

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΟ
ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ»**

ΜΑΡΙΑ ΤΟΛΙΑ Α.Μ.: 20042

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:
Δρ Ασπασία Β. Γούλα

ΑΘΗΝΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

**«COSTING AND MANAGEMENT POLICY IN THE PUBLIC AND
PRIVATE SECTOR»**

MARIA TOLIA R.N.: 20042

Supervisor: Dr Aspasia Goula

Athens, March 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

| Α/α | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|-----|---------------------------|-------------------------|------------------|
| 1 | ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | |
| 2 | ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ | Καθηγητής | |
| 3 | ΜΑΡΙΑ – ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ | Επιστημονικό Προσωπικό | |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

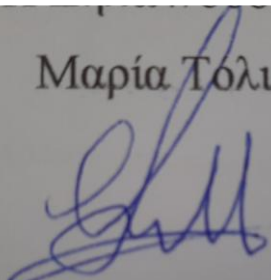
Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Μαρία Τόλια του Αποστόλου, με αριθμό μητρώου 20042 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/06/22 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα

Μαρία Τόλια



Μαρία Τόλια

*** Ασπασία Β. Γούλα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

**** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ούσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):***

[https://www.uniwa.gr/wp-](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

[content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας ιδρύθηκε με το Νόμο 1397/83 κατά τον οποίο οργανώνονται τα νοσοκομεία, η εποπτεία και η διοίκηση αυτών, ενώ παράλληλα καθορίζονται οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας.

Σκοπός ενός ορθά οργανωμένου συστήματος, είναι η όσο το δυνατόν αυξημένη ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού που εξυπηρετεί, καθώς επίσης και η σωστή διαχείριση του κόστους παραγωγής των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών ώστε να έχουμε το βέλτιστο οικονομικό αποτέλεσμα.

Η χρηματοδότηση της υγείας, είτε μέσω των ασφαλιστικών φορέων είτε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού είτε σύμφωνα με το ατομικό εισόδημα του πληθυσμού, κατέχει εξίσου σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του συστήματος υγείας αλλά και στις δαπάνες. Από την άλλη πλευρά, για να μπορέσουν να γίνουν αντιληπτές οι ανάγκες των δημόσιων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, σε ότι αφορά το κόστος παραγωγής των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, οφείλουν να έχουν ένα σωστά οργανωμένο σύστημα διαχειριστικού ελέγχου με το οποίο θα τους δίνεται η δυνατότητα ανάλυσης του κόστους σε κάθε στάδιο της δραστηριότητας και η μελέτη αυτού, ώστε να μπορεί να συμφωνεί με τον προϋπολογισμό.

Είναι σημαντικό να αναλύεται το νοσοκομειακό κόστος και για να επιτευχθεί τούτο, πρέπει να γίνεται σαφής κοστολόγηση της ιατρικής πράξης, στοιχείο που αποτελεί και τον βασικότερο παράγοντα του κόστους. Ακόλουθο στάδιο της κοστολόγησης των υπηρεσιών αποτελεί η τιμολόγηση, η οποία είναι με τη σειρά της το καθοριστικό στοιχείο για τον τρόπο με τον οποίο θα δημιουργηθούν κέρδη. Μπορεί το δημόσιο νοσοκομείο να μην έχει ως αυτοσκοπό την κερδοφορία, εν τούτης όμως η τιμολόγηση αποτελεί στάδιο της κοστολόγησης και είναι εξίσου σημαντική ώστε να μπορούν τα χρήματα που θα αποκτηθούν να διατεθούν εκ νέου στο ίδιο το νοσοκομείο, αναπτύσσοντας την λειτουργία του και προσφέροντας καλύτερες υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό. Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω της διαφορετικότητας στους στόχους που θέτουν οι ιδιωτικές κλινικές έναντι των δημόσιων νοσοκομείων, παρατηρούνται γενικότερα διαφορές σε όλα τα στάδια δραστηριότητας και λειτουργίας τους. Η κερδοφορία και η εύρυθμη λειτουργία του κάθε ιδρύματος, ώστε να είναι αποτελεσματικό, παραγωγικό και αποδοτικό, αποτελεί απόρροια της διασύνδεσής του με διάφορους παράγοντες όπως είναι το κόστος, η τιμολόγηση και η διαχειριστική πολιτική που ακολουθείται και οφείλει η διοίκηση να ασκεί τα καθήκοντα της έχοντας ως πρότυπο μοντέλο διοίκησης το συμμετοχικό, ώστε να συμβάλουν όλοι οι αρμόδιοι υπεύθυνοι, στη λήψη αποφάσεων, έχοντας πάντα στη σκέψη τους, το τελικό συμφέρον της υγειονομικής μονάδας.

ABSTRACT

The health system of Greece was established by Law 1397/83, which organizes hospitals, their supervision and administration, while at the same time defining the health regions of the country. The purpose of a properly organized system is to maximize the satisfaction of the needs of the population it serves, as well as the proper management of the production costs of medical services, in order to have the best financial result. Health financing, either through insurance companies or through the state budget or according to the individual income of the population, plays an equally important role in the development of the health system but also in expenditures. On the other hand, in order to be able to understand the needs of public hospitals and private clinics, in terms of the cost of production of their services, they must have a properly organized management system that will give them the ability to analyze the cost at each stage of the activity and study it so that it can be agreed with the budget. It is important to analyze the hospital costs and in order to achieve this, a clear costing of the medical operation must be done, which is the main factor of the cost. The next stage of service costing is pricing, which in turn is the determining factor in how profits will be generated. The public hospital may not have profitability as an end in itself, but pricing is a costing stage and is just as important so that the money gained can be redistributed to the hospital itself, developing its operation and offering better health services. in the population. In conclusion, it is worth noting that due to the differences in the goals set by private clinics compared to public hospitals, there are generally differences in all stages of their activity and operation. The profitability and smooth operation of each institution, in order to be efficient, productive and efficient, is a consequence of its interconnection with various factors such as cost, pricing and management policy that is followed and the management must perform its duties having as a model of participatory management, so that all those in charge contribute to decision-making, always having in mind the ultimate interest of the health unit.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|-----------------------|--------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | σελ. 9 |
|-----------------------|--------|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΥΓΕΙΑ & ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|---|--------|
| 1.1 Ορισμοί Υγείας..... | σελ.11 |
| 1.2 Διάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας..... | σελ.14 |
| 1.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο Εθνικού Συστήματος Υγείας..... | σελ.14 |
| 1.2.2 Διάκριση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας..... | σελ.15 |
| 1.2.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας – Δημόσια..... | σελ.20 |
| 1.2.3.1 Ο ρόλος της Δημόσιας Υγείας..... | σελ.21 |
| 1.2.4 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας – Ιδιωτική..... | σελ.23 |
| 1.2.4.1 Μορφές ιδιωτικής ασφάλισης υγείας..... | σελ.24 |
| 1.3 Δαπάνες Υγείας..... | σελ.25 |
| 1.3.1 Ελληνικές Πηγές Υπολογισμού των Δαπανών Υγείας..... | σελ.28 |
| 1.3.2 Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας..... | σελ.29 |
| 1.3.3 Δαπάνες Υγείας στις Χώρες του ΟΟΣΑ ως Ποσοστό επί του ΑΕΠ..... | σελ.31 |
| 1.3.4 Παράγοντες Αύξησης των Δαπανών Υγείας..... | σελ.34 |
| 1.4 Χρηματοδότηση Υγείας..... | σελ.35 |
| 1.4.1 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας..... | σελ.36 |
| 1.4.2 Μέθοδοι χρηματοδότησης της ανοιχτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης..... | σελ.38 |
| 1.4.3 Μέθοδοι Χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης..... | σελ.40 |
| 1.4.4 Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Ιδιωτικού Τομέα..... | σελ.43 |
| 1.4.5 Χρηματοδότηση Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας..... | σελ.44 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΚΟΣΤΟΣ & ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

| | |
|---|--------|
| 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση κόστους..... | σελ.47 |
| 2.1.1 Κόστος..... | σελ.47 |
| 2.1.2 Μορφές και είδη κόστους..... | σελ.47 |
| 2.2 Κοστολόγηση..... | σελ.49 |
| 2.2.1. Βασικές αρχές Κοστολόγησης..... | σελ.50 |
| 2.2.2. Κατηγορίες συστημάτων κοστολόγησης..... | σελ.50 |
| 2.2.3. Βασικές Τεχνικές Κοστολόγησης..... | σελ.51 |
| 2.3 Εσωλογιστική και Εξωλογιστική Κοστολόγηση..... | σελ.52 |
| 2.4 Προϋποθέσεις ενός αποδοτικού συστήματος Κοστολόγησης..... | σελ.53 |
| 2.5 Παρουσίαση διαδικασίας κοστολόγησης ενός νοσοκομείου..... | σελ.54 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ & ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ

| | |
|--|--------|
| 3.1 Το Νοσοκομειακό Κόστος..... | σελ.60 |
| 3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης του νοσοκομειακού κόστους..... | σελ.60 |
| 3.3 Δείκτες Νοσοκομειακού Κόστους..... | σελ.61 |
| 3.4 Σχέση Κόστους με διάφορους παράγοντες του Νοσοκομείου..... | σελ.62 |

| | |
|--|--------|
| 3.5 Σημασία κοστολόγησης ιατρικής πράξης..... | σελ.65 |
| 3.6 Άμεσο και Έμμεσο κόστος, ως βάση κοστολόγησης της ιατρικής πράξης..... | σελ.65 |
| 3.7 Τιμολόγηση στις μονάδες υγείας..... | σελ.68 |
| 3.8 Τιμολόγηση υπηρεσιών σε δημόσιο νοσοκομείο..... | σελ.71 |
| 3.9 Τιμολόγηση υπηρεσιών σε ιδιωτικά νοσοκομεία..... | σελ.73 |
| 3.10 Σύστημα Τιμολόγησης Νοσοκομειακών υπηρεσιών DRG (Diagnosi-Related Groups).... | σελ.74 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΥΣ

| | |
|--|--------|
| 4.1 Σύστημα διαχειριστικού ελέγχου..... | σελ.77 |
| 4.2 Το κόστος ως συντελεστής ορθολογικής διαχειριστικής πολιτικής..... | σελ.78 |
| 4.3 Καταγραφή στοιχείων κόστους..... | σελ.80 |
| 4.4 Καθορισμός Κέντρων Κόστους Ευθύνης..... | σελ.80 |
| 4.5 Καθορισμός Κέντρων Δραστηριότητας..... | σελ.81 |
| 4.6 Σύστημα διαχείρισης ελέγχου Νοσοκομειακής παραγωγής..... | σελ.83 |
| 4.7 Διαχειριστική Πολιτική στο Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα..... | σελ.85 |

| | |
|--------------------------|----------------|
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | σελ. 88 |
|--------------------------|----------------|

ΠΙΝΑΚΕΣ

| | |
|--|---------|
| Πίνακας 1: Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκατομμύρια €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά φορέα 2009–2019..... | σελ.29 |
| Πίνακας 2: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) και τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή 2009–2018..... | σελ.30 |
| Πίνακας 3: Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ..... | σελ.33 |
| Πίνακας 4: Τιμολόγιο ημερήσιου νοσηλίου..... | σελ.72 |
| Πίνακας 5: Διαμόρφωση κόστους & τιμών, δημόσιου νοσοκομείου & ιδιωτικής κλινικής.... | σελ. 86 |

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

| | |
|---|---------|
| Διάγραμμα 1: Το Περιεχόμενο Της Πρωτοβάθμιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης..... | σελ.17 |
| Διάγραμμα 2: Το Περιεχόμενο Της Δευτεροβάθμιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης..... | σελ.18 |
| Διάγραμμα 3: Το Περιεχόμενο Της Τριτοβάθμιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης..... | σελ.20 |
| Διάγραμμα 4: Τα Επίπεδα Της Περίθαλψης..... | σελ.20 |
| Διάγραμμα 5: Σχέση Κόστους και Βασικών Οικονομικών Οργανωτικών – Διοικητικών και Διαχειριστικών Πολιτικών του Νοσοκομείου..... | σελ. 64 |
| Διάγραμμα 6: Δομή υπηρεσιών δημιουργίας άμεσου & έμμεσου κόστους..... | σελ.67 |
| Διάγραμμα 7: Σύνδεση κέντρων ευθύνης – κόστους (ΚΕΚ) και κέντρων δραστηριότητας (ΚΔ)..... | σελ.82 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των αιτιολογικών παραγόντων διαμόρφωσης του κόστους και πως αυτό αξιοποιείται από την πλευρά της διοίκησης ώστε να βελτιώσει την υπάρχουσα αλλά και μελλοντική κατάσταση της νοσοκομειακής μονάδας. Είναι πολύ σημαντικό ένα ίδρυμα παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, να είναι σε θέση, να μπορεί να ελέγχει τους διαθέσιμους πόρους του, να τους καταμερίσει επαρκώς στο κάθε τμήμα, να αξιολογήσει και να ποσοτικοποιήσει το κόστος παραγωγής των υπηρεσιών του, ενώ παράλληλα να μπορεί να διαχειριστεί το κόστος αυτό και να φέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα σε ό,τι αφορά την παραγωγική διαδικασία αλλά και την ευρύτερη λειτουργία του ιδρύματος.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει μία αναφορά στο γενικότερο πλαίσιο του ορισμού της υγείας και σε ό,τι αφορά στο σύστημα υγείας. Ο όρος υγεία είναι πολυδιάστατος και πολύπλευρος και αξίζει να γνωρίζουμε αυτές τις παραμέτρους για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε την πολυπλοκότητα που καλείται να αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας. Για να μπορέσει ένα σύστημα υγείας να αναπτυχθεί, χρειάζεται να έχει σαφείς τρόπους χρηματοδότησης και να έχουν αποσαφηνιστεί όσο γίνεται περισσότερο οι ανάγκες του πληθυσμού τον οποίο θα κληθεί να ικανοποιήσει. Επιπλέον, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε τις δαπάνες υγείας που προκύπτουν και πως αυτές εξελίσσονται σε βάθος χρόνου, ώστε να μπορούμε να αξιολογήσουμε την επίπτωση των διάφορων κοινωνικών φαινομένων που συμβαίνουν σε μία κοινωνία αλλά και στον κόσμο, και πως αυτά επηρεάζουν την ίδια την υγεία σε οικονομικό αλλά και σε ποιοτικό επίπεδο. Επίσης, θα γίνει αναφορά στη διάρθρωση του συστήματος υγείας της Ελλάδας και στο νομοθετικό πλαίσιο που το διέπει.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι έννοιες του κόστους και της κοστολόγησης. Θα γίνει διαχωρισμό των δύο εννοιών και ανάλυση των παραγόντων που δημιουργούν την ανάγκη ύπαρξης ενός συστήματος κοστολόγησης. Επιπλέον, θα παρουσιαστεί μία πραγματική διαδικασία κοστολόγησης ενός νοσοκομείου καθώς επίσης θα γίνει διαχωρισμός και αποσαφήνιση των εννοιών εσωλογιστική και εξωλογιστική κοστολόγηση.

Θα ακολουθήσει το τρίτο κεφάλαιο, στο οποίο θα εξειδικεύσουμε την έννοια του κόστους στο νοσοκομειακό κόστος και στην τιμολόγηση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Θα παρουσιαστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης του νοσοκομειακού κόστους καθώς και οι δείκτες αυτού και θα αναλυθεί η αξία κοστολόγησης της ιατρικής πράξης. Στη συνέχεια, εμφανίζεται η τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ο διαχωρισμός στον τρόπο τιμολόγησης σε ό,τι αφορά τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Αξιοσημείωτη δε, είναι η αναφορά μας στο Σύστημα Τιμολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, γνωστό ως DRGs (Diagnosi-Related Groups).

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, θα γίνει ανάλυση της διαχειριστικής πολιτικής κόστους που ακολουθούν τα δημόσια νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές. Σημαντικός παράγοντας για τον τρόπο με τον οποίο θα διαχειριστεί το κόστος ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, είναι το σύστημα διαχειριστικού ελέγχου το οποίο χρησιμοποιεί και το οποίο δίνει όλη την πληροφορία σχετικά με το σημείο δημιουργίας του κόστους, γνωστό ως κέντρο ευθύνης κόστους. Θα αναλυθούν τα κέντρα ευθύνης κόστους και τα κέντρα δραστηριότητας και θα αναφερθεί πως γίνεται η καταγραφή των στοιχείων του κόστους. Τέλος, θα παρουσιαστεί η λειτουργία του συστήματος διαχειριστικού ελέγχου στη νοσοκομειακή παραγωγή.

Μέσω της συγκεκριμένης εργασίας στοχεύεται η ευαισθητοποίηση των διοικητών των νοσοκομείων σε ότι αφορά τη συμμετοχική διοίκηση. Είναι πολύ σημαντικό κάθε τμήμα ενός νοσοκομείου, να έχει ως κυρίαρχη μέριμνα εκτός της συμμετοχής του στην εύρυθμη λειτουργία της μονάδας υγείας και στο έλεγχο του κόστους. Καταφέροντας να μειώσουμε το κόστος παραγωγής αυξάνοντας όμως την παραγωγική διαδικασία θα βελτιστοποιηθεί η δραστηριότητα του νοσηλευτικού ιδρύματος. Συνεπώς αν αναφερθούμε στα δημόσια νοσοκομεία αυτό σημαίνει ότι θα ικανοποιούνται καλύτερα και οι ανάγκες του πληθυσμού αλλά και ο τρόπος λειτουργίας αυτών. Από την άλλη πλευρά αν μιλήσουμε για τις ιδιωτικές κλινικές, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι μέσω του ελέγχου του κόστους και της μείωσης αυτού, θα υπάρξει αυτόματα άνοδος των κερδών και σε συνδυασμό με τη σωστή τιμολογιακή πολιτική την οποία θα ακολουθήσει, υπάρχει δυνατότητα μίας πάγιας και μεγάλης κερδοφορίας σε βάθος χρόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΥΓΕΙΑ & ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ορισμοί Υγείας

- ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Αναφερόμενοι στην υγεία, μιλάμε για τον παράγοντα που μετράει τη γενική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού.

Γενικά, η κατάσταση υγείας του ατόμου, επηρεάζεται τόσο από το πλαίσιο στο οποίο ζει, όσο και από την ποιότητα ζωής που έχει μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Το άτομο έχοντας ως απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας του, οφείλει να προσπαθεί να επιλέγει έξυπνες συνθήκες διαβίωσης ενώ σε συνδυασμό με την προώθηση και εφαρμογή της επιστήμης της υγείας, θα καταφέρνει να διατηρεί και να βελτιώνει τόσο την υγεία του ξεχωριστά όσο και της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας περιλαμβάνουν το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές του ατόμου. (WHO, 2011)

Ειδικότερα, οι βασικοί παράγοντες που έχουν βρεθεί να επηρεάζουν το αν οι άνθρωποι είναι υγιείς ή μη, περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Εισόδημα και κοινωνική κατάσταση
- Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης
- Εκπαίδευση και παιδεία
- Συνθήκες απασχόλησης / εργασίας
- Κοινωνικά περιβάλλοντα
- Υγιή ανάπτυξη του παιδιού
- Βιολογία και γενετική
- Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- Γένος
- Πολιτισμός

Η έννοια του «τομέα της υγείας», όπως διακρίνεται από την ιατρική περίθαλψη, προέκυψε το 1974 στον Καναδά. Υπάρχουν τρεις αλληλένδετοι τομείς ως καθοριστικοί παράγοντες της υγείας ενός ατόμου. Αυτοί είναι (Lalonde, Marc, 1974):

1. Τρόπος ζωής: η συγκέντρωση προσωπικών αποφάσεων (δηλαδή, πάνω σε ποια απόφαση το άτομο έχει τον έλεγχο), η οποία μπορεί να θεωρηθεί ότι συμβάλλει ή προκαλεί, ασθένεια ή θάνατο
2. Περιβάλλον: όλα τα θέματα που απασχολούν την υγεία του ατόμου, εκτός της σωματικής, και σε ποια το άτομο έχει λίγο ή καθόλου έλεγχο
3. Βιοϊατρική: όλες οι πτυχές της σωματικής υγείας και της ψυχικής υγείας, που αναπτύχθηκαν μέσα στο ανθρώπινο σώμα, όπως επηρεάζεται από τη γενετική

Η διατήρηση και προαγωγή της υγείας επιτυγχάνεται με συνδυασμό του συχνά αναφερόμενου ως «τρίγωνο της υγείας». Όταν μιλάμε για το «τρίγωνο της υγείας» αναφερόμαστε στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία η οποία διατηρεί και προάγει την υγεία του ατόμου με την ευρύτερη έννοια.

Το περιβάλλον κατέχει σημαντική θέση στον τρόπο που επηρεάζει την κατάσταση της υγείας των ατόμων καθώς περιλαμβάνει χαρακτηριστικά τόσο του φυσικού περιβάλλοντος, όσο και του δομημένου και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Παράγοντες όπως το καθαρό νερό και τον αέρα, την κατάλληλη στέγαση, καθώς και ασφαλών κοινοτήτων και δρόμων, όλα αυτά έχουν βρεθεί να συμβάλουν στην καλή υγεία, ιδιαίτερα στην υγεία των βρεφών και των παιδιών. (WHO, 2011). Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη χώρων αναψυχής στις γειτονιές, συμπεριλαμβανομένου και του φυσικού περιβάλλοντος οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής ικανοποίησης και υψηλότερα επίπεδα της παχυσαρκίας, που συνδέεται με χαμηλότερη συνολική υγεία και ευεξία.

Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά, αποτελούν επίσης παράγοντα καθορισμού της κατάστασης της υγείας των ατόμων αλλά και των πληθυσμών. Αυτό μπορεί να περικλείει τόσο την ευπάθεια σε ορισμένες ασθένειες και συνθήκες υγιεινής, καθώς και τις συνήθειες και τις συμπεριφορές των ατόμων που εξελίσσονται μέσα από τον τρόπο ζωής των οικογενειών τους.

Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) «η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Η προσέγγιση της έννοιας της υγείας, θεωρείται μια συνεχώς εξελισσόμενη έννοια με πολλές προεκτάσεις.

Με βάση τον πιο πάνω δημόσια αποδεκτό ορισμό, διατυπώνονται ορισμοί, από όλες τις οπτικές.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: Η σωματική υγεία, αναφέρεται στη λειτουργία του σώματος. Με άλλα λόγια, η σωματική υγεία είναι ένα ουσιαστικό μέρος της συνολικής υγείας κάποιου που περιλαμβάνει τα πάντα, που κυμαίνονται από τη φυσική στη συνολική ευεξία. Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους ευημερίας, έτσι η σωματική υγεία κάνει το άτομο μηχανικά ικανό να πραγματοποιήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες χωρίς κανένα πρόβλημα.

ΨΥΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: Ο όρος αυτός, αναφέρεται στην δεξιότητα του ατόμου, να πράττει με νοητική διαύγεια και να κατέχει ολοκληρωμένη πνευματική και ηθική ανάπτυξη.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκθέτει την ψυχική υγεία ως «*μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να κάνει μια συνεισφορά του ή την κοινότητα της*» (WHO, 2005). Ψυχική υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της ψυχικής ασθένειας. Η ψυχική ασθένεια περιγράφεται ως «το φάσμα των γνωστικών, συναισθηματικών και όσων αφορούν τη συμπεριφορά συνθηκών που παρεμβαίνουν με την κοινωνική και συναισθηματική ευημερία και τη ζωή και την παραγωγικότητα των ανθρώπων. Έχοντας μια ψυχική ασθένεια μπορεί να βλάψει σοβαρά, προσωρινά ή μόνιμα, την ψυχική λειτουργία του ατόμου.

Περίπου το ένα τέταρτο του συνόλου των ενηλίκων 18 ετών και άνω στις ΗΠΑ πάσχουν από μια διαγνώσιμη ψυχική ασθένεια. Ψυχικές ασθένειες είναι η κύρια αιτία της αναπηρίας στις ΗΠΑ και τον Καναδά. Παραδείγματα περιλαμβάνουν, σχιζοφρένεια, ελλειμματική προσοχή / υπερκινητικότητα - ΔΕΠΥ (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD), μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή, διαταραχή άγχους, διαταραχή μετα-τραυματικού στρες και τον αυτισμό.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: Η υγεία του ατόμου επηρεάζεται άμεσα από τη συμπεριφορά και τη σχέση που έχει από και με την κοινωνία. Κοινωνική υγεία είναι μια έκφραση που χρησιμοποιείται για να περιγράψει δύο διαφορετικές έννοιες, αν και είναι κάπως αλληλένδετες. Κατά μία έννοια, αναφέρεται στην υγεία ενός ατόμου σε σχέση με την ικανότητά του να αλληλεπιδρά με τους άλλους και να ευδοκιμήσει σε κοινωνικά περιβάλλοντα. Μπορεί επίσης να αναφέρεται για την υγεία μιας κοινωνίας γενικά, και πώς τα μέλη αυτής της κοινωνίας αντιμετωπίζονται και συμπεριφέρονται ο ένας προς τον άλλο. Μαζί με τη σωματική και ψυχική υγεία, αποτελεί την τελευταία από τις τρεις θεμελιώδεις και ζωτικής σημασίας μορφές για την υγεία ενός ατόμου. Δείχνει πώς το άτομο αλληλεπιδρά με άλλους ανθρώπους, καθώς και τις συνέπειες και τα οφέλη αυτών των αλληλεπιδράσεων σε σχέση με την ευημερία του εν λόγω προσώπου. Ενώ εξακολουθεί να επενδύει στην ατομική υγεία, εξετάζει επίσης την αλληλένδετη φύση της κοινωνίας γενικότερα.

Η κοινωνική υγεία συχνά ασχολείται με το πώς οι άνθρωποι σχετίζονται μεταξύ τους, και το πώς ένα άτομο είναι σε θέση να συναναστρέφεται με άλλους ανθρώπους και τις μορφές των σχέσεων μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να έχει σχέση με φιλίες, από την άποψη του πόσο καλά το άτομο μπορεί να σχηματίσει και να διατηρήσει φιλίες, όπως και άλλα είδη σχέσεων.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η απομόνωση δεν είναι μόνο ένα πιθανό αποτέλεσμα της ψυχικής ή σωματικής ασθένειας, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μια τέτοια ασθένεια. Αυτός είναι ο λόγος που η κοινωνική υγεία έχει γίνει ολοένα και μεγαλύτερης σημασίας στην ευρύτερη γενική ιδέα της ανθρώπινης υγείας και της ευημερίας. (Ντούνης Α., 2012)

ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: Η υγεία είναι μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να μην υπερβαίνει τα όρια της εσωτερικής του υγείας και να γνωρίζει τις ισορροπίες του. Η κοινωνιολογία της υγείας, εξετάζει την αλληλεπίδραση μεταξύ της κοινωνίας και της υγείας. Αυτή η πτυχή της κοινωνιολογίας διαφέρει από την κοινωνιολογία της ιατρικής στο ότι αυτός ο κλάδος της κοινωνιολογίας ασχολείται με την υγεία και την ασθένεια σε σχέση με κοινωνικούς φορείς όπως η οικογένεια, η απασχόληση, και το σχολείο. Η κοινωνιολογία της ιατρικής περιορίζει την ανησυχία για τη σχέση ασθενούς - ιατρού και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνία. Η κοινωνιολογία της υγείας καλύπτει κοινωνιολογική παθολογία (αιτίες της νόσου και της ασθένειας), τους λόγους για την αναζήτηση συγκεκριμένων τύπων ιατρικής βοήθειας, και τη συμμόρφωση ή μη, των ασθενών με ιατρικές οδηγίες (Conrad Peter, 2008).

Η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων ποικίλλει σε όλο τον κόσμο και αυτό είναι χρήσιμο να μπορεί να αποδειχθεί μέσω της αναζήτησης των σοβαρών ασθενειών της κάθε ηπείρου. Αυτές οι ασθένειες εξετάζονται κοινωνιολογικά και με βάση την παραδοσιακή ιατρική, την οικονομία, τη θρησκεία και τον

πολιτισμό που είναι ειδικά για κάθε περιοχή. Ο HIV / AIDS χρησιμεύει ως κοινή βάση σύγκρισης μεταξύ των περιφερειών.

Κοινωνιολογικοί παράγοντες μπορεί να βοηθήσουν να εξηγηθεί γιατί υπάρχουν αυτές οι διαφορές. Καθώς περνάνε τα χρόνια, υπάρχουν προφανείς διαφορές στα πρότυπα της υγείας και της ασθένειας μεταξύ των κοινωνιών αλλά και σε συγκεκριμένους τύπους της κοινωνίας. Υπήρξε ανέκαθεν μια μακροπρόθεσμη μείωση της θνησιμότητας στις βιομηχανικές κοινωνίες, και κατά μέσο όρο, το προσδόκιμο ζωής είναι σημαντικά υψηλότερο στις αναπτυγμένες, αντίθετα με τις αναπτυσσόμενες ή υπανάπτυκτες, κοινωνίες. Πρότυπα των παγκόσμιων αλλαγών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, καθιστούν πιο επιτακτική από ποτέ την έρευνα και την κατανόηση της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας. Οι συνεχείς αλλαγές στην οικονομία, τη θεραπεία, την τεχνολογία και την ασφάλιση μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που η κάθε κοινότητα ξεχωριστά, αντιλαμβάνεται και αντιδρά στη διαθέσιμη ιατρική περίθαλψη. Οι αναπτυγμένες και εξελισσόμενες πληροφορίες είναι ζωτικής σημασίας, διότι όπως εξελίσσονται τα πρότυπα, η μελέτη της κοινωνιολογίας της υγείας πρέπει συνεχώς να ενημερώνεται. (Conrad Peter, 2008).

1.2 Διάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

1.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ο Νόμος 1397/83 είναι εκείνος με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με αυτόν καθορίζονται οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, η εποπτεία, η διοίκηση και η οργάνωση των νοσοκομείων. Επιπλέον, ιδρύονται τα περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕΣΥ), ενώ παράλληλα καθορίζεται η διάρθρωση των ιατρικών υπηρεσιών, των επιστημονικών επιτροπών, των εργαστηρίων και των Κέντρων Υγείας. Επίσης, οργανώνονται θέματα ψυχιατρικής περίθαλψης ασθενών, οικογενειακού προγραμματισμού και Βιοιατρικής έρευνας. Η ισότιμη προσφορά των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, είναι αρμοδιότητα του κράτους. Το κράτος οφείλει να διασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτου οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασης, μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Με το νόμο 1579/85, το 1985, πραγματοποιούνται κάποιες τροποποιήσεις κατά τις οποίες ιδρύεται το Ε.Κ.Α.Β. και το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας ενώ παράλληλα οργανώνεται η Βιοιατρική τεχνολογία, ελέγχονται οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ρυθμίζονται οι υπηρεσίες σταυλισμού και επιχειρήσεων επεξεργασίας ζωικών προϊόντων, η δευτεροβάθμια περίθαλψη και θέματα πανεπιστημιακών και ιδιωτικών κλινικών. Το 1989 υπήρξε κυβερνητική αλλαγή η οποία προσπάθησε να παρέμβει στον χώρο της Υγείας, με στόχο την μερική ιδιωτικοποίησή της και την αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΣΥ. Η παρέμβαση εν τέλει που έγινε ήταν περιορισμένη και διατακτική, πιθανόν λόγω του φόβου γενικότερων κοινωνικών αντιδράσεων σε περίπτωση αλλαγής

της φυσιογνωμίας του θεσμού. Με τον συγκεκριμένο νόμο επιδιώκεται η όσο είναι δυνατόν ολοκληρωμένη οργάνωση του συστήματος υγείας και ρυθμίζονται θέματα των υγειονομικών περιφερειών, των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας, του ΚΕΣΥ, της πρωτοβάθμιας φροντίδας και αγωγής υγείας (όπως οι υγειονομικοί σταθμοί, το ατομικό βιβλιάριο υγείας, το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, το Κέντρο Κληρονομικών Νόσων Αίματος, η κατ' οίκον νοσηλεία κλπ.) και της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Περίθαλψης (σχετικά με τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς) και της Ψυχικής Υγείας (Μονάδες Ψυχικής Υγείας - Εκούσια Νοσηλεία - Ακούσια Νοσηλεία). Εν συνεχεία έρχονται οι τροποποιήσεις του νόμου 2519/97 με τον οποίο θεσπίζονται νέα Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και οργανώνεται η λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και των νοσοκομείων. Τέλος υπάρχουν οι πλέον πρόσφατες τροποποιήσεις που ήρθαν με το νόμο 4735/2020 με τον οποίο διαφοροποιείται η συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Σημ: Ο αρχικός νόμος 1397/83 επιδέχθηκε τροποποιήσεις με διάφορες παραγράφους των άρθρων των παρακάτω νόμων: Ν.1256/1982, Ν.1326/1983, Ν. 1579/1985, Ν. 2071/1992, Ν.2194/1994, Ν.2519/1997, Ν.2889/2001, Ν.4368/2016, Ν.4735/2020

1.2.2 Διάκριση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Ν. 2071/1992, Άρθρο 12, Παράγραφος 1 «Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Προς το σκοπό αυτόν μπορεί να συνιστώνται και να λειτουργούν ειδικές μονάδες, ως επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από Ν.Π.Δ.Δ. ή από Ν.Π.Ι.Δ.»

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συχνά αναφερόμενη και ως, συντομογραφία, «ΠΦΥ (PHC) ορίζεται «το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του».

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ

Κύριο μέλημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η προαγωγή μιας καλύτερης υγείας για όλους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εστιάσει σε πέντε βασικά σημεία για την επίτευξη αυτού του σκοπού :

- εξάλειψη του αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας
- ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ατόμων μέσω της ορθής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας
- ενσωμάτωση της υγείας σε όλους τους τομείς
- εφαρμογή των συνεργατικών μοντέλων πολιτικού διαλόγου και
- αύξηση της συμμετοχής των ενδιαφερομένων μερών.

(WHO, 2011).

Παρακάτω θα αναλυθούν οι βασικές αρχές που βρίσκονται πίσω από τα βασικά σημεία τα οποία συμβάλουν στην προαγωγή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι αρχές αυτές καθορίζονται από τη «Διακήρυξη της Alma Ata», και δεδομένου ότι αποτελούν κομμάτι ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας θα πρέπει να διαμορφωθούν στις εθνικές πολιτικές για να προωθήσουν και να στηρίξουν την ΠΦΥ, (WHO, 1978). Οι βασικές αρχές της ΠΦΥ είναι οι εξής:

- Δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης: σύμφωνα με την αρχή αυτή, η παρεχόμενη υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να ανταποκρίνονται στα κύρια προβλήματα υγείας μιας κοινότητας, εξίσου σε όλα τα άτομα αυτής, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το χρώμα, την αστική / αγροτική περιοχή και την κοινωνική τάξη.

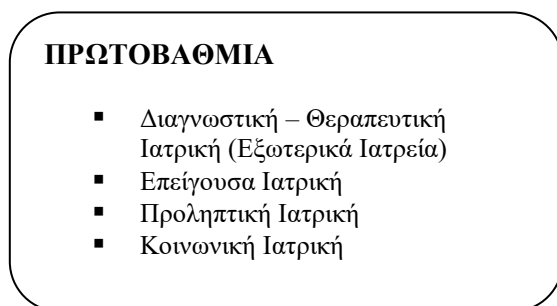
- Συμμετοχή της Κοινότητας: η συγκεκριμένη αρχή αφορά στην ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και συνεπάγεται με τον επαρκή αριθμό και την κατανομή των υγειονομικών υπαλλήλων οι οποίοι εργάζονται ομαδικά στην υγεία και υποστηρίζονται και σε τοπικό επίπεδο, προκειμένου να καταστεί δυνατή η πλήρης αξιοποίηση των τοπικών, εθνικών και άλλων διαθέσιμων πόρων.

- Χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας: θα πρέπει να παρέχεται ιατρική τεχνολογία που θα είναι προσιτή, εφικτή και πολιτισμικά αποδεκτή στην κοινότητα. Παραδείγματα της κατάλληλης τεχνολογίας περιλαμβάνουν ψυγεία για το εμβόλιο ψυχρής αποθήκευσης. Παραδείγματα λιγότερο κατάλληλης τεχνολογίας, θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν, πολλές ρυθμίσεις, σαρωτές σώματος ή μηχανήματα καρδιάς-πνευμόνων, που ωφελούν μόνο μια μικρή μειοψηφία που συγκεντρώνεται στις αστικές περιοχές και δεν είναι γενικά προσβάσιμα στους φτωχούς.

- Πολυ-τμηματική προσέγγιση: η γνώση ότι η υγεία δεν μπορεί να βελτιωθεί από την παρέμβαση μόνο του επίσημου τομέα υγείας. Υπάρχουν επιπλέον τομείς οι οποίοι είναι εξίσου σπουδαίοι για την προώθηση της υγείας και της αυτάρκειας των τοπικών κοινοτήτων. Οι τομείς αυτοί περιλαμβάνουν, τουλάχιστον: γεωργία (π.χ. ασφάλεια τροφίμων), εκπαίδευση, επικοινωνία (π.χ. σχετικά με τα προβλήματα υγείας που διαμορφώνονται και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου), στέγαση, δημόσια έργα (π.χ. εξασφάλιση επαρκούς παροχής ασφαλούς πόσιμου νερού και βασικές εγκαταστάσεις υγιεινής), ανάπτυξη της υπαίθρου, βιομηχανικές οργανώσεις της κοινότητας (συμπεριλαμβανομένων των τοπικών κυβερνήσεων, τις εθελοντικές οργανώσεις, κλπ.).

Εν ολίγοις, η ΠΦΥ, αναγνωρίζει ότι η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι μια βραχύβια παρέμβαση, αλλά μια συνεχής διαδικασία βελτίωσης της ζωής των ανθρώπων και μείωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που συμβάλλουν στην κακή υγεία.

Διάγραμμα 1: Το Περιεχόμενο Της Πρωτοβάθμιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης



Πηγή: (Σιγάλας Ι., 1990)

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

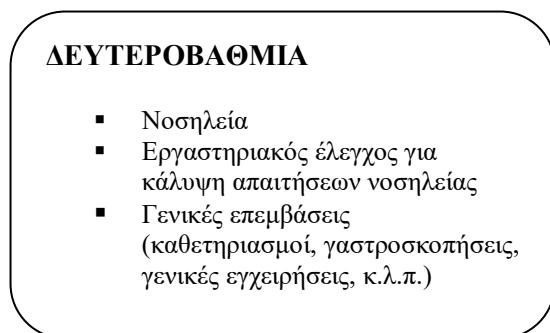
Η δευτεροβάθμια περίθαλψη, αποτελεί υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από ειδικούς ιατρούς και υγειονομικούς επαγγελματίες, οι οποίοι γενικά δεν έχουν άμεση επικοινωνία με τους ασθενείς, όπως είναι οι καρδιολόγοι, οι ουρολόγοι ή οι δερματολόγοι.

Ουσιαστικά αναφέρεται στην οξεία φροντίδα, η οποία είναι η απαραίτητη θεραπεία που προσφέρει ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός νοσοκομείου, για ένα μικρής διάρκειας διάστημα για μια σύντομη μεν, σοβαρή δε ασθένεια, π.χ. τραυματισμό ή άλλη παρόμοια κατάσταση. Περιλαμβάνει επίσης παρουσία ειδικευμένου προσωπικού κατά τη διάρκεια του τοκετού, εντατική φροντίδα και ιατρικές υπηρεσίες.

Η «δευτεροβάθμια περίθαλψη» μερικές φορές χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της «νοσοκομειακής περίθαλψης» εσφαλμένα βέβαια διότι ειδικότητες όπως ψυχίατροι, κλινικοί ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές ή και ορισμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται μέσα στα νοσοκομεία δεν είναι απαραίτητο να τα συναντήσεις μέσα σε αυτά. Σύμφωνα με την οργάνωση και τις πολιτικές του εθνικού συστήματος υγείας, οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να έρθουν σε επαφή με έναν φορέα πρωτοβάθμιας φροντίδας για να έχουν πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Γενικά, μπορεί να περιγραφεί ως η ιατρική φροντίδα που παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς με ειδική ιατρική εκπαίδευση που εστιάζει σε συγκεκριμένα όργανα ή ασθένειες, π.χ., καρδιολογία, νευρολογία, ογκολογία. Περιλαμβάνει επίσης ειδικές διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, όπως βιοψία. Συχνά οι άνθρωποι έρχονται σε επαφή με ειδικούς στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, μέσω σύστασης από την υπηρεσία παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας τους.

Διάγραμμα 2: Το Περιεχόμενο Της Δευτεροβάθμιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης



Πηγή: (Σιγάλας Ι., 1990)

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

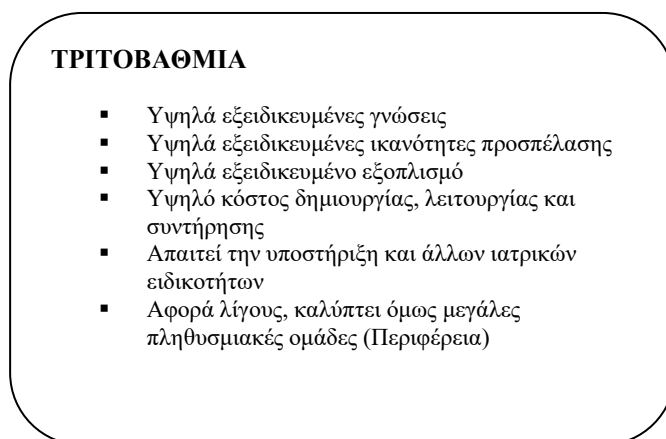
Η τριτοβάθμια περίθαλψη αναφέρεται στην ιατρική φροντίδα από ειδικούς οι οποίοι επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες ασθένειες και συνήθως οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε αυτό το επίπεδο της θεραπείας μέσω παραπομπής από άλλο πάροχο περίθαλψης. (www.wisegeek.com) Είναι η εξειδικευμένη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ως επί το πλείστον για νοσηλευόμενους ασθενείς και κατόπιν παραπομπής από έναν πρωτογενή ή δευτερογενή επαγγελματία υγείας, σε μια κατάσταση που διαθέτει υγειονομικούς επαγγελματίες και παροχές για τη διαγνωσμένη ασθένεια και τη θεραπεία. (Johns Hopkins, 2011).

Παραδείγματα υπηρεσιών τριτοβάθμιας περίθαλψης είναι η διαχείριση του καρκίνου, η νευροχειρουργική, η καρδιοχειρουργική επέμβαση, η πλαστική χειρουργική, η θεραπεία για σοβαρά εγκαύματα, οι προηγμένες υπηρεσίες νεογνών και άλλες σύνθετες ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις. Για παράδειγμα, όταν ένας γενικός ιατρός διαγιγνώσκει καρκίνο σε έναν ασθενή, αυτός ή αυτή μπορεί να αναφερθεί σε έναν ογκολόγο, ένας ειδικός του καρκίνου, για την τριτοβάθμια περίθαλψή του.

Οι φορείς περίθαλψης σε τέτοιες υπηρεσίες, μπορούν να περιλαμβάνουν γιατρούς που έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση σε τομείς όπως η προηγμένη επανορθωτική χειρουργική, ή τη νευρολογία. Οι νοσηλευτές και οι τεχνικοί με ειδική εκπαίδευση, είναι επίσης διαθέσιμοι για να παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη. Οι ασθενείς μπορεί να είναι σε θέση να λάβουν λεπτομερείς ιατρική απεικόνιση και άλλες διαγνωστικές διαδικασίες, μαζί με τη θεραπεία. Η εκτεταμένη εκπαίδευση του προσωπικού επιτρέπει την προηγμένη ιατρική έρευνα, χρησιμοποιώντας τα τελευταία επιτεύγματα της τεχνολογίας και των πληροφοριών.

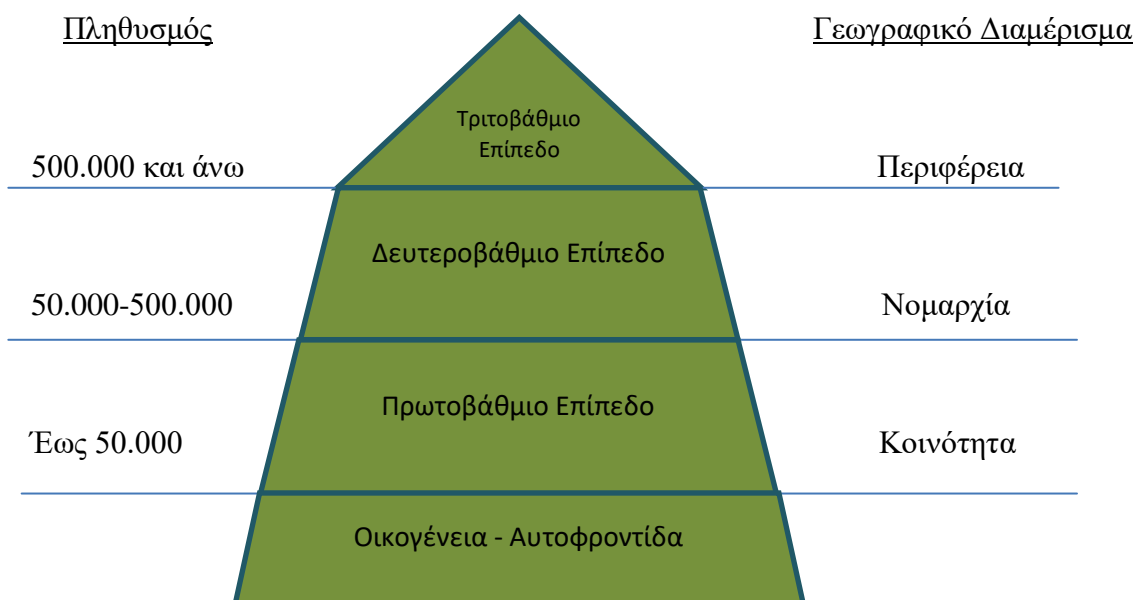
Η έκβαση των ασθενειών, μπορεί να είναι καλύτερη όταν οι ασθενείς λαμβάνουν άμεση τριτοβάθμια περίθαλψη, αντί να εξεταστούν από γενικούς γιατρούς για πολύπλοκες ιατρικές καταστάσεις. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μπορούν να λάβουν τριτοβάθμια περίθαλψη μέσω συστάσεων που καλούνται από τον αρμόδιο. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής στη μονάδα εντατικής θεραπείας έχει δυσκολία στην αναπνοή, μια νοσοκόμα μπορεί να ζητήσει βοήθεια από έναν θεραπευτή του αναπνευστικού συστήματος για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής παίρνει την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Αυτό το επίπεδο των υπηρεσιών είναι το πιο ακριβές και ίσως το πιο εξειδικευμένο. (www.wisegeek.com)

Διάγραμμα 3: Το Περιεχόμενο Της Τριτοβάθμιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης



Πηγή: (Σιγάλας Ι., 1990)

Διάγραμμα 4: Τα Επίπεδα Της Περίθαλψης



1.2.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας – Δημόσια

Σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 Άρθρα 1 και 2 «Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την

προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...»

Η Δημόσια Υγεία υλοποιείται με αυξημένη κρατική παρέμβαση και αφορά την ισότιμη κάλυψη των αναγκών κάθε πολίτη ξεχωριστά, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα κοινωνικά του χαρακτηριστικά. *“Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωμη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του”* (Winslow, 1923).

«Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας» (Sir Donald Acheson, 1998).

«Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού» (Bearglehole, Bonita, 2004).

Η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στη μαζική πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών, που ενδείκνυται ως αντικείμενο των συστημάτων υγείας, καθώς και της προαγωγής υγείας. Τα συστήματα υγείας, που είναι «υποχείρια» της Δημόσιας Υγείας, κατατάσσονται σε χρηματοδοτούμενα από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck) και από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).

1.2.3.1 Ο ρόλος της Δημόσιας Υγείας

Η δημόσια υγεία έχει περιγραφεί ως η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, παρατείνοντας τη ζωή και την προαγωγή της υγείας μέσα από τις οργανωμένες προσπάθειες και συνειδητές επιλογές της κοινωνίας, των οργανισμών, των δημόσιων και ιδιωτικών κοινοτήτων και των ατόμων ξεχωριστά. Είναι ανησυχητικές οι απειλές για τη συνολική υγεία μιας κοινότητας που βασίζεται στην ανάλυση της υγείας του πληθυσμού. Ο εν λόγω πληθυσμός μπορεί να είναι τόσο μικρός όσο ένα πολύ μικρό ποσοστό ανθρώπων ή τόσο μεγάλος όσο όλοι οι κάτοικοι των διάφορων ηπείρων (για παράδειγμα, στην περίπτωση πανδημίας). Η δημόσια υγεία έχει πολλούς υπο-τομείς, αλλά συνήθως περιλαμβάνει τις διεπιστημονικές κατηγορίες της επιδημιολογίας, της βιοστατιστικής και τις υπηρεσίες υγείας. Η περιβαλλοντική υγεία, η υγεία της κοινότητας, η υγεία της συμπεριφοράς και η επαγγελματική υγεία αποτελούν επίσης σημαντικούς τομείς της δημόσιας υγείας.

Η εστίαση των δημόσιων υγειονομικών παρεμβάσεων είναι η πρόληψη και η διαχείριση των ασθενειών, των τραυματισμών και άλλων προβλημάτων υγείας μέσω της παρακολούθησης των υποθέσεων και την προώθηση της υγιούς συμπεριφοράς, των κοινοτήτων και (σε θέματα που αφορούν στην υγεία του ανθρώπου) των περιβάλλοντων. Στόχος της είναι να αποτρέψει τα προβλήματα υγείας από το να συμβούν ή την εκ νέου εμφάνιση τους με την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την ανάπτυξη πολιτικών, τη διαχείριση των υπηρεσιών και τη διεξαγωγή της έρευνας. Σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία μιας ασθένειας ή ο έλεγχος ενός παθογόνου μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας, για την πρόληψη, όπως κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας. Η δημόσια υγεία λαμβάνει επίσης διάφορες δράσεις για τη μείωση των ανισοτήτων σε θέματα υγείας μεταξύ των διαφόρων περιοχών της χώρας και σε ορισμένες περιπτώσεις, ηπείρων ή του κόσμου. Ένα ζήτημα είναι η πρόσβαση των ατόμων και των κοινοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη από την άποψη των οικονομικών, γεωγραφικών ή κοινωνικο-πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών. Εφαρμογές του συστήματος δημόσιας υγείας περιλαμβάνουν τους τομείς της διοίκησης της μητρικής και παιδικής υγείας, τις υπηρεσίες υγείας, την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, καθώς και την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμωδών και χρόνιων ασθενειών.

Η μεγάλη θετική επίδραση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας είναι ευρέως αναγνωρισμένη. Οφείλεται εν μέρει στις πολιτικές και τις δράσεις που αναπτύσσονται μέσω της δημόσιας υγείας, τον 20ο αιώνα σημειώθηκε μείωση στα ποσοστά θνησιμότητας για τα βρέφη και τα παιδιά και μια συνεχή αύξηση του προσδόκιμου ζωής στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Για παράδειγμα, εκτιμάται ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί για τους Αμερικανούς κατά τριάντα χρόνια από το 1900, και σε όλο τον κόσμο κατά έξι χρόνια από το 1990.

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΓΚΕΙΝΤΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ:

- Στον διαρκή έλεγχο της υγείας του πληθυσμού
- Στην πρόληψη ασθενειών
- Στην δημιουργία νέων υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη των ήδη υπαρχόντων.
- Στην προστασία των δικαιωμάτων της υγείας των πολιτών
- Στον περιορισμό των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων συνήθων νοσημάτων.

Πλεονεκτήματα του συστήματος είναι:

- i. Η ισότιμη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικών χαρακτηριστικών
- ii. Πραγματοποιούνται σχεδιασμός, έλεγχος και πλήρης διαχείριση οποιουδήποτε υγειονομικού θέματος, εξασφαλίζοντας δίκαιη κατανομή πόρων ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε υγειονομικής μονάδας.
- iii. Η ανάγκη των υγειονομικών μονάδων για ανάπτυξη, φέρει ως αποτέλεσμα την και κεντρική χρηματοδότηση
- iv. Στόχος είναι η πρόληψη, η καταπολέμηση και η διατήρηση της Δημόσιας Υγείας
- v. Το χρήμα δεν αποτελεί προτεραιότητα
- vi. Η καλή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς είναι αναγκαία

Μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- i. Η πολυετή αναγκαία εκπαίδευση σε συνδυασμό με την ατελείωτη γραφειοκρατία, δημιουργεί εμπόδια στην άσκηση της ιατρικής
- ii. Οι λίστες αναμονής
- iii. Δεν υπάρχει ευρεία δυνατότητα επιλογής νοσοκομείου ή ιατρού, ειδικά σε ώρες εφημερίας.

1.2.4 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας – Ιδιωτική

«Ιδιωτικά αγαθά, είναι εκείνα τα οποία διατίθενται στο σύστημα της αγοράς και επομένως είναι ανταγωνιστικά. Η ποσότητα και η τιμή τους ποικίλλει από αγαθό σε αγαθό (διαιρετότητα τιμής και ποσότητας)». (Ηρα Μαζαράκη, 2012).

Η Ιδιωτική Παροχή Υπηρεσιών Υγείας λειτουργεί με όσο είναι εφικτό τη μικρότερη κρατική παρέμβαση και πρωταρχικό στόχο έχει τα έσοδα.

Ο όρος χρησιμοποιείται γενικά περισσότερο στην Ευρώπη και σε άλλες χώρες που έχουν δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, για να διαφοροποιήσει τη διάταξη των συστημάτων όπου η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη είναι ο κανόνας.

Ηθικά ζητήματα σχετικά με την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη αφορούν κυρίως το επιχείρημα ότι οι σοβαρά άρρωστοι έχουν δικαίωμα να δαπανήσουν χρήματα για να σωθούν οι ζωές τους. Από την άλλη πλευρά, η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί μερικές φορές να είναι πιο αποτελεσματική από την παροχή του δημόσιου τομέα. Επίσης, οι ιδιωτικοί φορείς μπορεί να είναι πιο καινοτόμοι σε τομείς όπως η τηλεϊατρική ενώ λόγω του κινήτρου του κέρδους, μπορούν να είναι και πιο παραγωγικοί. Από την άλλη πλευρά η δημόσια υγειονομική περίθαλψη τείνει να

περιορίζεται από το ποσό του φόρου που τα άτομα είναι πρόθυμα να πληρώσουν. Ορισμένοι προβάλλουν το επιχείρημα ότι η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι πιο προσεκτικά οργανωμένη για να εξασφαλιστεί ότι επιτυγχάνονται τα πρότυπα που καθορίζονται από το κράτος, κυρίως όσον αφορά την ασφάλεια, την αξία και την αποτελεσματικότητα. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι στην ιδιωτική παροχή Υγείας τα αποτελέσματα και οι επιδράσεις της είναι ετερόπλευρα με θετικά και αρνητικά σημεία αναφοράς.

1.2.4.1 Μορφές ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Η ιδιωτική περίθαλψη υγείας είναι η υγειονομική περίθαλψη που προσφέρεται από άλλους φορείς εκτός από την κυβέρνηση. Στον όρο αυτό, γίνεται διαχωρισμός με βάση τον τρόπο υπολογισμού των ασφαλιστών, τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και το αν είναι κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα (Mossialos E., Thomson S., 2002). Ακολουθεί ανάλυση των αιτιών ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης:

- Η επιλογή της εξαίρεσης, την προτιμούν κυρίως άτομα με υψηλά εισοδήματα, είναι η εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση.
- Λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής ασφάλισης, οι ασφαλισμένοι χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη ευκολία τις υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς επίσης συχνά αποζημιώνονται για τα έξοδα παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών και για την αγορά θεραπευτικού εξοπλισμού. (Huber M., Orosz E., 2003).
- Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση, παρέχεται στους πολίτες η πλήρης κάλυψη των πληρωμών για την όποια παροχή υπηρεσιών υγείας. (Kutzin J., 1998).
- Τέλος, η ομαδική ιδιωτική ασφάλιση, η οποία χρηματοδοτείται από τους εργοδότες και τα ιδιωτικά συμβόλαια υγείας των δημοσίων υπαλλήλων.

(Λιαρόπουλος Λ., 2010)

Οι Ευρωπαίοι σε όλες τις χώρες είναι διατεθειμένοι να καταβάλλουν ένα ποσό για κάποια ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, για να αποφευχθούν οι μεγάλες ουρές, ή να αποφευχθεί ο κίνδυνος των λοιμώξεων στα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα.

Αυτός ο τρόπος περίθαλψης, δεν είναι μια μικρή αγορά. Στη Φινλανδία, εκτιμάται ότι η ιδιωτική περίθαλψη είναι αξίας περίπου επτακοσίων (700) ευρώ το χρόνο. Σε όλη την Ελλάδα, τα μισά από τα έσοδα των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι από εφάπαξ πληρωμές από τους ασθενείς. Ακόμη και ο τουρισμός, από αυτή την οπτική, είναι αξιοπρόσεκτος εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην οποία, οι ασθενείς, ταξιδεύουν προς την Ανατολική Ευρώπη για χαμηλού κόστους οδοντιατρικές θεραπείες και εργασίες γενικά.

Το ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας, είναι αυτό που επικρατεί τη σημερινή εποχή και αποτελεί εξολοκλήρου προσωπική επιλογή του καθενός. Στην περίπτωση που το άτομο επιλέξει να έχει ιδιωτική υγειονομική κάλυψη, είτε ασφαλίζεται ο ίδιος, έχοντας τη δυνατότητα επιλογής προσφερόμενου προγράμματος, είτε ασφαλίζεται μέσω του εργοδότη του, πληρώνοντας αντί αυτού, ολόκληρο ή ένα ποσοστό των ασφαλίσεων.

Δεν υπάρχει ευρέως χρησιμοποιούμενη ταξινόμηση για τα στοιχεία των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά υπάρχουν τυπικοί όροι για να περιγραφούν τα στοιχεία της επίσημης ιεραρχίας των υπηρεσιών υγείας.

Πλεονεκτήματα του συστήματος είναι:

- i. Δεν υπάρχουν λίστες αναμονής. Αν και οι χρόνοι αναμονής στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας έχουν βελτιωθεί, για ιδιωτική θεραπεία το διάστημα δεν είναι τόσο μεγάλο.
- ii. Ότι κι αν συμβεί, η θεραπεία θα είναι όσο το δυνατόν γρηγορότερη.
- iii. Υπάρχει η δυνατότητα επιλογής θεραπεύοντος ιατρού και μέρους θεραπείας.
- iv. Ιδιωτική αίθουσα. Δεν υπάρχει η ανησυχία της μικτής πτέρυγας.
- v. Οι απεριόριστες ώρες επισκεπτηρίου .
- vi. Προσωπική φροντίδα.

Μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- i. Ορισμένες ιατρικές συναντήσεις και θεραπείες δεν καλύπτονται.
- ii. «Ότι πληρώνεις, παίρνεις». Όσο μεγαλύτερο είναι το χρηματικό ποσό, τόσο καλύτερες θα είναι και οι υγειονομικές συνθήκες
- iii. Χρονικός περιορισμός. Υπάρχει η περίπτωση ένας ιατρός του Ε.Σ.Υ. να ασκεί και το επάγγελμα ελεύθερα, σε ένα ιδιωτικό ιατρείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να πρέπει να προηγηθεί συνεννόηση για να διαγνωστεί ή να δοθεί θεραπεία.

1.3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ: Η Εθνική Δαπάνη Υγείας αποτελείται από τέσσερις παράγοντες:

α) την Ιδιωτική Κατανάλωση, όπου απευθυνόμαστε στην κατανάλωση των νοικοκυριών:

➤ Τα ίδια έξοδα, εκείνα τα έξοδα που κάνουν οι καταναλωτές με σκοπό την αγορά φαρμάκων, ιατρικών υλικών ή την αμοιβή των νοσηλίων & ιατρών (όταν πρόκειται για ανασφάλιστους)

➤ Τη συμμετοχή στα έξοδα, σε περιπτώσεις διαφοράς στην τιμή της υπηρεσίας και στα χρήματα τα οποία προσφέρει ο ασφαλιστικός φορέας καλείται ο ασφαλιζόμενος να πληρώσει τη διαφορά. Ενδεικτικά αναφέρεται η συμμετοχή του ασφαλισμένου με ποσοστό 25% στην αγορά φαρμάκων

➤ Τις τρέχουσες μεταβιβάσεις των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, οι δαπάνες που πραγματοποιούνται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς ώστε να καλυφθούν τα έξοδα υγείας των ασφαλισμένων τους.

β) την Δημόσια Κατανάλωση, αναφερόμαστε στα έξοδα που προκύπτουν από τον Κρατικό

Προϋπολογισμό

γ) Τις Δημόσιες Επενδύσεις

δ) Τις Ιδιωτικές Επενδύσεις

(Σούλης, 1999, σελίδες 139-140)

ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ: Είναι το άθροισμα της Δημόσιας Κατανάλωσης και των Δημόσιων Επενδύσεων που πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της υγείας. (Σούλης, 1999, σελίδα 140)

Ο υπολογισμός του συνόλου των δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελεί μία από τις δυσκολότερες διαδικασίες λόγω των προβλημάτων που υπάρχουν στην καταγραφή αυτών, τη μέτρηση αλλά και στις ίδιες τις δαπάνες οι οποίες πρέπει να υπολογισθούν στη μέτρηση, αφού ο υγειονομικός τομέας δεν έχει σαφή όρια. Όσο αναφορά τις δημόσιες δαπάνες υγείας υπάρχουν προβλήματα καταγραφής λόγω της πληθώρας των κρατικών φορέων οι οποίοι δαπανούν πόρους για την υγεία και έτσι υπάρχει κίνδυνος διπλομετρήσεων. Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό ότι οι διεθνείς συγκρίσεις που πραγματοποιούνται αλλά και τα συμπεράσματα που απορρέουν από αυτές έχουν χαμηλή αξιοπιστία. Διευκρινίζεται βέβαια ότι το ποσό των συνολικών δαπανών υγείας είναι ένας εύχρηστος δείκτης ο οποίος αντικατοπτρίζει την εικόνα του συστήματος υγείας και χρησιμοποιείται για την διεξαγωγή των προαναφερόμενων συγκρίσεων ανάμεσα στις χώρες.

Οι Δαπάνες Υγείας δεν αποτελούν ανεξάρτητο στοιχείο αλλά συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και την κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Γενικά παρατηρείται ότι χώρες με ανεβασμένο κατά κεφαλήν εισόδημα συνήθως παρουσιάζουν και υψηλές δαπάνες υγείας, χωρίς αυτό να αποτελεί και αναγκαία προϋπόθεση, μπορεί να δαπανούν και λιγότερα, καθώς επίσης ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονται ταχύτερα από τις ιδιωτικές.

Σχετικά με τη διάκριση των δαπανών, υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες με βάση την κατανάλωση:

➤ οι ιατρικές δαπάνες, αφορούν αμοιβές ιατρών, χρήματα για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες

➤ οι νοσοκομειακές, αφορούν δαπάνες για νοσηλεία, επεμβάσεις και φάρμακα

➤ οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών, αφορούν όπως χαρακτηριστικά αναφέρει φάρμακα αλλά και πρόσθετη περίθαλψη (π.χ. οπτικά)

Στις περιπτώσεις υπολογισμού των συνολικών δαπανών υγείας εκτός των ανωτέρω θα πρέπει να προστεθούν και οι δαπάνες που γίνονται σε ότι αφορά τους επαγγελματίες υγείας και την κατάρτιση αυτών. Οφείλουμε βέβαια να αναφέρουμε ότι στις δαπάνες υγείας δεν μπορούν να συμπεριληφθούν τα χρήματα που χρησιμοποιούνται ως επιδόματα ασθένειας ή αναπηρίας διότι αυτά κατατάσσονται στην απώλεια εισοδήματος. (Σούλης 1999, σελίδες 148-149)

Ο Υπολογισμός των Δημοσίων Δαπανών Υγείας περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- *Δαπάνες Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης*
- *Δαπάνες του Κράτους για επιχορηγήσεις σε Δημόσια Υγειονομικά Ιδρύματα*
- *Δαπάνες του Κράτους για Ιατροφαρμακευτική & Νοσοκομειακή κάλυψη πολιτικών, στρατιωτικών και συνταξιούχων του δημοσίου*
- *Δημόσιες Επενδύσεις*

Στον δημόσιο τομέα χρηματοδότησης των δαπανών υγείας υπολογίζουμε τα ποσά που διατίθενται από τη Γενική Κυβέρνηση και από τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφαλισής για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και προς τους παρόχους επικουρικών υπηρεσιών (ιατρικά-διαγνωστικά εργαστήρια) και τους εμπόρους φαρμακευτικών προϊόντων.

Ο Υπολογισμός των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- *Δαπάνες Ανασφάλιστων*
- *Δαπάνες για υπηρεσίες και αγαθά υγείας τα ποία δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς π.χ. οπτικά, ορθοπεδικά & φυσικοθεραπείες*
- *Δαπάνες για τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην παροχή φροντίδας υγείας, π.χ. έξοδα φαρμάκων & διαγνωστικών εξετάσεων*
- *Δαπάνες με σκοπό την κάλυψη εξόδων από τη διαφορά θέσης νοσηλείας*
- *Δαπάνες για άτυπες αμοιβές ιατρών, π.χ. εγχειρήσεις*
- *Ιδιωτικές Επενδύσεις (Σούλης, 1999, σελίδες 142-143)*

Στον ιδιωτικό τομέα έχουμε ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό δαπανών σε ό,τι αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, δηλαδή ιατρούς και διαγνωστικές εξετάσεις. Η εξήγηση σε αυτό το φαινόμενο βρίσκεται στο ότι το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης δημιουργεί δυσμενείς καταστάσεις στους ασθενείς λόγω των μεγάλων χρόνων αναμονής, των χαμηλών αμοιβών των ιατρών και κατ' επέκταση της προκλητής ζήτησης που δημιουργούν οι ίδιοι με σκοπό την αύξηση του εισοδήματος τους. Αναφερόμενοι στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας (out of pocket payments)

μιλάμε για τις δαπάνες που καταβάλουν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι επιβαρύνοντας τα ατομικά ή οικογενειακά τους εισοδήματα. Ουσιαστικά πρόκειται για τα χρήματα που διαθέτουν οι πολίτες για την πληρωμή υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει σύμβαση με τον ασφαλιστικό τους φορέα ή σε περιπτώσεις που προκύπτει διαφορά μεταξύ της κάλυψης που παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και στα ασφάλιστρα που πληρώνουν για την κάλυψη υγείας από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Αποτελούν την τέταρτη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση το μέγεθος των δαπανών αυτών. Αυτό συμβαίνει διότι η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, σε σχέση με τη λειτουργία του ΕΣΥ που δημιουργήθηκε με στόχο τη δωρεάν παροχή φροντίδα υγείας σε όλο τον πληθυσμό.

1.3.1. Ελληνικές Πηγές Υπολογισμού των Δαπανών Υγείας

1. Εθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδος: λαμβάνουμε πληροφορίες για τα εθνικο-απολογιστικά δεδομένα της οικονομίας για τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας
 2. Ετήσια Έκθεση Δραστηριότητας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης: μέσα από αυτήν την έρευνα γίνονται διακριτά τα έξοδα των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, διαχωρισμένες οι παροχές σε είδος και σε χρήμα
 3. Στατιστικά των Δημοσίων Οικονομικών: αφορά τις επιχορηγήσεις του κράτους σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Νομαρχιακά Συμβούλια, έξοδα νοσηλείας δημοσίων υπαλλήλων και δαπάνες του Υπουργείου Υγείας
 4. Επετηρίδες Υγείας, Συγκεντρωτικά & Αναλυτικά Λειτουργικά στοιχεία Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.
 5. Κοινωνικός Προϋπολογισμός: λαμβάνουμε πληροφορίες για το σύνολο των δαπανών υγείας, χρησιμοποιούνται με επιφύλαξη γιατί δεν πρόκειται για τα τελικά οικονομικά αποτελέσματα
 6. Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών: με αυτήν την έρευνα γίνονται αντιληπτές οι πραγματικές δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία και ως ένα βαθμό φαίνεται και το επίπεδο παραοικονομίας
- (Σούλης, 1999, σελίδες 145-146)

1.3.2 Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Πίνακας 1: Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκατομμύρια €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά φορέα 2009–2019

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <u>1. Γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)</u> | 6.115 | 6.475 | 8.202 | 5.082 | 4.639 | 4.211 | 4.087 | 4.519 | 3.9859 | 3.916 | 4.109 |
| % της συνολικής | 27,19 | 29,97 | 22,31 | 29,92 | 30,51 | 29,64 | 28,50 | 30,92 | 27,50 | 27,4 | 28,6 |
| <u>2. ΟΚΑ</u> | 9.297 | 8.445 | 8.223 | 6.204 | 4.807 | 4.057 | 4.225 | 4.405 | 4.831 | 4.442 | 4.482 |
| % της συνολικής | 41,34 | 39,08 | 43,66 | 36,53 | 31,62 | 28,56 | 29,46 | 30,14 | 33,33 | 31,1 | 31,2 |
| Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας | 15.412 | 14.921 | 12.425 | 11.286 | 9.446 | 8.267 | 8.312 | 8.924 | 8.816 | 8.358 | 8.591 |
| % της συνολικής | 68,53 | 69,05 | 65,97 | 66,45 | 62,14 | 58,21 | 57,96 | 61,05 | 60,83 | 58,4 | 59,8 |
| <u>3. Ιδιωτική ασφάλιση</u> | 434 | 537 | 534 | 526 | 495 | 535 | 541 | 568 | 578 | 630 | 672 |
| % της συνολικής | 1,93 | 2,48 | 2,84 | 3,10 | 3,26 | 3,77 | 3,77 | 3,88 | 3,99 | 4,4 | 4,7 |
| <u>4. Ιδιωτικές πληρωμές</u> | 6.592 | 6.078 | 5.824 | 5.119 | 5.121 | 5.203 | 5.224 | 5.058 | 5.036 | 5.261 | 5.057 |
| % της συνολικής | 29,31 | 28,13 | 30,92 | 30,14 | 33,69 | 36,63 | 36,43 | 34,60 | 34,75 | 36,8 | 35,2 |
| Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας | 7.026 | 6.615 | 6.358 | 5.645 | 5.616 | 5.738 | 5.765 | 5.625 | 5.615 | 5.891 | 5.729 |
| % της συνολικής | 31,24 | 30,61 | 33,75 | 33,23 | 36,95 | 40,40 | 40,21 | 38,49 | 38,74 | 41,2 | 39,9 |
| <u>5. Λοιπές δαπάνες</u> | 52,6 | 73,2 | 52,4 | 53,5 | 139,2 | 198,3 | 262,0 | 67,2 | 61,8 | 55,7 | 55,9 |
| % της συνολικής | 0,23 | 0,34 | 0,28 | 0,32 | 0,92 | 1,40 | 1,83 | 0,46 | 0,43 | 0,4 | 0,4 |
| Συνολικές δαπάνες υγείας (1)+(2)+(3)+(4)+(5) | 22.491 | 21.609 | 18.836 | 16.985 | 15.201 | 14.203 | 14.340 | 14.616 | 14.492 | 14.304 | 14.375 |

ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
 Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2017,

Πίνακας 2: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) και τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή 2009–2018.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ | GRE | 9,5 | 9,6 | 9,1 | 8,9 | 8,4 | 8,0 | 8,1 | 8,3 | 8,0 | 7,8 |
| | OECD | 8,8 | 8,7 | 8,7 | 8,7 | 8,8 | 8,8 | 8,8 | 8,8 | 8,8 | 8,8 |
| Τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) (τρέχουσες τιμές, τρέχουσες ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης) | GRE | 2.760 | 2.618 | 2.307 | 2.168 | 2.091 | 2.042 | 2.100 | 2.198 | 2.207 | 2.238 |
| | OECD | 2.999 | 3.080 | 3.165 | 3.283 | 3.404 | 3.480 | 3.586 | 3.715 | 3.854 | 3.992 |

Πηγή: OECD Health Statistics 2019

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), το 2009 οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν σε ποσό 22,49 δις € (πίν. 1), το οποίο αντιστοιχούσε στο 9,5% του ΑΕΠ, με τον μέσο όρο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) να είναι 8,8% (πίν. 2). Το 2018, οι αντίστοιχες συνολικές δαπάνες κοστολογούνταν 14,30 δις €, ποσοστό 7,8% του ΑΕΠ, 1% κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΟΣΑ το οποίο ήταν 8,8% (πίν. 2). Πιο συγκεκριμένα, το διάστημα 2009–2019 η χρηματοδότηση των συνολικών δαπανών υγείας κατέγραψε μείωση από 22.491 δις € το 2009 σε 14.375 δις € το 2019. Παρατηρείται μία σταθεροποίηση από 2014 και έπειτα γεγονός που αποδεικνύει ότι υπήρξε μείωση κατά τα έτη 2009–2014 σε ποσοστό περίπου 36%. Αναφορικά με τις συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας για το έτος 2009 ήταν 15.412 δις € σε αντίθεση με το 2019 που εμφανίζεται μία ραγδαία μείωση σε 8.591 δις €. Σχετικά με τις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 7.026 δις € ενώ το 2019 υπήρξε μείωση σε 5.729 δις €. Τέλος, σε ό,τι αφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές ανά κάτοικο, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε μείωση από 2.760 € ανά άτομο το έτος 2009 σε 2.238 € το έτος 2018, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αυξήθηκε το αντίστοιχο διάστημα, από 2.999 \$ το έτος 2009 σε 3.992 \$ το έτος 2018.

Παρατηρώντας τον πίνακα φαίνεται η μείωση των συνολικών Δαπανών Υγείας αναφορικά με τους 5 συντελεστές χρηματοδότησης των φορέων υγείας:

1) Η Γενική κυβέρνηση, με εξαίρεση τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης, για το έτος 2009 δαπάνησε 6.115 δις € ενώ το 2019 το ποσό ήταν 4.109 δις €, λιγότερα γεγονός το οφείλεται και στην οικονομική κρίση που κυρίευσε τη χώρα εκείνα τα χρόνια.

2) Ο Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) για το έτος 2009 δαπάνησε 9.297 δις € σε αντίθεση με το έτος 2019 κατά το οποίο δαπάνησε 4.482 δις €.

3) Η ιδιωτική ασφάλιση φαίνεται ότι στις δαπάνες υγείας το έτος 2009 προσέφερε 434 εκ. € ενώ το 2019 το ποσό ήταν 672 εκ. €, παρατηρείται αύξηση παρά το γεγονός της οικονομικής κρίσης.

4) Οι ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών ήταν 6.592 δις € το 2009, ενώ το 2019 ανήλθαν σε ποσό 5.051 δις €, *«Η οικονομική κρίση και η συνεπακόλουθη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών επηρέασε αρνητικά την εξέλιξη των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, το ποσοστό τους επί των συνολικών δαπανών υγείας για το εν λόγω χρονικό διάστημα αυξήθηκε από 31,24% το 2009 σε 38,74% το 2017»* (Μιλτιάδης, Μπογιατζίδης, 2021)

5) Τέλος, οι λοιπές δαπάνες για το έτος 2009 ήταν 52,6 δις €, σε αντίθεση με το 2019 κατά το οποίο παρατηρείται αύξηση σε 55,9 δις €.

1.3.3 Δαπάνες Υγείας στις Χώρες του ΟΟΣΑ ως Ποσοστό επί του ΑΕΠ

Η αναλογία δαπανών για αγαθά και υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τις συνολικές δαπάνες της οικονομίας μπορεί να διαφέρει κάθε χρόνο λόγω διαφορών στην αύξηση των δαπανών για την υγεία σε σύγκριση με τη συνολική οικονομική ανάπτυξη. Η περίοδος μεταξύ της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000, οι δαπάνες για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ αυξάνονταν με ταχύτερο ρυθμό από τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας, δημιουργώντας μία σχεδόν συνεχόμενη αύξηση της αναλογίας δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ. Μετά από μια περίοδο αστάθειας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, το μέσο μερίδιο παρέμεινε σχετικά σταθερό τα τελευταία χρόνια. Κατά μέσο όρο, οι χώρες του ΟΟΣΑ εκτιμάται ότι έχουν δαπανήσει 8,8% του ΑΕΠ για την υγειονομική περίθαλψη το 2018, ποσοστό πάνω κάτω αμετάβλητο από το 2013. Οι Ηνωμένες Πολιτείες ξόδεψαν μακράν τα περισσότερα για την υγειονομική περίθαλψη, που αντιστοιχεί στο 16,9% του ΑΕΠ. Η επόμενη χώρα με την υψηλότερη δαπάνη υγείας είναι η Ελβετία, με ποσό 12,2% του ΑΕΠ. Μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ελβετία, μια ομάδα χωρών υψηλού εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων Γερμανία, Γαλλία, Σουηδία και Ιαπωνία, όλες ξόδεψαν κοντά στο 11% του ΑΕΠ τους για την υγειονομική περίθαλψη. Μια μεγάλη ομάδα χωρών

του ΟΟΣΑ που καλύπτουν την Ευρώπη, αλλά και την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία, τη Χιλή και Κορέα, ταιριάζει σε ένα εύρος δαπανών για την υγεία μεταξύ 8-10% του ΑΕΠ. Πολλές χώρες του ΟΟΣΑ της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Λιθουανία και η Πολωνία, καθώς και άλλες βασικές χώρες κατανέμουν μεταξύ 6-8% του ΑΕΠ τους στη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, υπάρχουν χώρες του ΟΟΣΑ οι οποίες ξόδεψαν λιγότερο από 6% του ΑΕΠ τους για την υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων του Μεξικού, της Λετονίας, του Λουξεμβούργου και της Τουρκία όπου κυμαίνονται στο 4%-5% του ΑΕΠ. Οι δαπάνες για την υγεία της Τουρκίας είναι 4,2% του ΑΕΠ και βρίσκεται ανάμεσα σε αυτού της Κίνας και της Ινδίας.

Εξετάζοντας λεπτομερέστερα τις τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, το μέσο μερίδιο του ΑΕΠ που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε απότομα το 2009 καθώς οι συνολικές οικονομικές συνθήκες επιδεινώθηκαν ραγδαία σε πολλές χώρες. Στη συνέχεια, η ανάπτυξη σε Οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν επίσης σημαντικά - κατά μέσο όρο, Η ανάπτυξη μειώθηκε περίπου στο μηδέν μεταξύ 2009 και 2011 ως αποτέλεσμα αδιάφορων μέτρων πολιτικής για τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών. Από το 2011, παρατηρείται αύξηση στο μέσο ποσοστό δαπανών υγείας και τείνει να συμβαδίζει με την ανάπτυξη της συνολικής οικονομία, διατηρώντας σε μεγάλο βαθμό την αυξημένη αναλογία των δαπανών για την υγεία ως προς το ΑΕΠ στο σημερινό τους επίπεδο περίπου 8,8%. Ανά χώρα υπήρξαν διάφορα μοτίβα της αναλογίας υγείας προς ΑΕΠ τα τελευταία χρόνια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μετά από αρκετά χρόνια (2009-2014) όταν η ο λόγος των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ παρέμεινε σταθερός περίπου 16,4%, αυτό αυξήθηκε γρήγορα σε 17,1% με την έναρξη του αριθμού αλλαγών κάλυψης, πριν μειωθεί στο 16,9% το 2018 καθώς η συνολική οικονομική ανάπτυξη της αμερικανικής οικονομίας ξεπέρασε την αύξηση των δαπανών για την υγεία. Η Κορέα, λόγω του ταχέως αυξανόμενου πλούτου και της συνεχιζόμενης κυβερνητικής πολιτικής για να αύξηση της κάλυψης υγείας για τον πληθυσμό, έχει δει σημαντική αύξηση του μεριδίου των οικονομικών πόρων των οποίων διατίθεται στην υγεία. Το 2003, οι δαπάνες για την υγεία στην Κορέα αντιπροσώπευε μόνο το 4,6% του ΑΕΠ σε σύγκριση με το 2018 όταν η αναλογία εκτιμήθηκε ότι έφτασε στο 8,1%. Η Χιλή έχει επίσης αύξηση των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ από 7,3% σε 9,0% την ίδια χρονική περίοδο, λόγω της επέκτασης της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης για τον πληθυσμό. Στην Ευρώπη, η Γαλλία έχει δει την αναλογία των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ να κυμαίνονται – αυξάνονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης για να φτάσουν σε ανώτατο όριο 11,6% το 2014 – πριν από τη σταδιακή πτώση στο 11,2% κατά 2018. Οι δαπάνες για την υγεία στη Γαλλία συνέχισαν να ξεπερνούν την οικονομική ανάπτυξη μέχρι το 2016, αλλά στη συνέχεια παρέμεινε στάσιμη λόγω του αριθμού των μέτρων για τον περιορισμό του κόστους, συμπεριλαμβανομένων για παράδειγμα τις διαπραγματεύσεις τιμών για φαρμακευτικά προϊόντα. Τέλος, η Ολλανδία έχει δει το ποσοστό του ΑΕΠ που σχετίζεται με την υγεία να μειώνεται από το υψηλό ποσοστό του 10,6% το 2014 σε

εκτιμώμενο 9,9% το 2018, σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις στην ασφάλιση υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης με στόχο τον περιορισμό της αύξησης των δαπανών σε προκαθορισμένα επίπεδα.

(OECD, 2019)

Πίνακας 3: Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ

| ΧΩΡΕΣ | %ΑΕΠ |
|--------------------------|-------------|
| Ηνωμένες Πολιτείες | 16,9% |
| Ελβετία | 12,2% |
| Γερμανία | 11,2% |
| Γαλλία | 11,2% |
| Σουηδία | 11% |
| Ιαπωνία | 10,9% |
| Καναδάς | 10,7% |
| Δανία | 10,5% |
| Βέλγιο | 10,4% |
| Αυστρία | 10,3% |
| Νορβηγία | 10,2% |
| Ολλανδία | 9,9% |
| Ηνωμένο Βασίλειο | 9,8% |
| Νέα Ζηλανδία | 9,3% |
| Αυστραλία | 9,3% |
| Βραζιλία | 9,2% |
| Πορτογαλία | 9,1% |
| Φιλανδία | 9,1% |
| Χιλή | 8,9% |
| Ισπανία | 8,9% |
| Ιταλία | 8,8% |
| ΟΟΣΑ 36 | 8,8% |
| Ισλανδία | 8,3% |
| Κορέα | 8,1% |
| Νότια Αφρική | 8,1% |
| Σλοβενία | 7,9% |
| Ελλάδα | 7,8% |
| Κόστα Ρίκα | 7,5% |
| Τσέχικη Δημοκρατία | 7,5% |
| Ισραήλ | 7,5% |
| Κολομβία | 7,2% |
| Ιρλανδία | 7% |
| Λιθουανία | 6,8% |
| Δημοκρατία της Σλοβακίας | 6,7% |
| Ουγγαρία | 6,6% |
| Εσθονία | 6,4% |
| Πολωνία | 6,3% |
| Λετονία | 5,9% |
| Μεξικό | 5,5% |

| | |
|---------------------|------|
| Λουξεμβούργο | 5,4% |
| Ρωσία | 5,3% |
| Κίνα | 5% |
| Τουρκία | 4,2% |
| Ινδία | 3,6% |
| Ινδονησία | 3,1% |

1.3.4 Παράγοντες Αύξησης των Δαπανών Υγείας

Όπως είδη έχει αναφερθεί οι δαπάνες υγείας αυξάνονται πολύ γρήγορα, γι' αυτό η γνώση των παραγόντων που ωθούν σε αυτήν την αύξηση είναι αναγκαία με στόχο την επιβολή ορθών μέτρων για τον έλεγχο αυτών. Είναι ευρέως γνωστό ότι η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και η βελτίωση της αμοιβής των συντελεστών παραγωγής οδηγεί στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Παρακάτω αναλύονται οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η αύξηση των δαπανών.

1. **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** η αύξηση του προσδόκιμου ζωής καθώς και η υπογεννητικότητα έχουν ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη δημογραφική γήρανση. Με τη σειρά της η δημογραφική γήρανση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους στις υπηρεσίες υγείας για άτομα άνω των 65 ετών προσεγγίστηκα 4 φορές περισσότερο από εκείνο των ατόμων ηλικίας 15-65, ενώ για άτομα άνω των 75 ετών 6 έως 10 φορές μεγαλύτερο. Το φύλο και η διάρθρωση της οικογένειας επίσης συνέβαλλε σε αυτό διότι άτομα ολιγομελών οικογενειών καταφεύγουν στο σύστημα υγείας σε αντίθεση με αυτά πολυμελών οικογενειών.

2. **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** παλαιότερα υπήρχαν περισσότερες μολυσματικές ασθένειες όπου με την ανακάλυψη φαρμάκων, αντιβιοτικών και σουλφαμίδων μπορούσαν να αντιμετωπιστούν άμεσα, σήμερα τη θέση τους έχουν πάρει χρόνιες παθήσεις όπως καρδιοπάθειες, νεοπλασματικές και ψυχικές νόσοι ή αναπηρίες όπου σε αυτές τις περιπτώσεις έχουμε απλά επιβράδυνση της πορείας της ασθένειας με αποτέλεσμα την αύξηση των υπηρεσιών υγείας.

3. **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** όσο πιο πολύ αυξάνεται το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα τόσο θα αυξάνονται και οι απαιτήσεις για τις υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί τους ανθρώπους σε ανεύρεση υγειονομικών υπηρεσιών πέραν αυτών της κοινωνικής ασφάλισης, κατ' επέκταση αυξάνονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Επιπλέον το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασφαλισμένοι χρησιμοποιούν τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, όπου συνήθως οι τιμές τους είναι μηδενικές, οδηγεί στην απερίσκεπτη κατανάλωση αυτών. Τέλος το ποσοστό ανεργίας έχει αυξηθεί και οι άνεργοι παρά το γεγονός ότι δεν πληρώνουν εισφορές εξακολουθούν να καταναλώνουν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας.

4. **ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, η επαγγελματική εξέλιξη και η απαγκίστρωση από τις παραδόσεις σε συνδυασμό με την ιατρική εξέλιξη οδήγησε στην εγκατάλειψη των παραδοσιακών μεθόδων περίθαλψης και στην αναζήτηση νέων σύμφωνα πάντα με την ιατρική.

5. **ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:** τα τελευταία χρόνια υπήρξε σημαντική άνοδος σε ιατρούς, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και φάρμακα συνεπώς όσο αυξάνεται η προσφορά και η ζήτηση οδηγούμαστε και σε αύξηση του κόστους. Επιβαρυντικό στοιχείο αποτέλεσε βέβαια και η βιοιατρική τεχνολογία στην αύξηση των υγειονομικών δαπανών.

6. **ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΑΜΟΙΒΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:** όσο περνάει ο καιρός παρατηρείται αύξηση στις αμοιβές ανδρών και γυναικών και αυτό διότι υπάρχει συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης τα συνδικάτα στον τομέα της υγείας διαπραγματεύονται σκληρά τις αμοιβές τους, σε σημείο που ξεπερνούν τις αμοιβές των υπολοίπων εργαζομένων του δημοσίου τομέα

7. **Η ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:** στο χώρο της υγείας ο καταναλωτής των υπηρεσιών δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των τιμών καθώς η αγορά είναι κατευθυνόμενη από τους προμηθευτές. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για το μέγεθος των υπηρεσιών που θα καταναλώσει (πέραν οριακών περιπτώσεων) και έτσι ο προμηθευτής είναι αυτός που καθορίζει τις τιμές, με αποτέλεσμα να είναι συνεχώς αυξανόμενες. Συνήθως, οι ιατροί δημιουργούν την λεγόμενη προκλητή ζήτηση με σκοπό ο ασθενής να καταναλώσει την ποσότητα υπηρεσιών που θέλει ο πρώτος και με απώτερο στόχο την αύξηση του εισοδήματός του. Επιπλέον, εμφανίζεται το φαινόμενο “moral hazard”, όπου εδώ ο καταναλωτής λόγω του ότι δεν καλείται να πληρώσει ο ίδιος την αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, αφού τον καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση που έχει, δεν ενδιαφέρεται τόσο για την κατανάλωση. Ουσιαστικά δεν επικρατεί ο μηχανισμός της αυτοσυγκράτησης και αυτό γιατί ακόμα και σε περιπτώσεις όπου καλείται να συμμετέχει με ένα ενδεικτικό ποσό χρημάτων, εκείνος καταφεύγει σε επιπλέον κάλυψη κάνοντας ιδιωτική ασφάλιση σε κάποια εταιρεία.

(Σούλης, 2001, σελ 154-160)

1.4 Χρηματοδότηση Υγείας

Ο ακριβής ορισμός της χρηματοδότησης είναι η διάθεση του ποσού εκείνου των χρημάτων που χρειάζονται για την έναρξη ή μεταβολή μιας επιχείρησης ή μιας απλής δραστηριότητας μιας επιχείρησης ανεξαρτήτου του είδους της, με στόχο την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της. Η οποιαδήποτε μορφή χρηματοδότησης διακρίνεται από δύο σκέλη τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω:

1. Πηγή Προέλευσης Κεφαλαίων Χρηματοδότησης:

- Τραπεζική χρηματοδότηση: η οποία ταυτίζεται με την δανειοδότηση
- Κεφαλαιαγορά: μέσω αυτής οι επιχειρήσεις εκδίδουν μετοχές ή ομολογίες τις οποίες και προωθούν στις χρηματιστηριακές συναλλαγές. Κίνητρο για την έκδοση μετοχών είναι η αποφυγή καταβολής τόκων, από την άλλη μεριά όμως προωθείται μέρος της ιδιοκτησίας των επιχειρήσεων σε νέους μετόχους. Από την άλλη πλευρά, εκδίδοντας ομόλογα, αποφεύγεται η παραχώρηση μέρους της ιδιοκτησίας όμως τα εξόδα των τοκοχρεολυσίων επιβαρύνονται και μάλιστα σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Αυτοχρηματοδότηση: αποτελεί τον πλέον υγιέστερο οικονομικό τρόπο χρηματοδότησης και επιτυγχάνεται με δέσμευση κερδών με επακόλουθο τη διανομή μειωμένων μερισμάτων.

2. Χρόνος αποπληρωμής κεφαλαίων Χρηματοδότησης:

Αφορά στο χρόνο χρηματοδότησης και διακρίνεται σε βραχυπρόθεσμη χρηματοδότηση και μέσο-μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση. (Wikipedia, 2022)

1.4.1. Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας

Η ταχύτατη ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και ο μεγάλος ρυθμός αύξησης του κόστους των δαπανών των ιατρο-φαρμακευτικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, οδήγησε στην ανάγκη να διερευνηθεί ο ορθότερος τρόπος εξεύρεσης πόρων. (Σούλης, 1999 σελ.279)

Με την πάροδο των χρόνων, αρκετές χώρες, για τη χρηματοδότηση και γενικά για τα οικονομικά της υγείας, εφαρμόζουν συστήματα τα οποία βασίζονται στην ορθολογική διαχείριση, την αποδοτικότητα, τη βιωσιμότητα και την ικανοποίηση των πολιτών. Στόχος των συστημάτων αυτών, είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση της γραφειοκρατίας και ένα αποτελεσματικό πληροφοριακό σύστημα για την σωστή τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας που έχουν παρασχεθεί από το νοσοκομείο. Είτε αναφερόμαστε σε δημόσια χρηματοδότηση είτε σε ιδιωτική, ο τρόπος διαμόρφωσης του συστήματος γίνεται ταυτόχρονα με εξέλιξη της ανάπτυξης του συστήματος υγείας κάθε χώρας και υπόκεινται σε μεταβολές ανάλογες με διάφορους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη ζωή του πληθυσμού.

Πηγές Χρηματοδότησης των συστημάτων Υγείας

Σύμφωνα με τον κ. Σ. Σούλη τα συστήματα υγείας έχουν τη δυνατότητα να χρηματοδοτηθούν με τρεις τρόπους: α) από δημόσιους πόρους, β) από ιδιωτικούς πόρους και γ) από μη εθνικούς πόρους, όπως είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση και άλλοι Διεθνείς Οργανισμοί. Παρακάτω θα αναλυθούν εκτενέστερα οι δύο πρώτοι τύποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας.

Κρατικός Προϋπολογισμός: αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης σε συστήματα υγείας τύπου Beveridge, παρ' όλα αυτά όμως συνεισφέρει και σε διαφορετικούς τύπους συστημάτων υγείας. Τα έσοδα στον Κρατικό Προϋπολογισμό προέρχονται από την άμεση και την έμμεση φορολογία. Βασικό πλεονέκτημα αυτού του τύπου χρηματοδότησης είναι ότι έχει μικρό διοικητικό κόστος και ότι οι ιατρο-νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται με σκοπό το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν το κόστος των ιατρικών πράξεων. Μειονέκτημα του συστήματος, είναι η έλλειψη υπευθυνότητας σχετικά με το κόστος, τόσο από την πλευρά του παραγωγού-προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας, όσο και από τον καταναλωτή-ασθενή.

Κοινωνική Ασφάλιση: τα έσοδα της Κοινωνικής Ασφάλισης δεν επαρκούν πάντα διότι προέρχονται από τις εισφορές που είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν, εργοδότες και εργαζόμενοι. Για το λόγο αυτό, συχνά καλείται ο Κρατικός Προϋπολογισμός να συνεισφέρει στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, αφού σε περιόδους χαμηλής ανταγωνιστικότητας, οι προαναφερθέντες αδυνατούν να αυξήσουν τις εισφορές λόγω αύξησης του κόστους των παραγόμενων προϊόντων.

Ιδιωτική Ασφάλιση: Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί είτε να θεωρηθεί ως κύρια πηγή χρηματοδότησης συστήματος υγείας είτε ως συμπληρωματική. Στην πρώτη περίπτωση το αγαθό υγεία εμφανίζεται σαν οποιοδήποτε άλλο παραγόμενο αγαθό και διαμορφώνει τις νόμους ζήτησης και προσφοράς μόνο του. Συνεπώς οι τιμές και η ισορροπία αυτών, προκύπτουν από τους νόμους της αγοράς. Παράδειγμα κύριας πηγής χρηματοδότησης συναντάμε στις Η.Π.Α.. Αντιθέτως, συμπληρωματική πηγή χρηματοδότησης αποτελεί σε συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης τύπου Bismark. Σε οποιαδήποτε περίπτωση πάντως, η ιδιωτική ασφάλιση σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με το επίπεδο εισοδήματος του ιδιώτη και τις απαιτήσεις που έχει εκείνος όσο αναφορά την υγειονομική του κάλυψη.

(Σούλης, 1999 σελ.279)

Βασικές αρχές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας

1) *“Αρχή της μάκρο-οικονομικής αποδοτικότητας: το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να ξεπερνάει το όριο εκείνο πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού”*

2) “*Αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας: η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων υγείας πρέπει να οδηγεί σε μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος*”

3) “*Αρχή της ισότητας: τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα στον πληθυσμό, δηλαδή σύμφωνα με το εισόδημα του κάθε πολίτη.*”

(Σούλης, 1999 σελ.279)

1.4.2. Μέθοδοι χρηματοδότησης της ανοιχτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

Όταν αναφερόμαστε στις μεθόδους ανοιχτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης απευθυνόμαστε στους τρόπους αποζημίωσης και αμοιβής των παραγωγών – προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στους ιατρούς και στη συνέχεια στην αγορά φαρμάκων ή άλλων ιατρικών αγαθών. Ο τρόπος πληρωμής των παραγωγών-προμηθευτών, καθορίζει τόσο την προσφορά, δηλαδή τη συμπεριφορά τους, όσο και τη ζήτηση, δηλαδή τη συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών. Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι μέθοδοι χρηματοδότησης διαχωρισμένες σε κλασσικές και σύγχρονες.

Οι κλασσικές τεχνικές χρηματοδότησης των ιατρών είναι οι ακόλουθες:

- **Αμοιβή κατά πράξη (fee for service):** διακρίνεται σε δύο επιμέρους τεχνικές:

α) την αποζημίωση με τιμές της αγοράς, δηλαδή ο ασθενής καταβάλλει μια τιμή η οποία είναι σύμφωνη με το νόμο ζήτησης και προσφοράς και έχει διαμορφωθεί από τους ιατρούς. Η πληρωμή μπορεί να γίνει είτε ιδιωτικά, είτε από τον ασφαλιστικό φορέα είτε με συνδυασμό και των δύο. Πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η δυνατότητα επιλογής του ιατρού και οι διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ ασθενή –ιατρού, ενώ μειονέκτημά της είναι ο κίνδυνος συνεχούς αύξησης του κόστους και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή πρόκληση υπερβάλλουσας ζήτησης.

β) την αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές, δηλαδή οι ιατροί αποζημιώνονται για τις ιατρικές πράξεις σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο τιμοκατάλογο, ο οποίος έχει δημιουργηθεί μεταξύ αυτών και των ασφαλιστικών οργανισμών. Έχει τα ίδια πλεονεκτήματα με την αποζημίωση σε τιμές της αγοράς μόνο που ταυτόχρονα συγκρατεί το κόστος, ειδικά όταν εφαρμόζεται έλεγχος από την πλευρά των ασφαλιστικών οργανισμών.

- **Αμοιβή με πάγιο μισθό (salary):** σε αυτήν την περίπτωση ο ιατρός εργάζεται στα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, στα αγροτικά ιατρεία, στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή σε κέντρα υγείας. Έχει προκαθορισμένο ωράριο και αμείβεται με πάγια αντιμισθία. Μπορεί να είναι μόνιμος, με σύμβαση αορίστου χρόνου ή με σύμβαση

ορισμένου χρόνου, μερικής ή πλήρους απασχόλησης. Ως σύστημα φαίνεται να ελέγχει τις δαπάνες των ιατρικών πράξεων και να μην προκαλεί αύξηση της ζήτησης, στην ουσία όμως για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να υφίσταται ένα καλά οργανωμένο διοικητικό και διαχειριστικό σύστημα ώστε να αποφεύγεται η γραφειοκρατία και να ικανοποιείται η ζήτηση. Στην πράξη, παρατηρείται αδυναμία εξυπηρέτησης των ασθενών εξ' αιτίας της μειωμένης παραγωγικότητας των ιατρών λόγω του ότι επιδιώκουν την οικονομική απόδοση του ιδιωτικού τους ιατρείου. Υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής και για το λόγο αυτό οι καταναλωτές στρέφονται στα αντίστοιχα ιδιωτικά ιατρεία.

- **Αμοιβή κατά κεφαλή (per capita):** στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός αμείβεται σύμφωνα με τον αριθμό των ατόμων που κουράρει ανεξάρτητα από το πόσες επισκέψεις μπορεί να κάνει ο κάθε ασθενής. Ο αριθμός των ατόμων και το ποσό που δίνεται για κάθε ασφαλισμένο είναι προκαθορισμένο και συμφωνημένο μεταξύ ιατρού και ασφαλιστικού οργανισμού. Ως χρηματοδοτική τεχνική έχει αρκετά πλεονεκτήματα αφού δίνεται η δυνατότητα στον ασφαλισμένο να επιλέξει μόνος του τον ιατρό, πράγμα που βοηθάει στην ύπαρξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ασθενή και ιατρού ενώ ο δεύτερος έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασης υγείας του πρώτου λόγω της μακρόχρονης «συνεργασίας» τους. Επιπλέον λόγω της χαμηλής ετήσιας συνδρομής του ασφαλισμένου περιορίζεται και το κόστος των ιατρικών πράξεων ενώ ταυτόχρονα το κόστος για τον ασφαλιστικό φορέα είναι σε μεγάλο ποσοστό προβλέψιμο. Από την άλλη πλευρά ο ιατρός είναι σε θέση να αποφασίσει μόνος του για τον τρόπο στελέχωσης, οργάνωσης και λειτουργίας του ιατρείου του. Μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ότι συχνά απορρίπτονται ασθενείς εξαιτίας του μεγάλου όγκου υπηρεσιών που καταναλώνουν καθώς επίσης, ότι δεν υπάρχουν υψηλότερες αμοιβές για συγκεκριμένες κατηγορίες καταναλωτών. (Σούλης, 1999 σελ.279)

(Δημογέροντας, Μπαλάσκα, Μπιτσώρη, 2017).

Οι σύγχρονες τεχνικές χρηματοδότησης των ιατρών είναι οι ακόλουθες:

- **Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations HMO's):** πρόκειται για κοινοπραξίες ιατρών και νοσοκομείων που συμβάλλονται με ασφαλιστικούς οργανισμούς ή με μεμονωμένους καταναλωτές για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Στην τεχνική αυτή ο ιατρός αμείβεται με συνδρομή κατά κεφαλή για το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών και ανεξάρτητα από την ποσότητα τους. Κατά βάση έχει αναπτυχθεί στις Η.Π.Α..

- **Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Reseaux de Soins Coordonnes R.S.C' s):** αποτελεί νέα τεχνική η οποία εφαρμόζεται στη Γαλλία και στηρίζεται στη λογική

των Οργανισμών Προστασίας της Υγείας. Η διαφορά είναι ότι στο Δίκτυο Συντονισμένων Φροντίδων μια ομάδα επαγγελματιών υγείας προσφέρει τις υπηρεσίες της αμειβόμενη με μία ετήσια συνδρομή κατά κεφαλή. Η συνδρομή αυτή υπολογίζεται βάσει του διαχωρισμού των ιατρικών πράξεων ανά κατηγορία κινδύνου.

(Σούλης, 1999 σελ.279)

1.4.3. Μέθοδοι Χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης

Τα τελευταία χρόνια έχει εξακριβωθεί ότι οι νοσοκομειακές δαπάνες αφομοιώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η Ελλάδα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις νοσοκομειακές δαπάνες αφού η λειτουργία των δομών αυτών εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τις κρατικές επιχορηγήσεις και τα δημόσια οικονομικά, τα οποία δεν είναι δυνατόν να διασφαλίζουν εσαεί τη λειτουργία τους.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι λόγοι αύξησης του νοσοκομειακού κόστους ποικίλουν. Ενδεικτικά αναφέρουμε την εισαγωγή της βιοϊατρικής τεχνολογίας, τη μείωση στην παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού και το χαμηλό επίπεδο οργάνωσης του νοσοκομειακού συστήματος. Ταυτόχρονα όμως καθοριστικός παράγοντας είναι και το κατά πόσο υιοθετείται η εφαρμογή νέων χρηματοδοτικών μηχανισμών. Παγκοσμίως υπάρχουν δύο κυρίαρχα χρηματοδοτικά συστήματα. Το πρώτο στηρίζεται στην εκ των υστέρων αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών (αναδρομική) και το δεύτερο βασίζεται στην εκ των προτέρων (προοπτική). Στο πρώτο σύστημα αυξάνεται ο όγκος παροχών και ο χρόνος αναμονής ενώ το δεύτερο σύστημα για να έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα θα πρέπει το νοσοκομείο που το εφαρμόζει να διαθέτει ανεπτυγμένο νοσοκομειακό management ώστε να μπορεί να προβλέψει τις συνολικές δαπάνες του.

Η πληρωμή των νοσοκομειακών υπηρεσιών γίνεται με το ημερήσιο νοσήλιο, το ποίο περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις, τα υλικά, τα φάρμακα, τις εργαστηριακές εξετάσεις και τις ξενοδοχειακές υποδομές που προσφέρονται σε κάθε ασθενή ανά ημέρα νοσηλείας.

Όπως και στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη έτσι και στη νοσοκομειακή υπάρχουν κλασσικές και σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω.

(Σούλης, 1999 σελ.279)

Οι κλασσικές μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι ακόλουθες:

- **Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο:** περιλαμβάνει την παραμονή του ασθενή στην κλινική, τα τροφεία, την προβλεπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, τα υλικά και τα φάρμακα, τις εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και τα έξοδα χειρουργείου και νάρκωσης, οι οποίες χρεώνονται βάση ορισμένου τιμολογίου. Ουσιαστικά αναφερόμαστε σε ένα ποσό

συγκεκριμένο το οποίο καταβάλλεται κάθε μέρα νοσηλείας, παραμένει αμετάβλητο και δεν επηρεάζεται από την ποσότητα και το είδος των φροντίδων. Σύμφωνα με τους κ.κ. Παπαλιού, Φαγαδάκη, Φιλιππόπουλο και Σούλη ο συγκεκριμένος μηχανισμός χρηματοδότησης θεωρείται πληθωριστικός αφού στην κλινική και διαχειριστική πρακτική ασκούνται πιέσεις αύξησης του αριθμού νοσηλείας με στόχο τον ισοσκελισμό εσόδων και εξόδων.

- **Το ευλύγιστο ή σπαστό ημερήσιο νοσήλιο:** πρόκειται για μια φιξ αμοιβή για κάθε ημέρα νοσηλείας, όπως το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο, η οποία όμως διαφοροποιείται ανά ιατρική ειδικότητα, άλλο νοσήλιο για τα παθολογικά περιστατικά και άλλο τα χειρουργικά περιστατικά.

- **Το ανοιχτό νοσήλιο:** πρόκειται πάλι για μια φιξ αμοιβή για κάθε ημέρα νοσηλείας, η οποία καταβάλλεται στο νοσοκομείο. Εδώ υπάρχει ένα πάγιο και ένα μεταβλητό μέρος για όλους τους ασθενείς, το πρώτο αφορά στις ξενοδοχειακές υποδομές του νοσοκομείου, και τις διοικητικές δαπάνες ενώ το δεύτερο αφορά στο είδος της ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας που αλλάζει ανάλογα με τη σοβαρότητα του περιστατικού. Αυτός ο τρόπος πληρωμής εφαρμόζεται κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία ενώ μέχρι πριν κάποια χρόνια τα ιδιωτικά είχαν υιοθετήσει την αποζημίωση κατά πράξη σε συνδυασμό με ένα είδος κλειστού νοσηλίου μόνο για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.

- **Πληρωμή κατά πράξη:** αυτή η περίπτωση χρησιμοποιούνταν κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία όπου οι καταναλωτές ασθενείς πλήρωναν την κλινική με ένα λογιστικό σύστημα καταγραφής το οποίο κοστολογούσε ξεχωριστά κάθε παρεχόμενη ιατρο-νοσηλευτική υπηρεσία. Προκειμένου όμως οι ιδιωτικές κλινικές να αυξήσουν τα κέρδη τους μεγιστοποιούσαν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε να αυξηθεί το σύνολο των ιατρικών πράξεων και να κοστολογούν περισσότερα.

Οι σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι ακόλουθες:

- **Σφαιρικός προϋπολογισμός:** αυτός ο τρόπος χρηματοδότησης χρησιμοποιείται συνήθως σε συστήματα με σημαντική επέμβαση της κεντρικής διοίκησης. Με βάση αυτό κάθε νοσοκομείο διαμορφώνει έναν ετήσιο συνολικό προϋπολογισμό έχοντας λάβει υπόψη α) τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς, β) την αύξηση των τιμών των αγαθών και των εισοδημάτων και γ) τις ιδιαίτερες ανάγκες του νοσοκομείου. Δημιουργείται από τους υπεύθυνους του κάθε τμήματος ώστε να δημιουργείται το αίσθημα της συνυπευθυνότητας και την αποφυγή του διαχωρισμού της οργανωτικής δομής. Στη συνέχεια συμφωνείται κατόπιν διαπραγμάτευσης της διοίκησης του νοσοκομείου με τους ασφαλιστικούς φορείς και μετά τη συμφωνία δεν υπάρχει δυνατότητα αναθεώρησής του. Η

κοινωνική ασφάλιση προκαταβάλλει τις δαπάνες σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα, συνήθως σε 12 μηνιαίες δόσεις.

▪ **Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups DRG's):** η εφαρμογή αυτής της μεθόδου ξεκίνησε στις Η.Π.Α. το 1983 και πλέον υφίσταται και στην Ελλάδα είτε αναφερόμαστε σε ιδιωτικά νοσοκομεία είτε σε δημόσια. Ο λόγος της δημιουργίας τους ήταν η προσπάθεια εύρεσης ενός θεωρητικού μοντέλου κοινά αποδεκτού για την οικονομική λειτουργία των νοσοκομείων. Δύο είναι οι μηχανισμοί πάνω στους οποίους στηρίζονται τα DRG's: α) ο ορισμός των προϊόντων σε ομάδες του νοσοκομείου και β) ο καθορισμός τιμής ή βαρύτητας για την κάθε ομάδα προϊόντων. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, όταν ο ασθενής κάνει εισαγωγή στην κλινική, κατηγοριοποιείται σε μια προσδιορισμένη και προ-κοστολογημένη διάγνωση και η δαπάνη καταβάλλεται στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστικό οργανισμό. Βασικό χαρακτηριστικό της τεχνικής αυτής είναι ότι οι ιατρο-νοσηλευτικές και εργαστηριακές πράξεις έχουν κοστολογηθεί νωρίτερα σύμφωνα με την κατηγορία της διάγνωσης στην οποία ανήκει ο ασθενής. Υπάρχουν 23 κύριες ομαδοποιημένες διαγνωστικές κατηγορίες και ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχονται υποδιαιρούνται σε 467 υπό-ομάδες. Με τη μέθοδο αυτή μειώνεται σημαντικά η διάρκεια νοσηλείας και αυτομάτως μειώνεται και το κόστος αφού δεν πραγματοποιούνται περιττές εξετάσεις. Η αμοιβή καταβάλλεται εκ των υστέρων και η τιμή είναι συγκεκριμένη ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία ανεξάρτητα από το αν η θεραπεία κόστισε περισσότερο ή λιγότερο. Πλεονέκτημα των DRG's είναι ότι η αμοιβή του νοσοκομείου δε σχετίζεται με τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή αλλά με το αποτέλεσμα, ενώ μειονέκτημα αυτών είναι η κατάταξη του ασθενή σε ακριβότερη κατηγορία ή η επισπευσμένη εξαγωγή αυτού με αποτέλεσμα την μη ικανοποίηση του ασθενή. Τέλος η συνολική τιμή για κάθε καταναλωτή εξαρτάται από τους κάτωθι παράγοντες: α) την αρχική διάγνωση, εντοπισμός της παθολογίας που θεωρείται ως κύρια αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο, β) τις δευτερεύουσες διαγνώσεις, οι οποίες μπορούν να επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενούς και να παρατείνουν την παραμονή του, γ) τα μέσα που χρησιμοποιούνται διαγνωστικά και θεραπευτικά, δ) την ηλικία του ασθενούς, ε) το φύλο αυτού και στ) την διάγνωση εξόδου του.

Η κωδικοποίηση αυτή εξυπηρετεί το κράτος αλλά και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι χρειάζεται να είναι ενήμεροι από την αρχή για το κόστος του προϊόντος το οποίο θα κληθούν να πληρώσουν στη θέση του υπόχρεου έναντι των ασθενών. Στις μέρες μας, η συγκεκριμένη μέθοδος διαχέεται παγκοσμίως καθώς θεωρείται ως η πλέον εξελιγμένη πρακτική κοστολόγησης και αποζημίωσης των προσφερόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών δεδομένου ότι η διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος έχει γίνει ευκολότερη

με αποτέλεσμα να οδηγεί σε βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων. Επιπλέον δίδεται η δυνατότητα μιας ορθολογικότερης χρηματοδότησης των υπηρεσιών ενώ παράλληλα με τη χρήση τους τα νοσοκομεία άρχισαν να κατανοούν καλύτερα τον τρόπο παραγωγής του νοσοκομειακού προϊόντος, την κοστολόγηση, την τιμολόγηση, την τμηματική οικονομική διοίκηση, την παθογένεια, την ορθή αντικατάσταση των εισροών και γενικά τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κερδοφορίας τους . Τελευταίο αλλά σημαντικότερο από όλα είναι ότι πλέον συσχετίζεται η ιατρική διοίκηση με τον οικονομικό προγραμματισμό. (Σούλης, 1999 σελ 300) (Δημογέροντας, Μπαλάσκα, Μπιτσώρη, 2017)

1.4.4. Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Ιδιωτικού Τομέα

Η μέθοδος χρηματοδότησης – αμοιβής των υγειονομικών υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα εξαρτάται από δύο βασικούς παράγοντες. Πρώτον, αν οι φορείς αυτοί έχουν υπογράψει σύμβαση ή όχι με δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς και δεύτερον, αν η ζήτηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται απευθείας από ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο άτομο. Σε περίπτωση συμβεβλημένου φορέα η χρηματοδότηση γίνεται από τον δημόσιου φορέα κοινωνικής ασφάλισης ενώ οι τιμές είναι προκαθορισμένες και προ-κοστολογημένες. Όσο αναφορά τους μη συμβεβλημένους φορείς, εδώ η πληρωμή γίνεται είτε από τυχόν υπάρχουσα ιδιωτική ασφαλιστική είτε από τον ίδιο τον καταναλωτή καθαρά ιδιωτικά.

Σχετικά με τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας, όσοι διαθέτουν δικές τους μονάδες αμείβονται κατά πράξη ενώ εκείνοι που απασχολούνται σε διαγνωστικά κέντρα ή κλινικές έχουν μισθό και ποσοστά. Σε περιπτώσει όπου ο ιδιώτης ιατρός είναι συμβεβλημένος με το δημόσιο, λόγω του ότι η αμοιβή που δικαιολογεί είναι αρκετά μικρή δημιουργείται το φαινόμενο προκλητής ζήτησης ιατρικών πράξεων.

Όσο αναφορά τα φάρμακα, αν υπάρχει συνταγογράφηση γίνεται κατά ένα μέρος από την κοινωνική ασφάλιση και κατά ένα μέρος από τη συμμετοχή του ασθενή. Συνήθως τα ποσοστά είναι 75% και 25% αντίστοιχα. Σε περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών όπως είναι οι νεοπλασίες ο καταναλωτής έχει μηδενική συμμετοχή ή σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων όπως είναι οι καρδιακές παθήσεις η συμμετοχή ανέρχεται στο 10%.

Στις μέρες μας, η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αποτελείται από 3 βασικές δομές: α) τις γενικές ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες αποτελούν την πρώτη σε μέγεθος κατηγορία, β) τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία και γ) τις μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές. Το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα παρουσιάζει συστηματική αύξηση σε διεθνές επίπεδο. Στην Ελλάδα τα ιδιωτικά νοσηλευτικά παρουσιάζουν ένα υψηλό κόστος στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και συνεπώς ο ασθενής που επιλέγει την ιδιωτική φροντίδα υγείας καλείται να επιβαρυνθεί με ένα μεγάλο κόστος υπηρεσιών.

Στη θεωρεία, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Οικονομικών ορίζουν ακριβής τιμές για τις υπηρεσίες που προσφέρονται είτε σε δημόσια νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικές συμβεβλημένες κλινικές. Παρ' όλα αυτά, συνήθως οι τιμές των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα αυξημένες και για το λόγο αυτό η διαφορά που προκύπτει καλύπτεται με άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς.

(Σούλης 1999, σελ 300)

(Δημογέροντας, Μπαλάσκα, Μπιτσώρη, 2017)

1.4.5. Χρηματοδότηση Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας

Στα προηγούμενα κεφαλαία αναλύθηκε η χρηματοδότηση γενικότερα των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην περίπτωση της Ελλάδας δύο είναι οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), ο κρατικός προϋπολογισμός και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Αναφορικά με τον κρατικό προϋπολογισμό η χρηματοδότηση γίνεται μέσω της φορολογίας, άμεσης και έμμεσης, και παρέχει φροντίδα υγείας σε πρωτοβάθμιο και νοσοκομειακό επίπεδο μέσω των αγροτικών ιατρείων, των κέντρων υγείας και των δημόσιων νοσοκομείων που μέχρι πρότινος αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης παρέχουν στους ασφαλισμένους τους υπηρεσίες υγείας μέσω των ταμείων τους και μέσω του νεοσύστατου Εθνικού Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Ο ΕΦΚΑ πραγματοποίησε την έναρξη των λειτουργιών του την 1 Ιανουαρίου 2017 από τη συνένωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης που υπήρχαν στη χώρα πριν από την ημερομηνία έναρξής του. Η μέθοδος χρηματοδότησης που χρησιμοποιείται είναι η αναδρομική δεδομένου ότι η αποζημίωση γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Είναι γνωστό ότι από την αρχή της ίδρυσής του το ΕΣΥ εμφάνιζε δυσλειτουργίες, οι οποίες παρουσιάζονταν ως επί το πλείστον από τον τρόπο σκέψης και δράσης των εμπλεκόμενων τομέων καθώς και από το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του. Το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής είναι αυτό που βοήθησε να πραγματοποιηθούν μεταβολές στο χώρο της υγείας σε ορισμένα από τα κύρια προβλήματα του Ε.Σ.Υ. όπως ήταν η έλλειψη ύπαρξης διαρκούς στρατηγικού σχεδιασμού, το χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η απερίσκεπτη οικονομική διαχείριση και η έλλειψη επιθυμίας βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν ήταν δυνατό να μετρηθούν.

Το Υπουργείο Υγείας μέχρι το 2009, δεν διέθετε τι κατάλληλες υποδομές για τη συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων πληροφοριών σχετικά με την κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Αυτό το γεγονός είχε ως συνέπεια να υπάρχει μειωμένη ικανότητα παρακολούθησης της οικονομικής δραστηριότητας των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), καθώς και σύγκρισης των επί μέρους επιδόσεων. Για την επίλυση του προβλήματος, δημιουργήθηκε και λειτούργησε μια διαδικτυακή πλατφόρμα δεδομένων, με την ονομασία “ΕΣΥ.net”, με στόχο τη

συλλογή έγκυρων και έγκαιρων δεδομένων. Κάθε νοσοκομείο όφειλε να εμφανίζει σε αυτή την πλατφόρμα τα στοιχεία τα οποία αφορούν στον τρόπο είσπραξης των εσόδων, στις αμοιβές του προσωπικού, στα λοιπά ιατρικά έξοδα, καθώς και σε πληροφορίες αναφορικά με το φόρτο εργασίας (π.χ. αριθμός εισαγωγών, αριθμός εξωτερικών ασθενών) σε μηνιαία βάση.

Η ύφεση που υπέστη η Ελλάδα το Μάιο του 2010 και υπό την απειλή χρεοκοπίας λόγω των τεράστιων δημοσιονομικών ελλειμμάτων της, οδήγησε στο να τεθεί υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζα και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου. Η σημαντικότερη διαρθρωτική αλλαγή που συνέβαλε σε αξιοσημείωτη επιρροή στον δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα υγείας, ήταν η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ). Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είχε περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς μέχρι το 2011 οι οποίοι παρείχαν κάλυψη για τις υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους. Σχεδόν το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού καλυπτόταν από τα μεγαλύτερα και πιο γνωστά ασφαλιστικά ταμεία τα οποία ήταν το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α. και ο Ο.Α.Ε.Ε.. Με το Ν. 3918/2011 έγινε η σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. η οποία συνέβαλε στην συνένωση των παραπάνω ταμείων που αφορούσαν περίπου το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Η δημιουργία του ενιαίου φορέα, είχε σκοπό την παροχή ισότιμης δυνατότητας σε όλους τους ασφαλισμένους, να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μέσω του συντονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχονταν από διάφορες πηγές όπως τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων, την ετήσια επιχορήγηση του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος (Α.Ε.Π.), από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή των φαρμακευτικών εταιριών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στο σύστημα υγείας έως τότε, το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία πλήρωναν αναδρομικά οποιαδήποτε ιατρική πράξη και ανοικτό ως προς τη χρηματοδότησή του. Η σημασία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν διπλή, από τη μια πλευρά ήταν αρμόδιος για τη συλλογή εσόδων από τις καταβολές εισφορών κοινωνικής ασφάλισης υγείας και κρατικής συμμετοχής (επιχορηγήσεις) κι από την άλλη πλευρά ήταν η δημιουργία συμβάσεων με δημόσιους ή/και ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Βασικός στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν ο πλήρης έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από τη δημιουργία μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας, μέχρι την οικονομική αποδοτικότητα τους.

Στην Ελλάδα, από το 2012 και έπειτα χρησιμοποιείται ως μέθοδος κοστολόγησης, τα D.R.G.s, με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) και σύμφωνα με αυτά γίνεται η αποζημίωση των προσφερόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας από τον Ε.Φ.Κ.Α. Ο Ε.Φ.Κ.Α. με τη σειρά του λαμβάνει υπόψη του κάποιες προδιαγραφές για την κοστολόγηση, οι οποίες προκύπτουν από την κατηγοριοποίηση των προϊόντων σε ομάδες. Κύριο μέλημα της εισαγωγής των D.R.G.s ήταν ο έλεγχος του κόστους και σκοπός της εφαρμογής των Κ.Ε.Ν. είναι φορείς όπως το υπουργείο υγείας και η δημόσια διοίκηση να προσπαθήσουν να αναγνωρίσουν με

εγκυρότητα την ανάλωση των πόρων ώστε να αναδιαμορφώσουν αποτελεσματικότερες διαδικασίες. Τέλος, σε ότι αφορά τη μείωση των δαπανών υγείας, αξιοσημείωτο μειονέκτημα στην εφαρμογή των Κ.Ε.Ν., είναι ότι δε μπορεί να γίνει χρήση των πόρων με απόλυτα διασφαλισμένα πρότυπα γιατί αρκετά συχνά επηρεάζεται η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της αβεβαιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και της ιδιαιτερότητας του κάθε ασθενούς. (Δημογέροντας, Μπαλάσκα, Μπιτσώρη, 2017), (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΟΣΤΟΣ & ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

2.1. Εννοιολογική προσέγγιση κόστους

2.1.1. Κόστος

Στην οικονομική επιστήμη ως κόστος ορίζεται, *“η πραγματοποίηση δαπανών και η διάθεση αγοραστικής δύναμης για την αγορά εισροών – πόρων για τη δημιουργία μιας παραγωγικής δραστηριότητας, με σκοπό την προσφορά αγαθών και υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο”* (Nordhaus., Samuelson, 2000)

Σύμφωνα με την κα Δημοπούλου-Δημάκη, το κόστος αποτελείται από δύο (2) στοιχεία τα οποία είναι η τιμή και η ποσότητα. Ουσιαστικά το κόστος σχετίζεται με ένα προϊόν, μια λειτουργία ή μία υπηρεσία και τα υλικά ή άυλα αγαθά που αγοράζονται από τη διάθεση της αγοραστικής δύναμης, μέχρι να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία εσόδων, αποτελούν περυσιακά στοιχεία της επιχείρησης. (Δημοπούλου-Δημάκη 2006 σελ35)

Σύμφωνα με το Π.Δ. 146/2003, άρθρο 5.2.100, *“κόστος είναι η διάθεση ή επένδυση αγοραστικής δύναμης για την απόκτηση υλικών ή άυλων αγαθών και υπηρεσιών, με σκοπό τη χρησιμοποίησή τους για την πραγματοποίηση εσόδων από πωλήσεις ή την κάλυψη κοινωνικών αναγκών”*.

Το κόστος, ανάλογα με το σκοπό που πραγματοποιείται, διακρίνεται σε:

- Τρέχουσας μορφής: τα αγαθά ή οι υπηρεσίες προορίζονται να μεταπωληθούν αυτούσια ή μετά από επεξεργασία σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- Πάγιας μορφής: τα αγαθά ή οι υπηρεσίες προορίζονται να χρησιμοποιηθούν από την επιχείρηση, άμεσα ή έμμεσα, μακροχρόνια, για διάστημα μεγαλύτερο των δώδεκα μηνών.

2.1.2. Μορφές και Είδη Κόστους

Οι μορφές κόστους διαχωρίζονται και προσδιορίζονται αναλόγως τον σκοπό της μελέτης ή την λήψη αποφάσεων που θέλει μια επιχείρηση να φέρει εις πέρας σύμφωνα με τον επιχειρησιακό σχεδιασμό που έχει προγραμματίσει και αναλόγως την επικρατούσα μορφή αγοράς. Η πιο σημαντική και θεμελιώδης μέθοδος ταξινόμησης του κόστους είναι σε άμεσο και έμμεσο κόστος. Με τον όρο άμεσο κόστος αναφερόμαστε στο κόστος εκείνο το οποίο επιβαρύνει απευθείας την εργασία, την παραγγελία, το προϊόν ή την υπηρεσία. Ουσιαστικά πρόκειται για τις πρώτες ή βοηθητικές ύλες των οποίων η φυσική συμμετοχή διαφαίνεται στην παραγωγή του προϊόντος.

Παράδειγμα άμεσου κόστους αποτελεί το χαρτί που θα χρησιμοποιηθεί σε μία παραγγελία εκτύπωσης. Από την άλλη πλευρά, όλες εκείνες οι πρώτες ή βοηθητικές ύλες οι οποίες δεν χρήζουν να συμπεριληφθούν στο άμεσο κόστος αυτομάτως κατατάσσονται ως έμμεσο κόστος. Παράδειγμα έμμεσου κόστους είναι το μελάνι στην προαναφερόμενη παραγγελία εκτύπωσης και ο λόγος που θεωρείται έμμεσο κόστος είναι γιατί αποτελεί αντιοικονομικό υπολογισμό στο κόστος της εκτύπωσης λόγω της μικρής αξίας στο σύνολο της παραγγελίας. (Δημοπούλου-Δημάκη 2006 σελ37)

Εμφανές Κόστος είναι το κόστος εκείνο το οποίο δεν περιλαμβάνει τις δαπάνες για τις αμοιβές των συντελεστών που ανήκουν ήδη στην επιχείρηση.

Αφανές Κόστος είναι το κόστος που σχετίζεται με την αμοιβή των ιδιόκτητων παραγωγικών συντελεστών. Ουσιαστικά αφορά το ελάχιστο κέρδος που πρέπει να έχει μια επιχείρηση για να μπορεί να συνεχίζει την παραγωγική δραστηριότητάς της. Παράδειγμα αφανούς κόστους αποτελεί η αμοιβή για προσωπική εργασία του επιχειρηματία.

Σταθερό Κόστος ή αλλιώς πάγια έξοδα είναι το κόστος που περιλαμβάνει ενοίκια, κτίρια, μηχανήματα, εξοπλισμό και αμοιβές εργατικού δυναμικού και είναι ανεξάρτητο της παραγωγής. Παραμένει αμετάβλητο σε όλη τη χρονική περίοδο η οποία έχει καθοριστεί.

Μεταβλητό Κόστος είναι το κόστος που σχετίζεται άμεσα με την παραγωγή και διαφοροποιείται όσο αλλάζει εκείνη. Συνήθως αυξάνεται προοδευτικά όσο αυξάνεται και η παραγωγή και μπορεί να ισούται με μηδέν όταν η επιχείρηση δεν παράγει τίποτα.

Το **Συνολικό Κόστος** αποτελείται από το άθροισμα του σταθερού κόστους και του μεταβλητού κόστους και μπορεί να παρουσιαστεί εύκολα στα συνολικά έξοδα των προϋπολογισμών.

Το **Μέσο Κόστος** είναι ίσο με το αποτέλεσμα της διαίρεσης του συνολικού κόστους με τον αριθμό των προϊόντων που παράγονται (η ποσότητα της παραγωγής, Q). Επίσης, είναι ίσο με το άθροισμα του μέσου μεταβλητού κόστους (συνολικό μεταβλητό κόστος διαιρούμενο με το Q) και του μέσου σταθερού κόστους (συνολικό σταθερό κόστος διαιρούμενο με το Q).

Οριακό Κόστος είναι το επιπλέον κόστος που εμφανίζεται για την παραγωγή μίας επιπλέον μονάδας προϊόντος και συμβολίζει τη μεταβολή του συνολικού κόστους. Αποτελεί τη σημαντικότερη έννοια σε μία επιχείρηση γιατί όταν η συνολική παραγόμενη ποσότητα υπερβαίνει ένα όριο τότε η παραγωγή μίας επιπλέον μονάδας προϊόντος γίνεται τόσο μεγάλη που είναι αντιοικονομική.

Κόστος Ευκαιρίας ή εναλλακτικό κόστος είναι οι εναλλακτικές της επιλογής που έχουμε υλοποιήσει. Πρόκειται για τις επιλογές οι οποίες έχουν θυσιάσει για την επιλογή η οποία, πρέπει να γίνει. Όπως έχει αναφέρει και ο κος Mankiw είναι το κόστος από το οποίο πρέπει να παραιτηθεί κάποιος για να αποκτήσει κάτι άλλο.(Γούλα 2007,σελ. 305-309)

2.2. Κοστολόγηση

“Η κοστολόγηση είναι μια διαδικασία συλλογής, ανάλυσης, σύνοψης και αξιολόγησης των διαφόρων εναλλακτικών τρόπων δράσης. Στόχος της είναι να συμβουλευεί την διοίκηση σχετικά με την πλέον ενδεδειγμένη πορεία δράσης με βάση την αποδοτικότητα και την ικανότητα. Η κοστολόγηση παρέχει τις αναλυτικές πληροφορίες για το κόστος που η διοίκηση χρειάζεται, για να ελέγχει τις τρέχουσες δραστηριότητες και τα μελλοντικά πλάνα” (Vanderbeck, 2013). Ουσιαστικά αποτελεί τη μέθοδο με την οποία ταξινομούνται, κατατάσσονται και καταγράφονται οι δαπάνες με σκοπό να προσδιοριστεί το κόστος παραγωγής ενός προϊόντος. (Γούλα 2007, σελ 304)

Είναι μια λογιστική διαδικασία, που έχει ως στόχο να συλλάβει το κόστος μιας εταιρείας παραγωγής, αξιολογώντας το κόστος σε κάθε στάδιο της παραγωγής, τόσο των εισροών, καθώς και των σταθερών εξόδων, όπως οι αποσβέσεις του πάγιου εξοπλισμού. Η κοστολόγηση πρώτα θα μετρήσει και θα καταγράψει αυτά τα έξοδα ξεχωριστά, και στη συνέχεια θα συγκρίνει τα αποτελέσματα των εισροών με εκείνα των εκροών, ή τα πραγματικά αποτελέσματα για την ενίσχυση της διαχείρισης της εταιρείας στην αποτίμηση των χρηματοοικονομικών επιδόσεων. (Πολύζος 2007, σελ 204)

Όπως λοιπόν αναφέρθηκε και νωρίτερα η κοστολόγηση έχει ως βασική αποστολή τον ακριβή υπολογισμό του κόστους παραγωγής των προϊόντων ή των υπηρεσιών μιας επιχείρησης. Ουσιαστικά πρόκειται για έναν μηχανισμό με τον οποίο μπορεί να προσδιοριστεί το κόστος και πιο συγκεκριμένα μας ενδιαφέρει να γνωρίζουμε α) το κόστος μιας περιόδου λειτουργίας της επιχείρησης, β) το κόστος μιας παραγγελίας και γ) το κόστος μονάδας, δηλαδή το κόστος ενός τεμαχίου. Ο λόγος για τον οποίο η κοστολόγηση είναι τόσο σημαντική είναι γιατί οι πληροφορίες της είναι απαραίτητες α) για την κατανομή των εξόδων, 2) για την κοστολόγηση του έργου ή του προϊόντος ή της υπηρεσίας, 3) για τη μείωση του κόστους, 4) για τον προσδιορισμό των κερδοφόρων πελατών, 5) για τη λήψη αποφάσεων και 6) για την αποτελεσματικότητα της διοίκησης. Όσο πιο αναλυτικό και λεπτομερές είναι ένα κοστολογικό σύστημα, τόσο σωστότερη γνώση θα απολάβουμε για τη δημιουργία του κόστους παραγωγής αλλά και σύστασής του. Βασικοί σκοποί αυτού του υπολογισμού είναι: ο έλεγχος της οικονομικότητας, η ανάλυση κόστους/οφέλους και η τιμολόγηση. (Δημοπούλου-Δημάκη 2006 σελ24).

Όταν αναφερόμαστε στην κοστολόγηση, με την ευρύτερη έννοια, μιλάμε για τη λογιστική κόστους που ακολουθεί μία επιχείρηση, είτε τηρώντας τα αντίστοιχα βιβλία είτε ικανοποιώντας της ανάγκες της, με σκοπό να σχεδιάσει και να λειτουργήσει το σύστημα και η διαδικασία της κοστολόγησης. Απώτερος στόχος της επιχείρησης είναι να μπορεί να ελέγξει το κόστος της και να διακρίνει αν ανταποκρίνεται στο πραγματικό κόστος το οποίο έχει οριοθετήσει. Επιπλέον λόγος για τη σημαντικότητα της κοστολόγησης, είναι η ουσιαστική συμμετοχή της στη διοίκηση αφού μέσω

αυτής, διαφαίνονται οι σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στην επιχείρηση είτε ανάμεσα στα τμήματα της, είτε στο πλαίσιο της παραγωγής, είτε ανάμεσα στους πελάτες.

2.2.1. Βασικές αρχές κοστολόγησης

Παρακάτω αναλύονται οι βασικές αρχές κοστολόγησης όπως έχουν οριστεί σύμφωνα με τον κο Πολύζο:

1. Η κωδικοποίηση, ανάλυση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους ανάλογα με το επίπεδο δραστηριότητας
2. Η ανάλυση του κόστους, ανάλογα με την κατηγορία δαπάνης σε σταθερό και μεταβλητό
3. Η ανάλυση του κόστους σε κατηγορίες όπως άμεσο, έμμεσο, λειτουργικό και επιμεριζόμενο, η οποία δείχνει την προέλευση του κόστους και την επίδρασή του στο τελικό προϊόν.

(Πολύζος, 2007, σελ 204)

2.2.2. Κατηγορίες συστημάτων κοστολόγησης

Ένα σύστημα κοστολόγησης έχει ως απώτερο σκοπό την ακριβή και λεπτομερή ανάλυση του κόστους προκειμένου να βοηθηθεί η διοίκηση στην εύρυθμη λειτουργία της επιχείρησης και στην ορθή λήψη αποφάσεων αναφορικά με το μέλλον. Δύο είναι βασικές κατηγορίες που διακρίνονται τα κοστολογικά συστήματα και θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω.

➤ **Κοστολόγηση κατά παραγγελία:** η περίπτωση αυτή εφαρμόζεται όταν η εργασία αποτελείται από διαφορετικές, συμβάσεις με πελάτες, έργα ή παρτίδες παραγωγής.

Η συγκεκριμένη μέθοδος διακρίνεται στις εξής υποκατηγορίες:

- Κοστολόγηση κατά έργο
- Κοστολόγηση κατά σύμβαση
- Κοστολόγηση κατά παρτίδα

Ουσιαστικά σε αυτή τη δραστηριότητα διαπιστώνονται και υπολογίζονται όλα τα άμεσα κόστη που αφορούν σε πρώτες ύλες, εργασία, γενικά βιομηχανικά έξοδα και αφορούν στην παραγωγή ενός συγκεκριμένου μοναδικού ή ειδικού προϊόντος ή υπηρεσίας. Βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος

➤ **Κοστολόγηση κατά λειτουργία ή διαδικασία ή φάση ή συνεχής κοστολόγηση:** η περίπτωση αυτή εφαρμόζεται όταν τα παραγόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες

δημιουργούνται κατόπιν μιας σειράς επαναλαμβανόμενων λειτουργιών και διαδικασιών. Η μέθοδος αυτή διακρίνεται στις εξής υποκατηγορίες:

- Κοστολόγηση κατά διαδικασία, περιλαμβάνεται και η κοστολόγηση συμπαραγωγών και υποπροϊόντων
- Κοστολόγηση υπηρεσίας ή λειτουργίας, ένα μέσο κόστος διαμορφώνεται ανά μονάδα προσφερόμενης υπηρεσίας
- Κοστολόγηση συνεχούς παραγωγής

Ουσιαστικά σε αυτή τη δραστηριότητα διαπιστώνονται και υπολογίζονται όλα τα άμεσα κόστη που αφορούν σε πρώτες ύλες, εργασία, γενικά βιομηχανικά έξοδα από τα διάφορα τμήματα ή υποτμήματα, και προστίθενται το κόστος τους στην τελική αξία των παραγόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών.

(Δημοπούλου-Δημάκη, 2006 σελ130)

2.2.3. Βασικές τεχνικές κοστολόγησης

Σύμφωνα με την κα Δημοπούλου-Δημάκη, αναπτύχθηκαν διάφορες τεχνικές κοστολόγησης διεθνώς παλαιότερα, οι δύο (2) βασικές όμως ήταν η τεχνική μερικής κοστολόγησης και η τεχνική συνολικής κοστολόγησης. Στην πρώτη περίπτωση η διαδικασία σχετίζεται με το άμεσο ή / και το συνολικό κόστος ενώ στη δεύτερη περίπτωση δίνεται βάση στο συνολικό κόστος και στη χρήση των σταθερών συντελεστών. Αξίζει να σημειωθεί βέβαια, ότι κάθε διαχωρισμός του κόστους σε άμεσο, έμμεσο, σταθερό ή μεταβλητό, διαδραματίζει το δικό του ρόλο στην τεχνική κοστολόγησης που θα αναπτύξει η κάθε επιχείρηση. Η τεχνική κοστολόγησης οριακού κόστους έχει ως προϋπόθεση τον διαχωρισμό σταθερού και μεταβλητού κόστους. Το μεταβλητό κόστος χρεώνεται ενώ το σταθερό αποσβένεται. Πιο συγκεκριμένα, στην τεχνική αυτή περιλαμβάνονται οι συντελεστές κόστους οι οποίοι μεταβάλλονται, όταν μεταβάλλεται ο όγκος παραγωγής. Στην περίπτωση των νοσοκομείων, το οριακό κόστος αφορά τον κάθε πρόσθετο ασθενή ή θεραπεία. Επίσης υπάρχει η τεχνική πλήρους ή απορροφητικής κοστολόγησης η οποία χρησιμοποιείται στην περίπτωση ανάλυσης βάση συνολικού κόστους χρησιμοποιώντας σταθερούς συντελεστές ανά έσοδο ή έξοδο σύμφωνα με απολογιστικά στοιχεία. Η τεχνική κοστολόγησης συνολικού κόστους στηρίζεται στις πρώτες ύλες και την εργασία και όλα τα Γ.Β.Ε. (γενικά βιομηχανικά έξοδα). Είναι μεν λογική αλλά από την άλλη πλευρά υπάρχει ένα μείγμα κόστους το οποίο επιβαρύνει τα κέντρα κόστους. Τέλος, έχουμε την τεχνική πρότυπου κόστους με την οποία κατασκευάζονται κόστη αναφοράς (reference costs). Για να εφαρμοστεί αυτή η τεχνική, βασική προϋπόθεση είναι να έχουν εκτιμηθεί όλες οι ενέργειες για την παραγωγή μιας υπηρεσίας και να δημιουργηθούν προϋπολογιστικά κόστη.

(Δημοπούλου-Δημάκη, 2006)

Κλείνοντας αξίζει να σημειωθεί ότι οι μέθοδοι και οι τεχνικές κοστολόγησης αποτελούν τους τρόπους για να δημιουργηθεί ένα σύστημα κοστολόγησης το οποίο θα εμφανίζει όσο γίνεται καλύτερα τις σχετικές πληροφορίες για τις οποίες θα χρησιμοποιηθούν. Συνεπώς πρωταρχικό βήμα στην κοστολόγηση είναι η διευκρίνιση του σκοπού για τον οποίο θέλουμε να δημιουργήσουμε το εν λόγω κοστολογικό σύστημα.

2.3. Εξωλογιστική και Εξωλογιστική Κοστολόγηση

Όπως έχει ήδη αποσαφηνιστεί, η έννοια της κοστολόγησης αφορά στη διαδικασία κατά την οποία προσδιορίζεται το κόστος μίας παραγωγής, μίας λειτουργίας ή ενός προϊόντος. Ουσιαστικά αναφερόμαστε στην οργάνωση μια επιχείρησης και στον τρόπο με τον οποίο αυτή μπορεί να μελετήσει το κόστος της, με σκοπό την δράση της, είτε πρόκειται για την παραγωγή ενός προϊόντος είτε για την παροχή υπηρεσιών όπως για παράδειγμα ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών σε ένα νοσοκομείο. Όταν αναφερόμαστε στην κοστολόγηση, είναι πάντα εξωλογιστική, γιατί αφορά μία απλή μαθηματική λειτουργία, με την οποία παρουσιάζεται το κόστος. Δεν καταγράφεται σε λογιστικά βιβλία της επιχείρησης, ούτε υπάρχουν λογιστικές εγγραφές και γενικότερα δεν προβλέπεται από το ευρύτερο λογιστικό σύστημα. Πρόκειται για συντελεστές όπως είναι οι πρώτες ύλες, η ανθρώπινη εργασία, η ενέργεια και οι υπηρεσίες με τους οποίους καθορίζεται η αξία τους και οι οποίοι χρεώνονται σε λογαριασμούς, που όμως δεν καταχωρούνται λογιστικά και συνεπώς δεν παρακολουθούνται στο τέλος μιας οικονομικής περιόδου. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι αφορά μια κοστολογική διαδικασία η οποία δίνει πλήρη και λεπτομερή πληροφόρηση σχετικά με την παραγωγή, τον έλεγχο της αλλά και τις δαπάνες που χρεώνονται σε κάθε κέντρο κόστους, αλλά δεν καταγράφει λογιστικά αυτές τις αλλαγές που προκύπτουν στα περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησης. Δεδομένου της πληροφοριακής οντότητας που δίνει η εξωλογιστική κοστολόγηση είναι επαρκής η πληροφόρηση που προσφέρει είτε σε βραχυχρόνια περίοδο είτε σε ετήσια. Παρ' όλα αυτά, η εξωλογιστική κοστολόγηση έχει και κάποια μειονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι η έλλειψη της λογιστικής καταγραφής, πράγμα που συχνά δημιουργεί ανασφάλεια για την εγκυρότητά της. Επιπλέον, δεν υπάρχουν λογαριασμοί, συνεπώς δεν είναι εφικτό να παρακολουθηθεί το συνολικό κόστος και τέλος η περιουσία της επιχείρησης δεν παρουσιάζεται ορθά λογιστικά δεδομένου της μη ύπαρξης συμμόρφωσης γτην ανάλυση της αξίας και την παραγωγή. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι η αγορά των αποθεματικών προϊόντων έχει αρχική εγγραφή και τελική απογραφή καθώς επίσης και τα πραγματοποιημένα έξοδα έχουν ημερολογιακή εγγραφή. Τρεις είναι οι περιπτώσεις κατά τις οποίες μία κοστολόγηση χαρακτηρίζεται ως εξωλογιστική: α) όταν η επιχείρηση δεν πραγματοποιεί διαρκή απογραφή αλλά το κόστος του αποθέματος προσδιορίζεται εμπειρικά με σκοπό να ικανοποιηθεί ο ρόλος της απογράφης, β) όταν

τα στοιχεία του κόστους που αφορούν κάθε είδος δεν στηρίζονται σε πραγματικά έγγραφα και στοιχεία προϋπολογισμού και γ) τέλος, όταν τα στοιχεία που αυξάνουν ή μειώνουν το κόστος δεν ενημερώνονται με λογιστικές διαδικασίες.

Από την άλλη πλευρά, η Εσωλογιστική κοστολόγηση, αφορά στην κοστολόγηση εκείνη την οποία καταγράφεται λογιστικά από την επιχείρηση, σε ένα ολοκληρωμένο λογιστικό σύστημα. Όπως και στην εξωλογιστική κοστολόγηση έτσι και στην εσωλογιστική μπορούμε να πραγματοποιούμε ενέργειες σε βραχυχρόνια και σε ετήσια περίοδο. Στη μεν πρώτη, τέλος χρήσης αποτελεί η τελευταία κοστολόγηση ενώ στη δεύτερη γίνεται η διαδικασία μία φορά το χρόνο. Σε περίπτωση βραχείας κοστολόγησης δε μπορεί να υφίστανται και ετήσια γιατί έτσι θα υπήρχαν διπλές εγγραφές στο σύστημα και διαφορετικό αποτέλεσμα στο ποσό του κόστους. Τρία είναι τα βασικά πλεονεκτήματα της εσωλογιστικής κοστολόγησης: α) είναι ακριβής και έγκυρη λόγω της καταγραφής στο λογιστικό σύστημα, β) μέσω των λογαριασμών που δημιουργούνται επιτρέπεται η συνεχής παρακολούθηση του συνολικού κόστους και γ) η παρουσία της επιχείρησης εμφανίζεται με ακρίβεια. Σύμφωνα με τη νομοθεσία οι επιχειρήσεις που δεν υποχρεώνονται να διατηρούν αποθήκη εφαρμόζουν εξωλογιστική κοστολόγηση, οι υπόλοιπες είναι υποχρεωμένες να εφαρμόζουν εσωλογιστική κοστολόγηση. Κλείνοντας, αξίζει να λεχθεί ότι ενώ στις περισσότερες χώρες η διαδικασία της κοστολόγησης αποτελεί καίριο σημείο για τη διοίκηση, στην Ελλάδα κατέχει ακόμα την έννοια της αγγαρείας και απλή συμμόρφωση στην ισχύουσα νομοθεσία. (Βαρβάκης Κ. 2005)(Βενιέρης Γ. κ.α. 2005)

2.4. Προϋποθέσεις ενός αποδοτικού συστήματος Κοστολόγησης

Ένα σύστημα κοστολόγησης για να θεωρηθεί αξιόλογο, πέραν της λεπτομερής πληροφορίας την οποία πρέπει να προσφέρει, οφείλει να είναι και αποδοτικό. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, κάθε επιχείρηση η οποία θέλει να λειτουργεί σωστά, φροντίζει να προσαρμόζεται σε κάποιες βασικές αρχές οργάνωσης του κοστολογικού της συστήματος. Σύμφωνα με τον κο Βενιέρη, όταν σχεδιάζεται ένα κοστολογικό σύστημα πρέπει πρώτα να εξακριβωθούν τα αντικείμενα που θα κοστολογούνται καθώς και οι σχέσεις που προκύπτουν μεταξύ τους. Βασική προϋπόθεση για να έχουμε το βέλτιστο αποτέλεσμα, είναι η συστηματική καταγραφή του κόστους και η συνέπεια της επιχείρησης στην τήρηση των διαδικασιών. Πιο συγκεκριμένα το κόστος πρέπει να σχετίζεται όσο γίνεται περισσότερο με τους παράγοντες που το προκαλούν και να μην συγχέονται με άλλους τομείς που περνούν από άλλα στάδια της παραγωγικής διαδικασίας. Επιπλέον, κόστος υπάρχει μόνο όταν έχει συμβεί κάτι, δηλαδή όταν έχει δαπανήσει η επιχείρηση και συνεπώς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ακόμη και το πιο μικρό κόστος που πιθανά να θεωρείται αμελητέο. Σε περιπτώσεις έκτακτων συνθηκών οι οποίες χρήζουν διεκπεραίωσης, τότε το έκτακτο κόστος που προκύπτει δε θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται μέσα στον υπολογισμό της παραγωγικής

διαδικασίας. Η κοστολόγηση αφορά πάγια έξοδα που συμβάλουν στην διεξαγωγή της παραγωγής. Τέλος, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι όταν ένα κόστος αποτελεί παρελθόν δε θα πρέπει να συνυπολογίζεται σαν αξία στη μελλοντική κοστολογική διαδικασία. Παρελθοντικό κόστος θεωρείται το κόστος το οποίο δε θα απασχολήσει σε επόμενη χρονική περίοδο την παραγωγική διαδικασία και η επιχείρηση δεν περιμένει να λάβει κάποιο όφελος από αυτό. Διευκρινίζεται ότι εάν ένα κόστος αφορά για παράδειγμα συντήρηση κάποιου μηχανήματος τότε οφείλουμε να συμπεριλάβουμε αυτό το έξοδο στο κοστολογικό σύστημα διότι θα αλλοιώσει μεν την κατάσταση μίας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου από την άλλη πλευρά όμως θα ξανασυμβεί στο μέλλον. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι για να θεωρηθεί ένα κοστολογικό σύστημα αποδοτικό και συνεπώς να συμβάλει στην εξέλιξη της επιχείρησης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι προαναφερθέντες παράγοντες. Μπορεί να φαίνονται προφανής, εύκολοι στην κατανόηση και στην εφαρμογή όμως συχνά οι επιχειρήσεις δεν καταφέρνουν να τους εφαρμόσουν και μπορεί να αποβεί μοιραίο για την εξέλιξη της ίδιας της επιχείρησης. Κλείνοντας, να τονιστεί ότι η κάθε επιχείρηση έχει διαφορετική οργάνωση και δράση και συνεπώς το κοστολογικό σύστημα διαφέρει από επιχείρηση σε επιχείρηση. Η απλή αντιγραφή ενός συστήματος από τη μία επιχείρηση στην άλλη και η εφαρμογή του χωρίς να διασφαλίζει τις ανάγκες ανάλυσης κόστους της κάθε επιχείρησης, θα θεωρηθεί αναποτελεσματική. Τα κοστολογικά συστήματα είναι εργαλεία μεταβαλλόμενα και όχι πάγια και οφείλουν να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις των λειτουργιών τους. Επιπλέον, με την πάροδο των ετών, οι χρήστες επιθυμούν όσο γίνεται μεγαλύτερη ανάλυση του κόστους σχετικά με τις πρώτες ύλες, το εργατικό δυναμικό και τους υπόλοιπους παράγοντες σύνθεσης της παραγωγής, με σκοπό η διοίκηση να μπορεί να έχει λεπτομερή και έγκυρη πληροφόρηση ώστε να λάβει σωστές αποφάσεις αναφορικά με την τιμολογιακή πολιτική που θα ακολουθήσει. Συμπεραίνουμε ότι διαμορφώνονται πολλά και διαφορετικά συστήματα κοστολόγησης τα οποία είναι αδύνατο να αναλυθούν αλλά και ανούσιο αφού κάθε προϊόν που παράγεται έχει τη δική του διαφορετική διαδικασία. (Βενιέρης Γ. κ.α., 2005)

2.5. Παρουσίαση διαδικασίας κοστολόγησης ενός νοσοκομείου

ΣΚΟΠΟΣ:

να περιγραφεί η διαδικασία κοστολόγησης και διαχωρισμού δαπανών ανά λειτουργία

ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΙ:

- Τμήμα Οικονομικού προγραμματισμού & κοστολόγησης
- Οικονομικές Υπηρεσίες
- Διεύθυνση Προσωπικού

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:

Η διαδικασία της κοστολόγησης και του διαχωρισμού δαπανών ανά λειτουργία εκτελείται κάθε τρίμηνο από το τμήμα του Οικονομικού Προγραμματισμού.

1) Εφόσον έχουν ολοκληρωθεί οι λογιστικές εγγραφές από τις Οικονομικές Υπηρεσίες πραγματοποιείται συμφωνία αποτελεσμάτων των λογαριασμών:

- Αναλώσιμα υλικά (25)
- Αμοιβές & έξοδα προσωπικού (60)
- Αμοιβές & έξοδα τρίτων (61)
- Παροχές τρίτων (62)
- Φόροι – τέλη (63)
- Διάφορα έξοδα (64)
- Τόκοι & συναφή έξοδα (65)
- Αποσβέσεις πάγιων στοιχείων ενσωματωμένων στο λειτουργικό κόστος (66)
- Προβλέψεις εκμεταλλεύσεως (68)

Της Γενικής λογιστικής (FI) με την εφαρμογή της κοστολόγησης (CO). Σε περίπτωση που υπάρχει διαφορά εντοπίζεται ο λογαριασμός, ανοίγεται αντίστοιχος λογαριασμός στην εφαρμογή της κοστολόγησης και πραγματοποιείται μία εγγραφή παρόμοια με εκείνη της Γενικής Λογιστικής. Πάντα επιβεβαιώνεται ότι συμφωνεί ο λογαριασμός.

2) Παραλαμβάνεται από τη Διεύθυνση Προσωπικού αρχεία με τη μισθοδοσία ανά μήνα, εργαζόμενο και είδος αμοιβής (τακτικές αποδοχές, υπερωρίες, λοιπές αποδοχές) και αφού επεξεργαστούν ώστε να αντιστοιχηθούν τα ποσά ανά εργαζόμενο, είδος αμοιβής, κέντρο κόστους και υπολογιστούν οι προβλέψεις ανά γραμμή εγγραφής, τότε πραγματοποιείται συμφωνία με το λογαριασμό (60) «Αμοιβές & έξοδα προσωπικού» της Γενικής Λογιστικής για το μήνα που επεξεργαζόμαστε. Από τη συμφωνία εξαιρούνται οι αμοιβές και εργοδοτικές εισφορές δικηγόρων, αποζημιώσεις, έξοδα σίτισης και ψυχαγωγίας, είδη ένδυσης, δωροεπιταγές και λοιπές παρεπόμενες παροχές. Όταν ολοκληρωθεί το αρχείο γίνονται οι εγγραφές που απαιτούνται για να μεταφέρουμε το ποσό της μισθοδοσίας από το Κέντρο Κόστους 9999 «Συγκεντρωτικό κέντρο κόστους μισθοδοσίας» (όπου καταχωρείται από τις οικονομικές υπηρεσίες) στο σωστό κέντρο κόστους ανά μήνα, εργαζόμενο και είδος αμοιβής. Επιβεβαιώνεται ότι το κέντρο κόστους 9999 έχει αδειάσει, δηλαδή ότι όλα τα κόστη μεταφέρθηκαν στα σωστά κέντρα κόστους.

3) Ελέγχονται οι εγγραφές των υλικών στο κέντρο κόστους της κεντρικής αποθήκης και του φαρμακείου, ώστε να μην υπάρχει αρνητικό πρόσημο. Σημειώνεται ότι, τα συγκεντρωτικά πιστωτικά τιμολόγια που λαμβάνονται από προμηθευτές, καταχωρούνται

απευθείας στο κέντρο κόστους με λογιστική εγγραφή Κι όχι μέσω αποθήκης ανά υλικό, γι' αυτό και κάποιες φορές τα κόστη έχουν αρνητικό πρόσημο. Επίσης καταχωρούνται εγγραφές από διαφορές απογραφής ή αποκλίσεις. Επιπλέον πρέπει οι αρνητικές αξίες να μεταφέρονται στο κέντρο κόστους «Άμεσο κόστος Παραγωγής».

4) Στη συνέχεια γίνεται επεξεργασία των λογαριασμών με τα χρεούμενα υλικά και μεταφέρονται τα κόστη από τα διάφορα κέντρα κόστους στο κέντρο κόστους «άμεσο κόστος παραγωγής».

5) Παραλαμβάνονται από τις οικονομικές υπηρεσίες αρχεία με αμοιβές ιατρών που αμείβονται με πάγια αντιμισθία. Αφού γίνει επεξεργασία των δεδομένων, καταχωρείται ανά ιατρό και κέντρο κόστους η καθαρή αμοιβή και οι εργοδοτικές εισφορές και στη συνέχεια γίνονται οι εγγραφές που απαιτούνται για να μεταφερθούν οι αμοιβές από το κέντρο κόστους «Αμοιβές Ιατρών» στο σωστό κέντρο κόστους ανά μήνα και είδος αμοιβής.

6) Γίνεται έλεγχος των εγγραφών στα κέντρα κόστους της ενότητας ανακατάταξης δαπανών (6800 «ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΕΩΣ», 8600 «ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ», 8601 «ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ», 9190 «ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ», 9210 «ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ»)

7) Σκοπός του ελέγχου είναι να μην υπάρχουν εγγραφές που αφορούν άλλα κέντρα κόστους, π.χ. στο κέντρο κόστους 8600 «ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ» δεν μπορεί να υπάρχουν εγγραφές με λογαριασμούς γενικής λογιστικής πέραν της ομάδας 66. Εάν υπάρχουν, τότε ο αρμόδιος υπάλληλος προχωράει σε διορθωτικές εγγραφές στην εφαρμογή της κοστολόγησης (CO), αφού συνεννοηθεί με τον υπάλληλο των οικονομικών υπηρεσιών που έκανε την αρχική εγγραφή και ελεγχθεί η αίτηση προμήθειας. Καμία αλλαγή δε γίνεται στην εφαρμογή της Γενικής Λογιστικής (FI) εκτός αν συμφωνηθεί με τον αρμόδιο υπάλληλο των οικονομικών υπηρεσιών ώστε να αντιλογιστεί η αρχική εγγραφή και να γίνει νέα με το σωστό κέντρο κόστους.

8) Ελέγχεται με τους αρμόδιους διευθυντές αν ισχύουν οι κλείδες μερισμού PC, TM, IMAT, PERSONNEL, ΥΛΙΚΑ, ΙΑΤΡΟΙ, ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ, ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ, ΠΕΤΡΕΛΑΙΟ, ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ, ΦΥΣΙΚΟ ΑΕΡΙΟ, ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΕΡΙΑ & ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ. Σε περίπτωση που χρειάζονται να γίνουν αλλαγές, καταχωρούνται στο σύστημα και καταγράφεται ο αριθμός εγγραφής στο έντυπο Στατικοί Αριθμοδείκτες. Αν κριθεί απαραίτητο, υπάρχει η δυνατότητα να δημιουργηθούν νέοι αριθμοδείκτες ή να καταργηθούν οι παλαιοί.

9) Στη συνέχεια ακολουθείται η διαδικασία των μερισμών «ΚΥΚΛΟΙ» κατά την οποία όλα τα κόστη που έχουν καταχωρηθεί στα τμήματα που θα αναφερθούν παρακάτω, μεταφέρονται στα κέντρα κόστους της λειτουργίας παραγωγής. Οι μερισμοί

πραγματοποιούνται με κλείδες μερισμού όπως ο αριθμός προσωπικού ανά κέντρο κόστους, τα τετραγωνικά μέτρα, τα κιλά ιματισμού, ο αριθμός Η/Υ κ.α. Οι κλείδες μερισμού προτείνονται, συζητούνται και εγκρίνονται από τους αρμόδιους διευθυντές και προϊστάμενους που ελέγχουν το αντίστοιχο κόστος π.χ. αριθμός προσωπικού από τη Διεύθυνση Προσωπικού, τα τετραγωνικά μέτρα από την Τεχνική Υπηρεσία κοκ. Οι κλείδες μερισμού ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

| 9205 | ΓΕΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ |
|-------------|---|
| 2100 | Δ/ΝΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ & ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ |
| 4080 | ΕΠΙΚΟΙΩΝΙΕΣ (ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ) |
| 4115 | ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΟΥΖΙΝΑ |
| 4180 | ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ |
| 4190 | ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΘΗΚΗ |
| 4380 | ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ |
| 4395 | ΑΣΦΑΛΕΙΑ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ PARKING-ΕΞ.ΕΡΓΑΣΙΕΣ |
| 4450 | ΜΗΧΑΝΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ |
| 4451 | ΕΡΓΟ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ SAP |
| 4480 | ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΤΙΡΙΩΝ |
| 4533 | ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ LOGISTICS |
| 5980 | ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ |

| 920010 | ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ |
|---------------|-----------------------------|
| 4070 | ΦΩΤΟΓΡΑΦΕΙΟ |
| 4090 | ΡΑΦΕΙΟ |
| 4095 | ΙΜΑΤΙΟΘΗΚΗ |
| 4100 | ΠΛΥΝΤΗΡΙΑ |
| 4110 | ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ-ΤΡΑΠΕΖΟΚΟΜΕΣ |
| 4120 | ΛΗΞΙΑΡΧΕΙΟ |
| 4160 | ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΙΝΗΣΗΣ |
| 4270 | ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ |
| 4330 | ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ |
| 4340 | ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΕΙΟ |
| 5460 | ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ |
| | |
| 5800 | ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ |
| 5986 | ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ |

| 9100 | ΑΝΑΚΑΤΑΤΑΞΗ ΔΑΠΑΝΩΝ |
|-------------|----------------------------|
| 6800 | ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΕΚΜΕΤΑΛΕΥΣΕΩΣ |
| 8600 | ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ |
| 8601 | ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ |
| 8888 | ΑΜΟΙΒΕΣ ΙΑΤΡΩΝ |
| 9190 | ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ |
| 9210 | ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ |

| 920000 | ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ |
|---------------|--|
| 1010 | ΙΑΤΡΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ |
| 1020 | ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ |
| 4130 | ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ |
| 5400 | ΔΙΕΥΘΥΝΟΥΣΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ |
| 5500 | ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ |

10) Τέλος, συμπληρώνεται η ηλεκτρονική φόρμα «Διαχωρισμός Λειτουργιών». Σε αυτό το στάδιο τα κόστη της εταιρείας έχουν συγκεντρωθεί στις τέσσερις (4) βασικές λειτουργίες (Παραγωγή – Διοίκηση – Διάθεση – Χρηματοοικονομικά). Επιπλέον επεξεργασία και έλεγχο χρειάζονται οι λογαριασμοί των προβλέψεων για τους επισφαλής πελάτες και τις εκκρεμοδικίες, η λειτουργία των χρηματοοικονομικών καθώς και οι παρεπόμενες ασχολίες πάντα σε συμφωνία με τις Οικονομικές Υπηρεσίες.

11) Αν κριθεί απαραίτητο, μερίζονται τα κόστη αναδρομικά με νέες κλειδες μερισμού. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει αρχικά να αντιστραφούν οι Κύκλοι μερισμού που είχαν τρέξει, να καταχωρηθούν οι νέες κλειδες μερισμού και στη συνέχεια να επαναληφθούν τα βήματα 9 και 10.

12) Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας των μερισμών «Κύκλοι», μπορούν να ετοιμαστούν οι αναλύσεις κερδοφορίας ανά κέντρο εσόδου / κόστους, ανά κλινική , ανά είδος περιστατικού, ανά ιατρό ή ιατρική ομάδα και ανά υπηρεσία.

13) Κοστολόγηση κατά πράξη

Για την κοστολόγηση κατά πράξη οι υπηρεσίες χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Υλικά και φάρμακα: η κοστολόγηση τους γίνεται με βάση τις αναλώσεις ανά περιστατικό ή τμήμα για χρεούμενα και μη χρεούμενα υλικά και την μέση τιμή κόστους ανά υλικό ή φάρμακο
- Διαγνωστικές εξετάσεις: Στις περιπτώσεις που υπάρχει συμφωνημένο κόστος αναλωσίμων ανά πράξη, αυτό υπολογίζεται μαζί με τα σταθερά λειτουργικά κόστη των τμημάτων για να υπολογισθεί το συνολικό κόστος. Σε διαφορετική περίπτωση, γίνεται κατανομή του κόστους με κανόνες μερισμού που συμφωνούνται με τους υπευθύνους των τμημάτων
- Χειρουργεία: η κοστολόγηση των χειρουργείων γίνεται με βάση τον χειρουργικό χρόνο ανά είδος χειρουργείου, ειδικότητα και χειρουργικό τμήμα. Τα παραπάνω στοιχεία θα πρέπει να καταγράφονται ανά περιστατικό για να υπολογιστούν τα σχετικά κόστη
- Νοσήλια: η κοστολόγηση των νοσηλίων γίνεται με βάση τον χρόνο νοσηλείας, το νοσηλευτικό τμήμα και τη βαρύτητα του περιστατικού
- Λοιπές πράξεις: αναλόγως της πράξης και της συμφωνίας με τους προμηθευτές

Κερδοφορία ανά κέντρο κόστους: στόχος είναι να αποτυπωθεί η πορεία του κάθε τμήματος ανά τρίμηνο, εξάμηνο και χρόνο σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του προηγούμενου έτους. Συγκεντρώνονται από το πληροφοριακό σύστημα της εταιρείας τα έσοδα ανά πληρωτή, από την κοστολόγηση τα έξοδα και από το αμοιβολόγιο τις αμοβές των ιατρών. Υπολογίζεται το rebate & clawback σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα κοινοποιηθέντα από τον ΕΦΚΑ σημειώματα και τέλος υπολογίζεται το κόστος Διοίκησης / Διάθεσης με το ποσοστό που προκύπτει από τη σχέση των αντίστοιχων κονδυλίων με τον κύκλο εργασιών του προηγούμενου έτους. Όλα τα ανωτέρω στοιχεία συμπληρώνονται στη κόρφα κερδοφορία ανά κέντρο κόστους. Η φόρμα συνοδεύεται από αναλυτικές πληροφορίες για την κάθε κατηγορία εξόδου π.χ. μισθοδοσία ανά εργαζόμενο, αναλυτικές εγγραφές για τις λειτουργικές δαπάνες και έσοδα και ποσότητες υπηρεσιών ανά εσωτερικό / εξωτερικό ασθενή και ανά πληρωτή.

Η κερδοφορία ανά κλινική ή ανά είδος περιστατικού ή ανά ιατρό ή ανά υπηρεσία διενεργείται όπως παραπάνω με κριτήριο το αντίστοιχο στοιχείο.

Σημειώνεται ότι τηρούνται ηλεκτρονικά αρχεία στα οποία έχει πρόσβαση μόνο το τμήμα του Οικονομικού προγραμματισμού και Κοστολόγησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ & ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ

3.1. Το Νοσοκομειακό Κόστος

Η παραγωγή του αγαθού υγεία είναι αποτέλεσμα πολλών σύνθετων διαδικασιών και παραγόντων. Για την παραγωγή λοιπόν των υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες υγείας υπάρχει το λεγόμενο νοσοκομειακό κόστος. Με τον όρο νοσοκομειακό κόστος ορίζεται το σύνολο των δαπανών που πραγματοποιούνται με σκοπό την παραγωγή και προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται είτε μέσα στο χώρο του νοσοκομείου είτε στον πληθυσμό τον οποίο έχει οριστεί να εξυπηρετεί. Συντελεστές ανάπτυξης του νοσοκομειακού κόστους αποτελούν, α) το εργατικό δυναμικό, β) τα αναλώσιμα υλικά και φάρμακα, γ) ο εξοπλισμός του νοσοκομείου π.χ. κρεβάτια, καθίσματα, συσκευές οξυγόνου κλπ καθώς επίσης δ) το κεφαλαιουχικό κόστος και ε) το κόστος των επιμέρους υποστηρικτικών λειτουργιών. Οι πόροι αυτοί ή αλλιώς εισροές, συνδυάζονται κατά την παραγωγική διαδικασία και σε συντονισμό με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, προκύπτει η νοσηλεία του ασθενή, έτσι, δημιουργούνται εκροές, όπου στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι οι θεραπείες των ασθενών. Αναφερόμενοι στο νοσοκομειακό κόστος μπορούμε να κάνουμε δύο (2) βασικούς διαχωρισμούς: α) υπάρχει το σταθερό νοσοκομειακό κόστος, το οποίο αφορά σε ενοίκια, μισθούς κλπ. και μένει αμετάβλητο και θεωρείται δεδομένο ανεξαρτήτως μέσης διάρκειας νοσηλείας των ασθενών ή αριθμού νοσηλευθέντων ή κάλυψης των κλινών και β) υπάρχει το μεταβλητό νοσοκομειακό κόστος το οποίο διαφοροποιείται όταν διαφοροποιείται ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών και συνεπώς αλλάζει το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το συνολικό νοσοκομειακό κόστος είναι συνάρτηση του σταθερού και του μεταβλητού και προκύπτει από το άθροισμα αυτών.

(Σούλης Σ., 1999, σελ.240)

3.2. Αιτιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης του νοσοκομειακού κόστους

Το νοσοκομειακό κόστος εξαρτάται από μια σειρά αιτιολογικών παραγόντων, οι οποίοι αναφέρονται ως εξής:

- Το μέγεθος του νοσοκομείου Α (μέσω του κόστους επιχειρούμε να βρούμε το άριστο μέγεθος των κλινών του νοσοκομείου για να είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό)
- Το είδος του νοσοκομείου (γενικό ή ειδικό)
- Το επίπεδο κάλυψης του νοσοκομείου

- Τη νομική μορφή του νοσοκομείου
- Τη μέση διάρκεια νοσηλείας
- Το ποσοστό κάλυψης κλινών – ο βαθμός πληρότητας
- Τη γεωγραφική θέση του νοσοκομείου
- Την προσπελασιμότητα του νοσοκομείου
- Την πολιτική απασχόλησης και την πολιτική Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων
- Την παραγωγικότητα της εργασίας
- Την οργάνωση της εργασίας
- Την πιστοληπτική ικανότητα, τη χρηματο-οικονομική του πολιτική και τη

δυνατότητα δανεισμού

- Τις δεξιότητες, ικανότητες των ανθρωπίνων πόρων
- Την μορφή αγοράς
- Την πολιτική μισθών
- Τη δύναμη των προμηθευτών
- Την επιρροή της ιατροφαρμακευτικής και ιατροτεχνολογικής βιομηχανίας
- Το νοσολογικό φάσμα του πελατειακού πληθυσμού
- Τη δυνατότητα επιλογής πελατών – ασθενών
- Την υποχρεωτική εκπαίδευση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας

(Σούλης Σ., 1999)

3.3. Δείκτες Νοσοκομειακού Κόστους

Οι οικονομολόγοι, οι λογιστές και τα διοικητικά στελέχη ενός νοσοκομείου συμβάλουν στη διαμόρφωση διάφορων ομάδων κριτηρίων και αντίστοιχων δεικτών, οι οποίοι βοηθούν στη λήψη αποφάσεων σε συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όπως για παράδειγμα μεταξύ ίδιας κατηγορίας νοσοκομείων, ή μεταξύ κλινικών του ίδιου νοσοκομείου ή μεταξύ κλινικών της ίδιας κατηγορίας αλλά διαφορετικών νοσοκομειακών μονάδων. Για να μπορέσουν να δημιουργηθούν οι δείκτες αυτοί θα πρέπει να γίνει πρώτα πλήρης κατανόηση της έννοιας του μέσου κόστους. Ουσιαστικά πρόκειται για το Δείκτη Μέσου Κόστους ο οποίος περιέχει δύο (2) βασικά ποσοτικά στοιχεία. Το πρώτο στοιχείο αφορά στο συνολικό κόστος (TC) και δεν υπάρχει περιορισμός στο αν θα αναφερόμαστε σε συνολικό κόστος νοσοκομείου, συνολικό κόστος κλινικής, συνολικό κόστος ενός τμήματος ή συνολικό κόστος εξετάσεων κ.α. και το δεύτερο στοιχείο αφορά στη συνολική παραγόμενη ποσότητα (Q), η οποία αντιστοιχεί συνήθως στο σύνολο των ασθενοημερών. Η έννοια των ασθενοημερών εμπεριέχει την έννοια των Εισαγωγών, την έννοια της Κατελιημμένης Κλίνης και την έννοια της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας. Έτσι λοιπόν οι δείκτες που προκύπτουν είναι οι παρακάτω:

- Μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή και ανά κλίνη
- Μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή και ανά εξειδικευμένη κλίνη
- Μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή
- Μέσο ημερήσιο κόστος ανά διαγνωσμένη κατηγορία
- Μέσο κόστος Εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή και ανά Εξειδικευμένη κλίνη

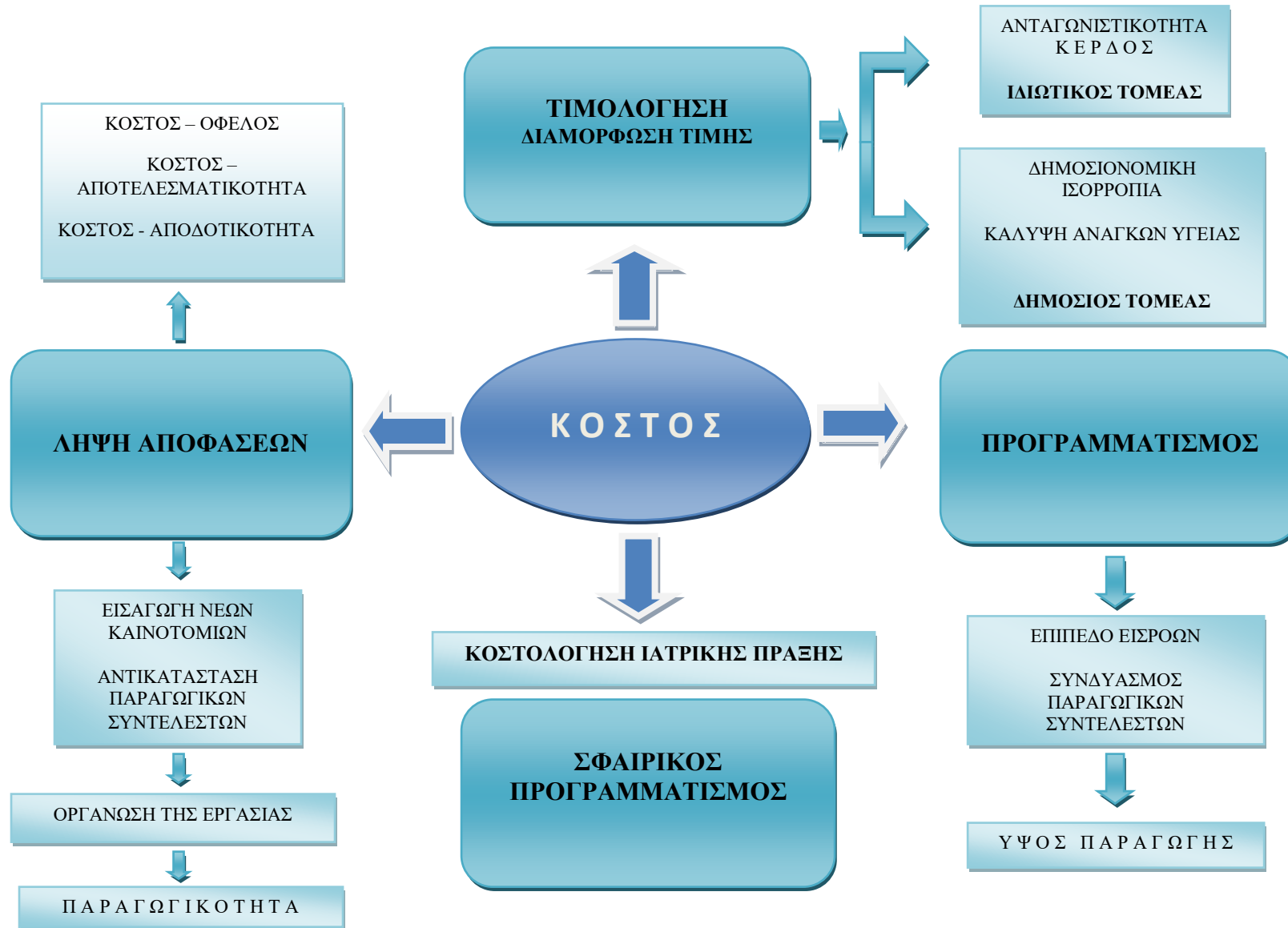
Η βοήθεια την οποία προσφέρουν οι παραπάνω δείκτες είναι ιδιαίτερα σημαντική όμως παρ' όλα αυτά δεν ικανοποιούνται πλήρως οι απαιτήσεις που συχνά έχει μία επιχείρηση υγείας. Για το λόγο αυτό, σε πολλές περιπτώσεις επιδιώκεται η ανάλυση κόστους της ιατρικής πράξης με απώτερο στόχο την αναγνώριση του κόστους, τη μορφή του και τη σύνθεσή του περιστατικού. Επιπλέον, οι δείκτες κόστους βοηθούν στην τιμολόγηση των περιστατικών και στην αύξηση των κερδών αναφορικά με τον ιδιωτικό τομέα, στη διαπραγμάτευση του ύψους των νοσηλίων αναφορικά με το δημόσιο τομέα, στον πλήρη έλεγχο των κέντρων κόστους, στον προγραμματισμό και τέλος στον επιχειρησιακό σχεδιασμό των μονάδων υγείας. Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό ότι η χρησιμότητα των δεικτών αυτών είναι ουσιαστικής σημασίας για την εξέλιξη της νοσοκομειακής μονάδας καθώς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στον τρόπο λειτουργίας της όσο και στις αποφάσεις τις οποίες θα λάβει η διοίκηση για τη βιωσιμότητα του νοσοκομείου αλλά και την εξέλιξη και ανάπτυξή του.

3.4. Σχέση Κόστους με διάφορους παράγοντες του Νοσοκομείου

Όπως έχει ήδη αποσαφηνιστεί και στα προηγούμενα κεφάλαια, η σχέση του κόστους με το σύνολο των λειτουργιών ενός νοσοκομείου είναι καθοριστικής σημασίας. Θέτοντας το κόστος στο κέντρο του ενδιαφέροντος έχουμε άμεσες συνέπειες στα πεδία της τιμολόγησης, του προγραμματισμού, της λήψης αποφάσεων και του σφαιρικού προγραμματισμού. Ξεκινώντας με την τιμολόγηση ως κύριο σημείο σύνδεσης και επιπτώσεων του κόστους βλέπουμε ότι το κόστος επηρεάζει τη διαμόρφωση τιμής είτε με απώτερο στόχο το κέρδος στα ιδιωτικά νοσοκομεία είτε με απώτερο στόχο την όσο γίνεται καλύτερη κάλυψη των αναγκών στα δημόσια νοσοκομεία. Ο προγραμματισμός συνδέεται άρρηκτα με την κοστολόγηση αφού ουσιαστικά πρόκειται για την παραγωγική διαδικασία. Διακρίνονται οι εισροές του συστήματος, ο τρόπος διαχείρισής τους και η παραγωγική διαδικασία και εν τέλει οι εκροές και η αποδοτικότητα αυτών. Εξίσου σημαντική επίπτωση του κόστους υπάρχει και στη λήψη αποφάσεων από την πλευρά της διοίκησης. Μέσω της οργάνωσης της εργασίας εμφανίζεται η παραγωγικότητα και η αποδοτικότητα του συστήματος και σε περίπτωση δυσλειτουργιών εάν η διοίκηση αποφασίσει να τροποποιήσει κάποιες λειτουργίες, είτε καταργώντας τις είτε εισάγοντας νέες, μπορεί να αξιολογήσει τις κινήσεις αυτές μέσω δεικτών αξιολόγησης όπως είναι το κόστος οφέλους ή το κόστος αποτελεσματικότητας. Παρακάτω

παρουσιάζεται ένα σύντομο διάγραμμα εμφάνισης των σχέσεων που αναπτύσσονται με το κόστος και τους άλλους παράγοντες ενός νοσοκομείου.

Διάγραμμα 5: Σχέση Κόστους και Βασικών Οικονομικών Οργανωτικών – Διοικητικών και Διαχειριστικών Πολιτικών του Νοσοκομείου (Γούλα Α., 2007, σελίδα 315)



3.5. Σημασία κοστολόγησης ιατρικής πράξης

Η ιατρική πράξη αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο της έννοιας του νοσοκομειακού κόστους και συχνά χρησιμοποιείται σε εξειδικευμένες αναλύσεις. Η πρώτη και πιο ουσιαστική ανάλυση έχει σκοπό να δώσει στοιχεία που αφορούν στην τιμολόγηση μιας παρεχόμενης υπηρεσίας. Για να μπορέσει να ικανοποιηθεί η ανάγκη της τιμολόγησης, το μέσο κόστος είναι αυτό που θα μας δώσει τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν σε επιμέρους κατηγορίες προσφερόμενων υπηρεσιών ή στο σύνολο τους και πάλι όμως δεν είναι αποδεκτό σε περιπτώσεις ακριβών και εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας όπως είναι μια καρδιοχειρουργική επέμβαση. Για το λόγο αυτό τα νοσοκομεία είναι αναγκασμένα να εξειδικεύσουν το κόστος για τις διάφορες ιατρικές πράξεις είτε για λόγους κοινωνικής δικαιοσύνης, είτε για λόγους διαμόρφωσης ανταγωνιστικής τιμής αλλά ακόμα και για διαπραγματεύσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Για να μπορέσει να γίνει η κοστολόγηση της ιατρικής πράξης απαιτείται να έχουμε στη διάθεσή μας κάποιες βασικές πληροφορίες οι οποίες θα αναφερθούν παρακάτω:

- a) Η γνώση του αφανούς κόστους
- b) Η γνώση του άμεσου και έμμεσου κόστους ή των άμεσων και έμμεσων δαπανών
- c) Η γνώση των κέντρων ευθύνης-συστηματοποίηση και καταγραφή των στοιχείων κόστους με σκοπό τη λήψη αποφάσεων
- d) Η γνώση των τεχνικών του επιμερισμού των δαπανών:
 - Συστηματοποίηση και επιμερισμός του χρόνου δραστηριοτήτων μιας ιατρικής πράξης
 - Συστηματοποίηση των εμπλεκόμενων εισροών: επιμερισμός χρόνου συμμετοχής ανθρώπινων πόρων, υλικοί πόροι και αποσβέσεις κτιρίων και τεχνολογικού εξοπλισμού, αναλυτική καταγραφή των δαπανών για αναλώσιμα και φάρμακα και τέλος οικονομικοί πόροι, ύψος κεφαλαίων και δανείων
- e) Η γνώση του τρόπου συλλογής των δεδομένων

(Γούλα Α., 2007)

3.6. Άμεσο και Έμμεσο κόστος, ως βάση κοστολόγησης της ιατρικής πράξης

Ένας σημαντικός διαχωρισμός του κόστους για την ανάλυση του σε ό,τι αφορά την ιατρική πράξη, είναι σε άμεσο και σε έμμεσο κόστος. Με τον όρο άμεσο κόστος εννοούμε *“κάθε δαπάνη που χρησιμοποιείται για παροχή άμεσης φροντίδας, που έχει δηλαδή, άμεση*

διαγνωστική, θεραπευτική παρέμβαση στον ασθενή και συμμετέχει ο ίδιος στη διαδικασία παραγωγής”. Τα εξωτερικά ιατρεία, τα χειρουργεία και οι κλινικές αποτελούν κέντρα άμεσης ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας και οι ασθενείς που καταναλώνουν τις υπηρεσίες αυτές αποτελούν το άμεσο κόστος. Επιπλέον, τα τρία προαναφερθέντα κέντρα άμεσης ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας συνδέονται άμεσα με άλλα τρία οργανωτικό-λειτουργικά κέντρα τα οποία είναι : 1) τα εργαστήρια, 2) το φαρμακείο και 3) τα τμήματα αποκατάστασης, και όλα αυτά μαζί παρέχουν υπηρεσίες και αγαθά άμεσης διάγνωσης, αποκατάστασης και υπηρεσίες ιατρικών παροχών που συμμετέχει πάντα ο ασθενής

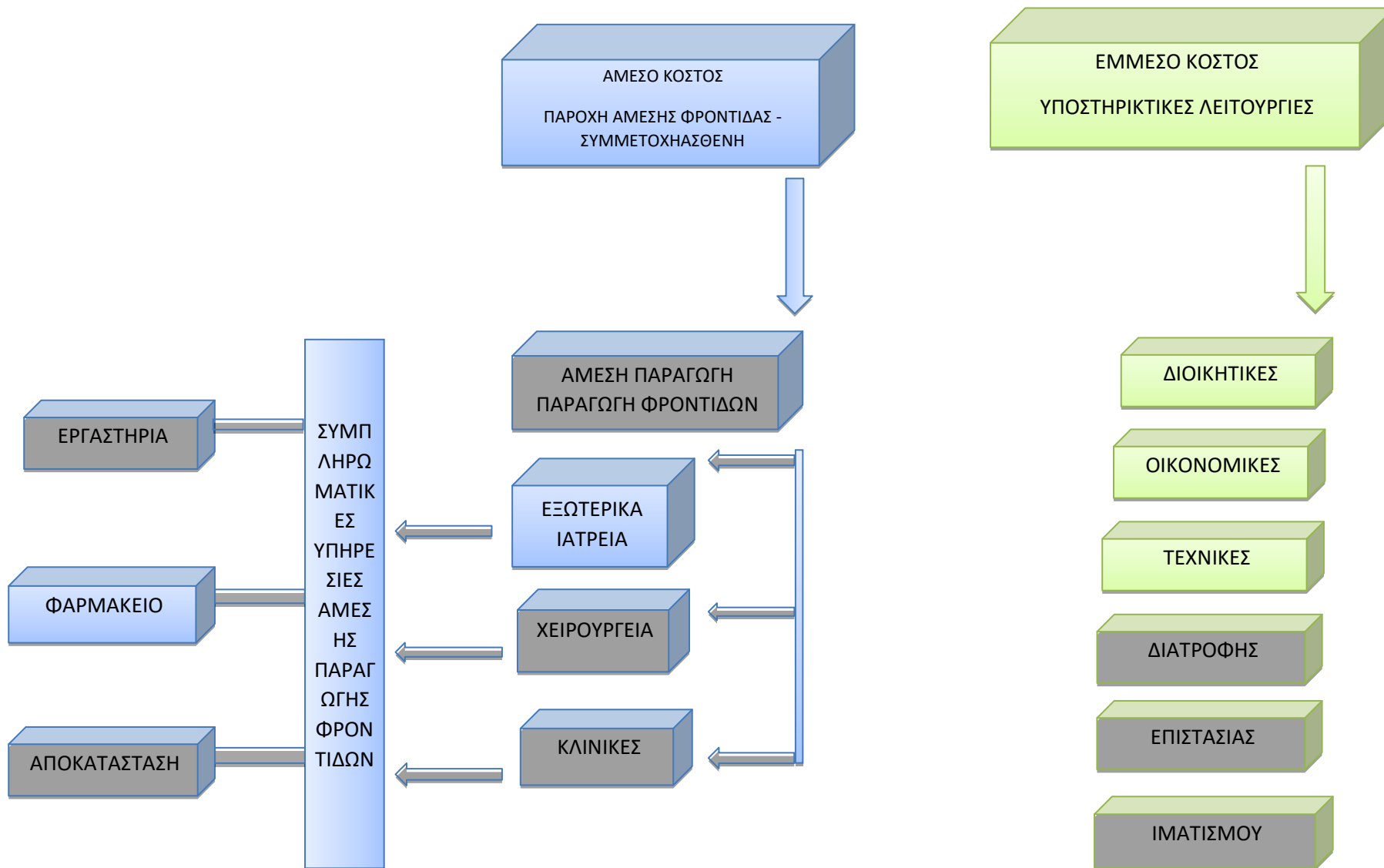
Αναφορικά με τον όρο έμμεσο κόστος, εννοούμε “κάθε δαπάνη που πραγματοποιείται για την υποστήριξη της βασικής και συμπληρωματικής ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας”.

Ουσιαστικά με την έννοια του έμμεσου κόστους αναφερόμαστε σε λειτουργίες:

- Διοικητικές
- Οικονομικές\
- Τεχνικές
- Διατροφής
- Επιστασίας\
- Ιματισμού

Παρακάτω ακολουθεί ένα οργανόγραμμα σχετικά με τη δομή των υπηρεσιών δημιουργίας άμεσου και έμμεσου νοσοκομειακού κόστους:

Διάγραμμα 6: Δομή υπηρεσιών δημιουργίας άμεσου & έμμεσου κόστους
(Γούλα Α., 2007, σελ.318)



3.7. Τιμολόγηση στις μονάδες υγείας

Η τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι το αποτέλεσμα της κοστολόγησης. Πρόκειται για την άμεση σύνδεση της κοστολόγησης με την παροχή των υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και αφορά τη διαδικασία καθορισμού της τιμής αυτών των υπηρεσιών. Η σημασία της τιμής είναι καθοριστική τόσο σε μικροοικονομικό επίπεδο όσο και σε μακροοικονομικό. Στο μικροοικονομικό επίπεδο η τιμή είναι το στοιχείο του marketing κατά το οποίο μια επιχείρηση παράγει έσοδα και κέρδη όταν όλα τα υπόλοιπα αποτελούν κόστη και δαπάνες. Επιπλέον, είναι ένα ευέλικτο στοιχείο δεδομένου ότι οι τιμολογιακές αποφάσεις είναι ορατές σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα συγκριτικά με τα στοιχεία του προϊόντος, της διανομής και της προβολής. Στο μακροοικονομικό επίπεδο, γενικότερα οι τιμές καθορίζουν τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης και εξισορροπούν την αγορά συμβάλλοντας έτσι στο βιοτικό επίπεδο των ίδιων των καταναλωτών μέσα σε μία κοινωνία. Η διαδικασία της τιμολόγησης περιλαμβάνει : α) τους τιμολογιακούς στόχους, β) τις τιμολογιακές μεθόδους και γ) τις τιμολογιακές πολιτικές.

Οι τιμολογιακοί στόχοι παρέχουν τις κατευθυντήριες γραμμές σε ότι αφορά τη διαμόρφωση της τιμής που θα καθορίσει η επιχείρηση και για το λόγο αυτό πρέπει να αποτελούν την αφετηρία οποιασδήποτε απόφασης. Διακρίνονται σε ποσοτικούς και ποιοτικούς. Οι μεν πρώτοι αφορούν σε θέματα κάλυψης κόστους, μεριδίου αγοράς και όγκου πωλήσεων ενώ οι δεύτεροι στη διατήρηση της υφιστάμενης θέσης στην αγορά, τη διαφοροποιημένη τιμολόγηση, την ανταγωνιστική τιμολόγηση και την τιμολόγηση σειράς προϊόντος.

Οι τιμολογιακές μέθοδοι αφορούν στα βήματα μέσω των οποίων οι επιχειρήσεις θέτουν τις τιμές τους και διακρίνονται σε τρεις (3) κατηγορίες:

i. Μέθοδοι τιμολόγησης με βάση το κόστος: αποτελούν τις πιο απλές μεθόδους όμως βασικό μειονέκτημά τους είναι ότι δε λαμβάνουν υπόψη τους την ισχύουσα κατάσταση της αγοράς.

- Μέθοδος κόστους άνευ κέρδους (Δημόσιο, Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί) ή πλέον περιθωρίου κέρδους (ιδιωτικός τομέας)
- Μέθοδος καθορισμένου μεγέθους αποδοτικότητας του χρησιμοποιημένου κεφαλαίου (ιδιωτικός τομέας)
- Μέθοδος ανάλυσης νεκρού σημείου (κόστους – εσόδων)

ii. Μέθοδοι με βάση τον ανταγωνισμό: Στηρίζεται στην λεγόμενη «τιμή οδηγό» την οποία ορίζει η επιχείρηση η οποία ηγείται της αγοράς ή στον μέσο όρο των τιμών του κλάδου που δραστηριοποιείται η επιχείρηση. Αυτές οι μέθοδοι είναι:

- Τιμολόγηση με βάση της τιμές της αγοράς
- Τιμολόγηση χαμηλότερα του ανταγωνισμού
- Τιμολόγηση υψηλότερα του ανταγωνισμού
- Ηγεσία τιμής

iii. Μέθοδοι με βάση τη ζήτηση: η τιμή καθορίζεται με βάση την αντιλαμβανόμενη αξία των υπηρεσιών ή του προϊόντος που προσφέρεται στον πελάτη. Κύριο γνώρισμα της μεθόδου αυτής είναι ότι πρώτα καθορίζεται η τιμή του προϊόντος ή της υπηρεσίας και στη συνέχεια προσαρμόζεται το κόστος στην τιμή. Οι μέθοδοι αυτοί είναι:

- Τιμολόγηση με βάση την αντιλαμβανόμενη αξία του προϊόντος
- Τιμολόγηση με βάση τη μέθοδο «target pricing».

Οι τιμολογιακές πολιτικές εστιάζουν περισσότερο στο πως παρουσιάζονται οι τιμές καθημερινά στους πελάτες – ασθενείς και διακρίνονται ως εξής:

- Τιμολόγηση καταλόγου
- Διαφοροποιημένη τιμολόγηση
- Εκπτώσεις – προσφορές
- Ψυχολογική τιμολόγηση
- Τιμολόγηση του μείγματος προϊόντος
- Τιμολόγηση αποδοτικότητας τιμολόγηση των σχέσεων

Βασικά χαρακτηριστικά τιμολόγησης των υπηρεσιών αποτελούν τα παρακάτω στοιχεία:

❖ Η αϋλότητα, επειδή δεν πωλούνται ευρέως στην αγορά όπως παραδοσιακά τα προϊόντα βρίσκονται σε ράφια, εμποδίζεται η δημιουργία οικονομικών κλίμακας και σύγκριση ανταγωνιστικών τιμών

❖ Η φθαρτότητα των υπηρεσιών εμφανίζεται στο γεγονός ότι δεν μπορούν να αποθηκευτούν και για το λόγο αυτό πρέπει όλα τα προβλήματα να αντιμετωπίζονται την στιγμή που συμβαίνουν, κάτι το οποίο συμβάλει στη διαφοροποίηση των τιμών αναλόγως με την αναμενόμενη ζήτηση σε συγκεκριμένες περιόδους

❖ Η ετερογένεια είναι το χαρακτηριστικό εκείνο όπου κάθε πελάτης αντιλαμβάνεται και αξιολογεί με τελείως διαφορετικό τρόπο την ίδια προσφερόμενη

υπηρεσία ή η ίδια υπηρεσία προσφέρεται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικούς πελάτες

❖ Το αδιαχώριστο παραγωγής και κατανάλωσης, αποτελεί το χαρακτηριστικό εκείνο όπου εκτός από το χρηματικό κόστος, η κατανάλωση πολλών υπηρεσιών έχει ως αποτέλεσμα να διαμορφώνει και κόστος ενέργειας, χρόνου ή ακόμα και ψυχολογικό.

(Πολύζος Ν., 2007)

Επιπλέον, σύμφωνα με τον κο Γούναρη όπως αυτό εμφανίζεται στο σύγγραμμα του κο Πολύζου υπάρχουν και κάποιες διαφορές σε ό,τι αφορά την τιμολόγηση των υπηρεσιών έναντι αυτής των φυσικών προϊόντων. Παρακάτω αναφέρονται οι συγκεκριμένες διαφορές:

❖ Δυσκολία στον τρόπο υπολογισμού του κόστους των υπηρεσιών και κυρίως στο προσδιορισμό του κόστους ανά μονάδα, π.χ. μία περίπλοκη νοσηλεία

❖ Ανελαστική ζήτηση γεγονός που συχνά οδηγεί σε υψηλότερες τιμές από αυτές που ισχύουν στην αγορά, π.χ. ιατρικές υπηρεσίες

❖ Δυσκολία των ασθενών – πελατών να χρησιμοποιήσουν μία τιμή αναφοράς σε μία ορισμένη προσφερόμενη υπηρεσία

Λόγω λοιπόν αυτής της ιδιομορφίας στη διαδικασία καθορισμού της τιμής στις υπηρεσίες, έχουν αναπτυχθεί ορισμένες τιμολογιακές πολιτικές οι οποίες αναλύονται στη συνέχεια:

➤ **Διοίκηση εσόδων:** βασικός σκοπός είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη απολαβή κέρδους από κάθε επιμέρους τμήμα της αγοράς, π.χ. διαφορά νοσηλίων σε τρίκλινο, δίκλινο, μονόκλινο δωμάτιο

➤ **Τιμολόγηση βάσει κάποιας προμήθειας:** προμήθεια ορίζεται το ποσό που προκύπτει είτε ως ποσοστό επί των πωλήσεων, είτε ως ποσοστό επί της τελικής τιμής, είτε σε συνάρτηση με το γεγονός να υπάρχει ευτυχής κατάληξη π.χ. μετά από μία δικηγορική διαφωνία

➤ **Τιμολόγηση βάσει των αποτελεσμάτων:** οι τιμές καθορίζονται με βάση τα αποτελέσματα που παρέχουν στους πελάτες

➤ **Τιμολόγηση βάσει της ικανοποίησης των ασθενών:** τιμολόγηση είτε εκείνων των στοιχείων που παρέχουν οφέλη και εγγύηση στον πελάτη, είτε καθορισμό τιμής ανεξάρτητα από το χρόνο συνεργασίας

➤ **Μεταβλητή τιμολόγηση:** εφαρμόζεται συνήθως σε μεγάλες και πολύπλοκες υπηρεσίες όταν η τιμή μεταβάλλεται ανάλογα με την εξέλιξη των υπηρεσιών

(Πολύζος Ν., 2007)

Συνεπώς, με τον όρο τιμολόγηση, απευθυνόμαστε στον τρόπο με τον οποίο οι ιατρικές πράξεις αποκτούν τιμή με απώτερο στόχο το νοσοκομείο να γίνει ανταγωνιστικό στην αγορά υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών, να αυξήσει το κέρδος του και να εκπληρώσει τους κοινωνικούς σκοπούς. (Γούλα Α., 2007 σελ 304). Αναμφισβήτητα λοιπόν, η συγκεκριμένη διαδικασία όσο αναφορά τις ιδιωτικές μονάδες υγείας, αποτελεί τη βάση ώστε να παρέχονται οι καλύτερες δυνατές τιμές σε συνδυασμό με τη βέλτιστη ποιότητα, με απώτερο στόχο την κερδοφορία. Αντίθετα όσο αναφορά τις δημόσιες μονάδες υγείας η τιμολόγηση παρά το γεγονός ότι έχει σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών, είναι υποχρεωμένες να τιμολογούν τις ιατρικές πράξεις ώστε να υπάρχει ένα μέτρο σύγκρισης μεταξύ αξίας και ικανοποίησης.

3.8. Τιμολόγηση υπηρεσιών σε δημόσιο νοσοκομείο

Όπως έχει είδη αναφερθεί και παραπάνω, το δημόσιο νοσοκομείο τιμολογεί τις ιατρικές υπηρεσίες σε όλο το στάδιο παραγωγής τους με σκοπό να δημιουργηθεί μια τελική τιμή και βέβαια να ικανοποιήσει εν τέλει τις ανάγκες των ασθενών. Τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν στην Ελλάδα σαν δημόσιες επιχειρήσεις οι οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε όλους τους πολίτες χωρίς διακρίσεις.

Το μέσο που χρησιμοποιούν οι δημόσιες μονάδες υγείας για να πραγματοποιηθεί η τιμολόγηση είναι το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο. Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών (Κ.Υ.Α. Υ4α/ οικ. 1320/98) ορίζεται ότι στο κλειστό ημερήσιο ενοποιημένο νοσήλιο περιλαμβάνονται όλες οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή και η δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν αρκετές εξετάσεις όπως για παράδειγμα η μαγνητική τομογραφία και η λιθοτριψία και φάρμακα το κόστος των οποίων δεν είναι συνυπολογισμένο στο προαναφερθέν νοσήλιο.

Το τιμολόγιο του ημερήσιου ενοποιημένου νοσηλίου εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

- Τη θέση της κλίνης (Γ, Ββ, Βα, Α, πολυτελείας)
- Το είδος της κλινικής και το τμήμα νοσηλείας, αν π.χ. είναι παθολογικό, χειρουργικό ή ψυχιατρικό

- Την ομάδα-κατηγορία του ιατρικού περιστατικού, π.χ. καρδιοχειρουργικό
- Το είδος κατανάλωσης φαρμάκων
- Το είδος των εργαστηριακών ή παρακλινικών εξετάσεων και
- Τον ασφαλιστικό φορέα

Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού), σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. Υ4α/ οικ. 1320/98, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και με βάση την κατωτέρω αναπροσαρμογή του ημερήσιου νοσηλίου. (Γούλα Α., 2007)

Πίνακας 4: Τιμολόγιο ημερήσιου νοσηλίου

| | ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ | |
|--|---------------------------------|----------------------|
| A. Παθολογικός Τομέας | ΘΕΣΗ | ΤΙΜΕΣ |
| | Γ | 60€ |
| | Bβ | 72€ |
| | Bα | 85€ |
| | A | 110€ |
| | Πολυτελείας | 170€ |
| B. Χειρουργικός Τομέας | ΘΕΣΗ | ΤΙΜΕΣ |
| | Γ | 75€ |
| | Bβ | 90€ |
| | Bα | 110€ |
| | A | 130€ |
| | Πολυτελείας | 200€ |
| Γ. Ψυχιατρικός Τομέας | ΘΕΣΗ | ΤΙΜΕΣ |
| | Γ | 40€ |
| | Bβ | 50€ |
| | Bα | 60€ |
| | A | 72€ |
| | Πολυτελείας | 110€ |
| Δ. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) | | ΤΙΜΕΣ 200€ |
| Ε. Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΜΑΑ) | | ΤΙΜΕΣ 200€ |
| ΣΤ. Μονάδα Εντατικής Νεογνών (ΜΕΝ) | | ΤΙΜΕΣ 200€ |
| Ζ. Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας-Μονάδα Εμφραγμάτων (ΜΑΦ-ΜΕ) | | ΤΙΜΕΣ 110€ |
| Η. Μονάδα Εγκαυμάτων | | ΤΙΜΕΣ |

| | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|
| | | 200€ |
| Θ. Μονοήμερη Νοσηλεία | ΤΜΗΜΑ Παθολογικό Χειρουργικό Ψυχιατρικό | ΤΙΜΕΣ 80€ 90€ 40€ |

3.9. Τιμολόγηση υπηρεσιών σε ιδιωτικά νοσοκομεία

Μέχρι και πριν την δεκαετία του 80 οι ιδιωτικές μονάδες υγείας λειτουργούσαν σαν ατομική επιχείρηση και τα έσοδα τους προέρχονταν από την κοινωνική ασφάλιση. Τα δεδομένα όμως άλλαξαν όταν με τις διατάξεις του Νόμου 1397/83 απαγορεύτηκε η χορήγηση άδειας ιδρύσεως ιδιωτικών κλινικών και η επέκταση των ήδη υφιστάμενων. Αυτό έγινε, διότι το νεοσύστατο τότε Εθνικό Σύστημα Υγείας έπρεπε να αναπτυχθεί, συνεπώς οι δραστηριότητες των ιδιωτικών μονάδων έπρεπε να περιοριστούν. Επιτράπηκε πάλι η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών, η λειτουργία αυτών και η μεταβίβαση με την ψήφιση του Π.Δ. 247/91. Με βάση τις διατάξεις αυτές οι κλινικές μετατράπηκαν εκτός από θεραπευτήρια και σε υψίστης σημασίας ιατρικά κέντρα τα οποία πολύ σύντομα κάλυψαν τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Επιπλέον, οι κλινικές έπαψαν να βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση του πληθυσμού και πλέον στηριζόντουσαν στο εισόδημα των ασθενών. Υπήρξε ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας καθώς επίσης, σε συνδυασμό με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες που προσέφεραν συγκριτικά με τα δημόσια νοσοκομεία ευνοήθηκε η ανάπτυξη τους. Παράλληλα η έλλειψη μηχανισμών με σκοπό τον καθορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας και η αδιαφορία του κράτους συντέλεσε στο να δημιουργήσουν οι ιδιωτικές μονάδες υγείας μια δική τους τιμολογιακή πολιτική όπου χαρακτηριστικό της ήταν η αποζημίωση κατά περίπτωση και πράξη.

Σήμερα, η τιμολόγηση στον ιδιωτικό τομέα χωρίζεται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις μονάδες εκείνες οι οποίες είναι συμβεβλημένες με τους ασφαλιστικούς φορείς, οπότε τιμολογούν όπως και τα δημόσια νοσοκομεία, βάση του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου αλλά τιμολογούν επιπρόσθετα τις εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, τις αμοιβές των ιατρών και των αναισθησιολόγων, τα ειδικά υλικά και τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω του ότι τα ΚΕΝ μπορούν να καλύψουν την κατώτερη θέση νοσηλείας, οι ιδιωτικές κλινικές άτυπα κατήγγιζαν αυτές τις θέσεις και παρέχουν στους ασθενείς τις θέσεις Ββ, Βα, Α και πολυτελείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να καλείται να πληρώσει επιπλέον τη διαφορά θέσης νοσηλείας ώστε

να έχουν κέρδος τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Η δεύτερη κατηγορία αφορά την τιμολόγηση βάση ανοιχτού νοσηλίου και εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής πρέπει να παρατείνει την παραμονή του στην κλινική περισσότερες ημέρες από αυτές που καθορίζει το ΚΕΝ. Το ανοιχτό νοσήλιο περιλαμβάνει την αξία των ξενοδοχειακών υποδομών, ενώ οι υπηρεσίες υγείας κοστολογούνται κατά πράξη και έχουν μια προκαθορισμένη τιμή. Σε περίπτωση όπου ο ασθενής δεν έχει κοινωνική ασφάλιση τότε τιμολογείται με το ανοιχτό νοσήλιο και την τιμολογιακή πολιτική που ακολουθεί η επιχείρηση στους αμιγώς ιδιώτες ασθενείς. Τέλος, υπάρχει το ενδεχόμενο ο ασθενής να είναι ασφαλισμένος μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και παράλληλα να διαθέτει και ασφάλιση σε κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία. Σε αυτήν την περίπτωση τιμολογείται το ΚΕΝ που αντιστοιχεί στην παθολογία του περιστατικού και στη συνέχεια υπάρχει ένα συμπληρωματικό τιμολόγιο που αφορά την ιδιωτική ασφάλεια. Εφαρμόζεται ο τιμοκατάλογος της ισχύουσας σύμβασης μεταξύ ιδιωτικού θεραπευτηρίου και ασφαλιστικής εταιρείας και για το λόγο αυτό εμφανίζονται μεγάλες διαφορές στις τιμές μεταξύ ασθενών, αποκλειστικά με κοινωνική ασφάλιση ή ιδιώτες ή συνδυασμό κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης.

(Γουλα Α.,2007 σελ 339)

3.10. Σύστημα Τιμολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών DRG (Diagnosis-Related Groups)

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει και στο πρώτο (1^ο) κεφάλαιο, ο τρόπος τιμολόγησης των ιατρο-νοσηλευτικών υπηρεσιών άλλαξε 01/01/2012 για όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Πριν την αλλαγή, τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώναν τα νοσοκομεία για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων τους, με βάση τα τιμολόγια του υγειονομικού υλικού και των φαρμάκων, και τις ημέρες νοσηλείας. Από το 2012 και έπειτα, το υπουργείο Υγείας εισήγαγε τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ – DRGs) ανάλογα με τη θεραπευτική κατηγορία της πάθησης. Κατά τα νέα δεδομένα, η τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, που παρασχέθηκαν στον ασθενή, στηρίζεται σε έναν κωδικό με την κατηγορία της πάθησής του, στην οποία θα αντιστοιχεί ένα προκοστολογημένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία. Σημαντική δραστηριότητα σε αυτή τη διαδικασία κατέχει ο θεράπων ιατρός του ασθενούς, ο οποίος συμπληρώνει το έντυπο εισαγωγής και επιλέγει τον αντίστοιχο κωδικό διάγνωσης, σύμφωνα με την αιτία εισόδου του. Στο τέλος της θεραπείας του, πάλι ο θεράπων ιατρός είναι υπεύθυνος να συμπληρώσει το εξιτήριο και να καταγράψει τον αντίστοιχο κωδικό με τη διάγνωση εξόδου (ICD-10) καθώς και την ιατρική πράξη. Ο κωδικός ICD – 10 είναι υποχρεωτικός και χωρίς

αυτόν το εξιτήριο δεν μπορεί να προχωρήσει. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι μπορούν να επιλεγούν περισσότερες από μία διαγνώσεις ή ιατρικές πράξεις όμως πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε αυτές, ώστε να αποφευχθεί τυχόν παρερμηνεία του κωδικού διάγνωσης εισόδου με κάποιο σύμπτωμα ή σημείο αναφοράς ως διάγνωση εξόδου.

Από την άλλη πλευρά, εξίσου σημαντική είναι η συμμετοχή του Λογιστηρίου Ασθενών, ώστε να ολοκληρωθεί σωστά η διαδικασία της τιμολόγησης. Χρησιμοποιώντας την εφαρμογή Σύστημα Αντιστοίχισης Κωδικοποίησης (Σ.Α.Κ.) του ΥΥΚΑ, το Λογιστήριο Ασθενών εισαγάγει τον ή τους κωδικούς ICD – 10 και των ιατρικών πράξεων, και η εφαρμογή του δίνει τον ή τους κωδικούς ΚΕΝ που αντιστοιχούν στις παραπάνω διαγνώσεις και ιατρικές πράξεις. Ο κωδικός ΚΕΝ που επιλέγει μπαίνει στο πληροφοριακό σύστημα και γίνεται η χρέωση του ασθενούς. Σε περιπτώσεις, όπου το Λογιστήριο Ασθενών δεν μπορεί να βρει τον κατάλληλο κωδικό ΚΕΝ, τότε ζητά τη βοήθεια από την Ομάδα Διαχείρισης των ΚΕΝ, η οποία αποτελείται από γιατρούς. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η καταχώρηση των διαγνώσεων και των ιατρικών πράξεων έρχεται καταχωρημένη στο Λογιστήριο ασθενών μέσω του κοινού πληροφοριακού συστήματος που χρησιμοποιείται από ιατρούς και γραμματείς ορόφων. Σε περιπτώσεις όπου οι ήδη καταχωρημένες διαγνώσεις και ιατρικές πράξεις δεν αντιστοιχούν σε ΚΕΝ, τότε απευθύνεται το Λογιστήριο Ασθενών στην ειδικευμένη ομάδα διαχείρισης των ΚΕΝ για να λυθεί το πρόβλημα. Η υποβολή των περιστατικών στα ασφαλιστικά ταμεία με σκοπό την αποζημίωση του νοσοκομείου γίνεται στις αρχές του μήνα για τον προηγούμενο μήνα. Εξαιρέση αποτελούν οι περιπτώσεις όπου η διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς υπερβαίνει αυτή της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας του ΚΕΝ, και τότε το πληροφοριακό σύστημα τιμολογεί τις επιπλέον ημέρες νοσηλείας βάσει του τιμολογίου της ΚΥΑ, καθώς επίσης τα επιπλέον φάρμακα, υλικά και εξετάσεις. Στους ιδιώτες ασθενείς, ακολουθείται η ίδια διαδικασία από το Γραφείο Κίνησης σε συνεργασία με το Λογιστήριο Ασθενών για την τιμολόγηση της νοσηλείας και καταβολή της δαπάνης, ενώ στα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα τιμολογείται σε ελεύθερο τιμοκατάλογο αναλόγως των υπηρεσιών που έχουν παρασχεθεί.

Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (ΚΕΝ), περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σ' αυτόν. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου που περιγράφονται στην υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 κοινή υπουργική απόφαση (Β'99), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, εκτός της προμήθειας μοσχευμάτων μυελού των οστών (αιμοποιητικό μόσχευμα), υλικών εμβολισμού εγκεφάλου,

διακαθετηριακών καρδιακών βαλβίδων, καθώς και των αντινεοπλασματικών φαρμάκων, φαρμάκων που έχουν ένδειξη ως επικουρικά της χημειοθεραπείας, παρεντερικά-αντιπηκτικά και κορτικοειδή, φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, συστηματικά δρώντες ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες, ινωδολυτικά και θρομβολυτικά φάρμακα, αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες, ενδοφλέβια αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, ανθρώπινη φυσιολογική ή anti-D ανοσοσφαιρίνη για ενδοφλέβια χρήση, υποκατάστατα του επιφανειοδραστικού παράγοντα και ραδιοφάρμακα.

Στις περιπτώσεις που απαιτείται εισαγωγή σε ΜΕΘ η χρέωση γίνεται με το ημερήσιο νοσήλιο ΜΕΘ της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 κοινής υπουργικής απόφασης πλέον των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων.

Σε κάθε εξιτήριο ασθενούς χρεώνεται το ΚΕΝ της κύριας νοσηλείας και σε περίπτωση δεύτερης χρεώνονται μέχρι δύο ΚΕΝ, με το κύριο ΚΕΝ να τιμολογείται κανονικά και το δεύτερο ΚΕΝ να τιμολογείται στο 50% του κόστους του.

Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού), σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 κοινή υπουργική απόφαση (Β' 99), όπως έχει τροποποιηθεί με βάση της αναπροσαρμογή του νοσηλίου της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 και Υ4α/οικ.105604/27-9-11 κοινών υπουργικών αποφάσεων, πλέον ιατροτεχνολογικών προϊόντων ή ιατρικών εξετάσεων με βάση το παρατηρητήριο του άρθρου 24 του Ν. 3846/2010 και το κοστολόγιο του δημοσίου αντιστοίχως (στο 80% της πρώτης στήλης του κρατικού τιμολογίου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΥΣ

4.1. Σύστημα διαχειριστικού ελέγχου

Όπως αναφέρει ο κος Σούλης, σύμφωνα με τον κο Dusart (1987) “ως διαχειριστικό έλεγχο μπορούμε να περιγράψουμε το σύνολο των μέσων τα οποία χρησιμοποιούνται από έναν οργανισμό προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι που αυτός διαθέτει στην παραγωγή, χρησιμοποιούνται κατά τον κατάλληλο τρόπο με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για την επίτευξη των στόχων που έχουν ορισθεί”. Ο διαχειριστικός έλεγχος θέτει σε πρωτεύουσα θέση τη διοίκηση και τη συμμετοχή των αρμόδιων ατόμων σε όλα τα επίπεδα της παραγωγικής διαδικασίας με σκοπό την αναζήτηση της μέγιστης αποτελεσματικότητας δεδομένων των πόρων οι οποίοι έχουν διατεθεί. Συνεπώς τα στελέχη οφείλουν να διαχειρίζονται με τον βέλτιστο τρόπο τις δαπάνες οι οποίες έχουν καθοριστεί κατά τον προϋπολογισμό.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή ενός συστήματος ελέγχου του κόστους είναι οι παρακάτω:

- ❖ Επεξεργασία των στόχων, κατά «κέντρο ευθύνης», μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας και σε αρμονία με τις γενικότερες στρατηγικές επιδιώξεις της νοσοκομειακής μονάδας
- ❖ Διάθεση των απαραίτητων μέσων για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί, αφήνοντας στα αρμόδια πρόσωπα τη δυνατότητα επιλογής για την καλύτερη χρήση αυτών.

Απαραίτητη είναι η ανά τακτά χρονικά διαστήματα σύγκριση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται με αυτές που είχαν τεθεί προϋπολογιστικά, ώστε να διαπιστώνονται τυχόν διαφορές και να λαμβάνονται οι σωστές αποφάσεις με στόχο τη διόρθωση αυτών των αποκλίσεων. Αν οι διαφορές είναι σημαντικές και μεγάλες, οι υπεύθυνοι οφείλουν να εξηγήσουν τις αιτίες και να υπάρξει αναθεώρηση των αρχικών στόχων. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχειριστικός έλεγχος πρέπει να διαχωρίζεται από τον έλεγχο του προϋπολογισμού, αφού ο δεύτερος ασχολείται με τη σύγκριση των καταναλωθέντων πόρων με αυτούς που είχαν εγκριθεί αρχικά.

Ο ρόλος του διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να αναλυθεί ως ακολούθως:

- Αφορά στη μέτρηση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που πραγματοποιήθηκαν για κάθε τομέα δραστηριότητας

- Αποτελεί ένα όργανο αξιολόγησης του έργου των υπευθύνων και της διοικητικής τους υπόστασης μέσω της εκτίμησης των ενεργειών τους
- Κατέχει ρόλο συντονισμού των διαφορετικών κέντρων ευθύνης δεδομένου ότι λειτουργεί διατομεακά και συμβάλλει στη σύγκλιση των στόχων
- Και τέλος έχει ρόλο διαρκούς αμφισβήτησης των στόχων που έχουν τεθεί και επανατοποθέτηση αυτών ανάλογα με τα εμπειρικά αποτελέσματα.

Η εφαρμογή ενός συστήματος διαχειριστικού ελέγχου παίρνει διαφορετική μορφή στα νοσοκομεία και εξαρτάται από το σύστημα υγείας το οποίο καθορίζει το ευρύτερο πλαίσιο δράσης και λειτουργίας των μονάδων υγείας, το νομοθετικό πλαίσιο, το βαθμό ενσωμάτωσης των σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και γενικά από τις ισχύουσες εθνικές και τοπικές ιδιομορφίες. Κλείνοντας, αξίζει να αναφερθούν οι προϋποθέσεις οι οποίες θα πρέπει να ικανοποιούνται, με σκοπό οι λειτουργίες του διαχειριστικού ελέγχου να αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα:

- ❖ Πρέπει να είναι καθορισμένος ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του καθενός
- ❖ Η αρχή της συμμετοχικής διοίκησης να τίθεται ως βάση συμμετοχής όλων των παραγόντων
- ❖ Διασφάλιση της έγκαιρης και έγκυρης διακίνησης πληροφοριών
- ❖ Διαρκής επικοινωνία και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των συμμετεχόντων.

(Σούλης Σ., 1999)

4.2. Το κόστος ως συντελεστής ορθολογικής διαχειριστικής πολιτικής

Σε μία οποιαδήποτε επιχείρηση ο σκοπός που τίθεται είναι είτε η κερδοφορία είτε η ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων που εξυπηρετεί. Το ίδιο λοιπόν ισχύει και στις μονάδες υγείας, αναφερόμενοι σε μία ιδιωτική κλινική θέτουμε ως απώτερο στόχο το όσο το δυνατόν γίνεται μέγιστο κέρδος ενώ μιλώντας για ένα δημόσιο νοσοκομείο σημαντικότερος στόχος είναι η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του, αναφορικά με τον πληθυσμό τον οποίο καλείται να εξυπηρετήσει. Για να μπορέσει να όμως η διοίκηση του νοσοκομείου να πετύχει τους στόχους αυτούς καλείται να διαχειριστεί το κόστος λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών με τέτοιο τρόπο ώστε να επιφέρει τα βέλτιστα αποτελέσματα. Υπάρχουν κάποια βασικά ερωτήματα τα οποία είναι απαραίτητο να απαντηθούν από την πλευρά της διοίκησης ώστε να μπορέσει να υλοποιήσει το έργο της. Παρακάτω παρατίθενται τα ερωτήματα αυτά:

- Ποιο είναι το άριστο μέγεθος παραγωγής;
- Πως θα καλυφθεί η ζήτηση;
- Ποια είναι η άριστη ποσότητα των εισροών που απαιτούνται για την παραγωγή της A ή της B ποσότητας;
- Με ποιες τεχνικές ή ιατρο-νοσηλευτικές και εργαστηριο-διαγνωστικές διαδικασίες θα επιτευχθεί η ορθολογικά σχεδιαζόμενη ποσότητα υπηρεσιών;
- Πως θα επιτευχθεί ο στόχος των ανταγωνιστικών προσφερόμενων υπηρεσιών;
- Με ποιες δαπάνες πιο απλά, οφείλουμε να εξασφαλίζουμε μέγιστη παραγωγικότητα με τα προβλεπόμενα έσοδα, πουλώντας σε X τιμή, η οποία πρέπει να είναι ανταγωνιστική και να επιφέρει και κέρδος;
- Θα πρέπει να μειωθεί το κόστος παραγωγής ή θα πρέπει να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Για να μπορέσουν να απαντηθούν τα παραπάνω ερωτήματα βασική προϋπόθεση είναι η μελέτη του κόστους παραγωγής ανεξάρτητα από τη νομική μορφή της υγειονομικής μονάδας και τη μορφή της αγοράς. Το κόστος μπορούμε να καταλήξουμε ότι συνδέεται με πολλές μελετητικές σχέσεις και στη συνέχεια παρουσιάζονται αυτές οι σχέσεις:

- Κόστος – Διαμόρφωση τιμής – Τιμολόγηση
- Κόστος – Όγκος παραγωγής ποσότητας
- Κόστος – Ανταγωνιστική επιχείρηση
- Κόστος – Παραγωγικότητα
- Κόστος – Χρησιμοποιούμενη Τεχνολογία & Μέθοδοι
- Κόστος – Επίπεδο εισροών – Συνδυασμός παραγωγικών συντελεστών και τεχνολογίας
- Κόστος – Διαμόρφωση προϋπολογισμού – σφαιρικού προϋπολογισμού
- Κόστος – Λήψη αποφάσεων
- Κόστος – Κέρδος
- Κόστος – Όφελος, Αποτελεσματικότητα, Αποδοτικότητα

Είναι εμφανές ότι η έννοια του κόστους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με όλες τις λειτουργίες του νοσοκομείου και όσο καλύτερα γνωρίζουμε το κόστος τόσο καλύτερα μπορούμε να διοικήσουμε τη μονάδα υγείας που ηγούμαστε και να φέρουμε τα βέλτιστα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την παραγωγή και το κέρδος ή την παραγωγή και την ικανοποίηση του πληθυσμού. (Γούλα Α., 2007)

4.3. Καταγραφή στοιχείων κόστους

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και ανωτέρω, το κόστος αποτελεί έναν μηχανισμό ελέγχου είτε αυτός ο μηχανισμός αφορά σε οργανωτικο-διοικητικές παρεμβάσεις είτε σε μηχανισμό διαμόρφωσης προϋπολογισμού. Για να μπορέσει να υλοποιηθεί αυτός ο σκοπός και να λειτουργεί σωστά η εκτίμηση του κόστους πρέπει να πραγματοποιείται καταγραφή αυτού στα κέντρα ευθύνης ή στα κέντρα δραστηριότητας, ανάλογα με τους πόρους και τη δραστηριότητα του κάθε τμήματος του νοσοκομείου, στα αντίστοιχα κέντρα και ανάλογα με την ιεραρχική- λειτουργική δόμηση και το σκοπό που εξυπηρετούν. Η δημιουργία των κέντρων ευθύνης κόστους μπορεί να γίνει στις κλινικές ή στη διεύθυνση οικονομικού προγραμματισμού ή στη διεύθυνση τεχνικού, ακόμα και σε τμήματα όπως ιματισμού ή διατροφής και σκοπός της λειτουργίας τους είναι η εξειδικευμένη καταγραφή συντελεστών κόστους ανά μονάδα και η στοχευμένη λήψη αποφάσεων ανά κλινική και ανά τμήμα.

(Γούλα Α., 2007)

4.4. Καθορισμός Κέντρων Κόστους Ευθύνης

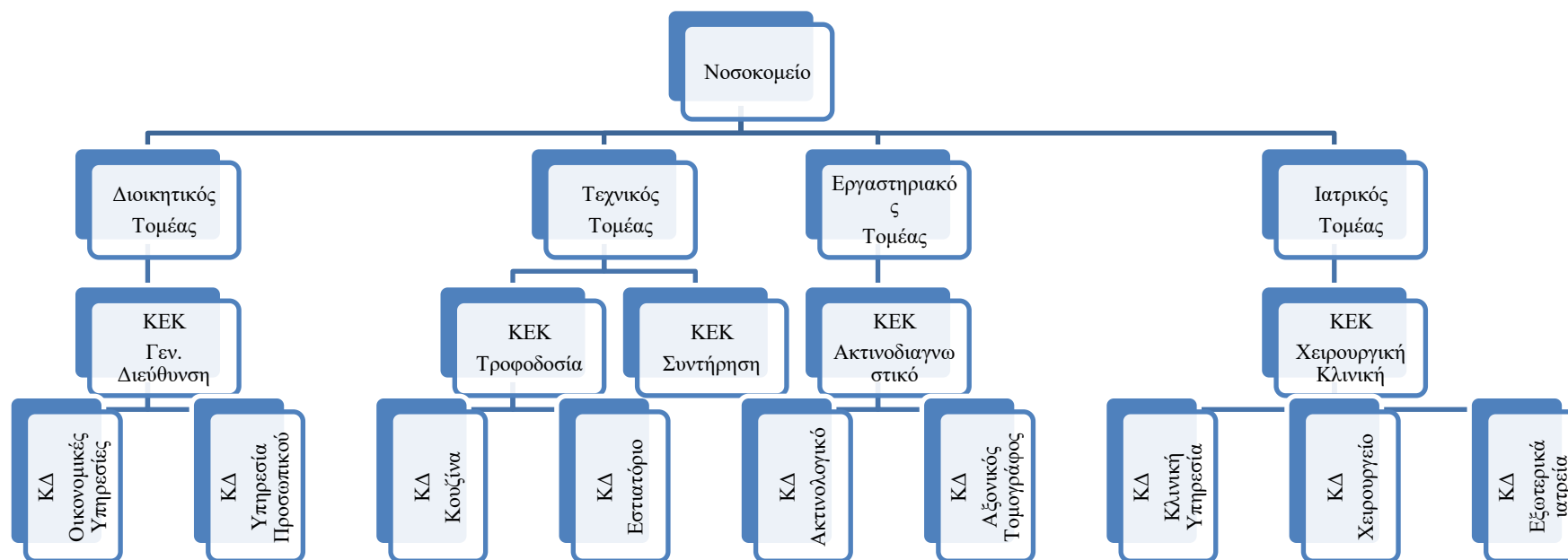
Ο καθορισμός κέντρων ευθύνης ουσιαστικά αποτελεί ένα κριτήριο ύπαρξης «υπεύθυνης αρχής». Πρόκειται για τον τρόπο με τον οποίο η διοίκηση του νοσοκομείου φέρει ουσιαστική ευθύνη απέναντι στις λειτουργίες και τις δραστηριότητες του ιδρύματος και σε περίπτωση απουσίας αυτής της ευθύνης συνεπάγεται και απουσία διαπραγμάτευσης σε σχέση με τις προβλέψεις και με τον έλεγχο της διαχείρισης. Για να μπορούμε να αναφερθούμε σε ορθή διοικητική λειτουργία, βασική προϋπόθεση είναι κάθε κέντρο ευθύνης κόστους να δημιουργείται ώστε να ικανοποιεί έναν συγκεκριμένο στόχο, να αφορά μία βασική λειτουργία του νοσοκομείου και να συνδυάζεται με μία ή με περισσότερες δραστηριότητες. Επιπλέον ένα κέντρο ευθύνης κόστους πρέπει να συνδυάζει σωστά όλα τα μέσα που έχει στη διάθεσή του, είτε είναι ανθρώπινο δυναμικό είτε υλικά και να λειτουργεί υπό μία ενιαία αρχή. Δημιουργείται από το αρμόδιο άτομο βάση ιεραρχίας και είναι αδύνατη η ύπαρξη κέντρου ευθύνης κόστους εάν δεν υπάρχει άτομο για να το ελέγχει και να το διαχειρίζεται. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η δομή του νοσοκομείου καθορίζει και την ύπαρξη αυτών και συνεπώς συμβάλει στη σύγκριση μεταξύ νοσοκομειακών ιδρυμάτων, στοιχείων κόστους και αποτελεσμάτων ίδιων δραστηριοτήτων. Από την άλλη πλευρά υπάρχει και η διατύπωση ότι τα κέντρα ευθύνης κόστους βοηθούν στη σύγκριση των ιδιαιτεροτήτων του κάθε ιδρύματος και επιτρέπουν αντίστοιχα στο κάθε νοσοκομείο να αναπτύξει τα δικά του κέντρα ευθύνης σύμφωνα με τις ανάγκες του. Στην προσπάθεια μας να

δώσουμε έναν ορισμό για την έννοια του κέντρου ευθύνης κόστους και σύμφωνα με τον κο Σούλη, μπορούμε να πούμε ότι κέντρο ευθύνης κόστους είναι “το επίπεδο στο οποίο γίνεται η προετοιμασία και η παρακολούθηση του προϋπολογισμού, όπου γίνεται η συσχέτιση της προβλεπόμενης δραστηριότητας με τα μέσα τα οποία απαιτούνται για την πραγματοποίησή τους, με τον καθορισμό του υπευθύνου για τον εντοπισμό των αρχικών στόχων και την επιβολή, ενδεχομένως, διορθωτικών μέτρων κατά τη διάρκεια της περιόδου πραγματοποίησης”. Παρά την όλη σημαντικότητα των κέντρων ευθύνης κόστους παρατηρείται κάποιες φορές η δυσχερής παρακολούθηση άλλων πληροφοριών και η ακριβής μέτρηση της δραστηριότητας. Για τον λόγο αυτό δημιουργείται μία άλλη έννοια, αυτή των κέντρων δραστηριότητας με σκοπό τον πλήρη έλεγχο και παρακολούθηση της υγειονομικής μονάδας. Κλείνοντας οφείλουμε να σημειώσουμε ότι λόγω των χαρακτηριστικών του νοσοκομειακού συστήματος της Γαλλίας, τα οποία συναντάμε και στην Ελλάδα, όπως η διοικητική εξάρτηση από την κεντρική εξουσία, η εξάρτηση σε επίπεδο χρηματοδότησης, καθορισμού τιμών και η συνδιαλλαγή με ασφαλιστικούς φορείς, επιλέχθηκε το σύστημα διαχειριστικού ελέγχου εκείνης προς περιγραφή και ανάλυση διότι εκτός των άλλων συμπληρώνει και τις διαδικασίες του λογιστικού ελέγχου του συστήματος του «Ολικού Προϋπολογισμού». (Σούλης Σ., 1999)

4.5. Καθορισμός Κέντρων Δραστηριότητας

Το κέντρο δραστηριότητας αποτελεί ένα υποσύνολο του κέντρου ευθύνης κόστους και συνεπώς η δραστηριότητα είναι ομογενής, μπορεί να εκφραστεί από μία ενιαία μονάδα έργου και η μέτρηση της δραστηριότητας μπορεί να γίνει μόνο στο συγκεκριμένο στάδιο. Αντίστοιχα γίνεται η μέτρηση των μέσων τα οποία χρησιμοποιούνται για τη συγκεκριμένη δραστηριότητα και αναλόγως είναι και η παρακολούθησή της. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι μπορεί η διάθεση των μέσων να γίνεται σε επίπεδο κέντρου ευθύνης κόστους ενώ η δραστηριότητα να μετράται σε επίπεδο κέντρου δραστηριότητας. Σε αυτήν την περίπτωση είναι αναγκαίο να γίνεται καταμερισμός των δαπανών που διατίθενται σε επίπεδο κέντρου ευθύνης κόστους ανάμεσα στα κέντρα δραστηριότητας τα οποία το αποτελούν. Αυτό έχει ως άμεσο αποτέλεσμα τα διαθέσιμα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκάστοτε δραστηριότητα να διαρθρώνονται στα κέντρα δραστηριότητας. Για να μπορέσει να υλοποιηθεί αυτή η διαδικασία με επιτυχία και να είναι έγκυρη οφείλει το νοσοκομείο να διαθέτει ένα κατάλληλα οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα. Σε διαφορετική περίπτωση, η διοίκηση πρέπει να επιλύσει το πρόβλημα της αξιολόγησης μίας μη ομοιογενούς δραστηριότητας σε επίπεδο κέντρων ευθύνης. (Σούλης Σ., 1999).

Διάγραμμα 7: Σύνδεση κέντρων ευθύνης – κόστους (ΚΕΚ) και κέντρων δραστηριότητας (ΚΔ)
 (Σούλης Σ., 1999 σελ.266)



4.6. Σύστημα διαχείρισης ελέγχου Νοσοκομειακής παραγωγής

Οι λειτουργίες της διοίκησης των νοσοκομείων σε ό,τι αφορά τον προϋπολογισμό, είναι κυρίως ελεγκτικές και προβλεπτικές και ουσιαστικά κύριοι παράγοντες για να διεκπεραιωθούν είναι ο καθορισμός κέντρων ευθύνης και η ποσοτική εκτίμηση των παραμέτρων της δραστηριότητας και των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν. Οι προαναφερθέντες διαδικασίες αποτελούν σημαντικό τμήμα κατάρτισης του προϋπολογισμού όμως δεδομένου της ύπαρξης των κέντρων ευθύνης προάγεται η συμμετοχική διοίκηση και προϋποθέτει τη συμμετοχή όλων των υπευθύνων στη λήψη αποφάσεων. Πιο συγκεκριμένα η δημιουργία κέντρων ευθύνης κόστους αποσκοπεί την ικανοποίηση μιας καλύτερης πληροφόρησης σχετικά με τις σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στα μέσα, τις δαπάνες και τις δραστηριότητες μιας νοσοκομειακής μονάδας, και στην ανάγκη περισσότερο ενεργούς συμμετοχής από την πλευρά του υπευθύνου του κάθε κέντρου, οι οποίοι μέσω των αποφάσεων τους επηρεάζουν άμεσα τις νοσοκομειακές δραστηριότητες και το κόστος αυτών.

Όπως ήδη αναφέραμε, η συμμετοχική διαδικασία των κέντρων ευθύνης κόστους συνδέεται άμεσα με τον προϋπολογισμό και υπάρχουν κάποια στάδια από τα οποία αποτελείται. Αυτά είναι τα εξής:

- Παρουσίαση των βασικών μεγεθών του προϋπολογισμού, τα οποία καθορίζονται από ιστορικά στοιχεία ή και προβλέψεις για ποσοστιαίες αυξήσεις, οι οποίες είναι δεδομένες για το τμήμα των εσόδων, ειδικά αν πρόκειται για σύστημα ολικού προϋπολογισμού
- Πρώτες συζητήσεις για την ανάγκη διάθεσης περισσότερων πόρων ανά κέντρο ευθύνης
- Πρόταση καταμερισμού των πόρων μεταξύ των κέντρων ευθύνης, το στάδιο αυτό συμβαδίζει με την ειδική επεξεργασία πινάκων στους οποίους εμφανίζονται η προβλεπόμενη δραστηριότητα και τα απαιτούμενα μέσα
- Τελικές συζητήσεις με τον υπεύθυνο κάθε κέντρου σχετικά με τον τρόπο διάθεσης των πόρων σύμφωνα με:
 - Των έλεγχου των στοιχείων του τρέχοντος έτους
 - Και τους αντίστοιχους λογαριασμούς του περασμένου έτους.

Σε αυτό το σημείο ολοκληρώνονται οι διαπραγματεύσεις μεταξύ των υπευθύνων των κέντρων ευθύνης και των αρμόδιων διοικητών.

- Τελικές αποφάσεις από τη διεύθυνση του νοσοκομείου

➤ Τελική απόφαση των αρμοδίων κεντρικών ή περιφερειακών αρχών, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία

➤ Προσαρμογή των δεδομένων σύμφωνα με την απόφαση των τελευταίων και εξειδίκευση αυτών στα κέντρα ευθύνης.

Η περιγραφή που προηγήθηκε, αποκαλύπτει τον ουσιαστικό ρόλο που έχει ο υπεύθυνος του κάθε κέντρου ευθύνης κόστους σε ό,τι αφορά τη διαπραγμάτευση σχετικά με τους πόρους που θα του διατεθούν. Η διαπραγμάτευση αυτή σχετίζεται με τη διαμόρφωση των μεγεθών που είχε το κέντρο ευθύνης κόστους τον προηγούμενο χρόνο και την εκτίμηση των εξελίξεων σχετικά με τα διαρκή και τα νέα μέσα.

Ως διαρκή, χαρακτηρίζονται τα μέσα εκείνα τα οποία είναι μόνιμα και συνδέονται με την υποδομή του νοσοκομείου, ενώ νέα, θεωρούνται όσα προκύπτουν από την αλλαγή αυτής της υποδομής όπως:

- ❖ Η δημιουργία νέων κλινικών
- ❖ Η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών νοσηλείας
- ❖ Καινοτομίες στην ιατρική εφαρμογή
- ❖ Νέος, σύγχρονος μηχανολογικός εξοπλισμός
- ❖ Η ανακαίνιση των γενικών υπηρεσιών.

Παρ' όλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι διαφοροποίηση στη δραστηριότητα των κέντρων ευθύνης μπορεί να προκύψει και από τη μεταφορά μέσων από το ένα κέντρο στο άλλο, με παράλληλη αλλαγή των δεδομένων λειτουργίας του. Συνεπώς, η μεταβολή των μέσων δεν συνεπάγεται αποκλειστικά και μόνο μεταβολή της υποδομής μίας νοσοκομειακής μονάδας.

Όλες λοιπόν οι παράμετροι λειτουργίας των κέντρων ευθύνης εμφανίζονται σε πίνακες οι οποίοι απεικονίζουν τα χρηματοοικονομικά στοιχεία, τα μέσα σύνθεσης των μεγεθών και τις προβλέψεις της δραστηριότητας, χαρακτηριστικά τα οποία συνθέτουν τον προϋπολογισμό. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα ελέγχου της δραστηριότητας των κέντρων ευθύνης κόστους σε όλη τη διάρκεια της χρήσης, ενώ παράλληλα παρακολουθείται και η ικανοποίηση του προϋπολογισμού.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παρακολούθηση της διαδικασίας, μπορούν να διακριθούν σε δύο επίπεδα: το διαχειριστικό, το οποίο μας βοηθάει στην αντίληψη του όγκου εργασιών, την επίδραση των τιμών και τη μεταβολή τη παραγωγικότητας και το λογιστικό, το οποίο εκφράζει το αποτέλεσμα ανάμεσα στα έσοδα και τις δαπάνες, όπως αυτά εμφανίζονται στον προϋπολογισμό. Σημειώνεται δε, ότι στο τέλος της διαχειριστικής περιόδου γίνεται εκτίμηση των αποτελεσμάτων των κέντρων

ευθύνης κόστους και δημιουργούνται νέοι πίνακες στους οποίους αναφέρονται τα οικονομικά στοιχεία τα οποία αφορούν την κάθε διεύθυνση και οφείλουν να αποτυπωθούν στην κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης.

Κλείνοντας πρέπει να αναφερθούν οι προϋποθέσεις ορθής εφαρμογής ενός συστήματος διαχειριστικού ελέγχου, οι οποίες είναι οι εξής:

1. Η στρατηγική διεύθυνση του νοσοκομείου οφείλει να αναζητά την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων
2. Οι υπεύθυνοι των διαφόρων τομέων οφείλουν να αντιλαμβάνονται τη στενότητα των οικονομικών μεγεθών και να συμμετέχουν ενεργά στην εύρεση τρόπων με σκοπό τη διαχείριση των πόρων
3. Η ύπαρξη ενός σωστού πληροφοριακού συστήματος, το οποίο θα μεταφέρει την πληροφορία έγκαιρα και έγκυρα, αναλόγως των αναγκών των διοικητικών στελεχών
4. Τέλος, η ύπαρξη ενός άρτια εκπαιδευμένου προσωπικού, σε όλες τις βαθμίδες του νοσοκομείου, το οποίο θα μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του διαχειριστικού συστήματος, χρησιμοποιώντας ορθά τα εργαλεία τα οποία έχει στη διάθεσή του.

(Σούλης Σ, 1999)

4.7. Διαχειριστική Πολιτική στο Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα

Το κεφάλαιο αυτό θα ολοκληρωθεί παρουσιάζοντας τη διαφορετική διαχειριστική πολιτική του κόστους, την οποία ακολουθεί ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Πρέπει βέβαια να τονιστεί ότι οι δύο (2) αυτοί τομείς της υγείας, δημόσιος και ιδιωτικός, διέπονται και από άλλες διαφορές όπως:

- a) Διαφορετική διαχειριστική συμπεριφορά σε θέματα διαμόρφωσης κόστους και τιμών των ιατρικών πράξεων και των νοσοκομειακών υπηρεσιών
- b) Διαφορετικές συνέπειες οι οποίες θα επέλθουν από μία αύξηση των τιμών και του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών
- c) Διαφορετική προσέγγιση εννοιολογικά και διαχειριστικά σχετικά με τη ζημιά και τα κέρδη
- d) Διαφορετική πολιτική αφού ο δημόσιος τομέας υγείας έχει ως σκοπό την κάλυψη των αναγκών σε ιατρο-νοσηλευτικές υπηρεσίες, του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας υγείας έχει ως σκοπό τα κέρδη.

Είναι γνωστό ότι ο δημόσιος τομέας υγείας βασίζεται στις επιχορηγήσεις του κράτους ώστε να υλοποιήσει τη δραστηριότητά του και να πετύχει τους στόχους του. Σημειώνεται δε, ότι οι κρατικές επιχορηγήσεις καλύπτουν τουλάχιστον τις αμοιβές των ανθρώπινων πόρων. Αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας υγείας, για να μπορέσει να εξασφαλίσει τη δραστηριότητά του, στηρίζεται στα ιδιωτικά κεφάλαια και στα τραπεζικά κεφάλαια δανεισμού.

Πάρα τις διαφορές που εντοπίζονται, σε ό,τι αφορά το σκοπό δράσης των δύο τομέων της υγείας, σχετικά με την προσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών, σημειώνεται ότι η ορθολογική διαχειριστική και οικονομική πολιτική είναι αναγκαία και στους δύο και για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η χρησιμοποίηση ίδιων τεχνικών υπολογισμού του κόστους για κάθε ιατρο-νοσηλευτική πράξη. Παρακάτω θα ακολουθήσει μία ανάλυση σχετικά με τη διαμόρφωση κόστους και τιμών στον δημόσιο νοσοκομείο και τις ιδιωτικές κλινικές.

Πίνακας 5: Διαμόρφωση κόστους & τιμών, δημόσιου νοσοκομείου & ιδιωτικής κλινικής

| ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ | ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ-ΕΠΙΔΙΩΞΕΙΣ | ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ-ΕΠΙΔΙΩΞΕΙΣ |
|--|---|---|
| ΚΟΣΤΟΣ | Υψηλότερο Της τιμής του νοσηλίου | Υψηλό Αλλά μικρότερο της τιμής του νοσηλίου |
| ΤΙΜΗ | Χαμηλές τιμές νοσηλίων Αρκετά υψηλές για αποζημιώσεις εξειδικευμένων ιατρικών πράξεων | Α) πολύ χαμηλή τιμή νοσηλίων Β) Υψηλές τιμές για αναλώσιμα, υγειονομικά υλικά και αμοιβές Γ) Υψηλές τιμές για αποζημίωση εξειδικευμένων ιατρικών πράξεων |
| ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΙΜΗΣ-ΚΟΣΤΟΥΣ | Συνήθως μεγάλα ελλείμματα | Συνήθως πλεονάσματα λόγω υψηλότερων τιμών από το κόστος |
| ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ | Ασφαλιστικοί φορείς Κρατική επιχορήγηση | Ατομικό εισόδημα Ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης |
| Α)ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ Β) ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΙΜΩΝ ΝΟΣΗΛΙΩΝ | Α) συγκράτηση του κόστους Β) σταθεροποίηση του γενικού νοσηλίου Γ) αύξηση της τιμής αποζημίωσης ιατρικής πράξης | Α) διαπραγμάτευση με ασφαλιστικά ταμεία Β) συγκράτηση του κόστους Γ) αύξηση της τιμής αποζημίωσης της ιατρικής πράξης Δ) Ελεύθερη τιμολόγηση και υιοθέτηση του ανοιχτού νοσηλίου |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| ΖΗΜΙΕΣ-ΚΕΡΑΗ | Τα βάρη σε περίπτωση ελλείμματος τα επωμίζεται το κοινωνικό σύνολο μέσω της φορολόγησης | Τα βάρη - ελλείμματα θεωρούνται ζημιά και σε αυτή την περίπτωση: Α) κηρύσσεται πτώχευση Β) τη ζημία την επωμίζεται ο καταναλωτής με αύξηση των τιμών Γ) τη ζημία την επωμίζονται οι ιδιότητες των παραγωγικών συντελεστών και προσδοκούν σε μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων |
| ΓΕΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ | Βελτίωση της ποιότητας Εξυπηρέτηση του κοινωνικού συνόλου | Βελτίωση της ποιότητας με στόχο την αύξηση της ανταγωνιστικότητας |

Πηγή: Γούλα Α., 2007, σελ.348

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διοίκηση μίας μονάδας υγείας είτε πρόκειται για δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο έχει ως βασικό σκοπό το κοινό όφελος και την εξυπηρέτηση του πληθυσμού, είτε πρόκειται για ιδιωτική κλινική, η οποία έχει ως σκοπό το κέρδος και την ανταγωνιστικότητα, πρέπει να γίνεται στοχευμένα και μεθοδικά ώστε να αποφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Δεδομένου της πολυπλοκότητας που έχει η οργάνωση ενός νοσοκομείου και των πολλών τμημάτων που δημιουργούνται κατ' ανάγκη εξυπηρέτησης των λειτουργιών του, πρέπει οι αρμόδιοι υπεύθυνοι, προϊστάμενοι και διευθυντές, να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων. Κάθε τμήμα, οφείλει να έχει το αντίστοιχο κέντρο ευθύνης κόστους, στο οποίο θα καταγράφεται λεπτομερώς το κόστος της παραγωγικής διαδικασίας, ώστε να μπορούν οι αρμόδιοι εκπρόσωποι να επεξεργαστούν τις πληροφορίες σε δεύτερο χρόνο και να οργανώνουν το παραγωγικό πλάνο, το οποίο θα υιοθετήσει η υγειονομική μονάδα.

Η Οικονομική Διεύθυνση είναι υπεύθυνη για την κατάρτιση του προϋπολογισμού και σε συνεννόηση με τους αρμόδιους υπεύθυνους όλων των τμημάτων καθορίζονται οι δαπάνες που χρειάζονται σύμφωνα με την εμπειρία των προηγούμενων ετών και τις προβλέψεις που γίνονται για τις ανάγκες στο άμεσο μέλλον. Το κόστος είναι ο βασικότερος παράγοντας επιρροής της γενικότερης λειτουργίας. Μελετώντας το κόστος παραγωγής μπορούμε να λάβουμε σωστές αποφάσεις σχετικά με την εξέλιξη του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις αυτές αφορούν είτε την οργάνωση της εργασίας είτε την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, συγκριτικά με τις δαπάνες που έχουν πραγματοποιηθεί ή που πρόκειται να πραγματοποιηθούν. Επιπλέον, το κόστος επηρεάζει τον προγραμματισμό. Διερευνάται το επίπεδο των εισροών (αναλώσιμα, υγειονομικά υλικά, φάρμακα και ανθρώπινο δυναμικό), πως αυτά συνδυάζονται κατά την παραγωγική διαδικασία και τελικά τι αποτέλεσμα επιφέρουν. Από την άλλη πλευρά διαμορφώνει το σφαιρικό προϋπολογισμό μέσω της διαδικασίας κοστολόγησης της ιατρικής πράξης. Ουσιαστικά αναφερόμαστε σε μία συνάρτηση πολλών συντελεστών οι οποίοι μελετώνται και συνδυάζονται με στόχο την κατανόηση των ευρύτερων διαδικασιών του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή της θεραπείας του ασθενούς. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει ένα νοσοκομείο, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαδικασία της κοστολόγησης.

Σε συνέχεια της μελέτης του κόστους, καθορίζεται η σωστότερη τιμή της εκάστοτε προσφερόμενης υπηρεσίας και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η υγειονομική μονάδα να μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα τα οικονομικά της. Ουσιαστικά η τιμολόγηση είναι η απόρροια του κόστους παραγωγής προσθέτοντας το επιπλέον ποσό το οποίο επιτρέπει στο νοσοκομείο την

εξέλιξη του. Εάν αναφερθούμε στα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει οι τιμές που καθορίζουν να εξασφαλίζουν αφενός μεν το κόστος λειτουργίας και παραγωγής και αφετέρου να προσφέρουν την άνεση μεγαλύτερης ικανοποίησης του πληθυσμού που εξυπηρετούν. Από την άλλη πλευρά, αναφερόμενοι στις ιδιωτικές κλινικές, οι τιμές τους πρέπει να εξασφαλίζουν το κέρδος της επιχείρησης, την όσο γίνεται πιο ανταγωνιστική προσφορά υπηρεσιών και φυσικά την ανάπτυξη της εταιρείας είτε σε επίπεδο υποδομών είτε σε εξοπλισμό αλλά και σε ποιότητα.

Εν κατακλείδι,, πρέπει να τονιστεί ότι η έννοια του κόστους, στις υπηρεσίες υγείας, είναι πολύπλοκη, διότι το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από πολλούς και διάφορους παράγοντες τους οποίους καλείται να εναρμονίσει η διοίκηση του αντίστοιχου παρόχου υπηρεσιών υγείας ώστε να πετύχει την αποστολή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Βαρβάκης Κ. (2005), «*Θεωρία του Κόστους. Το Κόστος και οι Επιχειρηματικές αποφάσεις*», Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα
2. Βενιέρης Γ, Κοέν Σ. και Κωλέτση Μ, (2005), «*Λογιστική Κόστος- Αρχές και Εφαρμογές*», Αθήνα, Εκδόσεις Ρ. Ι. PUBLISHING.
3. Γούλα Α., (2007), «*Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Η Ελληνική Εμπειρία και Πρακτική*», Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, Αθήνα.
4. Δημογέροντας Γεώργιος, Μπαλάσκα Δήμητρα, Μπιτσώρη Ζωή, «*Η χρηματοδότηση των Ελληνικών Δημόσιων και Ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) και η επίδραση στη βιωσιμότητα τους*», Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2017, Τόμος 6, Τεύχος 2
5. Δημοπούλου – Δημάκη Ι., (2006), «*Διοικητική Λογιστική, Κοστολόγηση / Προϋπολογισμοί / Λήψη αποφάσεων*», Εκδοτικός Οίκος Interbooks, MSC in Accounting, Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Αθήνα.
6. Λιαρόπουλος Λ., (2010), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α' Τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.
7. Νόμος Υπ' Αριθ. 1397/83, «*Εθνικό Σύστημα Υγείας*», ΦΕΚ 143/τ.Α'/7.10.1983.
8. Νόμος Υπ' Αριθ. 2071/92, «*Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*», ΦΕΚ Α' 123/15-7-1992.
9. Μιλτιάδης Χ., Μπογιατζίδης Π., ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ: «*Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009–2017*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2021 38(1): 108-116
10. Νόμος Υπ' Αριθ. 3370/05, «*Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*», ΦΕΚ Α 176-2005.
11. Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., «*Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014 31(2): 172-185
12. Πολύζος Ν., (2007), «*Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*», Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
13. Προεδρικό Διάταγμα Υπ' Αριθ. 146/03, «*Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας*», ΦΕΚ Α' 122/21-5-2003.
14. Σιγάλας Ι., «*Οργάνωση και Λειτουργία Περιφερειακού Νοσοκομείου*», Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη, 1990.
15. Σούλης Σ., (1999), «*Οικονομική της Υγείας*», Β' Έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
16. Σούλης Σ., Γρίβας Θ., Γούλα Α., (1999), *Οι Δείκτες Εισροών - Αποτελεσμάτων ως Βασικά Μεθοδολογικά Εργαλεία στις Στατιστικές Τεχνικές Υλοποίησης Προγραμμάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*, ΕΠΕΑΕΚ, Ενέργεια 3.1.δ.2., Εκδόσεις ΤΕΙ-Αθήνας, Αθήνα
17. Υπ' Αριθμ. Πρωτ. Υ4α/οικ.85649, Κοινή Υπουργική Απόφαση, «*Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ*», ΦΕΚ 1702/Β/27-7-2011.

18. Υπ' Αριθμ. Πρωτ. Υ4α/οικ.105604, Κοινή Υπουργική Απόφαση «Συμπλήρωση της κοινής υπουργικής απόφασης Υ4α/οικ.85649/27-7-11 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ», ΦΕΚ 2150/Β/27-9-2011.

ΕΝΟΓΛΩΣΗ

19. Huber M., Orosz E., (2003), Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001. Health care financing review 25(1).
20. Kutzin J., (1998), The Appropriate Role for Patient Cost Sharing. In : Saltman RB, Figueras J., Sakellaridis C., (eds) Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham, open university press.
21. Lalonde, Marc. «A New Perspective on the Health of Canadians», Ottawa (1974): Minister of Supply and Services, <https://www.phac-aspc.gc.ca>.
22. Mossialos E., Dixon A. 2002. "Funding health care in Europe: Weighing up the options." In Funding health care: Options for Europe, edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, and Joe Kut-zin, 272-300. Buckingham: Open University Press
23. Nordhaus W., Samuelson P., «Οικονομική Α Τόμος», εκδόσεις Παπαζήση (2000)
24. World Health Organization, «Declaration of Alma-Ata», Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. Geneva 1978.
25. World Health Organization, «Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence», Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization, Geneva 2005.
26. World Health Organization, «The determinants of health». Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. Geneva, 2011.
27. World Health Organization, "Health topics". Primary health care, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. Geneva, 2011.
28. Conrad, Peter (2008), «The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives». Macmillan Publishers. pp. 1-55. ISBN 1-4292-0558-X.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ

29. Μαζαράκη Η., (2012), Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό, ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Τόμος 31ος, τεύχος 1, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Ανώτατο Τεχνολογικό και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λάρισας, Λάρισα. <http://www.iedep.gr>
30. Ντούνης Α., «Ορίζοντας την κοινωνική Υγεία», Κοινωνική Πολιτική – Κοινωνική Θεωρία, www.socialpolicy.gr, 2012.
31. Υπουργείο Υγείας, «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» Άρθρο 01 – Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, www.opengov.gr/yyka

32. <http://www.wisegeek.com/what-is-tertiary-care.htm>
33. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίο τύπου: «Σύστημα λογαριασμών υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017» ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2019, www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2017
34. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίο τύπου: «Σύστημα λογαριασμών υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019» ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2021
35. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, OECD health statistics 2019, www.oecd.org/health/health-statistics
36. OECD (2019), «*Health expenditure in relation to GDP*», in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*», OECD Publishing, Paris, www.oecd-ilibrary.org
37. Βικιπαίδεια, η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια, www.wikipedia.gr