερώτημά μας εδώ είναι εάν τα λογισμικά που διαθέτει το κάθε νοσοκομείο είναι ενιαία ή διαφορετικά. Παρότι θα εξυπηρετούσε να είναι ενιαία, αυτό θα οδηγούσε σε προτίμηση μιας και μόνης εταιρείας που θα προμήθευε και θα συντηρούσε τα πληροφοριακά συστήματα, πράγμα που δεν είναι σύμφωνο με τον ανταγωνισμό της αγοράς. Το ότι δεν είναι ή δεν μπορούν να είναι ενιαία δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν να είναι συμβατά μεταξύ τους. Πραγματικά, η συμβατότητα των συστημάτων είναι καίριο ζήτημα προκειμένου να υπάρχει κεντρική εικόνα σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε) και σε επίπεδο Κεντρικής Διοίκησης – Υπουργείου Υγείας.

Παρότι, λοιπόν, σύμφωνα με την παραπάνω Έκθεση, η πλειονότητα των νοσοκομείων διαθέτει τουλάχιστον τη βασική μηχανογράφηση, πολλά από τα χρησιμοποιούμενα λογισμικά είναι παρωχημένα και ορισμένα δεν καλύπτουν το σύνολο του νοσοκομείου και μπορεί να συναντήσουμε ένα νοσοκομείο με τρία διαφορετικά λογισμικά που είναι και ασύμβατα μεταξύ τους.

Στην Προκήρυξη Ανοικτού Διεθνούς Διαγωνισμού επιλογής Αναδόχου για το έργο «Ανάπτυξη και Βελτίωση Συστημάτων Οικονομικού Προγραμματισμού και Οικονομικής Διαχείρισης Νοσοκομείων με την χρήση Μηχανογραφημένου Διπλογραφικού Συστήματος» (2011), βλέπουμε μια σημαντική προσπάθεια να βελτιωθεί η μηχανογράφηση των νοσοκομείων σε τουλάχιστον 54 νοσοκομεία της χώρας. Οι Υπηρεσίες υποστήριξης νοσοκομείων αφορούν 4 τομείς:

- Την καταγραφή και την αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης των οικονομικών-λογιστικών και διαχειριστικών λειτουργιών,
- Υπηρεσίες υποστήριξης για την οργάνωση των διαδικασιών των επιμέρους τμημάτων των νοσοκομείων, όπως διαχείριση-υλικού-αποθήκες-φαρμακείο, λογιστήριο ασθενών, οικονομική υπηρεσία
- Υπηρεσίες για την ενημέρωση και υποστήριξη της λειτουργίας της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του δημόσιου λογιστικού στο Νοσοκομείο
- Συμβουλευτικές υπηρεσίες πληροφορικής υποστήριξης.

Το έργο αυτό, που είναι συγχρηματοδοτούμενο από την Ελλάδα κατά 20% και κατά 80% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΣΠΑ 2007-2013), αναμένεται ,μεταξύ άλλων, να καλύψει ένα σημαντικό κενό που υπάρχει σήμερα στα στελέχη των οικονομικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της χώρας με απώτερο στόχο «τον εξορθολογισμό και αποτελεσματικό έλεγχο των ιατροφαρμακευτικών και νοσηλευτικών δαπανών και την αναβάθμιση ποιοτικά και ποσοτικά των δημόσιων υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει ο πολίτης μέσω της αντίστοιχης αναβάθμισης του στελεχιακού δυναμικού της υγείας αλλά και του τρόπου αξιοποίησής του».

Σε σχέση με τον κατά τμήμα προϋπολογισμό, σίγουρα οι βελτιώσεις αυτές θα βοηθήσουν κατά πολύ την εφαρμογή του, η οποία όμως μπορούσε να επιτευχθεί και χωρίς αυτές. Όντως, όπως εξετάσαμε κατά τη διερεύνηση της επάρκειας των οικονομικών δεδομένων, παρατηρήσαμε ότι ήδη με τα προηγούμενα, έστω και ελλιπή, πληροφοριακά συστήματα υπήρχε η δυνατότητα παρακολούθησης των αναλώσεων ανά τμήμα.

2.2.2.4. Ξεκάθαρα βήματα, ευαισθητοποίηση – ενδυνάμωση στελεχών

Για κάθε εργαζόμενο που ευσυνείδητα και δημιουργικά επιθυμεί να φέρει εις πέρας τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί, είναι σημαντικό να γνωρίζει ότι οι ενέργειές του είναι συμβατές τόσο με τη νομοθεσία όσο και με την πρακτική εφαρμογή της. Πολλές φορές αυτό λαμβάνει τη μορφή της αναζήτησης ερμηνευτικών εγκυκλίων προκειμένου να εφαρμοστούν συγκεκριμένες διατάξεις. Παρότι είναι σαφές ότι μια Εγκύκλιος δεν

είναι δυνατόν να υποκαταστήσει το ίδιο το νομοθετικό κείμενο, η ανάγκη που εκφράζουν οι δημόσιοι υπάλληλοι / λειτουργοί για αυτές αντικατοπτρίζει ακριβώς την ανάγκη τους να λαμβάνουν συγκεκριμένες οδηγίες για συγκεκριμένα πράγματα που πρέπει να γίνονται και πώς αυτά πρέπει να γίνονται.

Στην περίπτωσή μας, σε σχέση με τον κατά τμήμα προϋπολογισμό, εντοπίζονται δύο κείμενα που έχουν εκδοθεί είτε από τις ίδιες τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας είτε με ανάθεση:

➤ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Το κείμενο αυτό εντοπίζεται στο διαδίκτυο ως προερχόμενο από τον διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας (www.yyka.gov.gr) και φέρει την παραπάνω επικεφαλίδα ενώ περιλαμβάνει μια σειρά πολύ πρακτικών οδηγιών για τις ενέργειες που απαιτούνται για την κατάρτιση του προϋπολογισμού.

Παρότι δεν αναφέρεται ο συντάκτης του εγγράφου ούτε η ημερομηνία έκδοσής του, το κείμενο βασίζεται στην υπάρχουσα νομοθεσία, συμπεριλαμβανομένου του Προεδρικού Διατάγματος για το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο στα Νοσοκομεία, πράγμα που αποδεικνύει ότι η σύνταξή του πραγματοποιήθηκε από το 2003 και μετά.

Σε αυτό το κείμενο των οδηγιών δίνεται αναφορά και στα δύο σκέλη του προϋπολογισμού, δηλαδή και στα έσοδα και στα έξοδα.

Σε ό,τι αφορά το σκέλος των εσόδων ορίζει συνεργασία μεταξύ του προϊσταμένου οικονομικών υπηρεσιών και των διευθυντών των τμημάτων και πρόβλεψη για αριθμό νοσηλευόμενων ασθενών, ημέρες νοσηλείας, αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων και άλλες πράξεις αποτιμήμενες σε χρήμα με βάση τη σχετική νομοθεσία.

Σε ό,τι αφορά το σκέλος των εξόδων, ορίζει την καταγραφή των προβλεπομένων αναγκών από τα τμήματα – κλινικές για το επόμενο έτος, ο ετήσιος αυτός προγραμματισμός προσυπογράφεται από τους διευθυντές των τμημάτων και αποστέλλεται στον διευθυντή της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Παρατηρούμε ότι η αναφορά στα τμήματα – κλινικές σε ό,τι αφορά την κατάρτιση του προϋπολογισμού είναι σαφέστατη και εάν οι οδηγίες αυτές ακολουθούνται από το

διοικητικό και ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων σημαίνει ότι σε ένα μεγάλο μέρος ο κατά τμήμα προϋπολογισμός εφαρμόζεται, τουλάχιστον ως προς την κατάρτισή του.

- Εγχειρίδιο – Οδηγός για την Κατάρτιση, Υλοποίηση και Παρακολούθηση της Υλοποίησης Επιχειρησιακού Σχεδίου των ΠΕΣΥ και των Νοσοκομειακών Μονάδων (2002)

Το εγχειρίδιο αυτό εκπονήθηκε ως βασικό εργαλείο για την εκπόνηση και κατάρτιση του Επιχειρησιακού Σχεδίου των νοσοκομείων και περιλαμβάνει ως Παράρτημα έναν οδηγό για την κατάρτιση των τμηματικών προϋπολογισμών.

Το κείμενο αυτό του παραρτήματος είναι χωρισμένο σε δύο βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην αναγκαιότητα της εφαρμογής τμηματικών προϋπολογισμών ενώ το δεύτερο σε κάποια σημεία τα οποία θεωρεί κρίσιμα για την κατάρτισή του, δηλαδή τον καθορισμό αρμοδιοτήτων και υποχρεώσεων ανά υπηρεσία, τους βασικούς δείκτες χρησιμοποίησης και κόστους νοσοκομειακών υπηρεσιών και τέλος τη μεθοδολογία κατάρτισής του.

Λόγω του ότι εκπονήθηκε το 2002, πριν δηλαδή το Προεδρικό Διάταγμα για το Κλαδικό Λογιστικό, αναφέρεται στη χρήση της Γενικής και Αναλυτικής λογιστικής. Περαιτέρω το κείμενο, παρότι δεν στερείται χρησιμότητας, είναι αρκετά γενικόλογο, δεν δίνει σαφείς οδηγίες – βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν.

Τα δύο αυτά κείμενα αναφέρονται εδώ διότι έχουν αποσταλεί στα νοσοκομεία υπό μορφή οδηγιών, με σκοπό δηλαδή να βοηθήσουν τους εκεί εργαζομένους να κάνουν καλύτερα τη δουλειά τους στον προγραμματισμό και στην κατάρτιση του προϋπολογισμού. Από την παραπάνω ανάλυση παρατηρούμαι ότι το μεν πρώτο δίνει οδηγίες για την κατάρτιση αλλά πουθενά δεν δίνονται οδηγίες για την τήρηση των δαπανών εντός των προβλεπόμενων ορίων του προϋπολογισμού, το δε δεύτερο είναι γενικόλογο και στην ουσία αυτό που πετυχαίνει είναι να πει στους εργαζομένους ότι ο τμηματικός προϋπολογισμός είναι κάτι χρήσιμο.

Ακόμα κι αν χρησιμοποιούσε κανείς τα δύο αυτά κείμενα συνδυαστικά δεν θα μπορούσε να βοηθήσει τα στελέχη ενός νοσοκομείου στο μέρος αυτό της δουλειάς τους. Αφενός γίνεται αναφορά στην πρόβλεψη των εσόδων, πράγμα που όπως έχει προαναφερθεί δεν βρίσκεται στην επιρροή των στελεχών του νοσοκομείου και

αφετέρου δεν γίνεται αναφορά σε πολύ συγκεκριμένα και ξεκάθαρα βήματα όχι μόνο για την κατάρτιση αλλά και για την παρακολούθηση και την τήρηση του προϋπολογισμού καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ώστε να υπάρχει εικόνα της σχέσης κόστους – αποτελέσματος.

2.2.2.5. Λογιστική υποστήριξη – εταιρείες

Από το 1998, οπότε και άρχισε η εισαγωγή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στον δημόσιο τομέα, με το ΠΔ 205/98 που αφορούσε τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, διαπιστώθηκε ότι τα ΝΠΔΔ, όπως είναι τα νοσοκομεία, δεν διέθεταν το κατάλληλο στελεχιακό δυναμικό για να ανταπεξέλθουν στις νέες απαιτήσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα στελέχη των οικονομικών υπηρεσιών είχαν προσαρμοστεί πλήρως στις απαιτήσεις του Δημόσιου Λογιστικού και είχαν ως εκ τούτου απομακρυνθεί ως γνωστικό και εμπειρικό αντικείμενο από τη Γενική Λογιστική. Από το 2006, οπότε κατέστη υποχρεωτική η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος στα νοσοκομεία (ΠΔ 146/2003), αρχίζει να αλλάζει η δομή της λειτουργίας των οικονομικών υπηρεσιών των μονάδων υγείας και η προσαρμογή σ' αυτό δεν είναι εύκολη (Γκούμας Σπυρίδων, 2010).

Συνέπεια αυτής της κατάστασης ήταν να ξεκινήσει η συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες, οι οποίες αναλάμβαναν, και εξακολουθούν να το κάνουν, να παρακολουθούν το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα των νοσοκομείων και να συντάσσουν τους ισολογισμούς και τις διάφορες οικονομικές καταστάσεις/εκθέσεις (www.kainotom.gr).

Οι εταιρείες αυτές, μετά από αρκετά πλέον χρόνια συνεργασίας με τα νοσοκομεία έχουν αποκτήσει μια πολύ μεγάλη εμπειρία γύρω από την οικονομική τους διαχείριση και θα μπορούσε εύκολα να τις συμπεριλάβει στους μετόχους του προβλήματος που εξετάζουμε. Πολλώ δε μάλλον τώρα που διαφαίνεται ότι με τη μείωση του προσωπικού στο δημόσιο τομέα (η πολιτική του 1 προσλαμβάνεται προς 10 που αποχωρούν) θα συνεχίσει να καθιστά τις εταιρείες αυτές απαραίτητες για τα νοσοκομεία.

Η σχέση μεταξύ των εταιρειών αυτών και των νοσοκομείων αποκτά μια de facto θεσμική σημασία εφόσον εμφανίζει σημαντική χρονική διάρκεια και αλληλεπίδραση

και χρειάζεται να συμπεριληφθεί τόσο στο διάλογο όσο και στο σχεδιασμό για την εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ

3.1. Η ενημέρωση / εκπαίδευση του στελεχιακού δυναμικού

Η κοινοποίηση ενός νέου νόμου στους αρμόδιους υπηρεσιακούς παράγοντες όταν πρόκειται για μεγάλη μεταβολή στον τρόπο εργασίας δεν είναι αρκετή για να πραγματοποιηθεί η ζητούμενη από το νόμο μεταβολή. Ακόμα και όταν υπάρχουν ερμηνευτικές εγκύκλιοι είναι εξαιρετικά δύσκολο να γίνει η μετάβαση από την υπαρκτή στην επιθυμητή κατάσταση χωρίς την απαραίτητη καθοδήγηση ως προς τον τρόπο της πραγματοποίησης της αλλαγής.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε εδώ ότι πολλές φορές αιτήματα μεταβολών απευθύνονται συχνά σε στελέχη τα οποία στενάζουν κάτω από το βάρος της δύσκολης καθημερινής εργασίας στα νοσοκομεία, τα οποία τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται υπο-στελεχωμένα. Συχνά, δε, παρατηρείται μια «κατάσταση επείγοντος» σε ό,τι αφορά την εφαρμογή των διατάξεων. Ένα πρόσφατο παράδειγμα είναι η Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης υπ' αριθμ. οικ.68460 η οποία εκδόθηκε στις 17 Ιουνίου 2011 και δίνει «Οδηγίες πιλοτικής εφαρμογής KEN-DRGs στο ΕΣΥ από 1-7-2011» ενώ η σχετική Κοινή Υπουργική Απόφαση για τα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» εκδόθηκε στις 27 Ιουλίου 2011. Δημιουργούνται εδώ εύλογα ερωτήματα σχετικά με την ικανότητα των νοσοκομείων να προσαρμόζονται σε νέες συνθήκες σε τόσο σύντομα χρονικά διαστήματα και χωρίς την απαραίτητη προετοιμασία. Παρά το γεγονός ότι το συγκεκριμένο παράδειγμα μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι αντανακλά και την πίεση του Μνημονίου και της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα, είναι γεγονός ότι παρόμοιοι χρονικοί συσχετισμοί έχουν παρατηρηθεί πολλάκις στο παρελθόν.

Συχνά η νομοπαρασκευαστική διαδικασία δεν περιλαμβάνει τη συμμετοχή ή τη γνώμη των στελεχών που βασίζεται στην εμπειρία τους και στα εργαλεία τα οποία διαθέτουν ή

θα ήθελαν να έχουν στη διάθεσή τους. Με τον τρόπο αυτό, οι νόμοι σχεδιάζονται σε υψηλό θεωρητικό επίπεδο και κατόπιν, μετά την ψήφισή τους, δίδονται στους υπηρεσιακούς παράγοντες προς εφαρμογή.

Η διαδικασία του διαλόγου και ενδεχομένως της συναίνεσης, εφόσον αυτή είναι εφικτό να επιτευχθεί, μπορεί σαφώς να θεωρηθεί μέρος της ενημέρωσης. Εάν, δε, ο διάλογος είναι δομημένος με ουσιαστικό τρόπο, τότε μπορεί να αποτελέσει και μέρος της εκπαίδευσης.

Στην περίπτωση που εξετάζουμε, η νομοθεσία και οι οδηγίες για την εφαρμογή του κατα τμήμα ή τμηματικού προϋπολογισμού ήρθαν από πάνω προς τα κάτω (top – down approach) και χωρίς σαφείς και συγκεκριμένες οδηγίες – τεχνικές για την εφαρμογή του. Απευθύνθηκαν, δε, σε ένα στελεχιακό δυναμικό εξαιρετικής εξειδίκευσης όπως είναι το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλές για το επίπεδό τους αποδοχές. Το προσωπικό αυτό δεν ήταν σε θέση ούτε να αντιληφθεί τη χρησιμότητα μιας τέτοιας πρακτικής ούτε να τη στηρίξει δεδομένου ότι δεν είχε λάβει κανένα κίνητρο. Το κίνητρο εδώ χωρίς να αποκλείεται να είναι και οικονομικό (π.χ. πρόσθετη αμοιβή στον διευθυντή του τμήματος για το οικονομικό μέρος της εργασίας του), αναφέρεται στο όφελος που θα σήμαινε για το υγειονομικό προσωπικό η συμμετοχή του στην κατάρτιση και τήρηση του προϋπολογισμού.

Αντιθέτως, το υγειονομικό δυναμικό θεωρούσε ότι ήταν προς το συμφέρον του να διατηρηθεί το υπάρχον καθεστώς όπου καμία ανάμιξη από πλευράς ευθύνης είχε ως προς τις πραγματοποιούμενες δαπάνες.

3.2. Ο προσδιορισμός των ιεραρχικών και άλλων σχέσεων μεταξύ των διαφόρων Τμημάτων / Κέντρων και της κεντρικής διοίκησης του νοσοκομείου – Καταμερισμός ευθύνης

Η εφαρμογή του τμηματικού προϋπολογισμού προϋποθέτει, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, τον προσδιορισμό των τμημάτων / κέντρων κόστους. Τα τμήματα αυτά με τον τρόπο αυτό αποκτούν μια σχετική αυτονομία και έτσι ο παραδοσιακός

συγκεντρωτισμός αντικαθίσταται με μια νέα οργανωτική κατάτμηση σε κλινικά, νοσηλευτικά, εργαστηριακά, διοικητικά και άλλα τμήματα. Η αυτονομία αυτή είναι σχετική δεδομένου ότι το κάθε τμήμα μπορεί να καθορίζει τους δικούς του στόχους αλλά οι στόχοι αυτοί εντάσσονται στα γενικότερα πλαίσια των συνολικών στόχων του νοσοκομείου (Πολύζος Νικόλαος, 2007).

Πολλές φορές ο καταμερισμός αυτός αναφέρεται ως αποκέντρωση. Ο όρος αυτός, όμως, της αποκέντρωσης δεν μπορεί να είναι αποδεκτός εδώ δεδομένου ότι η ευθύνη δεν απομακρύνεται εντελώς από την κεντρική διοίκηση αλλά κατανέμεται μεταξύ των τμημάτων και της κεντρικής διοίκησης.

Η αντικατάσταση της κάθετης ιεραρχικής οργάνωσης που χαρακτηρίζει το παραδοσιακό συγκεντρωτικό σύστημα με την οριζόντια τμηματική οργάνωση που χαρακτηρίζει το νέο τρόπο της οικονομική διαχείρισης, χρειάζεται προσεκτικό σχεδιασμό δεδομένου ότι θα δημιουργήσει αναπόφευκτα νέες ισορροπίες και κατά τη διαδικασία αυτή και ορισμένους κλυδωνισμούς.

Η διαχείριση της αλλαγής είναι μια διαδικασία που έχει απασχολήσει τη Διοικητική Επιστήμη και την Οργανωσιακή Θεωρία με δεδομένο ότι έχει αναγνωρίσει τη συνήθη αντίδραση των ατόμων στις αλλαγές. Ενώ ως αιτίες της αντίστασης στις αλλαγές αναφέρονται ο φόβος, το αίσθημα απώλειας, η συνήθεια ή η μη κατανόηση της χρησιμότητας της αλλαγής κλπ, οι κυριότερες μέθοδοι αντιμετώπισης των αντιστάσεων στις αλλαγές είναι η εκπαίδευση, η επικοινωνία, η συμμετοχή, η διευκόλυνση και υποστήριξη και η διαπραγμάτευση (Μπουραντάς Δημήτρης, 2007). Στην περίπτωση μας, τα τμήματα κόστους/ευθύνης, θα πρέπει να εγκαταστήσουν τις μεταξύ τους σχέσεις καθώς και τις σχέσεις του καθενός από αυτά με την κεντρική διοίκηση.

Ο σχεδιασμός της διαμόρφωσης των σχέσεων με συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων μέσα από μια διαλεκτική εκπαιδευτική διαδικασία θα είχε καλύτερα και πιο άμεσα αποτελέσματα από μια διαδικασία άσκησης δύναμης, δηλαδή εξαναγκασμού από τους φορείς της αλλαγής. Σε κάθε περίπτωση, δε, θα πρέπει να ενισχυθούν τόσο εκείνοι που θα αναλάβουν «πρόσθετη» ευθύνη όσο και εκείνοι που θα αισθανθούν ότι «χάνουν» μέρος της ευθύνης.

3.3. Η «ευελιξία» των τροποποιήσεων του προϋπολογισμού

Η μέχρι τώρα δυνατότητα τροποποίησης των προϋπολογισμών, κάποτε και αρκετές φορές μέσα στο ίδιο έτος, έδινε την αίσθηση της ασφάλειας σε στελέχη των νοσοκομείων ότι τα ελλείμματα θα καλυφθούν. Με αυτό τον τρόπο η ευθύνη μετατίθετο κάπου αλλού, σε ανώτερα κλιμάκια, ενδεχομένως σε επίπεδο περιφέρειας ή σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης.

Τη δημόσια διοίκηση εδώ πρέπει να τη δει κανείς στο γενικότερο πνεύμα απαξίωσης του κρατικού μηχανισμού όπου τα ίδια τα στελέχη της θεωρούσαν ότι όλα είναι πιθανά στην Ελλάδα και ότι όλα θα λύνονταν με ένα μαγικό τρόπο. Η αναποτελεσματικότητα του δημόσιου τομέα και η εν γένει κακή φήμη του δεν μπορούσε παρά να επηρεάσει και τα στελέχη των νοσοκομείων, τα οποία, αποποιούμενα των ευθυνών ενός κλειστού προϋπολογισμού, μετέφεραν το πρόβλημα σε ανώτερα διοικητικά επίπεδα.

Αυτό, σε συνδυασμό με τον δισταγμό για να μην πούμε την άρνηση του υγειονομικού προσωπικού να συμμετέχει στη διαδικασία αυτή, λειτούργησε με εξαιρετικά ανασταλτικό τρόπο. Εάν, για παράδειγμα, δεν μπορεί ο οικονομικός διευθυντής να πείσει έναν διευθυντή κλινικής ως προς τη χρησιμοποίηση φθηνότερων υλικών και φαρμάκων (αντίστοιχης βεβαίως αξίας ως προς το ζητούμενο ιατρικό αποτέλεσμα) προκειμένου να διατηρηθεί ο προϋπολογισμός εντός των ορίων του, σαφώς ο οικονομικός διευθυντής ή ακόμα και ο διοικητής του νοσοκομείου θα επιθυμεί να έχει τη δυνατότητα ενός ευέλικτου προϋπολογισμού.

3.4. Ο έλεγχος του νοσοκομείου επί των εσόδων του

Είναι οπωσδήποτε ευθύνη του νοσοκομείου να βεβαιώνει έγκαιρα και σωστά τις απαιτήσεις του από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αλλά η έγκαιρη πληρωμή των απαιτήσεων αυτών βρίσκεται εκτός της σφαίρας ελέγχου του. Όπως έχει αναλυθεί προηγουμένως, η πληρωμή των απαιτήσεων αυτών τόσο ποσοτικά, δηλαδή πόσο θα χρεωθούν οι υπηρεσίες, όσο και χρονικά, δηλαδή πότε θα εξοφληθούν, ανήκει στη γενικότερη οικονομική πολιτική της χώρας και δεν είναι δυνατόν να επηρεαστεί από το κάθε νοσοκομείο.

Εξαιτίας αυτής της έλλειψης ελέγχου ως προς την είσπραξη των εσόδων τα στελέχη εμφανίζονται δύσπιστα ως προς τη χρησιμότητα της εφαρμογής του κατά τμήμα προϋπολογισμού εφόσον θεωρούν ότι πρόκειται για «χαμένο κόπο». Εδώ εντοπίζεται μια αποκαρδιωτική στάση απέναντι στις εξελίξεις επειδή αυτή δεν συνοδεύεται και από άλλες παραμέτρους.

Θεωρούν, δηλαδή, ότι αφού στο τέλος θα συσσωρευθούν τα χρέη και θα γίνει μια ρύθμιση με ασαφή κριτήρια τόσο σε ότι αφορά την εξόφληση των προμηθευτών όσο και τη διαγραφή των απαιτήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία, γιατί να μουν στη διαδικασία να επιβαρυνθούν με το επιπλέον βάρος σε χρόνο και σε προσπάθεια για την εμπέδωση νέων μεθόδων; Εδώ εντοπίζεται έλλειψη κινήτρου όχι από έλλειψη ενημέρωσης ή εκπαίδευσης αλλά από εξωτερικούς παράγοντες.

3.5. Ο φόβος της συγκριτικής αξιολόγησης (Benchmarking)

Ως διαδικασία αξιολόγησης, η συγκριτική αξιολόγηση συμβάλλει στην αυτοαξιολόγηση και στην αυτογνωσία και αποτελεί προϋπόθεση βελτίωσης και προόδου για μια οποιαδήποτε επιχείρηση ή έναν οργανισμό. Μεταξύ άλλων, αυξάνει την αποδοτικότητα, την ανταγωνιστικότητα και τη συνολική αποτελεσματικότητα (Μπουραντάς Δημήτρης, 2002).

Ως διαδικασία μάθησης, η συγκριτική αξιολόγηση συμβάλλει στο να μεταφέρονται οι καλές πρακτικές μεταξύ ανταγωνιστικών ή ομοειδών οργανισμών χωρίς να χρειάζεται να «ανακαλύπτουν ξανά τον τροχό», κερδίζοντας έτσι χρόνο και κόπο.

Το benchmarking διακρίνεται σε στρατηγικό και λειτουργικό καθώς και σε εξωτερικό και εσωτερικό. Το στρατηγικό έχει να κάνει με τη σύγκριση με σκοπό τη διαμόρφωση πιο επιτυχημένων στρατηγικών και το λειτουργικό με τη σύγκριση δομών, λειτουργιών, διαδικασιών, μεθόδων κλπ. Εξωτερικό είναι όταν η σύγκριση γίνεται με μονάδα εκτός του οργανισμού, για παράδειγμα στην περίπτωσή μας η παθολογική κλινική του νοσοκομείου Α με την παθολογική κλινική του νοσοκομείου Β και εσωτερικό όταν η σύγκριση γίνεται εντός του οργανισμού, για παράδειγμα μεταξύ της παθολογικής κλινικής Α και της παθολογικής κλινικής Β του Γ Νοσοκομείου.

Μέσα από μια κακώς εννοούμενη ερμηνεία του ελέγχου και της αξιολόγησης, τόσο ο έλεγχος όσο και η αξιολόγηση στη συνείδηση πολλών στελεχών έχουν συνδεθεί με αρνητικά αποτελέσματα, δηλαδή επιπλήξεις ή δυσμενή κριτική. Είναι καθοριστικό να γίνουν οι απαραίτητες οργανωσιακές διεργασίες ώστε να εγκατασταθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού. Ο σκοπός των συστημάτων αυτών δεν είναι να «τιμωρήσουν» εκείνους που δεν παράγουν τα βέλτιστα ή τα μέγιστα αποτελέσματα ούτε να «επιβραβεύσουν» εκείνους που τα παράγουν. Ο σκοπός τους είναι η διαρκής αξιολόγηση και βελτίωση των δομών.

Είναι σημαντικό, για παράδειγμα, να έχει ένας διευθυντής κλινικής μέτρο σύγκρισης για τη λειτουργία της δικής του έτσι ώστε να μπορεί να διακρίνει τρόπους που θα μπορούσε η δική του κλινική να βελτιώσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά της.

Άλλωστε, σκοπός των ελέγχων και των αξιολογήσεων γενικότερα είναι να βοηθήσουν τους διευθυντές τμημάτων, για την περίπτωση μας, να βοηθηθούν να φέρουν εις πέρας το έργο τους με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο, εντός των ορίων των διαθέσιμων πόρων.

Εν τέλει, η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ κλινικών ενός νοσοκομείου, μεταξύ κλινικών διαφορετικών νοσοκομείων μιας χώρας ή ακόμα και διαφορετικών νοσοκομείων σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες θα βοηθήσει εκτός από την βελτίωση μέσω του υγιούς ανταγωνισμού και στην επιλογή του ασθενούς, ο οποίος βρίσκεται στο κέντρο της νοσοκομειακής φροντίδας ως πελάτης-χρήστης των υπηρεσιών υγείας και ως πολίτης.

3.6. Δισταγμοί ηθικής και επαγγελματικής φύσεως

Ο Ιπποκράτης κατέστησε την ιατρική μια προσωπική υπόθεση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή απομακρύνοντας τόσο την αιτία της ασθένειας όσο και τη θεραπεία της από τις προηγούμενες θρησκευτικές και κοινωνικές προκαταλήψεις. Με τον τρόπο αυτό έθεσε τον ασθενή στο κέντρο των θεραπευτικών προσπαθειών, έδωσε έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση και στην εμπιστευτικότητα της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Ο όρκος του Ιπποκράτη αντανάκλα τη στάση αυτή και επισφραγίζει την υπόσχεση του γιατρού προς τον ασθενή. Η χωρίς συμβιβασμούς προσωπική αυτή σχέση διατηρήθηκε για

είκοσι αιώνες, μέχρι τον 19^ο αιώνα, οπότε η ιατρική άρχισε και πάλι να αποκτά ένα περισσότερο κοινωνικό ρόλο και ακριβέστερα έναν περισσότερο δημόσιο ρόλο. Αυτό οφείλεται στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης που σταδιακά ξεκίνησε το 1846 με την πρώτη χειρουργική επέμβαση με χρήση αιθέρα, την συνακόλουθη πρόοδο της χειρουργικής και την ανάγκη αντιμετώπισης των μολύνσεων με τη χρήση των αντισηπτικών. Η πρόοδος συνεχίστηκε τον εικοστό αιώνα με τις ακτίνες X, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και διάφορες άλλες καινοτομίες που οδήγησαν στη σημερινή υψηλή τεχνολογία της ιατρικής και που αύξησαν τις ικανότητες της ιατρικής αλλά συνάμα και το κόστος.

Έτσι, η χωρίς συμβιβασμούς σχέση γιατρού-ασθενή άρχισε να συμβιβάζεται με διάφορα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα. Η οικονομική διάσταση είναι μια μόνο από εκείνες που σχηματίζουν συμβιβασμούς. Και έτσι ο γιατρός, εκεί που έδωσε όρκο να φροντίζει τον ασθενή, πρέπει τώρα να διαχειρίζεται σπάνιους πόρους. Στην Αμερική όπως και στις περισσότερες χώρες, τόσο οι δημόσιοι όσο και οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας αναζητούν τρόπους να περιορίζουν τις δαπάνες υγείας, πιέζοντας τους γιατρούς να συμμαχήσουν σ' αυτήν την προσπάθεια.

Αποκτούν, λοιπόν, οι γιατροί συνήθειες που διαμορφώνονται από οικονομικές επιρροές, συμπεριλαμβανομένων των αμοιβών για συγκράτηση του κόστους και των προστίμων για την υπέρβαση των ορίων της δαπάνης. Οι γιατροί συχνά δεν ομολογούν αυτήν την πραγματικότητα ούτε στους ασθενείς τους αλλά ούτε και στους εαυτούς τους εξαιτίας της παραδοσιακής αντίληψης της ιατρικής βάσει του όρκου του Ιπποκράτη. Με την σιωπή αυτή εκ μέρους των γιατρών στερείται η κοινωνία ενός διαλόγου ειλικρινούς σχετικά με το τί μπορεί να προσφέρει η ιατρική και τί μπορεί ή προτίθεται η κοινωνία να πληρώσει γι' αυτό. Με άλλα λόγια, πώς μπορούν να περιοριστούν οι δαπάνες υγείας χωρίς να διασαλευτεί η εμπιστοσύνη των ασθενών.

Μια λύση θα ήταν να αντιμετωπιστεί η παραδοσιακή αντίληψη του Ιπποκράτη με ένα περισσότερο κριτικό βλέμμα και να γίνει πλέον ανοικτά παραδεκτό ότι η ιατρική δεν είναι πλέον υπεράνω της πολιτικής με την έννοια της ανάγκης διαχείρισης των περιορισμένων οικονομικών πόρων με τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη επιλογή θεραπείας εντός συγκεκριμένων ορίων. Ένας τέτοιος διάλογος θα βοηθούσε και τους επαγγελματίες υγείας να υπερσκελίσουν τις οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και τους

ασθενείς να αποκτήσουν έναν ουσιαστικότερο ρόλο στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία τους (Bloche M. Gregg, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το βασικό ερώτημα περί της καθυστέρησης εφαρμογής του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού στα νοσοκομεία της Ελλάδας, αναλυόμενο σε επιμέρους σπονδυλωτά ερωτήματα, απαντήθηκε στις σελίδες αυτές μετά από ανάλυση του θεωρητικού πλαισίου και του τι συμβαίνει στην πραγματικότητα.

Μπορούμε να πούμε ότι από πλευράς νομοθεσίας και κεντρικής διοίκησης υπήρχε διστακτικότητα στη λήψη αποφασιστικών μέτρων και ασάφεια ως προς τους τρόπους εφαρμογής της νομοθεσίας ενώ από πλευράς υπηρεσιακών παραγόντων / νοσοκομείων, υπήρχε έλλειψη γνώσης, εκπαίδευσης, κινήτρων για την πραγματοποίηση των μεταβολών και, σε ορισμένες περιπτώσεις, έλλειψη τεχνολογικής υποστήριξης.

Πιο συγκεκριμένα, πλην της έλλειψης στιβαρής πολιτικής βούλησης και συστηματικότητας στις νομοθετικές διαδικασίες, αυτό που κυρίως έλλειπε εμφανώς ήταν η «μετάφραση» της νομοθεσίας σε πρακτική εφαρμογή με συγκεκριμένα και ξεκάθαρα βήματα για τους επαγγελματίες στο χώρο του δημόσιου νοσοκομείου με παράλληλη εκπαίδευσή τους και αναγνώριση και αντιμετώπιση των δικών τους προσωπικών και επαγγελματικών δισταγμών αλλά και προτεραιοτήτων.

Η απάντηση του ερωτήματος δεν αρκεί εάν δεν συνοδεύεται από ενδεικτικές προτάσεις για λύση του προβλήματος. Οι λύσεις αυτές βρίσκονται εν μέρει στις πρόσφατες εξελίξεις και εν μέρει στους οργανωτικούς και εκπαιδευτικούς σχεδιασμούς που χρειάζεται να πραγματοποιηθούν

Οι πρόσφατες εξελίξεις, κυρίως αυτής της εφαρμογής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων αλλά και εκείνης για την ενίσχυση της μηχανογράφησης των νοσοκομείων, αποτελούν πλέον μια ουσιαστική νέα βάση.

Η εφαρμογή των ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια) στο ΕΣΥ ξεκίνησε πιλοτικά από 1^{ης} Ιουλίου 2011 (Εγκύκλιος 68460/17.06.2011) και οριστικά από 1^{ης} Οκτωβρίου 2011, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τη σχετική κοινή υπουργική απόφαση. Η υιοθέτηση των ΚΕΝ πρόκειται να βοηθήσει στην εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού παρότι δεν αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση όπως στο παρελθόν είχε καθιερωθεί ως αντίληψη.

Με δεδομένες, έτσι, την πληρότητα των νομοθετικών ρυθμίσεων και την έκφραση της πολιτικής βούλησης σε σχέση με την εφαρμογή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού καθώς και με τις διαπιστώσεις ότι τα απαιτούμενα «εργαλεία» βρίσκονται στη διάθεση των νοσοκομείων, συμπεραίνουμε ότι οι προσπάθειες θα πρέπει πλέον να επικεντρωθούν σε δύο βασικούς τομείς, την οργανωτική ανάπτυξη και την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του στελεχιακού δυναμικού.

Η οργανωτική ανάπτυξη συνδέεται με τον προσδιορισμό των Κέντρων Κόστους/Ευθύνης και με τη ρύθμιση των ιεραρχικών σχέσεων μεταξύ των τμημάτων καθώς και μεταξύ των τμημάτων και της κεντρικής διοίκησης.

Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του προσωπικού συνδέεται με την ενημέρωση των στελεχών ώστε αυτά να κατανοήσουν τόσο τα προσωπικά και επαγγελματικά τους οφέλη μέσα από τη διαδικασία αυτή όσο και τα συμφέροντα του νοσοκομείου στο οποίο ανήκουν και στο σύστημα υγείας της χώρας, γενικότερα, του οποίου είναι μέλη.

Η εκπαίδευση θα έχει καλύτερα αποτελέσματα εάν σχεδιαστεί με βάση τις πραγματικές ανάγκες του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού στον τομέα του προϋπολογισμού όπου, εκτός από τη θεωρητική βάση, απολύτως απαραίτητη είναι η μεταφορά πρακτικών και τεχνικών εφαρμογής. Είναι απαραίτητη δηλαδή περισσότερο η στοχευμένη σε τεχνικές εκπαίδευση παρά η θεωρητική κατάρτιση σε οικονομικά και λογιστικά ζητήματα.

Τόσο ο προσδιορισμός των κέντρων ευθύνης / κόστους όσο και η εκπαίδευση του προσωπικού μπορούν να θεωρηθούν ως στρατηγικές δράσεις για το κάθε νοσοκομείο και να είναι ενταγμένες οι δράσεις αυτές σε ένα στρατηγικό σχεδιασμό με τη συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων. Άλλωστε, με βάση τη συστημική προσέγγιση κανένας τομέας δραστηριότητας δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ξεχωριστά από τους

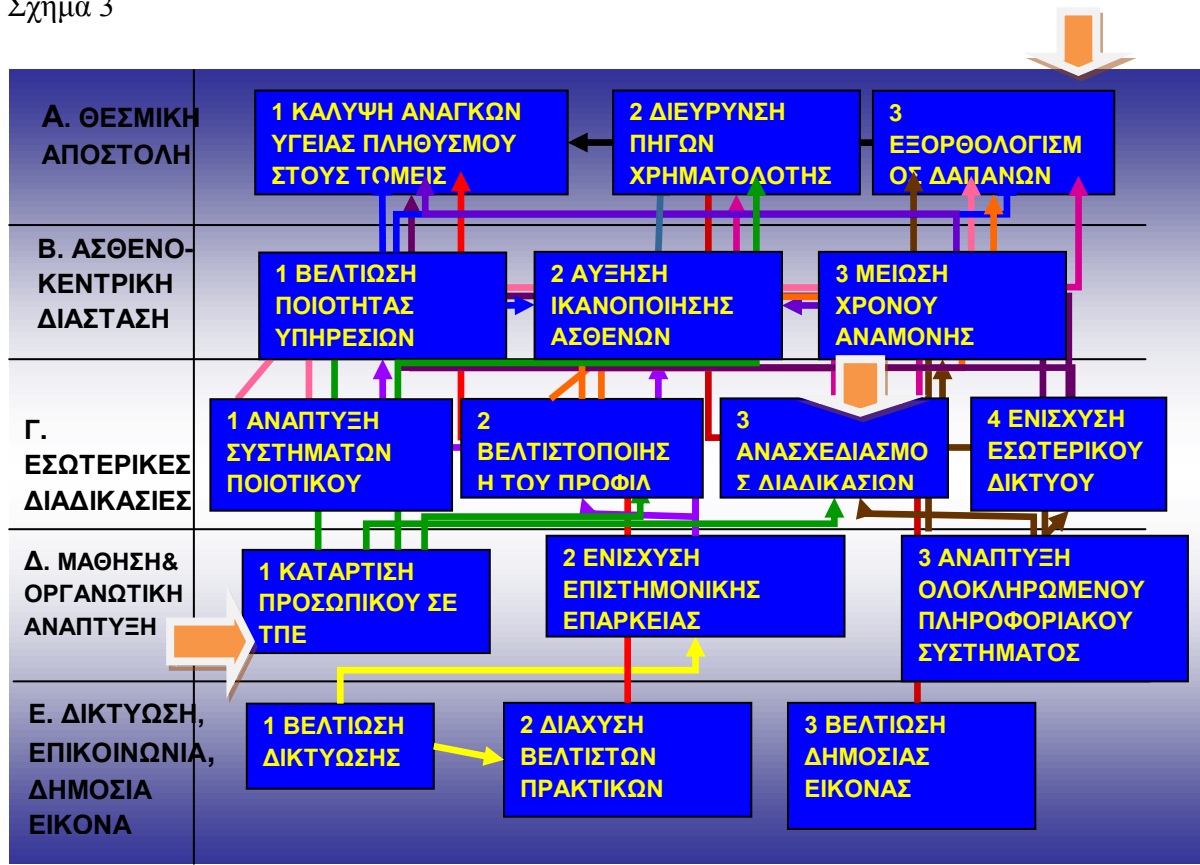
υπόλοιπους δεδομένου ότι όλοι οι τομείς είναι αλληλένδετοι στα πλαίσια του οργανισμού του οποίου αποτελούν μέρος.

Μια καλή εάν όχι ενδεδειγμένη πρακτική στην περίπτωση αυτή θα ήταν ο στρατηγικός σχεδιασμός με βάση το μηχανισμό του Balanced Scorecard, όπου η εισαγωγή του κλειστού κατά τμήμα προϋπολογισμού θα μπορούσε να αποτελέσει μια κομβική στρατηγική δράση. Το πλεονέκτημα του Balanced Scorecard είναι ότι δημιουργεί ένα πλαίσιο αναφοράς μετάφρασης των στρατηγικών σκοπών και στόχων σε επιχειρησιακούς μετρήσιμους στόχους, οι οποίοι με τη σειρά τους αποτελούν τις κινητήριες δυνάμεις υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού για την επίτευξη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων (Μπουρσανίδης Χρήστος, 2010). Οι κινητήριες δυνάμεις υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού εστιάζονται, εδώ, τόσο στην κατανόηση της χρησιμότητας του προτεινόμενου μέτρου όσο και στα οφέλη που πρόκειται να αποκομίσει ο οργανισμός στο σύνολό του και τα επί μέρους τμήματά του ξεχωριστά.

Σε εργαστηριακή μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης / Τμήμα Υπηρεσιών Υγείας, στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος, (Μπουρσανίδης Χρήστος, Γλυκιώτη Ολυμπία-Ιωάννα, Λεμπέσης Αθανάσιος, Παπανικολάου Νίκη, Παυλοπούλου Ειρήνη-Ευθυμία, Σαμαρτζή Χρύσα, Τριάντου Αναστασία, Φουστέρη Άννα, 2011) σχετικά με την εφαρμογή του Balanced Scorecard, κατά τη δημιουργία του στρατηγικού χάρτη για ένα από τα γενικά νοσοκομεία της περιφέρειας των Αθηνών, η εφαρμογή του κατά τμήμα προϋπολογισμού εντάχθηκε ως δράση στα πλαίσια ενός εκ των στρατηγικών στόχων. Ο συγκεκριμένος στρατηγικός στόχος έλαβε την περιγραφή «εξορθολογισμός δαπανών» και του αποδόθηκαν συγκεκριμένα μετρήσιμα μεγέθη και δείκτες. Αναφορά στην οικονομική διαχείριση γίνεται και στη διάσταση των εσωτερικών διαδικασιών ως στρατηγικός στόχος «Ανασχεδιασμός Διαδικασιών Οικονομικής Διαχείρισης». Παράλληλα, η εκπαίδευση του προσωπικού αναφέρεται ως στρατηγικός στόχος στη διάσταση της οργανωτικής ανάπτυξης και μάθησης και συνδέεται με τον «Ανασχεδιασμό Διαδικασιών Οικονομικής Διαχείρισης».

Στο σχήμα 3 απεικονίζονται οι στρατηγικοί στόχοι ανά στρατηγική διάσταση συνδεδεμένοι μεταξύ τους σε ένα πλέγμα αλληλεπίδρασης, σχηματίζοντας έτσι το στρατηγικό χάρτη. :

Σχήμα 3



Επεξήγηση του σχήματος: στην πρώτη στήλη του πίνακα εμφανίζονται οι 5 διαστάσεις της στρατηγικής και στη δεύτερη στήλη εμφανίζονται οι στρατηγικοί στόχοι ανά διάσταση ενώ τα βέλη μεταξύ των στόχων δείχνουν την διασύνδεση και την αλληλεπίδρασή τους στη βάση της μεταξύ τους αιτιώδους συνάφειας. Υποδεικνύονται οι υπό συζήτηση στρατηγικοί στόχοι.

Στο θέμα της εκπαίδευσης του προσωπικού, είναι σημαντικές οι προσπάθειες που γίνονται και που μπορούν να διευρυνθούν τόσο από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης όσο και από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διαφαινόμενη ανάγκη σφαιρικών προϋπολογισμών για την υγεία γενικότερα και για τα νοσοκομεία ειδικότερα, στα πλαίσια της οικονομικής πολιτικής της μείωσης του δημόσιου τομέα λόγω της ανάγκης μείωσης των δημοσίων δαπανών θα έχει μια μετατοπιζόμενη προς τα κάτω δυναμική και έτσι η ανάγκη σφαιρικών, κλειστών και κατά τμήμα προϋπολογισμών σε επίπεδο Νοσοκομείου και παρακάτω σε επίπεδο Τμήματος θα είναι αναπόφευκτη.

Αντικείμενο ξεχωριστής μελέτης μπορεί να είναι οι επιπτώσεις των οριζόντιων περικοπών δαπανών που λειτουργούν χωρίς αντικειμενικά κριτήρια μεταξύ των διαφορετικών νοσοκομείων και διαφορετικών τμημάτων σε αντιδιαστολή με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους και τη χρηματοδότησή τους με βάση την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά τους.

Επίσης, αντικείμενο μελέτης μπορεί να γίνει το κατά πόσον είναι ενδεδειγμένη η κατάργηση ενός νοσοκομείου ή ενός τμήματος, στην περίπτωση που αυτό κρίνεται αναποτελεσματικό ή ζημιολόγο, ή η επιδίωξη της βελτιστοποίησης της λειτουργίας του με άλλους τρόπους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Abernethy M.A., Stoelwinder J.U., 1995, “The role of professional control in the management of complex organizations” *Accounting organization and society*, 20 (1), pp.1-17.
- 2 Besançon F. , 1984, *La semaine des hôpitaux* Feb 23, 60(9) pp 635-40.
- 3 Bloche M. Gregg, 2011, *The Hippocratic myth*, 1st ed. US: Palgrave Macmillan.
- 4 Broadbent J., Laughlin R., Read S., 1991, “Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis” *Critical Perspectives on Accounting*, 2,pp.1-29.
- 5 Campanale Cristina, 2011, *Management Accounting and Organizational changes in Healthcare: a Critical Approach*, Διδακτορική Διατριβή.
- 6 Ganti, Anita, 2004, “How to build more realistic hospital budgets” *Proceedings of the 2004 crystal ball user conference*.
- 7 Jacobs K., Marcon G., Witt D., 2004, “Cost and performance information for doctors: an international comparison” *Management accounting research*, 15(3), pp.337-354.
- 8 Lawrence S., Alam M., Northcott D., Lowe T., 1997, “Accounting systems and systems of accountability in the New Zealand health sector”, *Accounting Auditing and Accountability Journal*, 10(5), pp.665-683.
- 9 Pallesen T., Pedersen L.D., 1993, “Decentralization of Management Responsibility: the case of Danish hospitals”, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol.8, 275-294.
- 10 Pettersen I.J, 1995, “Budgetary control of hospitals: ritual, rhetoric and rationalized myths”, *Financial accountability and Management*, 11(3), pp.207-221).

- 11 Γείτονα-Κοντούλη Μαρία, 1993, *Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων*, Διδακτορική Διατριβή
- 12 Γκούμας Σπυρίδων, 2010, *Λογιστικό Σύστημα και Κοστολόγηση Νοσοκομείων*, Διδακτικές Σημειώσεις ΕΣΔΔ / Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
- 13 Καρυστινού Αγγελική, 2010, *Κατάρτιση κατά τμήμα προϋπολογισμού του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά Άγιος Παντελεήμων*, Μεταπτυχιακή Εργασία ΕΣΔΥ
- 14 Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., Φιλαλήθης Α., 2007, «Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: μια ιστορική επισκόπηση» *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Ιούλιος-Δεκέμβριος 2007, 1: 35-67
- 15 Μόσιαλος Ηλίας (Επικεφαλής) και μέλη της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας των Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, 2010, *Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας*
- 16 Μπαλασοπούλου Αναστασία, 2010, *Χρηματοοικονομικό Μάνατζμεντ Νοσοκομείων – Διαδικασία Προϋπολογισμού & Διαχείριση Προμηθειών* Διδακτικές Σημειώσεις στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης / Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
- 17 Μπαλασοπούλου Α., Μοναχού Ο., Παυλοπούλου Ε., Καραμήτρου Χ., Αρβανίτη Μ., 2010, *Συγκριτική Ανάλυση των βασικών στοιχείων του προϋπολογισμού της περιόδου 2008-α' τρίμηνο 2011 στα νοσοκομεία Αγία Σοφία-Αττικών-Ευαγγελισμός-KAT*, Σεμιναριακή Εργασία ΕΣΔΔ
- 18 Μπουραντάς Δημήτρης , 2002, *Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Γ.Μπένου
- 19 Μπουρσανίδης Χρήστος, 2010, *Δομές και Εργαλεία Δημόσιου Μάνατζμεντ*, Διδακτικές Σημειώσεις ΕΣΔΔ
- 20 Μπουρσανίδης Χ., Γλυκιώτη Ο., Λεμπέσης Α., Παπανικολάου Ν., Παυλοπούλου Ε., Σαμαρτζή Χ., Τριάντου Α., Φουστέρη Α. , 2011, *Στρατηγικό Management Υπηρεσιών Υγείας- Φορέας υλοποίησης: Νοσοκομείο KAT*, Εργαστήριο

- 21 Πολύζος Νικόλαος, 2007, *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Εκδόσεις Διόνικος.
- 22 Σισσούρας Άρης (Συντονιστής), Γούναρης Χρυσόστομος, Μπαρτσώκας Δήμος (με τη συμμετοχή του Ι.Μητρόπουλου ως ειδικού συμβούλου), ως Ομάδα Πανεπιστημίου Πατρών, 2002, *Εγχειρίδιο – Οδηγός για την Κατάρτιση, Υλοποίηση και Παρακολούθηση της Υλοποίησης Επιχειρησιακού Σχεδίου των ΠΕΣΥ και των Νοσοκομειακών Μονάδων*.
- 23 Σκοπελίτης Ευστράτιος, 2010, *Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές χώρες*, Τελική Εργασία ΕΣΔΔ.
- 24 Τσατσούλη Δέσποινα , 2008, *Εισαγωγή του Σφαιρικού κλειστού και κατά τμήμα προϋπολογισμού στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας*, Μεταπτυχιακή Εργασία ΕΣΔΥ.

Νομοθετικά κείμενα και διοικητικές πράξεις

- 1 Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 68460/17.06.2011
- 2 Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ1320/98, ΦΕΚ 99Β περί ορισμού νοσηλίου νοσοκομείων
- 3 Νόμος 1397/1983 περί θεσπίσεως του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- 4 Νόμος 2071/1992 περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης του Συστήματος Υγείας.
- 5 Νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
- 6 Νόμος 2889/2001 περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
- 7 Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 205/1998 «περί ορισμού του περιεχομένου και

του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου»

- 8 Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 146/2003 «περί ορισμού και περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας.
- 9 Προκήρυξη Ανοικτού Διεθνούς Διαγωνισμού επιλογής Αναδόχου για το έργο :
«Ανάπτυξη και Βελτίωση Συστημάτων Οικονομικού Προγραμματισμού και Οικονομικής Διαχείρισης Νοσοκομείων με την χρήση Μηχανογραφημένου Διπλογραφικού Συστήματος» ΔΥ6β/Γ.Π./οικ. 34197/24 - 3 - 2011
- 10 Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ 85649/27.7.2011 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»

Διαδικτυακοί Τόποι

www.yyka.gov.gr

www.ekdd.gr

www.kainotom.gr

www.sdn.sap.com



Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (ΕΣΔΔ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr