



Τεχνολογικό και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή: Διοίκησης και Οικονομίας
Τμήμα: Διοίκησης Επιχειρήσεων

Κόστος και διαχείριση νοσοκομειακής παραγωγής

Κόστος και διαχείριση νοσοκομειακής παραγωγής



Πηγή: Ημερησία

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΜΑΥΡΙΚΑΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:
ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ 3593
ΣΤΑΜΠΕΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ 3683

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2011

Copyright © Ευαγγελία Ευθυμίου, Ελένη Σταμπεδάκη, 2011
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του
ΤΕΙ Κρήτης δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων των
συγγραφέων εκ μέρους του Τμήματος.

Περιεχόμενα

	Σελίδα
Περίληψη	6
Summary.....	7
1. Το Κόστος	
1.1 Η Έννοια του Κόστους.....	8
1.2 Κριτήρια Διάκρισης του Κόστους.....	9
1.3 Λογιστική Κόστους.....	11
2. Η Κοστολόγηση	
2.1 Η Έννοια της Κοστολόγησης και οι βασικές της αρχές.....	12
2.2 Εσωλογιστική και Εξωλογιστική Κοστολόγηση.....	13
2.3 Προϋποθέσεις για την οργάνωση της Κοστολόγησης.....	14
2.4 Προϋποθέσεις ενός αποδοτικού συστήματος Κοστολόγησης.....	14
2.5 Οι μέθοδοι Κοστολόγησης και το Κοστολογικό σύστημα.....	15
2.6 Είδη συστημάτων Κοστολόγησης.....	17
2.7 Παράγοντες που επηρεάζουν τα συστήματα Κοστολόγησης.....	17
3 Υγεία κα Σύστημα Υγείας	
3.1 Χαρακτηριστικά του αγαθού Υγείας.....	18
3.2 Διάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	19
3.3 Αδυναμίες στη λειτουργία των Δημόσιων Νοσοκομείων σε σύγκριση με τα Ιδιωτικά.....	23
3.4 Δαπάνες Υγείας.....	26
3.5 Χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας.....	28
4. Διαχείριση οργανισμού και ειδικότερα Νοσοκομείου	
4.1 Γενικά για τη διοίκηση οργανισμού.....	30
4.2 Διαχείριση Νοσοκομείου.....	31
4.2.1 Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας και το Προεδρικό Διάταγμα 146.....	32
4.3 Οι λειτουργίες του Management στο Νοσοκομείο.....	33
4.4 Προμήθειες Φαρμακευτικού και μη Φαρμακευτικού υλικού.....	34
4.5 Η λήψη αποφάσεων στα Νοσοκομεία.....	35
4.6 Λογιστικά συστήματα διαχείρισης Κρατικών Νοσοκομείων.....	36
4.7 Ο ρόλος της Λογιστικής στα Νοσοκομεία.....	38
5. Νοσοκομειακό Κόστος και Νοσοκομειακή Κοστολόγηση	
5.1 Το Νοσοκομειακό Κόστος.....	30
5.2 Σχέση Κόστους με διάφορους παράγοντες του Νοσοκομείου.....	40
5.3 Νοσοκομειακή Κοστολόγηση.....	
5.3.1 Βασικές Αρχές Κοστολόγησης Νοσοκομείων.....	43
5.3.2 Τεχνικές Κοστολόγησης.....	43
5.3.3 Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών υπηρεσιών DRG (Diagnosi-Related-Groups).....	44
5.4 Συστήματα Διαχειριστικού Ελέγχου και Κέντρα Κόστους Ευθύνης	45
5.4.1 Ιατρικός και Νοσοκομειακός τομέας ως Κέντρο Κόστους.....	46
5.5 Η οικονομική κρίση στον τομέα της Υγείας.....	47
6. Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	49
Βιβλιογραφία.....	51

Λίστα Πινάκων

	Σελίδα
Πίνακας 3.1: Συστήματα Ε.Σ.Υ.....	19
Πίνακας 3.2: Ο αριθμός των νοσοκομείων στην Ελλάδα.....	22
Πίνακας 3.3: Διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου.....	23
Πίνακας 3.4: Κατηγορίες δαπανών υγείας.....	25
Πίνακας 3.5: Δημόσιες και Ιδιωτικές επενδύσεις στην Ελλάδα.....	26
Πίνακας 4.1: Χρήση διπλογραφικού συστήματος.....	36

Λίστα Σχημάτων

	Σελίδα
Σχήμα 3.1: Παραγωγική διαδικασία.....	18
Σχήμα 3.2: Επίπεδα περίθαλψης.....	21
Σχήμα 5.1: Σύνδεση κέντρων κόστους (ΚΚ) και κέντρων δραστηριότητας (ΚΔ)	45

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο γίνεται η διαχείριση και η κοστολόγηση της νοσοκομειακής παραγωγής.

Πιο συγκεκριμένα, γίνεται η ανάλυση του ορισμού του κόστους καθώς και ο διαχωρισμός του από την έννοια του εξόδου. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναλύονται και τα κριτήρια με βάση τα οποία διαχωρίζεται το κόστος. Εν συνεχεία, περιγράφεται η έννοια της κοστολόγησης και οι διαδικασίες της εσωλογιστικής και εξωλογιστικής κοστολόγησης. Μετά από σύγκριση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους βγαίνει και το συμπέρασμα για το ποια είναι καταλληλότερη για χρήση. Με βάση τα είδη του κόστους καθορίζονται και οι μέθοδοι της κοστολόγησης που αναλύονται στην εργασία. Η κοστολόγηση ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ασκείται στην παραγωγή διακρίνεται σε κοστολόγηση κατά φάση και σε κοστολόγηση κατά προϊόν ή παραγγελία.

Παρακάτω γίνεται μια αναφορά στο αγαθό της υγείας και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας ώστε να γίνει κατανοητή η λειτουργία των Νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα. Εκτός από τις δαπάνες και τους τρόπους χρηματοδότησης των μονάδων υγείας, εντοπίζονται και οι διαφορές ανάμεσα στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ο τρόπος διαχείρισης ενός οργανισμού και ειδικότερα του νοσοκομείου αποτέλεσε κομμάτι της έρευνας. Όπως σε κάθε οργανισμό, έτσι και στο νοσοκομείο, ενεργό ρόλο έχουν οι λειτουργίες του management που λαμβάνουν μέρος σε κάθε διαδικασία. Τα συστήματα διαχείρισης στα κρατικά νοσοκομεία είναι δυο, το απλογραφικό και το διπλογραφικό. Αρχικά χρησιμοποιούνταν στην Ελλάδα το απλογραφικό και μετά άρχισε να παίρνει τη θέση του το διπλογραφικό που θεωρήθηκε πιο αξιόπιστο.

Μετά την ανάλυση του κόστους και της κοστολόγησης, σειρά έχουν η περιγραφή του νοσοκομειακού κόστους και της νοσοκομειακής κοστολόγησης. Το νοσοκομειακό κόστος σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως με τους ασθενείς, το μέγεθος του νοσοκομείου κτλ και υπολογίζεται με μαθηματικούς τύπους σε κάθε περίπτωση.

Η κοστολόγηση στα νοσοκομεία διέπεται από κάποιες βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθούνται. Για να γίνει αποτελεσματικότερη η διαδικασία της κοστολόγησης χρησιμοποιούνται τα κέντρα κόστους. Κέντρο κόστους μπορεί να θεωρηθεί ακόμα και μία ολόκληρη μονάδα υγείας.

Λόγω της κατάστασης που επικρατεί από την οικονομική κρίση, ακόμα και ο τομέας της υγείας δέχτηκε κάποιες αλλαγές που παρουσιάζονται στην εργασία.

Τέλος δίδονται κάποια συμπεράσματα και κάποιες προτάσεις που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα της υγείας και τον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων.

SUMMARY

The goal of the project at hand, is the presentation and the comprehension of the way in which the management and the hospital production is achieved.

In specific, there is an analysis of the costing term as well as its separation from the term of expense. Moreover, the term of costing as well as the procedures of both the inter-accounting and the external-accounting costing are being described. After a deep comparison of their advantages and disadvantages, the conclusion of which costing is best to be used, is reached. The methods of costing which are described based on the different kinds of cost. Depending on the way costing used in production, it is categorized in process costing and product or order costing.

Furthermore, a reference to the health and to the Greek Health System (Ε.Σ.Υ) made in order to show the function of the Greek hospitals. Apart from the expenses and the ways of funding the health units, the difference between the public and private hospitals is being pointed out.

The way an organization and specific a hospital is managed has become a subject of this research. Not only in all the other organization but also in hospitals the functions of management, that take place in every process, play an active role. In public hospitals there are two management systems, the simple-entry and the double-entry. In Greece the simple-entry was firstly used but then the double-entry started replacing it as it was considered more reliable.

After both the cost and the costing analysis, there is a full description of the hospital cost and the hospital costing. The hospital cost is associated with different factors such as patients, the size of the hospital etc and it is estimated with math types that may differ to each occasion.

The hospital costing depends on some basic objectives that need to be followed. In order for the procedure of costing, to become more effective some cost centers are used. A cost center may be a whole health unit.

Because of the existing financial crisis there have been changes in the health sector as in this project.

Finally, some conclusions are drawn and some suggestions are being made that could positively influence the quality of healthcare as well as the way hospitals could be better run.

1. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Το κόστος σαν όρος, χρησιμοποιείται ευρύτατα στην καθημερινή μας ζωή καθώς κάθε απόκτηση οικονομικού αγαθού αποτελεί κόστος για μια επιχείρηση ή ένα φυσικό πρόσωπο. Ο όρος κόστος μπορεί να έχει διαφορετική σημασία σε διάφορους ανθρώπους. Για κάποιον το κόστος μπορεί να έχει την έννοια του χρήματος ενώ για κάποιους άλλους κόστος μπορεί να είναι ο χρόνος που απαιτείται για να εκτελεστεί μια εργασία. Έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες σχετικά με την έννοια του κόστους κάποιες από αυτές αναφέρονται παρακάτω. Σύμφωνα με τον Κ. Βαρβάκη (2001) κόστος είναι ένα αριθμητικό μέγεθος που αντιπροσωπεύει τα ποσά που επενδύθηκαν για την απόκτηση υλικών ή άυλων αγαθών και υπηρεσιών με σκοπό την χρησιμοποίησή τους για την πραγματοποίηση εσόδων από πωλήσεις ή για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι ότι αποτελεί στοιχείο του Ενεργητικού καθώς και επένδυση αγοραστικής δύναμης σε αγαθά και υπηρεσίες. Επιπλέον, το κόστος αλλάζει μορφή μέσα στην επιχείρηση και εξαφανίζεται όταν το αγαθό όπου έχει ενσωματωθεί πουληθεί ή απολεσθεί.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Ν.Πομόνης (2004) το κόστος είναι η συνολική αξία των πραγμάτων και των υπηρεσιών που καταναλώνονται κάθε φορά για να παραχθεί μια μονάδα από ένα ορισμένο έργο ή ένα ορισμένο προϊόν. Από τον ορισμό αυτό, προκύπτει ότι το κόστος είναι ένας δείκτης που αν δεν συγκριθεί είτε με το ίδιο κόστος μιας προηγούμενης περιόδου, είτε με το κόστος της ίδιας περιόδου ενός όμοιου προϊόντος άλλης παραγωγής δεν οδηγεί σε κανένα συμπέρασμα. Αντικείμενο του κόστους είναι να ελεγχθεί η οικονομικότητα και οι δαπάνες της διαδικασίας που παράγει το έργο και η οικονομικότητα όλων των διαδικασιών του προϊόντος που παρακολουθείται.

Το πρώτο βήμα που πρέπει να γίνει για να υπολογιστεί το κόστος είναι να οριστεί το αντικείμενο του κόστους. Αντικείμενο του κόστους μπορεί να θεωρηθεί κάθε προϊόν ή δραστηριότητα ή έργο, των οποίων το κόστος να μπορεί να μετρηθεί. Πολλά διαφορετικά είδη κόστους απαιτούνται για την λήψη αποφάσεων και τα στελέχη χρειάζονται εκείνες τις πληροφορίες που είναι σχετικές με τις προσδοκίες του οργανισμού. Όταν η επιχείρηση είναι βιομηχανική τότε θα πρέπει να συμπεριληφθούν όλα τα κόστη που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία όπως τα άμεσα υλικά και εργασία και τα γενικά βιομηχανικά έξοδα που παρουσιάζονται αναλυτικότερα παρακάτω.

Στο κόστος παραγωγής περιλαμβάνονται τρία βασικά στοιχεία που ενσωματώνονται στα παραγόμενα προϊόντα και ονομάζονται στοιχεία κόστους. Τα στοιχεία αυτά είναι η άμεση εργασία, τα άμεσα υλικά και τα Γενικά Βιομηχανικά Έξοδα. Αναλυτικότερα, άμεση εργασία είναι το κόστος της εργασίας που απαιτείται για την παραγωγή ενός συγκεκριμένου προϊόντος και μπορεί να ενσωματωθεί απευθείας στο προϊόν αυτό. Άμεσα είναι τα υλικά που μορφοποιούνται και τελικά ενσωματώνονται σε ένα συγκεκριμένο προϊόν είναι δηλαδή τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία ενός προϊόντος και είτε είναι εμφανή στην τελική μορφή του προϊόντος είτε όχι. Τέλος, Γενικά Βιομηχανικά Έξοδα είναι όλες οι δαπάνες της παραγωγικής λειτουργίας εκτός από τις δαπάνες που σχετίζονται με τα άμεσα υλικά και της άμεσης εργασίας. Τα κόστη της παραγωγικής λειτουργίας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων το ενοίκιο των κτηρίων και των μηχανημάτων, το φωτισμό, δημοτικά τέλη κ.α.

Πολλές φορές χρησιμοποιείται ο όρος κόστος ή και ο όρος έξοδα για να γίνει αναφορά στο ποσό που δαπανήθηκε για ένα αγαθό. Οι δύο όροι αυτοί όμως δεν έχουν ακριβώς

την ίδια σημασία. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος κόστος αναφέρεται στο ποσό των πηγών που διατίθεται σε υλικά ή άυλα αγαθά που είναι χρήσιμα για την πραγματοποίηση εσόδων από πωλήσεις ή την κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Αντιθέτως, ο όρος έξοδο, αναφέρεται στο ποσό των πηγών που διατίθενται σε συγκεκριμένη λογιστική περίοδο για την απόκτηση υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται για την ομαλή λειτουργία των δραστηριοτήτων της επιχείρησης εκτός της παραγωγικής. Το έξοδο έχει την έννοια του κόστους που βαρύνει απευθείας τα αποτελέσματα της χρήσης στην οποία πραγματοποιήθηκαν. Άρα, υπάρχει έξοδο όταν το κόστος σχηματίζεται και εκπνέει για την πραγματοποίηση εσόδων και όταν μια επένδυση σε πάγια στοιχεία πωλείται, το κόστος της εκπνέει γιατί δεν υπάρχει πια το στοιχείο του ενεργητικού.

Οι επιχειρήσεις υπηρεσιών όπως για παράδειγμα οι γιατροί, οι δικηγόροι, ορκωτοί λογιστές πραγματοποιούν έσοδα παρέχοντας υπηρεσίες και όχι προϊόντα. Οι επιχειρήσεις αυτές δεν περιλαμβάνουν κόστος προϊόντος αλλά κόστος περιόδου. Κόστος περιόδου ή έξοδα εκμετάλλευσης λοιπόν είναι οι δαπάνες ή το κόστος των λειτουργιών της διοίκησης, διάθεσης, χρηματοδότησης και έρευνας και ανάπτυξης που μετατρέπονται σε έξοδα που βαρύνουν τα έσοδα στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών, το μικτό κέρδος στις εμπορικές επιχειρήσεις και το κόστος πωληθέντων στην περίπτωση των βιομηχανικών επιχειρήσεων.

1.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Τα κριτήρια διάκρισης του κόστους είναι:

- **Η φύση του κόστους.** Με το κριτήριο αυτό, το κόστος των διάφορων συντελεστών που συνθέτουν τις δραστηριότητες της επιχείρησης όταν εξετάζονται από την αντικειμενική τους φύση, δηλαδή η φύση του συντελεστή να μην επηρεάζεται από τα λειτουργικά του χαρακτηριστικά αλλά προσδιορίζεται σύμφωνα με τις αντικειμενικές του ιδιότητες, ονομάζεται κόστος κατ' είδος. Η διάκριση αυτή γίνεται με σκοπό την σύγκριση των καταστάσεων εισοδήματος ή λογαριασμών εκμετάλλευσης που καταρτίζονται από την επιχείρηση καθώς και για την τήρηση της φυσιολογικής ροής του κόστους που διευκολύνει την παγιοποίηση των συστημάτων κοστολόγησης.
- **Ο προορισμός του κόστους.** Με το κριτήριο αυτό το κόστος κατ' είδος ταξινομείται στις διαφορές λειτουργίες της επιχείρησης δηλαδή την παραγωγική, την χρηματοοικονομική, διοικητική λειτουργία, την λειτουργία αγορών, διάθεσης και έρευνας και ανάπτυξης. Με την διάκριση αυτή επιδιώκεται η μέτρηση της αποδοτικότητας που προκύπτει από τη σύγκριση του κόστους με το έργο που παράγεται καθώς και η διευκόλυνση του καταλογισμού του στους ενδιαμέσους και τελικούς φορείς του κόστους. Ακόμη και για τον έλεγχο του μεγέθους και των φορέων που είναι υπεύθυνοι γι' αυτό.
- **Η λογιστική περίοδος εξάντλησης της χρησιμότητας.** Η διάκριση αυτή γίνεται με βάση την περίοδο που καταλογίζεται η δαπάνη. Πιο συγκεκριμένα, η κατάταξη της δαπάνης εξαρτάται από το αν μια δαπάνη καταλογίζεται και βαρύνει τα έσοδα της ίδιας λογιστικής περιόδου που δημιουργήθηκε ή κατανέμεται μεταξύ άλλων περιόδων και μειώνει τα έσοδα των περιόδων αυτών. Με το κριτήριο αυτό οι δαπάνες διακρίνονται σε δαπάνες κεφαλαίου δηλαδή δαπάνες που αποσβένονται σταδιακά και σε δαπάνες εισοδήματος δηλαδή δαπάνες που η χρησιμότητα τους εξαντλείται στη διάρκεια της περιόδου που πραγματοποιήθηκαν.
- **Ο βαθμός συνδέσμου του με το προϊόν της παραγωγής.** Με το κριτήριο αυτό έχουμε το άμεσο κόστος που περιλαμβάνει τα άμεσα υλικά και την εργασία και το κόστος μετατροπής που προκύπτει από την άμεση εργασία και τα Γενικά Βιομηχανικά Έξοδα.
- **Ο βαθμός συνδέσμου του με τα επιμέρους παραγωγικά τμήματα.**
- **Ο φορέας ευθύνης.**

- **Η συμπεριφορά του στις διακυμάνσεις της οποιασδήποτε δραστηριότητας της επιχείρησης.** Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί χρησιμοποιείται από δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς στην λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων. Με την διάκριση αυτή έχουμε τέσσερα είδη κόστους.

-Μεταβλητό κόστος. Είναι το κόστος που επηρεάζεται από την μεταβολή του βαθμού απασχόλησης ή του όγκου της παραγωγής. Στο μεταβλητό κόστος περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων τα ημερομίσθια, η αξία του ηλεκτρικού ρεύματος, του νερού, η αξία των άμεσων και έμμεσων υλικών. Το κόστος των παραπάνω στοιχείων αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με το αν αυξάνεται ή μειώνεται η παραγωγή ή οι πωλήσεις. Το μεταβλητό κόστος ανάλογα με το ρυθμό που αυξομειώνεται διακρίνεται σε αναλογικό, αύξον και φθίνων μεταβλητό κόστος.

α) **Το αναλογικό μεταβλητό κόστος** είναι που μεταβάλλεται ευθέως με την μεταβολή του όγκου της παραγωγής δηλαδή στο σύνολό του αυξομειώνεται στις αυξομειώσεις της παραγωγής αλλά στο ανά μονάδα κόστος του προϊόντος θα είναι σταθερό. Η σχέση του συνολικού αναλογικού μεταβλητού κόστους και του βαθμού απασχόλησης εκφράζεται μαθηματικά από την εξίσωση:

$$Y = \beta * X \quad \text{όπου } Y = \text{συνολικό αναλογικό κόστος,}$$

$X =$ ο βαθμός απασχόλησης ή όγκος παραγωγής, $\beta =$ το ανά μονάδα αναλογικό μεταβλητό κόστος και $\beta = Y/X$ δηλαδή το β είναι σταθερό και δεν επηρεάζεται από το βαθμό απασχόλησης.

β) **Το αύξον μεταβλητό κόστος** είναι το κόστος που αυξάνεται με ρυθμό μεγαλύτερο από το ρυθμό που αυξάνεται ο όγκος της παραγωγής ή ο βαθμός απασχόλησης.

γ) **Το φθίνων κόστος** είναι το κόστος που αυξάνεται με ρυθμό μικρότερο από τον ρυθμό που αυξάνεται ο όγκος παραγωγής ή ο βαθμός απασχόλησης.

-Σταθερό κόστος είναι το κόστος που είναι ανεξάρτητο του όγκου παραγωγής του όγκου παραγωγής ή του βαθμού απασχόλησης και κατά συνέπεια σε οποιαδήποτε μεταβολή παραμένει αμετάβλητο. Το κόστος αυτό προκύπτει από δαπάνες που ταυτίζονται με την επιχείρηση δηλαδή δημοτικά τέλη, ασφάλιστρα κ.α καθώς και δαπάνες που κρίνονται απαραίτητες από την διοίκηση της επιχείρησης δηλαδή οι αμοιβές των διοικητικών και τεχνικών στελεχών. Το σταθερό κόστος εκφράζεται με την παρακάτω εξίσωση:

$$Y = \alpha \quad \text{όπου το } Y \text{ ισούται με } \alpha \text{ ευρώ και δεν επηρεάζεται από τον}$$

βαθμό απασχόλησης.

Το σταθερό κόστος με κριτήριο τη δυνατότητα μεταβολής του σε σύντομο ή όχι χρονικό διάστημα διακρίνεται σε: βασικό και βραχυχρόνιο σταθερό κόστος. Το βασικό σταθερό κόστος είναι αυτό που αποτελείται από στοιχεία που δεν είναι δυνατή η βραχυχρόνια μείωση τους χωρίς εξασθένηση του δυναμικού της επιχείρησης και της ικανότητας της να επιδιώκει την πραγματοποίηση των μακροχρόνιων στόχων. Ενώ το βραχυχρόνιο σταθερό κόστος προγραμματίζεται για περίοδο συνήθως ενός έτους στην διάρκεια του οποίου παραμένει σταθερό.

-Μικτό ή ημιμεταβλητό κόστος είναι το κόστος που τουλάχιστον ένα τμήμα του υπάρχει και σε μηδέν βαθμό απασχόλησης ενώ το υπόλοιπο τείνει να διαμορφώνεται σύμμετρα προς την απασχόληση. Το μικτό κόστος είναι το άθροισμα του σταθερού και του μεταβλητού κόστους δηλαδή παρουσιάζεται μαθηματικά με την εξίσωση:

$Y = \alpha + \beta X$ όπου το α , σταθερό κόστος παραμένει σταθερό σε όλους τους βαθμούς απασχόλησης και το βX , μεταβλητό κόστος επηρεάζεται από το βαθμό απασχόλησης. Οι τιμές α και β είναι σταθερές σαν αποτέλεσμα της φύσης του μικτού κόστους.

-Κλιμακωτό σταθερό κόστος είναι το κόστος που συνδέεται με ένα ορισμένο επίπεδο απασχόλησης δηλαδή με ένα συγκεκριμένο ποσοστό απασχόλησης εντός του οποίου η βασική οργανωτική δομή της επιχείρησης παραμένει σταθερή, και όχι με τον αντίστοιχο βαθμό απασχόλησης.

- **Ο σκοπός της πραγματοποίησής του.** Με το κριτήριο αυτό το κόστος διακρίνεται σε οργανικό και ανόργανο. Οργανικό είναι το κόστος που αναφέρεται στην

ομαλή εκμετάλλευση της χρήσης και συσχετίζεται με τα οργανικά έσοδα για τον προσδιορισμό του οργανικού αποτελέσματος εκμετάλλευσης της οικονομικής μονάδας. Αντιθέτως, ανόργανο είναι το κόστος που αναφέρεται στην ομαλή εκμετάλλευση της χρήσης αλλά δεν συσχετίζεται με τα οργανικά έσοδα για τον προσδιορισμό του οργανικού αποτελέσματος εκμετάλλευσης. Ακόμη, στο κριτήριο αυτό υπάρχει και άλλη διάκριση του κόστους η οποία αναφέρεται στο τρόπο με τον οποίο το κόστος ενσωματώνεται ή όχι στο λειτουργικό κόστος. Έτσι διακρίνεται σε ομαλό και ανώμαλο κόστος. Ομαλό είναι το κόστος που ενσωματώνεται με την μορφή που ήδη έχει στο κόστος των διάφορων λειτουργιών της οικονομικής μονάδας ενώ ανώμαλο είναι το κόστος που δεν ενσωματώνεται στο λειτουργικό κόστος.

- **Ο βαθμός χρησιμότητας στο σχεδιασμό και στον έλεγχο.** Από την κοστολογική διαδικασία προκύπτει το ιστορικό κόστος δηλαδή το κόστος που βασίζεται σε πραγματικά δεδομένα και το προκαθορισμένο που βασίζεται σε προϋπολογισμούς. Το προκαθορισμένο κόστος λοιπόν, διακρίνεται σε προϋπολογιστικό και σε πρότυπο. Προϋπολογιστικό είναι το κόστος που εκφράζει το αναμενόμενο ύψος της δαπάνης κατά προϊόν συμφωνά με τις προβλέψεις για τις τιμές, τις ποσότητες και τις συνθήκες παραγωγής. Αντίστοιχα, πρότυπο είναι το προκαθορισμένο κόστος για άμεσα υλικά, άμεση εργασία και Γ.Β.Ε το οποίο κάτω από κάποιες προϋποθέσεις πρέπει να επιτύχει η επιχείρηση. (Παγγεῖος, 1993)

1.3 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΥΣ

Η λογιστική κόστους αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια σαν ένας ξεχωριστός τομέας της λογιστικής. Η εξέλιξη της εμφανίζεται στα τέλη του 19^{ου} αιώνα με την βιομηχανική επανάσταση, όταν οι δραστηριότητες της παραγωγής απαγόρευαν μια ανάγκη για μετρήσεις του κόστους παραγωγής προϊόντων. Αρχικά, αναπτύχθηκε σε βιομηχανικές επιχειρήσεις και για το λόγο αυτό υπάρχει η τάση να συσχετίζεται με τις παραγωγικές λειτουργίες. Παρόλα αυτά όμως η λογιστική κόστους είναι χρήσιμη για όλους τους τύπους οργανισμών. Σήμερα, χρησιμοποιείται στις εμπορικές επιχειρήσεις, στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών και στους δημόσιους οργανισμούς. Ακόμη, η κοστολόγηση χρησιμοποιείται σε κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς καθώς και εκεί είναι απαραίτητη η μέτρηση του κόστους.

Η λογιστική κόστους είναι η διαδικασία με την οποία καθορίζεται το κόστος παραγωγής των προϊόντων, παροχής υπηρεσιών ή ανάληψης δραστηριοτήτων. Η λογιστική κόστους περιλαμβάνει διαδικασίες όπως τον σχεδιασμό της λειτουργίας του συστήματος και των διαδικασιών της κοστολόγησης, τον έλεγχο και την ανάλυση του κόστους.

Ένας από τους σημαντικότερους σκοπούς της λογιστικής κόστους είναι ο εσωτερικός έλεγχος δηλαδή προσδιορίζει τα τμήματα που υπάρχουν αποκλίσεις από τους αρχικούς στόχους και βοηθά στον προσδιορισμό των ευθυνών. Ακόμη, είναι χρήσιμη και για τον απολογιστικό έλεγχο καθώς συγκρίνει τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν με τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ο έλεγχος είναι από τις βασικότερες διαδικασίες ενός οργανισμού αφού με την διαδικασία του ελέγχου εντοπίζονται τα σημεία που τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα για να διορθωθούν και τα σημεία που επιτεύχθηκαν οι στόχοι για να επιβραβευθούν οι υπεύθυνοι του τμήματός. Με τον απολογιστικό έλεγχο τα διοικητικά στελέχη παίρνουν διορθωτικές αποφάσεις και είναι αδύνατος χωρίς τα στοιχεία της λογιστικής κόστους.

2. ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΗΣ ΑΡΧΕΣ

Αυτό το κεφάλαιο αναφέρεται στην κοστολόγηση. Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται η έννοια της κοστολόγησης, οι βασικές αρχές της και αναλύονται οι προϋποθέσεις για την οργάνωση της, οι μέθοδοι της και το κοστολογικό σύστημα.

Η κοστολόγηση παρακολουθεί τα διάφορα στάδια της παραγωγής και της διάθεσης των προϊόντων. Με αυτή τη διαδικασία υπολογίζονται τα κόστη των α' υλών, των ημικατεργασμένων και έτοιμων προϊόντων, των συμπαραγώγων καθώς και τα κόστη των υποπαραγώγων, ελαττωματικών και ακατάλληλων προϊόντων. Ουσιαστικά μέσω αυτής απορρέουν πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων.

Κοστολόγηση λοιπόν, είναι μια λογιστική κατάσταση στην οποία καταχωρούνται, κατατάσσονται και απεικονίζονται οι δαπάνες κατ' είδος που προσδιορίζουν το κόστος παραγωγής των προϊόντων. Για να προσδιοριστεί το κόστος πρέπει αρχικά να προσδιοριστούν οι συνιστώσες, δηλαδή οι συντελεστές και οι φορείς του κόστους, και στη συνέχεια να συνδυαστούν.

Συντελεστές του κόστους είναι τα πράγματα ή οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την παραγωγή, είναι συνεπώς δαπάνες. Σ' αυτούς ανήκουν τα παραγωγικά μέσα, τα υλικά που θα υποστούν κάποια κατεργασία για τη δημιουργία νέων προϊόντων ή θα καταναλωθούν για να δώσουν μια νέα ιδιότητα στο προϊόν που παράγεται, η κάθε είδους ενέργεια που κινεί τα παραγωγικά μέσα, η ανθρώπινη δουλειά κ οι υπηρεσίες που είναι αναγκαίες για να λειτουργήσει η επιχείρηση μέσα σ' ένα κοινωνικό περιβάλλον.

Φορείς του κόστους είναι το έργο κ το προϊόν που παράχθηκε με τα πράγματα κ τις υπηρεσίες που αναλώθηκαν.

Η κοστολόγηση αποτελείται από τρία βασικά στάδια. Τον προσδιορισμό του χρησιμοποιούμενου παραγωγικού συντελεστή, τη μέτρηση του και την αξιολόγηση του πραγματοποιημένου έργου.

Για την καλύτερη κατανόηση της κοστολόγησης θα προσδιοριστεί ο όρος θέση ή κέντρο κόστους. Θέση κόστους είναι μια υποδιαίρεση της συνολικής δραστηριότητας της επιχείρησης, μέσα στην οποία παράγεται έργο ομοιογενές και η οποία γίνεται για σκοπούς λογιστικής ομαδοποίησης – συγκεντρώσεως των δαπανών που γίνονται στη φάση αυτή, με παραπέρα σκοπό την κατανομή του κόστους του έργου που παράγεται στο τμήμα. Θα ήταν δυνατόν λοιπόν να οριστεί σαν ένα κομμάτι μιας διαδικασίας που περιλαμβάνεται σε μια επιχειρηματική λειτουργία και εκτελεί τεχνολογικό και οικονομικό έργο. Αποτελεί δηλαδή μια οργανωτική μονάδα της επιχείρησης. Όλες οι θέσεις κόστους εντάσσονται σ' ένα σύστημα διαρθρωμένο σε κατηγορίες και επίπεδα και αποτελούν ολόκληρη τη συγκρότηση της επιχείρησης. Η συγκρότηση αυτή αποτυπώνεται σ' έναν πίνακα που περιλαμβάνει όλες τις αναλώσεις, τις δαπάνες και το έργο που παράγεται σε κάθε θέση κόστους σε όλες τις κοστολογικές περιόδους. Με αυτό τον τρόπο υπολογίζεται το κόστος της μονάδας του έργου.

Τα κέντρα κόστους διακρίνονται στα κύρια και στα βοηθητικά. Στα κύρια κέντρα κόστους πραγματοποιείται η παραγωγή των προϊόντων ή των υπηρεσιών. Τα δευτερεύοντα προσφέρουν υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τα κύρια κέντρα κόστους.

Βασικές αρχές κοστολόγησης:

1. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλα τα κόστη.
2. Πρέπει να χρεώνονται μόνο οι δαπάνες που έχουν συμβεί.
3. Το κόστος πρέπει να σχετίζεται με τις αιτίες που το δημιουργούν.
4. Κανένα προηγούμενο κόστος δεν θα πρέπει να επιβαρύνει μια μελλοντική δαπάνη.
5. Δεν θα πρέπει να περιλαμβάνονται το έκτακτο ή μη κανονικό κόστος.

2.2 ΕΞΩΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΣΩΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

Εξωλογιστική κοστολόγηση: είναι απλά μια μαθηματική διαδικασία χωρίς λογιστικές εγγραφές. Η ανάλυση των αξιών-παραγωγικών προϋποθέσεων και η παραγωγή των προϊόντων είναι διαδικασίες που δεν παρακολουθούνται λογιστικά και υπολογίζονται μόνο με μαθηματικές πράξεις. Πιο αναλυτικά, δεν παρακολουθούνται λογιστικά, οι εξαγωγές-αναλώσεις των υλικών, οι αναλώσεις των υπηρεσιών (από την παραγωγή), και το κόστος σαν αξία των εισαγωγών στην αποθήκη των έτοιμων προϊόντων και αποτίμησης των ημικατεργασμένων της απογραφής, στο τέλος της κοστολογικής περιόδου.(Ν.Σ.Πομόνης,2004). Αυτό δεν σημαίνει πως δεν παρέχει πληροφορίες χρήσιμες για τον έλεγχο της παραγωγική διαδικασία. Το μειονέκτημα της σ' αυτή την περίπτωση είναι πως δεν μπορεί να παρακολουθηθεί η περιουσία ης επιχείρησης για το λόγο ότι δεν έχει εναρμονιστεί λογιστικά στη ανάλυση των αξιών και την παραγωγή των προϊόντων. Άλλο μειονεκτήμα της εξωλογιστικής κοστολόγησης είναι η ανακρίβεια των αποτελεσμάτων λόγω της έλλειψης των λογιστικών επαληθεύσεων και η απουσία λογαριασμών που δεν επιτρέπει την παρακολούθηση του συνολικού κόστους των θέσεων. Έχει βέβαια και κάποια πλεονεκτήματα όπως το ότι δεν απαιτεί την εργασία που χρειάζεται για τις λογιστικές εγγραφές και επιτρέπει στις επιχειρήσεις να είναι πιο ευέλικτες στους χειρισμούς τους. Η εξωλογιστική κοστολόγηση μπορεί να λειτουργήσει σαν βραχύχρονη (μηνιαία, τριμηνιαία κλπ) ή σαν ετήσια.

Εσωλογιστική κοστολόγηση: το κόστος σε αυτή την περίπτωση υπολογίζεται με λογιστικές εγγραφές, δηλαδή με ημερολόγια, καθολικά και ισοζύγια, με τη βοήθεια της Αναλυτικής Λογιστικής. Περιλαμβάνει κάθε κόστος που εμπεριέχεται σε ολόκληρη τη διαδικασία της παραγωγής, από την ανάλυση των παραγωγικών απαιτήσεων μιας παραγωγής έως την παραγωγή των νέων προϊόντων. Αυτού του είδους η κοστολόγηση μπορεί να είναι βραχύχρονη (μηνιαία, τριμηνιαία, κλπ) ή ετήσια. Θα μπορούσε να γίνει ετήσια κοστολόγηση και παράλληλα να τηρηθεί κατά τη διάρκεια της χρήσης και βραχύχρονη. Η διαδικασία αυτή όμως είναι δαπανηρή και γι' αυτό και αποκλείεται. Τα πλεονεκτήματα της εσωλογιστικής μεθόδου είναι:

1. Σε κάθε θέση κόστους παρακολουθείται διαχρονικά το συνολικό κόστος.
 2. Παρουσιάζονται όλα τα ακριβή περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησης αφού τα αποθέματα όπως προαναφέρθηκε εμπεριέχονται στην ανάλυση των υλικών και την παραγωγή των προϊόντων.
 3. Όλες οι πληροφορίες που παρέχει είναι έγκυρες και αξιόπιστες διότι προκύπτουν από τα λογιστικά βιβλία της επιχείρησης και διασφαλίζονται οι λογιστικές συμφωνίες από τους νόμους λειτουργίας της λογιστικής μεθόδου.
- Το μειονέκτημα της εσωλογιστικής κοστολόγησης είναι πως στο τέλος της χρήσης δεν αφήνει την διοίκηση της επιχείρησης να κινηθεί ελεύθερα σχετικά με τις πολιτικές των αποτελεσμάτων.

2.3 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Να γίνεται καταμέτρηση των μονάδων του έργου που παράχθηκε σε κάθε κέντρο κόστους. Αυτό επιτυγχάνεται με την γενική καταγραφή όλων των εργασιών που έγιναν για την ολοκλήρωση μιας διαδικασίας κ σημειώνονται τα σημεία όπου ολοκληρώθηκε κάποιο στάδιο της κάθε διαδικασίας ώστε να καταμετρηθούν οι μονάδες που παράχθηκαν από την κάθε εργασία.
2. Να ορίζονται όλες οι δαπάνες του καθενός σημείου της διαδικασίας ξεχωριστά. Αυτό σημαίνει πως στα κέντρα κόστους να μπορεί να γίνει και καταμέτρηση των σχετικών δαπανών. Ενώ αυτό φαίνεται να είναι δεδομένο σε κάθε περίπτωση, στην πραγματικότητα η ίδια η φυσιογνωμία της σχετικής διαδικασίας, οι όροι της διεξαγωγής της σε σχέση και με το προϊόν της προκαλούν κάποιες δυσκολίες. Για παράδειγμα, κάποια υλικά με βάση τα τεχνολογικά τους δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για παραπάνω από ένα έργα ή προϊόντα στην ίδια διαδικασία. Άλλο παράδειγμα είναι η δαπάνη που καταβάλλεται για διαφορετικά προϊόντα που δέχονται την ίδια κατεργασία.
3. Τελευταία αλλά σημαντικότερη προϋπόθεση, είναι η ανάγκη της επιχείρησης για κοστολογικές πληροφορίες. Πληροφορίες που αφορούν τις δαπάνες σε κάθε σημείο των διαδικασιών, οι οποίες ελέγχονται. Η διοίκηση της κάθε επιχείρησης αποφασίζει αν θα υπάρξει κάποιος αρμόδιος γι' αυτόν τον έλεγχο. Αν το ποσοστό των δαπανών είναι μεγάλο καλό θα είναι να υπάρχει αρμόδιος ώστε ν' αποφεύγονται καταδαπανήσεις. Η απόκτηση λοιπόν, πληροφοριών παίζει σημαντικό ρόλο στην οικονομική ζωή γιατί απ' αυτήν εξαρτάται κυρίως η λήψη ή όχι μιας απόφασης.

2.4 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΝΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ

Τα συστήματα κοστολόγησης είναι αρκετά και γι' αυτό κάθε επιχείρηση επιλέγει το καταλληλότερο σύστημα ανάλογα με την μορφή της και τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παράγει.

Ένα αποδοτικό σύστημα κοστολόγησης μπορεί να προσφέρει μεγάλη βοήθεια στα στελέχη για τον υπολογισμό του κόστους. Επιπλέον, μπορεί να είναι χρήσιμο και για την λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων, την τιμολόγηση των προϊόντων ή των υπηρεσιών, την χάραξη στρατηγικής και στην απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος έναντι των ανταγωνιστών. Βασική προϋπόθεση βέβαια είναι το σύστημα να είναι σωστά σχεδιασμένο και να ταιριάζει με την οργάνωση της επιχείρησης.

Ακόμη, σημαντική προϋπόθεση είναι τα χαρακτηριστικά που θα συμπεριληφθούν στο σύστημα να έχουν μελετηθεί με ακριβή τρόπο πριν εισαχθούν σε αυτό γιατί αλλιώς τα αποτελέσματα που θα εξαχθούν θα είναι λανθασμένα.

Επιπλέον, πρέπει εξ' αρχής να οριστεί μέχρι ποιόν βαθμό θα φτάσει η ανάλυση του συστήματος για να πάρουν τα στελέχη όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται.

Τέλος, βασική προϋπόθεση τόσο στην κοστολόγηση όσο και σε όλες τις διαδικασίες μιας επιχείρησης, κατέχουν οι άνθρωποι και η συνεργασία που έχουν μεταξύ τόσο στο πώς θα χειριστούν το κοστολογικό σύστημα όσο και πως θα μελετήσουν και αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που θα πάρουν από αυτό.

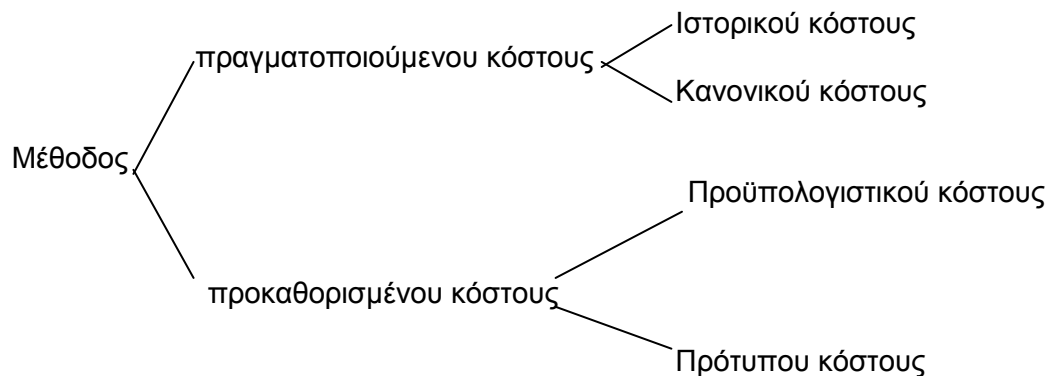
Αξίζει να σημειωθεί ότι για να είναι ένα κοστολογικό σύστημα πιο αντικειμενικό θα πρέπει να ενσωματωθούν σε αυτό πληροφορίες από τα περιφερειακά πληροφοριακά συστήματα, όπως για παράδειγμα το σύστημα μισθοδοσίας

2.5 ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η διαφορά μεθόδου και συστήματος είναι πως το σύστημα είναι υποδεέστερη έννοια και λειτουργεί στα πλαίσια της μεθόδου.

Μέθοδοι κοστολόγησης

Η μέθοδος κοστολόγησης καθορίζει τις αρχές που διέπουν τον προσδιορισμό του κόστους. Μια από τις σημαντικότερες αρχές καθορίζει τα είδη και τα ποσά που θα συμπεριληφθούν στο κόστος και θα καθορίσουν συνεπώς το περιεχόμενο σε είδη και το μέγεθος κατά ποσό της μονάδας του έργου σαν ενδιάμεσου και της μονάδας του προϊόντος σαν τελικού φορέα του κόστους. Το είδος και το μέγεθος των δαπανών προσδιορίζουν το είδος του κόστους επομένως οι έννοιες της μεθόδου κ του είδους τους κόστους είναι αντίστοιχες. Η μέθοδος καθορίζει το κόστος. Σύμφωνα με τα είδη του κόστους έχουμε και τις παρακάτω μεθόδους:



- **Μέθοδοι πραγματοποιούμενου κόστους:** αναφέρονται στον τρόπο που προσδιορίζεται ένα κόστος κατά το χρόνο που πραγματοποιείται. Σύμφωνα με τον Ν. Πομόνη (2004), είναι ένας φραγμός από αρχές και κριτήρια που μπαίνει όταν μετατρέπονται από την κοστολόγηση τα έξοδα σε δαπάνες και που επιτρέπει να καταλογιστούν στο κόστος μόνο οι δαπάνες που έγιναν δεκτές από τη μέθοδο. Η μέθοδος αυτή δεν εκμηδενίζει τις δαπάνες που δεν δέχεται το κόστος, απλά δεν τις υπολογίζει.

- **Μέθοδοι προκαθορισμένου κόστους:** αναφέρονται στον τρόπο που προσδιορίζεται ένα κόστος πριν αυτό πραγματοποιηθεί. Σύμφωνα πάλι με τον Ν. Πομόνη (2004), είναι ένας φραγμός από αρχές και κριτήρια που τείνει να αποκλείσει όχι τον καταλογισμό στο κόστος, αλλά την ύπαρξη δαπανών που δεν είναι αποδεκτές από τη μέθοδο.

1. **Μέθοδος ιστορικού κόστους:** σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή μπορούν να χρεωθούν στο κόστος όσες δαπάνες κατ' είδος αποτελούν δαπάνες κόστους εκτός από κάποιες εξαιρέσεις που μπαίνουν από το νόμο. Η συγκεκριμένη μέθοδος εκφράζει τις οικονομικές συνθήκες μόνο μιας συγκεκριμένης προηγούμενης περιόδου γι' αυτό κ αποτελεί μόνο εργαλείο ελέγχου αυτής της περιόδου κ δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση σύγκρισης για διαχρονικά συμπεράσματα. Γι' αυτούς τους λόγους χαρακτηρίζεται και ως η περισσότερο ελαστική μέθοδος.

2. **Μέθοδος του κανονικού κόστους:** αυτή η μέθοδος δεν συμπεριλαμβάνει στο κόστος δαπάνες και ποσά που είναι ασυνήθιστα. Περιλαμβάνει μόνο ομαλές και επαναλαμβανόμενες δαπάνες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον έλεγχο της περιόδου που αναφέρονται, αλλά και για διαχρονικές συγκρίσεις και μελλοντικές εκτιμήσεις.

3. **Μέθοδος του προϋπολογιστικού κόστους:** σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, το κόστος παραγωγής διαμορφώνεται από τις δαπάνες που πρόκειται να πραγματοποιηθούν. Υπολογίζονται οι δαπάνες που θα πραγματοποιηθούν ώστε να προβλεφθεί σε ποιο επίπεδο θα κυμανθεί το κόστος της παραγωγής αυτής.

4. **Μέθοδος του πρότυπου κόστους:** αποτελεί την πιο συγκροτημένη κοστολογική μέθοδο που χρησιμοποιείται σ' όλο το πεδίο εφαρμογής του κόστους και σχετίζεται με τις λειτουργίες της παραγωγής, του εφοδιασμού και των πωλήσεων. Είναι η μοναδική μέθοδος που ελέγχει την παραγωγικότητα της κάθε θέσης κόστους. Αρχικά προϋπολογίζονται οι αναλώσεις και το έργο που θα πραγματοποιηθούν και μετά ο αρμόδιος αυτής της διαδικασίας αποδέχεται τα παραπάνω και παίρνει την ευθύνη πραγματοποίησής τους. Έτσι το κόστος δεν θα ξεπεράσει το όριο που έχει οριστεί. Πιο αναλυτικά, κατά τη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας αναλύονται όλες οι κατεργασίες κατ' είδος, ποιότητα, ποσότητα και χρόνο που πρόκειται να πραγματοποιηθούν, στη συνέχεια υπολογίζονται όλες οι αναλώσεις και τέλος γίνεται μια διαπραγμάτευση ανάμεσα στον τυπικό προϊστάμενο και στον υφιστάμενο ουσιαστικό υπεύθυνο, ο οποίος δέχεται να αναλάβει να πραγματοποιήσει τη συγκεκριμένη παραγωγή. Με αυτόν τον τρόπο το αποτέλεσμα είναι ασφαλέστερο γιατί έχουν προσδιοριστεί τα πρότυπα με βάση τις μελλοντικές συνθήκες λειτουργίας της επιχείρησης. Όταν το κόστος πραγματοποιηθεί συγκρίνεται με το πρότυπο και εντοπίζονται οι αποκλίσεις.

Κοστολογικό σύστημα

Ως κοστολογικό σύστημα θα μπορούσε να θεωρηθεί η διαδικασία του προσδιορισμού, της συστηματοποίησης και της καθιέρωσης της κοστολόγησης σαν διαδικασία.

Ένα κοστολογικό σύστημα περιλαμβάνει:

1. Τα μέσα και τους τρόπους με τους οποίους θα καταγραφούν οι αναλώσεις των υλικών και των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, για τα υλικά θα πρέπει να προσδιοριστούν : ένα δελτίο εξαγωγής από την αποθήκη με την ποσότητα και την ποιότητα του υλικού, μια αναλυτική κατάσταση που περιλαμβάνει τα παραπάνω δελτία εξαγωγής για μια θέση κόστους και μια συγκεντρωτική κατάσταση με όλες τις κατηγορίες των αποθεμάτων. Για την εργασία πρέπει να προσδιοριστούν: ένα δελτίο απασχόλησης του εργαζομένου με την ημερομηνία έναρξης και λήξης της απασχόλησης σε κάθε θέση κόστους, μια αναλυτική κατάσταση κατά εργαζόμενο με τις αμοιβές τους και μια συγκεντρωτική κατάσταση με όλες τις δαπάνες του προσωπικού. Για τις λοιπές δαπάνες-πηρεσίες πρέπει να προσδιοριστούν: ο τρόπος προσδιορισμού της δαπάνης δηλαδή η μέθοδος, το παραστατικό κ την τεχνική καταγραφής της, ο τρόπος που μοιράζεται η δαπάνη σε κάθε σημείο τη κάθε διαδικασίας που σημαίνει το κριτήριο και την μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί για την κατανομή της δαπάνης, έναν αναλυτικό πίνακα για τον μερισμό της κάθε δαπάνης και μια συγκεντρωτική κατάσταση με όλα τα σημεία της διαδικασίας, τις επιβαρύνσεις και τις δαπάνες τους.

2. Τα μέσα και τους τρόπους καταγραφής των αποδόσεων, το έργο που παράχθηκε από τις αναλώσεις. Αυτό γίνεται μ' ένα ημερήσιο Δελτίο Παραγωγής που περιλαμβάνει την παραγωγή που πραγματοποιήθηκε σε κάθε θέση κόστους.

3. Τα μέσα και οι τρόποι με τους οποίους θα συγκεντρωθούν οι αναλώσεις και οι αποδόσεις, που θα χρησιμοποιηθούν για τη συγκέντρωση πληροφοριών χρήσιμων για κοστολογικές διαδικασίες. Είναι πίνακες, καταστάσεις, βιβλία που περιλαμβάνουν στοιχεία απ' τις αναλώσεις και τις αποδόσεις.

4. Οι κανόνες και οι διαδικασίες που καταγράφονται και συγκεντρώνονται τα παραπάνω στοιχεία.

5. Όλα τα σημεία που θα συγκεντρωθούν οι αναλώσεις και το έργο της καθεμιάς. Σ' αυτό το σημείο υπολογίζεται το κόστος απ' το έργο της μονάδας, το οποίο θα γίνει με τον κοστολογικό πίνακα.

2.6 ΕΙΔΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ

- **Κοστολόγηση κατά Φάση:** ασκείται στις περιπτώσεις που παράγονται πανομοιότυπα προϊόντα ή υπηρεσίες σε μεγάλες ποσότητες για μεγάλη χρονική διάρκεια. Επίσης, πρέπει και οι διάφορες κατεργασίες που υπόκεινται τα προϊόντα να είναι ταυτόσημες. Για την εφαρμογή του συστήματος αυτού, δημιουργούνται θέσεις - κόστους και προσδιορίζεται η κοστολογική περίοδος. Στη συνέχεια, μετριέται το κόστος σε κάθε θέση ξεχωριστά και η παραγωγή που προέκυψε σ' αυτό το σημείο. Τέλος, για την τελική διεξαγωγή της κατάστασης κόστους παραγωγής, υπολογίζεται το ανά μονάδα κόστος για κάθε θέση κόστους με τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Κόστος μονάδας} = \text{Συνολικό Κόστος Παραγωγής} / \text{Συνολικές παραχθείσες μονάδες}$$

Η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρείται αποτελεσματικότερη

- **Κοστολόγηση κατά Προϊόν ή Παραγγελία:** είναι μια πιο αόριστη μέθοδος γιατί χρησιμοποιείται για μεγάλες και διαφορετικές παραγόμενες ποσότητες προϊόντων και υπηρεσιών σε κάθε περίοδο. Το συνολικό κόστος παραγωγής δεν διαιρείται με ίδιες παραχθείσες μονάδες αλλά με ανόμοιες. Γι' αυτόν το λόγο παρουσιάζει και δυσκολίες στον έλεγχο του κόστους. Στην κοστολόγηση κατά Προϊόν υπάρχουν οι τρεις ευρύτερες κατηγορίες κόστους που σχετίζονται με την παραγωγή οποιουδήποτε προϊόντος: α' ύλες, άμεση εργασία και γενικά βιομηχανικά έξοδα.

2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Το είδος της παραγωγικής διαδικασίας
2. Το μέγεθος της επιχείρησης
3. Ο αριθμός των διαφορετικών προϊόντων που παράγει η επιχείρηση
4. Οι εξωτερικοί παράγοντες, όπως η νομοθεσία
5. Η διάθεση των στελεχών έναντι του κόστους της πληροφόρησης

3. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΓΑΘΟΥ ΥΓΕΙΑ

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και είναι μια από τις πιο σημαντικές συνιστώσες της σύγχρονης κοινωνίας. Η πολιτεία μέσω των πολιτικών μεταρρυθμίσεων στοχεύει στην αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομειακού συστήματος τόσο από πλευράς κατανομής των πόρων και την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών όσο και από πλευράς αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν. Παρόλα αυτά όμως, το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα τόσο στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών για την αντιμετώπιση ασθενειών όσο και στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών που προσφέρουν.

Όπως αναφέρουν οι Κοντούλη και Γείτονα (1997) η υγεία είναι αγαθό με κοινωνικό, καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα. Αποσκοπεί στην ικανοποίηση άμεσων και τρεχουσών αναγκών, ταυτόχρονα όμως συμβάλει θετικά, ως επένδυση, μεσομακροπρόθεσμα στην παραγωγική διαδικασία και την οικονομική ανάπτυξη με τη συντήρηση και αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και δεν λειτουργεί όπως οι ανταγωνιστικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Οι βασικότερες διαφορές εντοπίζονται στην μειονεκτική θέση του ασθενή-καταναλωτή, στο φαινόμενο της «προκλητικής» ζήτησης, που εμφανίζεται από την κυρίαρχη θέση του ιατρού-παραγωγού και στην μεγάλη σημασία του συντελεστή εργασίας.

Ο καταναλωτής όταν πάει να αγοράσει ένα αγαθό ξέρει ακριβώς τι σκοπεύει να αγοράσει, καθώς και τι πόσο είναι διατεθειμένος να δαπανήσει από το εισόδημα του για να αποκτήσει το αγαθό που επιθυμεί. Στον κλάδο της υγείας όμως δεν συμβαίνει το ίδιο. Ο ασθενής-καταναλωτής δεν γνωρίζει το είδος των υπηρεσιών που πρέπει να χρησιμοποιήσει και χρειάζεται την βοήθεια του ιατρού-παραγωγού που θα τον πληροφορήσει και θα τον καθοδηγήσει στην κατάλληλη θεραπεία κάτι που δεν μπορεί να κάνει μόνος του ασθενής. Άρα, στον τομέα της υγείας οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να δρουν ως κυρίαρχοί και ορθολογικοί καταναλωτές.

Η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ασθενών και ιατρών που αναφέρεται παραπάνω μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της «προκλητικής» ζήτησης. Ο ιατρός είναι ο βασικός ρυθμιστής των δαπανών υγείας, αφού αυτός καθορίζει την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και διαμορφώνει τον όγκο της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό βέβαια της περισσότερες φορές οδηγεί στην επιλογή θεραπείας υψηλότερου κόστους από αυτή που θα επέλεγε ο ίδιος ο ασθενής εάν ήταν γνώστης του θέματος. Επιπρόσθετα, στον τομέα υγείας ο κυριότερος στόχος είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών καθώς και η ισότιμη εξυπηρέτηση τους ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική θέση στην οποία ανήκουν.

Ο τομέας της υγείας βασίζεται κατά κύριο λόγο στον συντελεστή εργασία και γι' αυτό χαρακτηρίζεται ως σύστημα έντασης εργασίας, αντίθετα με τους τομείς της βιομηχανίας που είναι έντασης κεφαλαίου. Την μεγαλύτερη εισροή λοιπόν, αποτελούν το ιατρικό, το νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό και απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των οικονομικών πόρων της υγείας.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οδήγησαν στην παρέμβαση του κράτους, που με διάφορα μέτρα προσπαθεί να μειώσει τα προβλήματα που υπάρχουν και να δημιουργήσει ένα αποτελεσματικό και κοινωνικά αποδεκτό σύστημα υγείας.

3.2 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως σύστημα υγείας θεωρούμε το σύνολο των επιμέρους στοιχείων που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους με σκοπό την παραγωγή της υγείας.

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Διέπεται από τις αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. (Υφαντόπουλος, 2003). Η αρχή της αποδοτικότητας αναφέρεται στην οικονομική σχέση μεταξύ εισροών και εκροών του συστήματος υγείας και η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων. Ακόμη, όσον αφορά την αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης αναφέρονται στην επιθυμητή διανομή των πόρων της υγείας, στο μέγεθός της πληροφόρησης και στην ισότητα ως προς τα δικαιώματα των ασθενών.

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα που βρίσκονται σε δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Τα υποσυστήματα αυτά είναι:

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό διαμορφώνει την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, που καθορίζεται από επιδημιολογικούς παράγοντες και την εξέλιξη των διάφορων επιπέδων της υγείας στο χώρο και στο χρόνο.
2. Η παραγωγή υγείας. Το υποσύστημα αυτό αποτελείται από τους φορείς υγείας που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Στο κλασικό μοντέλο παραγωγής, που παρουσιάζεται στον παρακάτω διάγραμμα, φαίνονται οι εισροές, η διαδικασία παραγωγής και οι εκροές στο σύστημα υγείας.

Εισροές	Διαδικασία	Εκροές
-Κτιριακή υποδομή -εξοπλισμός -Ανθρώπινο Δυναμικό -Οικονομικοί πόροι	Ο ασθενής εισέρχεται στο σύστημα δημιουργώντας μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση)	-Η διάρκεια νοσηλείας -Οι εισαγωγές -Οι εξετάσεις -Οι εργαστηριακές εξετάσεις -Ο αριθμός και το είδος των επεμβάσεων

Διαδικασία ανατροφοδότησης

Σχήμα 3.1 Παραγωγική διαδικασία

3. Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών. Το υποσύστημα αυτό είναι σημαντικό καθώς ο τρόπος χρηματοδότησης επηρεάζει την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας.

Το εθνικό σύστημα υγείας συγκροτείται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα τόσο από πλευράς παροχής υπηρεσιών όσο και από πλευράς χρηματοδότησης. Κατά κύριο λόγο η χρηματοδότηση γίνεται κατά μεγάλο ποσοστό από τον Κρατικό προϋπολογισμό. Το εθνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία επιμέρους συστήματα. Τα συστήματα αυτά είναι:

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ή πρότυπο Beveridge αντιπροσωπεύει χώρες όπως η Μ. Βρετανία, η Σουηδία, η Πορτογαλία και η Ισπανία. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό το κράτος προσφέρει αφιλοκερδώς της υπηρεσίες υγείας. Στο σύστημα αυτό εντάσσονται τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ. Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι ότι υπάρχει ισότιμη και πλήρης περίθαλψη του πληθυσμού και ότι η χρηματοδότηση του γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Τα ασφαλιστικά ταμεία ή πρότυπο Bismark αντιπροσωπεύει χώρες όπως την Αυστρία, την Γαλλία, το Βέλγιο και την Γερμανία. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό ισχύει η υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού στους ασφαλιστικούς οργανισμούς (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ). Χαρακτηριστικά του είναι η πλήρης περίθαλψη των ασφαλισμένων με χρηματοδότηση από τις εισφορές που έχουν ήδη πληρώσει οι ίδιοι ή οι εργοδότες τους.
- Το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης ή φιλελεύθερο σύστημα με κύριο αντιπρόσωπο της Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Στο σύστημα αυτό εντάσσονται οι ιδιωτικές κλινικές, μαιευτήρια, εργαστήρια που κύριο στόχο έχουν το κέρδος. Χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι ότι ο κάθε ασθενής μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα σε ποία ιδιωτική κλινική θα πάει και ποιόν γιατρό θα επιλέξει.

Πίνακας 3.1 Συστήματα ΕΣΥ

	<u>Bismark</u>	<u>Beveridge</u>	<u>Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης</u>
Έλεγχος παραγωγικών συντελεστών	Δημόσιος - Ιδιωτικός (μη κερδοσκοπικός)	Δημόσιος	Ιδιωτικός (κερδοσκοπικός)
Κάλυψη	Πλήρης κατά κατηγορία επαγγέλματος	Πλήρης & καθολική	Ελεύθερη επιλογή
Χρηματοδότηση του συστήματος	Εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών. κοινωνικοί πόροι, τριμερής χρηματοδότηση	Μέσω φορολογίας (άμεσης, έμμεσης, ειδικής)	Ατομικές ή εργοδοτικές ιδιωτικές εισφορές
Προσφορά υπηρεσιών υγείας	Συμβεβλημένοι γιατροί με πάγια ή με αντιμισθία. Μονάδες του ΕΣΥ ή των ασφαλιστικών φορέων	Γιατροί με πλήρη ή μη αποκλειστική απασχόληση. Μονάδες υγείας του ΕΣΥ	Συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί, Συμβεβλημένες μονάδες υγείας

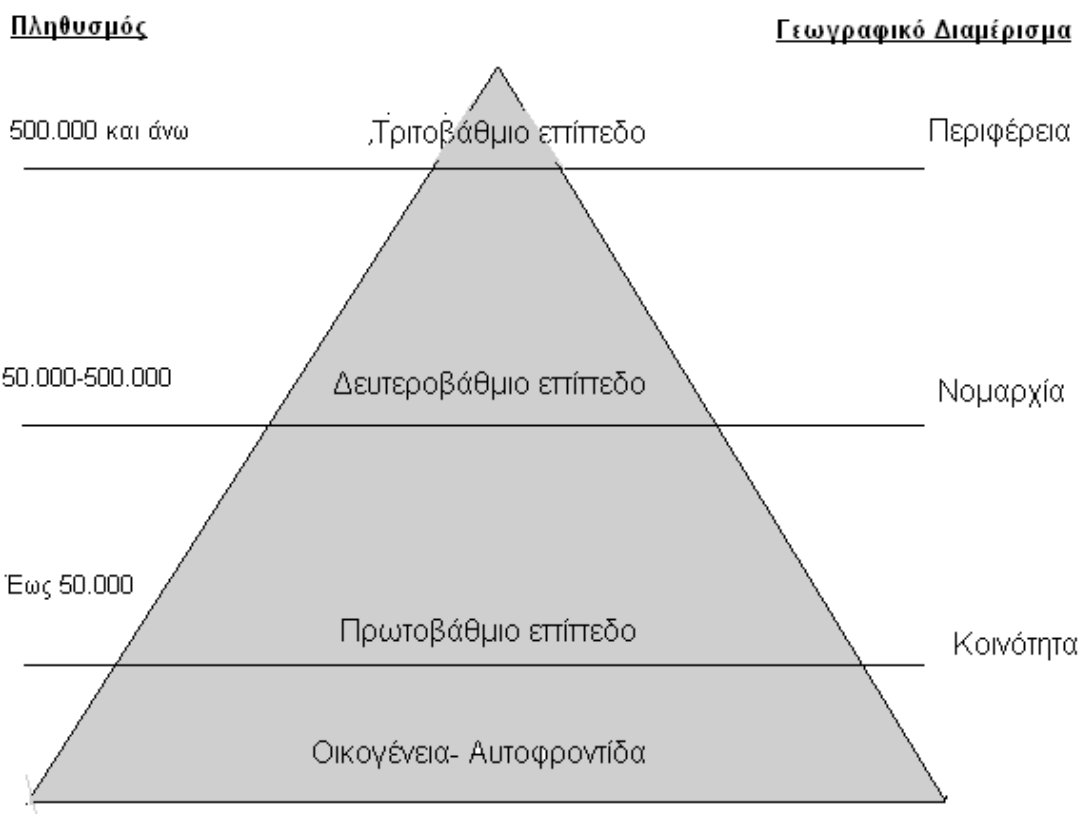
Δικαιούχοι πρόσβασης	Οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη κάθε ασφαλιστικού φορέα	Όλοι οι πολίτες	Ασφαλισμένοι, Συμβεβλημένα μέλη
Αντιπροσωπευτική χώρα	Γαλλία & Γερμανία	Μ. Βρετανία	ΗΠΑ

Πηγή: Μπορμπουδάκη Λένα, Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και στην Ελλάδα λειτουργούν τα μικτά συστήματα με χαρακτηριστικά τόσο του εθνικού συστήματος όσο και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Από τα παραπάνω, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται από: την κοινωνική ασφάλιση δηλαδή της εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών καθώς και από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω κοινωνικών εισφορών και της επιδότησης των ελλειμμάτων τους, τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας όπου καλύπτονται οι αμοιβές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οι δαπάνες του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και από το Πρόγραμμα Δημόσιων Επενδύσεων για τις ανάγκες σε κτίρια, ιατροφαρμακευτικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό και τέλος, από τις πληρωμές των ασθενών.

Στην Ελλάδα ο κλάδος της υγείας διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη. Αναλυτικότερα, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ανήκουν οι υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνουν περίθαλψη σε κάποιο νοσοκομείο. Στην κατηγορία λοιπόν αυτή ανήκουν υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών που γίνονται σε διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία δημοσίων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων, μικροβιολογικά εργαστήρια και ιατρούς σε ιδιωτικά ιατρεία. Στην δευτεροβάθμια περίθαλψη ανήκουν οι υπηρεσίες όπου οι ασθενείς χρειάζονται νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα δημόσια νοσοκομεία που είναι και ο μεγαλύτερος φορέας της κατηγορίας αυτής, τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που ουσιαστικά αποτελούν αυτόνομες επιχειρήσεις και τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου που είναι θεραπευτήρια επιχορηγούμενα από το κράτος. Τέλος, στην τριτοβάθμια περίθαλψη ανήκουν τα Περιφερειακά Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία που διαθέτουν εξοπλισμό για την κάλυψη εξειδικευμένων περιπτώσεων.



Σχήμα 3.2 Επίπεδα περίθαλψης
 Πηγή: Κοστολόγηση μικρής μονάδας υγείας, Α. Γιουβάνια, Θεσσαλονίκη 2010

Ένα τυπικό νοσοκομείου του ΕΣΥ έχει τις παρακάτω υπηρεσίες και τομείς:

- Ιατρική υπηρεσία με τομείς παθολογικό, χειρουργικό, ψυχιατρικό, εργαστηριακό, κοινωνικής ιατρικής, εξωτερικών ιατρείων και φαρμακευτικό.
- Νοσηλευτική υπηρεσία με αυτοτελείς μονάδες και νοσηλευτικά τμήματα όπως η μονάδα εντατικής θεραπείας.
- Διοικητική υπηρεσία με τις υποδιευθύνσεις του διοικητικού και οικονομικού.
- Τεχνική υπηρεσία αφορά θέματα που έχουν να κάνουν με την συντήρηση, ανανέωση του κτιριακού και μηχανολογικού εξοπλισμού.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την υγειονομική περίθαλψη σε όλα τα επίπεδα είναι:

- Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας δηλαδή η δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει υπηρεσίες συνεχώς
- Η ισότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες δηλαδή να υπάρχει ισότητα τόσο μεταξύ των ασθενών όσο και μεταξύ των αναγκών που πρέπει να καλύψουν οι υπηρεσίες υγείας.
- Η προσπελασιμότητα δηλαδή όλα τα άτομα ανεξάρτητα από το που διαμένουν να μπορούν να καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας ανάλογα με τις ανάγκες τους.
- Η σύνδεση μεταξύ των συστημάτων υγείας
- Η προσφορά υπηρεσιών υγείας μακροχρόνια

Πίνακας 3.2 Ο αριθμός των νοσοκομείων στην Ελλάδα

Γενικά και λειτουργούντα ως γενικά δημόσια νοσοκομεία (ΕΣΥ, πανεπιστημιακά, ΝΠΙΔ)	105
Γενικά νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας ΕΣΥ	16
Γενικά Νοσοκομεία ΙΚΑ	4
Στρατιωτικά νοσοκομεία (που υπήχθησαν στο ΕΣΥ)	5
Στρατιωτικά νοσοκομεία (που δεν υπήχθησαν στο ΕΣΥ)	8
Ιδιωτικά νοσοκομεία και Μικτές Ιδιωτικές Κλινικές	84
Σύνολο	222

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2011

Μετά από καταγραφή των νοσοκομειακών μονάδων (βλέπε Πίνακα 3.2) η Ελλάδα ανάλογα με το πληθυσμό της, που φτάνει τα 10.787.690 κατοίκους σύμφωνα με την Ελληνική στατιστική υπηρεσία, θα έπρεπε να έχει περίπου 40 νοσοκομεία λιγότερα από τα σημερινά.

3.3 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ

Παρότι τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί αρκετά σύγχρονα νοσοκομεία συνεχίζουν να υπάρχουν ελλείψεις και αδυναμίες στα περισσότερα νοσοκομεία που λειτουργούν στην χώρα μας. Οι ελλείψεις αυτές παρουσιάζονται κυρίως στις κτιριακές υποδομές, στο μηχανολογικό εξοπλισμό, στο ανθρωπινό δυναμικό και στους οικονομικούς πόρους καθώς και σε θέματα οργάνωσης και αποδοτικότητας των πόρων.

Τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν σε παλιά κτίρια και ορισμένα από αυτά δεν είχαν δημιουργηθεί για να λειτουργήσουν σαν νοσοκομεία αλλά αργότερα επεκτάθηκαν για να εξυπηρετήσουν αυτό το σκοπό. Αρά δεν υπάρχουν οι υποδομές για να υποστηριχθούν νέας τεχνολογίας μηχανήματα. Επιπλέον, παρότι ο τεχνολογικός εξοπλισμός συνεχώς εξελίσσεται παρατηρούνται ανισότητες στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία υποδηλώνοντας έτσι την έλλειψη σχεδιασμού και κριτηρίων επιλογής. Τα κριτήρια επιλογής αναφέρονται στην ιατρική

αποτελεσματικότητα, την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την οικονομική αποδοτικότητα αλλά και την ισομερή κατανομή ανά υγειονομική περιφέρεια.

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι αριθμητικά αρκετό, σε σχέση με τις ανάγκες που καλείται να καλύψει. Παρόλα αυτά όμως, συνεχίζουν να υπάρχουν ελλείψεις τόσο σε νοσηλευτικό όσο και παραϊατρικό προσωπικό. Οι ελλείψεις αυτές εμφανίζονται κυρίως στην άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και στην έλλειψη μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία του να καλύψει τις σύγχρονες μορφές περίθαλψης και νοσηλείας.

Στον τομέα της χρηματοδότησης τα έσοδα και το ύψος των επιχορηγήσεων καθορίζονται από την κεντρική διοίκηση η οποία προσδιορίζει τις τιμές των νοσηλείων και των ιατρικών πράξεων. Η οικονομική διαχείριση στηρίζεται σε προϋπολογισμούς τους οποίους υπερβαίνουν τα νοσοκομεία με αποτέλεσμα να λαμβάνουν επιχορηγήσεις ή να συσσωρεύουν ελλείμματα.

Τέλος, η παρέμβαση του κράτους περιορίζει σημαντικά την διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των νοσοκομείων. Οι προσλήψεις προσωπικού, οι σχέσεις εργασίας, οι αμοιβές και άλλα θέματα που έχουν σχέση με το προσωπικό ρυθμίζονται από τον δημοσιούπλληλικό κώδικα και δίνονται ελάχιστα περιθώρια στις διοικήσεις των νοσοκομείων για άσκηση οποιασδήποτε πολιτικής.

Αντιθέτως, ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας έχει ευνοηθεί από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο δημόσιος τομέας. Η ανάπτυξη όμως αυτή δεν οφείλεται μόνο σε αυτό το γεγονός. Ο ιδιωτικός τομέας υπερτερεί σε επίπεδο υπηρεσιών φροντίδας καθώς το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό εστιάζει περισσότερο στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία λόγω του μικρότερου αριθμού των ασθενών που τα επισκέπτονται.

Επιπλέον, ένα ακόμη πλεονέκτημα του ιδιωτικού τομέα είναι οι μικροί χρόνοι αναμονής καθώς τα ραντεβού κλίνονται κυρίως για συγκεκριμένους ιατρούς οπότε ο χρόνος αναμονής είναι πολύ μικρότερος. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία η προσέγγιση των ασθενών γίνεται κυρίως για τους ιατρούς που εργάζονται σε κάθε ιδιωτικό νοσοκομείο καθώς ο ασθενής βρίσκει τον ιατρό που θέλει και δεν τον ενδιαφέρει σε ποιο νοσοκομείο είναι. Τέλος, τα σύγχρονα μηχανήματα που διαθέτουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των επενδύσεων των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι σε ιατρική τεχνολογία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του ΕΣΥ δεν ξεπερνά το 30%. Πιο συγκεκριμένα, οι επενδύσεις του ιδιωτικού τομέα σε εστιάζονται σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με συχνές και προσοδοφόρες θεραπείες όπως χειρισμοί καρδιάς, ορθοπεδικές κ.α.

Πίνακας 3.3 Διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου

Κρατικά νοσοκομεία	Ιδιωτικές κλινικές
Δεν είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί	Κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Το κέρδος είναι σημαντικός παράγοντας αποφάσεων-ενεργειών (όχι πάντα των σωστότερων).
Έχουν πλήρη εφημερία με ειδικευμένους γιατρούς, σε μεγάλο αριθμό και πολλά εξειδικευμένα τμήματα.	Περιορισμένος αριθμός, συχνά μη ειδικευμένων γιατρών, λίγα τμήματα.

Πιο επαγγελματική (με την καλή έννοια) οργάνωση νοσοκομείου, π.χ. οργανωμένες επισκέψεις (δυστυχώς όχι πάντα), συζητήσεις, αποφάσεις.	Μερικές φορές οργάνωση εκ των ενόντων. Ο κάθε γιατρός είναι, συνήθως, διευθυντής, επιμελητής και βοηθός.
Μειωμένες και ελεγχόμενες τιμές.	Υψηλές τιμές (συχνά πολύ μεγάλες). Μη ελεγχόμενες.
Οργανωμένη (όχι πάντα) εκπαίδευση γιατρών(αναγκαστικά λόγω ειδικευόμενων που πρέπει επίσημα να εκπαιδευθούν).	Μεμονωμένες εκπαιδευτικές ενέργειες σε λίγες κλινικές. Δεν εκπαιδεύονται ειδικευόμενοι γιατροί.
Ομαδικές αποφάσεις, εξετάσεις, χειρουργεία (πιο ασφαλή όλα) στο team της κλινικής.	Ατομικές αποφάσεις (συνήθως).
Χειρουργεία με ομάδα εξασκημένη.	Μερικές φορές οι βοηθοί διατίθενται από την κλινική για όλους τους χειρουργούς (μειωμένη αλληλοπροσαρμογή, μη ενδιαφέρον του βοηθού κλπ.).
Συνήθως μέτρια "ξενοδοχειακή κάλυψη".	Καλύτερη "ξενοδοχειακή κάλυψη".
Κλινικές πάντα με Διευθυντή, που είναι υπεύθυνος και δίνει κατευθύνσεις (όχι πάντα, δυστυχώς).	Τμήματα, συνήθως του ενός ατόμου-γιατρού.
Συμβάσεις με όλα τα ταμεία, ο ασθενής δεν πληρώνει επιπλέον παρά μόνο τη νόμιμη συμμετοχή του (εάν προβλέπεται).	Συμβάσεις με ορισμένα ταμεία και συχνά με σημαντική συμμετοχή του ασθενούς.
Καλύτερη οργάνωση-υποδομή κατά μέσο όρο.	
Καλύτερη αλληλοϋποστήριξη κλινικών σε περίπτωση επιπλοκών και δυσκολιών.	Σε σοβαρές επιπλοκές, συχνά μεταφορές σε κρατικά νοσοκομεία.
Οργανωμένα, ειδικά τμήματα με εξειδικευμένη προϊσταμένη και αδελφές.	Ένα τμήμα μπορεί να νοσηλεύει ασθενείς διαφόρων ειδικοτήτων. Μη εξειδικευμένη προϊσταμένη και αδελφές.

3.4 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τους βασικότερους λόγους αύξησης του νοσοκομειακού κόστους είναι οι δαπάνες υγείας. Ενδεικτικά οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανέρχονται στο 9,6% του Ακαθάριστου εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ποσοστό που προέρχεται κυρίως σε πληρωμές των νοικοκυριών κυρίως σε γιατρούς και όχι τόσο στην ιδιωτική ασφάλιση. Η Ελλάδα εμφανίζει ρυθμό αύξησης των δαπανών 6,6% το χρόνο όταν στις χώρες τις Ευρωπαϊκής Ένωσης το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 4% συμφωνά με τα στοιχεία που παρέθεσε ο κ. Μοσιάλος στην ομιλία του στην εκδήλωση της Πρωτοβουλίας για την Υγεία και την Κοινωνική Πολιτική.

Στην διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται τρεις βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας, αυτές είναι οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές, οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων (Σούλης, 1999).

Πίνακας 3.4 Κατηγορίες δαπανών υγείας

ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ
-αμοιβές ιατρών	-δαπάνες για νοσηλεία	-δαπάνες για φάρμακα
-αμοιβές οδοντιάτρων	-δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων	-δαπάνες για οπτικά
-αμοιβές φυσικοθεραπευτών	-δαπάνες επεμβάσεων	-δαπάνες για ορθοπεδικά
-έξοδα για διάφορες θεραπείες	-δαπάνες φαρμάκων	
-έξοδα για εργαστηριακές αναλύσεις	-δαπάνες για εξωτερικά ιατρεία	
-έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών (Ε.Κ.Α.Β)		

Πηγή: Σούλης 1999

Η Εθνική Δαπάνη Υγείας αποτελείται από την Ιδιωτική Κατανάλωση, την Δημόσια κατανάλωση, τις Δημόσιες και Ιδιωτικές επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Έτσι:

$$\text{Εθνική Δαπάνη Υγείας} = \text{Ιδιωτική κατανάλωση} + \text{Δημόσια κατανάλωση} + \text{Δημόσιες επενδύσεις} + \text{Ιδιωτικές επενδύσεις}$$

Όπου η ιδιωτική κατανάλωση είναι κυρίως η κατανάλωση των νοικοκυριών και περιλαμβάνει τα έξοδα των νοικοκυριών για άμεσες πληρωμές προς τους ιατρούς, για νοσήλια και για αγορά φαρμάκων, τη συμμετοχή στα έξοδα προκειμένου να καλυφθεί η διαφορά μεταξύ τιμής που προβλέπει κάποιο ασφαλιστικό ταμείο για συγκεκριμένη ιατρική πράξη και της τιμής που επικρατεί στην αγορά. Ακόμη, τις τρέχουσες μεταβιβάσεις των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης δηλαδή τις δαπάνες που πραγματοποιούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για να καλύψουν τα έξοδα υγείας των ασφαλισμένων τους. Η δημόσια κατανάλωση υγείας περιλαμβάνει την ιδιωτική και δημόσια κατανάλωση χωρίς τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις. Η δημόσια δαπάνη

υγείας αποτελείται από το άθροισμα της δημόσιας κατανάλωσης και των δημόσιων επενδύσεων για υγεία. Οι δημόσιες επενδύσεις είναι οι δαπάνες που πραγματοποιεί ένα κράτος από τον Προϋπολογισμό Δημόσιων Επενδύσεων (Π.Δ.Ε) ή από τον Προϋπολογισμό των Υπουργείων για τη συμμετοχή του στη δημιουργία υποδομής σε νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κ.α. Τέλος, οι ιδιωτικές επενδύσεις πραγματοποιούνται για τη δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με σκοπό τη μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους. Οι επιχειρηματικές κινήσεις αυτές έχουν πάντα κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Σούλης, 1999)

Πίνακας 3.5 Δημόσιες και Ιδιωτικές επενδύσεις στην Ελλάδα

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> -Δαπάνες φορέων κοινωνικής ασφάλισης -Δαπάνες του κράτους για επιχορηγήσεις σε Δημόσια Υγειονομικά Ιδρύματα (Δημόσια κατανάλωση) -Δαπάνες του κράτους για Ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή φροντίδα των πολιτικών και στρατιωτικών υπαλλήλων καθώς και των συνταξιούχων του δημοσίου (Δημόσια κατανάλωση) -Δημόσιες επενδύσεις 	<ul style="list-style-type: none"> -Δαπάνες των ανασφάλιστων -Δαπάνες για υπηρεσίες και αγαθά υγείας που δεν καλύπτουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί όπως οπτικά -Δαπάνες για συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα παροχής φροντίδων υγείας όπως η συμμετοχή στα φάρμακα -Δαπάνες για κάλυψη των εξόδων από τη διαφορά θέσης νοσηλείας -Δαπάνες για άτυπες αμοιβές γιατρών όπως εγχειρήσεις -Ιδιωτικές επενδύσεις

Πηγή: Σούλης, 1999

Ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αλλά και η μεγάλη επίπτωση χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Ένας λόγος για την αύξηση των δαπανών υγείας είναι ταχύτατη ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών υγείας. Καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται ραγδαία εμφανίζονται όλο και περισσότερα μηχανήματα ή μέθοδοι για να αντιμετωπιστεί μια ασθένεια. Βέβαια αυτοί ο τρόποι αντιμετώπισης σαφέστατα και είναι καλύτεροι και έχουν και περισσότερα αποτελέσματα στο να διαγνωστεί και έπειτα να αντιμετωπιστεί μια ασθένεια δεν παύουν όμως να είναι και αρκετά δαπανηροί. Έτσι λοιπόν, αυξάνεται η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας χάρη στην τεχνολογία αλλά αυξάνεται και το συνολικό κόστος.

Επιπλέον, οι προμήθειες των μονάδων υγείας αποτελούν παράγοντα για την διαχείριση του συνολικού κόστους. Όταν οι διοικήσεις των νοσοκομείων καθυστερούν να συνάψουν συμφωνίες με τους υποψήφιους προμηθευτές ή ακόμη και αν δεν επιλέξουν τον κατάλληλο προμηθευτή δηλαδή αυτόν που θα προσφέρει καλή τιμή, ποιότητα και ποσότητα, τότε να αναγκάζονται να αγοράσουν βιαστικά από έναν προμηθευτή γιατί πρέπει να καλυφθούν οι ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί. Έτσι λοιπόν, και ο μη έγκαιρος εφοδιασμός υλικών απαραίτητων για της λειτουργίες της

νοσοκομειακής μονάδας αυξάνει το συνολικό κόστος. Στην Ελλάδα έχει ξεκινήσει η προσπάθεια μέσω του Εθνικού Συστήματος Δημόσιων Ηλεκτρονικών Προμηθειών, το οποίο αποτελεί ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα που θα εξυπηρετεί διαδικασίες προμηθειών των νοσοκομείων.

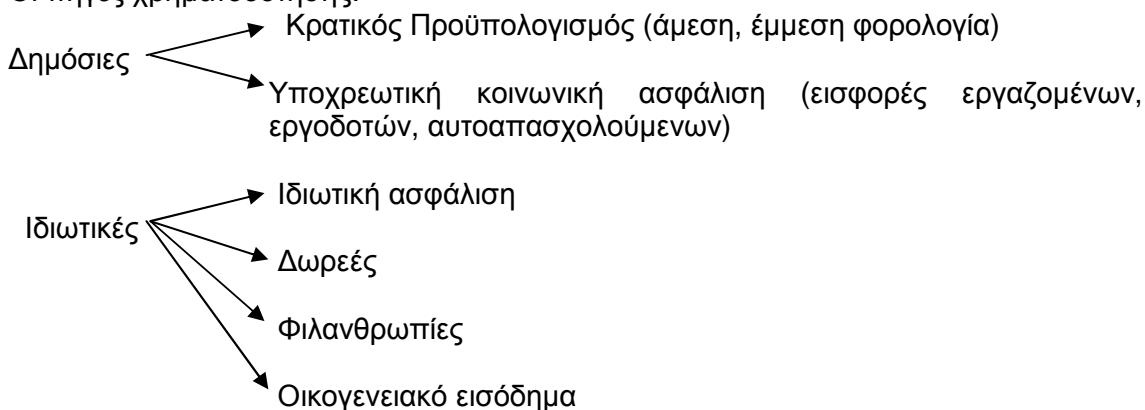
Τέλος, οι καθυστερήσεις στην αποζημίωση των φορέων υγείας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς δημιουργεί τεράστια ελλείμματα σε κάθε οικονομική χρήση.

Αρά από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η αποτίμηση του κόστους ενός νοσοκομείου αποτελεί απαραίτητη διαδικασία για να γίνει μια συστηματική και σωστή ανάλυση των στοιχείων του κόστους.

3.5 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της χρηματοδότησης αναφέρεται στην ανάγκη εξεύρεσης των πόρων και στην κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, της μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης και τα κριτήρια επιλογής τους. (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου,2009)

Οι πηγές χρηματοδότησης:



Στην Ελλάδα οι δύο βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας προέρχονται κατά 60% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 40% από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία καλύπτουν την μισθοδοσία των κρατικών νοσοκομείων, των ελλειμμάτων των νοσοκομείων, καθώς και σε επενδύσεις παγίου κεφαλαίου. Ενώ, οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν τις αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (27%), νοσοκομειακής περίθαλψης (42%) και φαρμακευτικής περίθαλψης (31%). Οι χρηματοδοτήσεις μέσω κρατικού προϋπολογισμού διατίθενται στην επιχορήγηση των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων, την χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας και της περίθαλψης του ΟΓΑ, την χρηματοδότηση του συστήματος περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων και τη χρηματοδότηση των δημόσιων επενδύσεων στον τομέα της υγείας. Αντίστοιχα, οι δαπάνες των ασφαλιστικών οργανισμών περιλαμβάνουν τη χρηματοδότηση για υπηρεσίες και επιδόματα ασθενείας που παρέχονται στα μέλη τους.

Γενικά οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι το ημερήσιο νοσήλιο (κλειστό, ανοικτό, ευλύγιστο ή σπαστό), η πληρωμή κατά πράξη, οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί, οι ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs). Πιο αναλυτικά, το κλειστό νοσήλιο είναι το πάγιο ποσό που καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας και καθορίζεται από την ποσοστιαία αύξηση του σε σχέση με τις νοσηλευτικές μονάδες και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Στην τιμή του ημερήσιου νοσηλίου περιλαμβάνεται η

παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, η διατροφή του, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι εγχειρήσεις και η νάρκωση, οι οποίες χρεώνονται βάση ορισμένου τιμολογίου. Το ανοικτό νοσήλιο είναι μια πάγια ημερήσια καταβολή στο νοσοκομείο. Υπάρχει ένα σταθερό μέρος που είναι το ίδιο για όλους τους ασθενείς για τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες και ένα μεταβλητό που εξαρτάται από το είδος της ιατρικό-νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στον κάθε ασθενή. Το ανοικτό νοσήλιο εφαρμόζεται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία. Το ευλύγιστο ή σπαστό ημερήσιο νοσήλιο είναι μια πάγια ημερήσια αμοιβή όπως το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο, μόνο που αλλάζει για κάθε ιατρική ειδικότητα. Η πληρωμή κατά πράξη εφαρμόζεται κυρίως από τα ιδιωτικά νοσοκομεία όπου οι καταναλωτές πληρώνουν το νοσοκομείο με ένα σύστημα λογιστικής καταγραφής όπου κοστολογείται ξεχωριστά κάθε ιατρικό-νοσηλευτική υπηρεσία. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ένας μηχανισμός με τον οποίο το κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο προϋπολογισμό λαμβάνοντας υπ' όψιν: τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς, την αύξηση των τιμών των αγαθών και των εισοδημάτων και τις ιδιαίτερες ανάγκες του νοσοκομείου. Τέλος, οι ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs), με το σύστημα αυτό ο νόμος υποχρεώνει όλα τα νοσοκομεία να χρησιμοποιούν προκαθορισμένες τιμές σε όλα τους τα τιμολόγια. Οι τιμές αυτές είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα αν έχουν ασφάλιση ή όχι, ή αν έχουν έρθει από το εξωτερικό για κάποια επέμβαση. Τέλος, όπως είναι σαφές από τα παραπάνω είναι δύσκολο να εκσυγχρονιστεί ο τομέας της υγείας καθώς θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο μικτός χαρακτήρας του συστήματος και ειδικότερα της χρηματοδότησης που ο κρατικός προϋπολογισμός κατέχει τον κυρίαρχο ρόλο.



4.ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Η διοίκηση (management) ορίζεται ως η διαδικασία του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου που ασκούνται σε μια επιχείρηση προκειμένου να επιτευχθούν αποτελεσματικά οι στόχοι τους. Η βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων που διαθέτει μια επιχείρηση και την επίτευξη των στόχων είναι η διοίκηση της επιχείρησης.

Κατά το παρελθόν έχουν αναπτυχθεί διαφορές θεωρίες σχετικά με την διοίκηση. Ο F. Taylor θεωρείται ο θεμελιωτής της διοίκησης επιχειρήσεων και πίστευε ότι:

- Η αύξηση της παραγωγικότητας ήταν η μόνη λύση για την εξασφάλιση μισθών και μεγαλύτερων κερδών.
- Με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων ήταν δυνατόν να υπάρξει αύξηση της παραγωγικότητας.
- Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι έπρεπε να σταματήσουν να θεωρούν τη διανομή κερδών ως το κυρίαρχο πρόβλημα και να εστιάσουν την προσοχή τους στην αύξηση των κερδών.

Ο Fayol θεωρείται ο πατέρας της διοίκησης, έδωσε έμφαση στα υψηλά ιεραρχικά επίπεδα της πυραμίδας και ανέλυσε τα καθήκοντα των διοικητικών στελεχών.

Ο Gantt υποστήριξε την ανάγκη για ανάπτυξη της συνεργασίας και της κατανόησης μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων, τόνισε τη σημασία της εκπαίδευσης και του ανθρώπινου παράγοντα σε όλα τα διοικητικά προβλήματα και έδωσε μεγάλη έμφαση στη σημασία του χρόνου και του κόστους για το σχεδιασμό και τον έλεγχο της εργασίας.

Οι λειτουργίες του management συνοψίζονται παρακάτω:

- Ο προγραμματισμός συνιστάται στον προσδιορισμό των στόχων, της στρατηγικής, των τακτικών, των ενεργειών και των μέσων υλοποίησης των στόχων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Η οργάνωση είναι η λειτουργία με βάση την οποία το συνολικό έργο που προσδιορίζεται στον προγραμματισμό διαιρείται σε επιμέρους τμήματα ή καθήκοντα.
- Η διεύθυνση είναι η λειτουργία μέσω της οποίας επηρεάζεται η συμπεριφορά του ανθρώπινου παράγοντα.
- Ο έλεγχος είναι η διαδικασία με την οποία μετρούνται τα αποτελέσματα και συγκρίνονται με τους αρχικούς στόχους που είχαν τεθεί.

4.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Είναι αναμφισβήτητο ότι η αποτελεσματικότητα, η ανταγωνιστικότητα και η ανάπτυξη των οργανισμών, δημόσιων και ιδιωτικών στηρίζεται στην αποτελεσματικότητα της διοίκησης. Στην Ελλάδα η αναγκαιότητα του σύγχρονου management έχει αναγνωρισθεί. Όμως στον τομέα της υγείας βρίσκεται σε αρχικό στάδιο.

Τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν μια ιδιομορφία σε σχέση με τα άλλα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα, εξαιτίας των ειδικών χαρακτηριστικών της οργάνωσής τους, αλλά και της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας. Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. (Σιγάλας, 1999)

Ο όρος Νοσοκομειακή διαχείριση αναφέρεται στην προσπάθεια συντονισμού ανθρώπινων και υλικών πόρων με σκοπό την παραγωγή ενός άριστου επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών για την κάλυψη φυσικά των αναγκών των ασθενών. Η νοσοκομειακή διαχείριση διαφοροποιείται ανάλογα με το χαρακτήρα ή το σκοπό του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, σκοπός του Δημόσιου νοσοκομείου είναι η κάλυψη των αναγκών των ασθενών ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής θέσης στην οποία βρίσκονται. Αντιθέτως, σκοπός του Ιδιωτικού νοσοκομείου είναι το κέρδος.

Η διοίκηση στοχεύει στον συντονισμό των υλικών και ανθρώπινων πόρων ώστε να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Για την επίτευξη των στόχων αυτών δεν αρκεί μόνο η ικανότητα των εργαζόμενων αλλά και η διάθεση των ικανοτήτων τους. Για τον λόγο αυτό η διοίκηση πρέπει να βρει τρόπους να παρακινήσει τους εργαζομένους ώστε να αποδίδουν καλύτερα και να αξιοποιούν στο έπακρον τις ικανότητες τους.

Όσον αφορά τον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων επικρατεί ο κάθετος και ιεραρχικός τρόπος διοίκησης που οι αποφάσεις λαμβάνονται από πάνω προς τα κάτω και στη κορυφή της ιεραρχίας βρίσκεται ο διοικητής του νοσοκομείου. Ο διοικητής του νοσοκομείου σύμφωνα με το Ν. 2889/2001 έχει την νόμιμη εκπροσώπηση, δικαστική και εξώδικη, των ανωτέρω αποκεντρωμένων και αυτοτελών μονάδων των νοσοκομείων, για όλα τα θέματα που ανήκουν στην αρμοδιότητα αυτού ή στην αρμοδιότητα του Συμβουλίου διοίκησης. Κεντρικός ρόλος του Γενικού Διευθυντή είναι υλοποίηση της πολιτικής που χάραξε το Διοικητικό συμβούλιο, ο έλεγχος της οικονομικής και λειτουργικής κατάστασης του νοσοκομείου, η σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού και ισολογισμού, ο έλεγχος της απόδοσης των διευθυντών και τέλος η καθημερινή διοίκηση του νοσοκομείου (Κονταράτου, 2003). Το Συμβούλιο Διοίκησης είναι εννεαμελές και αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή και τρία πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα, που ορίζονται με τους αναπληρωτές τους, δύο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής

αλληλεγγύης και έναν από το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας. Κεντρικός ρόλος του Διοικητικού Συμβουλίου είναι η χάραξη πολιτικής, η λήψη αποφάσεων στρατηγικής σημασίας, η έγκριση του ετήσιου προϋπολογισμού, η έγκριση θέσεων εργασίας καθώς και η απόλυση προσωπικού και τέλος, ο έλεγχος της απόδοσης και αποτελεσματικότητας του Γενικού Διευθυντή (Κονταράτου, 2003)

4.2.1 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 146

Νομός 1397/83: Η αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας με βάση της διατάξεις του νόμου αυτού, συνδυάστηκε με ένα ουσιαστικό εκσυγχρονισμό. Ο εκσυγχρονισμός αυτός συμπεριλάμβανε την αλλαγή των οργάνων διοίκησης, την κατάρτιση νέων οργανισμών, την ενιαία οργανωτική και διοικητική διάρθρωση των νοσοκομείων, την ίδρυση νέων τμημάτων και υπηρεσιών, την αλλαγή των εργασιακών σχέσεων και τη διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας των μονάδων υγείας.

Νόμος 2889/2001: Με το νόμο αυτό τα νοσοκομεία έπαψαν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συστημάτων Υγειονομικής Περίθαλψης (Πε.Σ.Υ.Π). Διοικούνται από τον διοικητή ο οποίος έχει και την γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας. Ο διοικητής συνάπτει «συμβόλαιο αποδοτικότητας» με το αντίστοιχο Πε.Σ.Υ.Π. στο οποίο ο ίδιος λογοδοτεί. Στην άσκηση του έργου του συνεργάζεται από Συμβούλιο Διοίκησης που αποτελείται από τους προϊσταμένους όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Νόμος 2889/01: με το νομό αυτό η σύνταξη του προϋπολογισμού συνδέεται με όλο το στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό του νοσοκομείου, που θεωρείται ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου περιφερειακού συστήματος υγείας. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η συμβατότητα των στόχων του νοσοκομείου με του στόχους των Πε.Σ.Υ.Π. και η ομοιομορφία στην σύνταξη των προϋπολογισμών ως προς τις πραγματικές τους διαστάσεις.

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 146

Το Προεδρικό Διάταγμα με αριθμό 146 αναφέρεται στον περιορισμό του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημόσιων Μονάδων Υγείας.

Με το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο αυτό θεσπίζεται στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα γενικής λογιστικής, αναλυτικής λογιστικής και λογιστικής του δημόσιου λογιστικού.

ΟΜΑΔΑ 9 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ

90. Διάμεσοι- Αντικριζόμενοι λογαριασμοί

91. Ανακατάταξη εξόδων- αγορών και εσόδων-Ενδιάμεσα κέντρα κόστους

92.Κέντρα (θέσεις) κόστους

93.Κόστος παραγωγής

94.Αποθέματα

95.Αποκλίσεις από το πρότυπο κόστος

96.Έσοδα- Μικτά αναλυτικά αποτελέσματα

97.Διαφορές απογραφών- ενσωματώσεως και καταλογισμού

98. Αναλυτικά αποτελέσματα

99. Εσωτερικές διασυνδέσεις

Από τους πιο πάνω πρωτοβάθμιους λογαριασμούς υποχρεωτικοί είναι οι 90, 91,92,93,94,96,98 ενώ από τους δευτεροβάθμιους, τριτοβάθμιους κτλ υποχρεωτικοί είναι μόνο οι δευτεροβάθμιοι των πρωτοβάθμιων 92 «κέντρα κόστους» και 94 «Αποθέματα». Οι δευτεροβάθμιοι, τριτοβάθμιοι και λοιποί λογαριασμοί που δεν αναφέρονται παραπάνω τροποποιούνται και αναλύονται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε νοσοκομείου. Οι πρωτοβάθμιοι 95 και 97 γίνονται υποχρεωτικοί από τη στιγμή που το

νοσοκομείο θα ακολουθήσει διαδικασίες που προβλέπονται και παρακολουθούνται από τους λογαριασμούς αυτούς.

4.3 ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ MANAGEMENT ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι λειτουργίες του management που αναλύθηκαν παραπάνω θα παρουσιαστούν εδώ σε σχέση με το πώς λειτουργούν μέσα στον οργανισμό του νοσοκομείου.

Πιο συγκεκριμένα, ο Προγραμματισμός αποτελεί το πρώτο στάδιο της διοίκησης και προσπαθεί να καλύψει το κενό ανάμεσα στο που βρίσκεται η διοίκηση και που θέλει να φτάσει. Η διαδικασία του προγραμματισμού περιλαμβάνει την αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων, την επιλογή της πιο κατάλληλης λύσης, τη διαμόρφωση και την εφαρμογή των επιμέρους σχεδίων. Για να γίνει σαφής καθορισμός των στόχων ενός νοσοκομειακού οργανισμού απαιτεί συλλογή και αξιολόγηση δεδομένων που προέρχονται από το παρελθόν έτσι ώστε να μπορεί να καθοριστεί και η ομάδα στόχος (target group) που απευθύνεται η υπηρεσία. Επί πρόσθετα, θα πρέπει να αναλυθεί η προσβασιμότητα της ομάδας στόχου στην νοσοκομειακή μονάδα για να είναι αποδοτική και παραγωγική η λειτουργία της. Στον ιδιωτικό τομέα η αξιολόγηση γίνεται με στατιστικές μεθόδους και ο καθορισμός των στόχων είναι σαφής όπως και ο πληθυσμός που απευθύνεται η παροχή υπηρεσιών. Ο ιδιωτικός manager προσπαθεί με μεγάλη συνέπεια να επιτύχει τους στόχους επειδή έχει γίνει ήδη η στατιστική ανάλυση. Η απόκλιση που ενδέχεται να παρατηρηθεί αφορά παράγοντες που δεν μπορούν να προβλεφθούν όπως για παράδειγμα η οικονομική κρίση. Ο δημόσιος τομέας υστερεί ως προς τα παραπάνω επειδή δεν υπάρχουν σωστοί επιστημονικοί συνεργάτες για να καθορίσουν και να υλοποιήσουν τους στόχους. Μάλιστα, σε περιόδους όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες ή οι επιδημίες επικρατεί πανικός παρά ορθολογισμός. Ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται πιο έτοιμος όσον την αντιμετώπιση εξωγενών παραγόντων από ότι ο δημόσιος τομέας.

Η οργάνωση είναι η διαδικασία που σε κάθε εργαζόμενο ανατίθεται συγκεκριμένο έργο με σκοπό την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Περιλαμβάνει τον καθορισμό συγκεκριμένων εργασιών, τον καθορισμό γενικών δραστηριοτήτων, τη στελέχωση των θέσεων με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό, τη δημιουργία οργανωτικών δομών και τον καθορισμό των σχέσεων εξουσίας ανάμεσα στους εργαζόμενους και τελικά την αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος. Η αύξηση της παραγωγικότητας, η εντατικότερη χρησιμοποίηση εξοπλισμού, η χρησιμοποίηση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού, η ευκολία στην αντικατάσταση των εργαζομένων και ο εύκολος έλεγχος είναι παράγοντες που δεν μπορούν να αγνοηθούν. Το ανώτερο management των ιδιωτικών νοσοκομείων κλίνει περισσότερο προς τη διοίκηση με χαρακτήρα σχεδόν απόλυτης εξειδίκευσης, διότι αυτό καθιστά ευκολότερη τη διαδικασία ελέγχου αλλά και την εύκολη αντικατάσταση ανθρώπινου δυναμικού. Στον ιδιωτικό φορέα τα οργανογράμματα των τμημάτων και οι σχέσεις εξουσίας με το ανώτερο management τηρούνται αυστηρά για την απρόσκοπτη λειτουργία του φορέα και με όσο το δυνατό λιγότερες γραφειοκρατικές παρεμβάσεις. Εντούτοις για λόγους εύρυθμης λειτουργίας σε τμήματα με υψηλά επιπέδου εξειδικευμένο προσωπικό, το ανώτερο management παραχωρεί περισσότερες δικαιοδοσίες και υπευθυνότητα με σκοπό πάντοτε την αύξηση της απόδοσης και παραγωγικότητας αλλά και τη διατήρηση των σχέσεων εξουσίας με τρόπο διπλωματικό. Άλλωστε και στα ιδιωτικά νοσοκομεία υφίστανται ανταγωνισμός κυρίως ως προς την απόκτηση υψηλού κύρους επιστημονικού προσωπικού. Στο δημόσιο νοσοκομείο δίνεται η εντύπωση ότι το ανώτερο management δεν μπορεί να εκμεταλλευτεί το εξειδικευμένο προσωπικό που υφίσταται είτε λόγω έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού είτε λόγω κακής οργάνωσης και έλλειψης οργανογράμματος. Τα οργανογράμματα που υφίστανται λειτουργούν συχνά χωρίς να εξυπηρετούν την επίτευξη των στόχων αλλά και η διάκριση των τμημάτων είναι διαπλεκόμενη, με αποτέλεσμα οι σχέσεις εξουσίας να μην είναι διακριτές.

Ο έλεγχος είναι μια διαδικασία, κατά την διάρκεια της οποίας παρακολουθείται και ρυθμίζεται η λειτουργία του οργανισμού, ώστε να εξασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων που τέθηκαν κατά τη διαδικασία του προγραμματισμού. Ο έλεγχος διαπιστώνει αν η κατεύθυνση είναι σωστή και αν οι στόχοι επιτυγχάνονται, διασφαλίζει τη σωστή χρήση των πόρων και διορθώνει τα υπάρχοντα προβλήματα. Είναι μια διαδικασία συνεχής και δυναμική και περιλαμβάνει όλες τις πλευρές του οργανισμού. Με καθορισμό προτύπων απόδοσης γίνεται η ανατροφοδότηση του ανώτερου management και έπειτα οι διορθωτικές κινήσεις. Ο καθορισμός των προτύπων απόδοσης λειτουργεί επίσης και ως παράγοντας υποκίνησης για τους εργαζομένους. Στο δημόσιο management η διαδικασία ελέγχου και η επανατροφοδότηση στον ανώτερο διοικητή αναλώνεται κυρίως σε μικροκομματικές και συνδικαλιστικές αντιπαλότητες που ουδώς βοηθούν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Οι διορθωτικές κινήσεις αφορούν κυρίως μετατάξεις ή αναβαθμίσεις προσωπικού ανάλογα με την συνδικαλιστική ταυτότητα. Η διαδικασία είναι τόσο βαθιά ριζωμένη στην εργασιακή ταυτότητα των εργαζομένων που και η υποκίνησή τους για αύξηση της απόδοσης και της παραγωγικότητας είναι εξαιρετικά δύσκολη. Το ανώτερο management του ιδιωτικού φορέα έχει σαφείς διαδικασίες ελέγχου και ποιότητας της παροχής υπηρεσιών. Η πλειοψηφία τους έχει λάβει πιστοποιητικά πιστοποίησης διαδικασιών ελέγχου είτε από τον ΕΛΟΤ ή ευρωπαϊκές εταιρείες. Ο έλεγχος είναι μια διαδικασία που έχει επικοινωνιακά περάσει στους εργαζόμενους και αποτελεί καθημερινότητα χωρίς ιδιαίτερη αρνητική κριτική.

4.4 ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Το τμήμα του νοσοκομείου, που είναι υπεύθυνο για την διαχείριση των φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών υλικών είναι το Γραφείο Προμηθειών. Το γραφείο προμηθειών είναι αρμόδιο για την αγορά αναλώσιμων υλικών, εργαλείων, φορητών βιοϊατρικών συσκευών και τροφίμων καθώς και για την εκμίσθωση υπηρεσιών. Το γραφείο προμηθειών δεν είναι υπεύθυνο για την αγορά βιοϊατρικού εξοπλισμού βαρέως τύπου, όπως Τομογράφο, αγγειογράφο κ.α. Την προμήθεια αυτού του εξοπλισμού αναλαμβάνει το Διοικητικό συμβούλιο.

Η βασική αρμοδιότητα του γραφείου αυτού είναι η συγκέντρωση προσφορών για είδη και υπηρεσίες που απαιτεί η λειτουργία του Νοσοκομείου, αλλά και η προώθηση παραγγελιών μετά από τις σχετικές εγκρίσεις των αρμόδιων οργάνων. Η συγκέντρωση προσφορών απαιτεί την πλήρη περιγραφή και προδιαγραφή του απαιτούμενου αγαθού από τον αιτούντα. Η αξιολόγηση των προσφορών γίνεται από επιτροπές Προμηθειών που έχουν οριστεί από την Διεύθυνση της Διοικητικής Υπηρεσίας. Τα κριτήρια αξιολόγησης των προσφορών είναι η ποιότητα του προσφερόμενου αγαθού, το κόστος, ο τρόπος πληρωμής του, ο χρόνος παράδοσης του και οι εγγυήσεις που παρέχονται.

Οι αρμοδιότητες του γραφείου προμηθειών ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά είδη που αγοράζονται κατά περίπτωση, όπως ειδικά φάρμακα, ιμάντες κινητήρων κ.α. ενώ η δεύτερη κατηγορία αφορά είδη που αγοράζονται σε συχνότερη βάση όπως εργαστηριακά αντιδραστήρια, καθετήρες, οξυγονωτές, τρόφιμα. Οι διαγωνισμοί για την προμήθεια ειδών που αγοράζονται σε συχνότερη βάση γίνονται κάθε διετία.

4.5 Η ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η διαδικασία της λήψης αποφάσεων, περιλαμβάνει την αναγνώριση του προβλήματος, τον καθορισμό των απαιτήσεων και των κριτηρίων απόδοσης, την παραγωγή εναλλακτικών λύσεων, την αξιολόγηση των λύσεων και την επιλογή της πιο κατάλληλης και τελικά την υλοποίηση και εφαρμογή της απόφασης. Η διαδικασία αυτή ισχύει για όλους τους οργανισμούς και έτσι ακολουθείται και από τα νοσοκομεία. Οι αποφάσεις από το ανώτερο management μπορεί να λαμβάνονται υπό συνθήκες απόλυτης βεβαιότητας, κινδύνου ή συνθήκες αβεβαιότητας. Αυτό που τις διαφοροποιεί είναι τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα και η εμπειρία από προηγούμενες καταστάσεις. Ιδιαίτερο ρόλο στη λήψη αποφάσεων παίζει η ίδια η προσωπικότητα του manager στην αποφυγή ή λύση των προβλημάτων αλλά και στην αναζήτηση ευκαιριών. Επιπλέον το ανώτερο management οφείλει να ασχολείται με επίλυση προβλημάτων που αφορούν και επηρεάζουν την κατεύθυνση, το σκοπό και τις προοπτικές ολόκληρου του οργανισμού (στρατηγικές αποφάσεις) ενώ οι διαχειριστικές και λειτουργικές αποφάσεις οφείλουν να λαμβάνονται από μεσαίο και κατώτερο επίπεδο διοίκησης αντίστοιχα. Στο δημόσιο νοσοκομείο αυτό που δυστυχώς συμβαίνει είναι ότι το ανώτερο management ασχολείται με όλου του τύπου τις αποφάσεις γιατί λείπει η σαφής οργανωτική δομή, ο καταμερισμός ευθυνών και δικαιοδοσιών, το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και η αρμονική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ στελεχών.

Επιπλέον ακόμα και αν οι δομές αυτές λειτουργούν, υφίστανται γραφειοκρατικοί σκόπελοι που πρέπει να ξεπεραστούν για να ολοκληρωθεί μια απόφαση. Για παράδειγμα στο δημόσιο νοσοκομείο η πρόσληψη δέκα νοσηλευτών για την εύρυθμη λειτουργία ενός τμήματος μπορεί να ολοκληρωθεί και εντός δύο ετών ενώ το τμήμα εξακολουθεί να λειτουργεί ανεπαρκώς και επικινδύνως.

Στον ιδιωτικό φορέα η εντόπιση του προβλήματος γίνεται άμεσα και προχωρούν απευθείας στην εφαρμογή εναλλακτικών λύσεων. Οι εναλλακτικές λύσεις είναι σαφώς και εκ των προτέρων καθορισμένες και δεν αποτελούν αποφάσεις που λαμβάνονται ενώπιον του προβλήματος. Αποφάσεις που αφορούν την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού δεν απασχολούν άμεσα το ανώτερο manager γιατί υπάρχει το αντίστοιχο τμήμα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, με δικαιοδοσία και υπευθυνότητα που έχει προκαθορισθεί. Σε περιπτώσεις κρίσεων κυρίως οικονομικών το ανώτερο management διατηρεί το δικαίωμα συρρίκνωσης πόρων είτε σε υλικοτεχνική υποδομή είτε σε ανθρώπινο δυναμικό, κάτι που σαφώς δημιουργεί αβεβαιότητα στο προσωπικό αλλά είναι ίσως και ο λόγος αυξημένης παραγωγικότητας και απόδοσης

4.6 ΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Απλογραφικό σύστημα

Τα Κρατικά Νοσοκομεία της Ελλάδας διαχειρίζονται την χρηματοοικονομική τους κατάσταση σύμφωνα με το λογιστικό των Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο ανήκει στον κύκλο του Δημοσίου Λογιστικού και διέπεται από το Ν.Δ. 496/74. Η οικονομική τους διαχείριση στηρίζεται στον προϋπολογισμό, που προσδιορίζει τα έσοδα και τα έξοδα κάθε οικονομικού έτους.

Ο ένας τρόπος με τον οποίο γίνεται η τήρηση των βιβλίων τους είναι το απλογραφικό σύστημα. Ο έλεγχος του προϋπολογισμού εξαρτάται από τον <<Κώδικα Κατάταξης Εσόδων – Εξόδων>> του 1982 που έχει εκδώσει το Γ.Λ.Κ. (Αρ. Πρωτ. 25614/26-2-1982 άρθρο, Εγκύκλιος 2). Σύμφωνα με αυτόν τον κώδικα, τα έσοδα και τα έξοδα μετατρέπονται σε κωδικούς, που επιτρέπουν την ταξινόμηση τους ανάλογα με το είδος, την κατηγορία, την φύση του, κατά το δεκαδικό σύστημα. Ως έσοδο μπορεί να οριστεί οποιοδήποτε χρηματικό ποσό εισπραχθεί από το Νοσοκομείο με την έκδοση Γραμματίου Είσπραξης και αυξάνει το ενεργητικό του. Ενώ έξοδο είναι κάθε δαπάνη που γίνεται για την εξόφληση του Γραμματίου. Οι κρατήσεις, για παράδειγμα, για τα ασφαλιστικά ταμεία, θεωρούνται έσοδα όταν παρακρατούνται και έξοδα όταν αποδίδονται.

Με το σύστημα αυτό λοιπόν, κάθε έσοδο του Δημοσίου Νοσοκομείου που προέρχεται από κάποιο Γραμμάτιο Είσπραξης ενημερώνει και έναν αριθμό εσόδων του προϋπολογισμού. Κάτι αντίστοιχο γίνεται και με τα έξοδα. Κάθε φορά που καταβάλλεται κάποιο χρηματικό ποσό για την εξόφληση κάποιας υποχρέωσης, ενημερώνεται και ένας κωδικός αριθμός εξόδων του προϋπολογισμού. Είναι φανερό πως οτιδήποτε γίνεται, καταγράφεται είτε σαν έσοδο είτε σαν έξοδο. Με αυτόν τον τρόπο οι κωδικοί του Δημοσίου Λογιστικού μόνο αυξάνονται.

Τα παραπάνω έχουν κάποιες αρνητικές συνέπειες για τα Νοσοκομεία. Μια από αυτές είναι η έλλειψη του κόστους από το Δημόσιο Λογιστικό, που έχει ως συνέπεια την αδυναμία παρακολούθησης του προϋπολογισμού. Οι πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την επίβλεψη των οικονομικών καταστάσεων των Νοσοκομείων είναι ελλιπείς και δεν μπορούν να γίνουν έλεγχοι. Τέλος, το απλογραφικό σύστημα δεν περιλαμβάνει τις αποσβέσεις των κτιρίων, μηχανημάτων κλπ, και δεν φαίνεται το κέρδος ή η ζημία της ετήσιας δραστηριότητας του Νοσοκομείου.

Διπλογραφικό σύστημα

Το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα της Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής των Ν.Π.Δ.Δ και των Ο.Τ.Α. εισήχθη στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια αν και λειτουργούσε σε χώρες του εξωτερικού αρκετό καιρό πριν. Η εισαγωγή προβλέπεται στο άρθρο 29 παρ. 3 του Ν.2819/97. Αρχικά είχε αποφασιστεί να εφαρμοστεί στα Κρατικά Νοσοκομεία με το άρθρο 3 του Π.Δ. 205/98 (ΦΕΚ. 163Α/98) την 01/01/2000 αλλά μετατέθηκε για την 01/01/2001 με το άρθρο 36 του Ν.2778/99 (ΦΕΚ. 295/Α).

Το Διπλογραφικό Σύστημα, αντίθετα με το Απλογραφικό, συγκαταλέγει τις μεταβολές των λογιστικών γεγονότων χρησιμοποιώντας τουλάχιστον δύο λογαριασμούς. Ο ένας εκ των οποίων χρεώνεται και ο άλλος πιστώνεται.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι μεταβολές στους λογαριασμούς του Ε.Γ.Σ.Λ με τη χρήση του διπλογραφικού συστήματος:

Πίνακας 4.1 Χρήση διπλογραφικού συστήματος

Λογαριασμοί			Χρέωση	Πίστωση
Ενεργητικό	1 ^η Ομάδα	Πάγια	+	-
	2 ^η Ομάδα	Αποθέματα	+	-
	3 ^η Ομάδα	Απαιτήσεις	+	-
Παθητικό	4 ^η Ομάδα	Ίδια κεφάλαια	-	+
	5 ^η Ομάδα	Βραχυπρόθεσμες	-	+
Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως	6 ^η ομάδα	Οργανικά Έξοδα	+	-
	7 ^η Ομάδα	Οργανικά Έξοδα	-	+
Ανόργανο Αποτέλεσμα	8 ^η Ομάδα	Ανόργανα Έξοδα	+	-
		Ανόργανα Έσοδα	-	+
Σύνολα			α	α

Μια αύξηση ενός στοιχείου του ενεργητικού (βλέπε Πίνακα 4.1) προκαλεί και μια μείωση ενός άλλου στοιχείου του ενεργητικού ή μια αύξηση στοιχείων των υποχρεώσεων ή των ίδιων κεφαλαίων. Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με μια μείωση ενός στοιχείου του ενεργητικού. Αυτό έχει σχέση με την παρακάτω ισότητα της Λογιστικής:

$$\text{ΠΑΘΗΤΙΚΟ} + \text{ΚΑΘΑΡΗ ΘΕΣΗ} = \text{ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ}$$

Οι παραπάνω αυξομειώσεις καταγράφονται στο Ημερολόγιο, ένα ειδικό βιβλίο που περιλαμβάνει τις χρεώσεις και τις πιστώσεις του ενεργητικού και του παθητικού. Όλες οι πληροφορίες λοιπόν είναι διαθέσιμες οποιαδήποτε στιγμή. Υπάρχουν στο σύστημα των λογαριασμών που τηρεί το Λογιστήριο του Νοσοκομείου.

Κάποιες λεπτομέρειες που θα ήταν καλό να τονιστούν για να φανεί ο λόγος που το διπλογραφικό σύστημα υπερτερεί αναφέρονται παρακάτω. Το Δημόσιο Λογιστικό δεν περιλαμβάνει το ταμείο. Αυτό απορρέει από τη διαφορά μεταξύ του αθροίσματος των γραμματίων είσπραξης και των χρηματικών ενταλμάτων. Στο διπλογραφικό σύστημα όμως, το ταμείο είναι ο λογαριασμός 38 (Χρηματικά Διαθέσιμα) και είναι αυτούσιος. Άλλη μια διαφορά τους είναι πως το Δημόσιο Λογιστικό δεν έχει λογαριασμούς που να δείχνουν τις απαιτήσεις και τις υποχρεώσεις. Στη Γενική Λογιστική υπάρχει ο λογαριασμός 50 (Προμηθευτές) και ο λογαριασμός 30 (Απαιτήσεις).

Στην ανάλυση του Απλογραφικού συστήματος ορίστηκαν τα έσοδα και τα έξοδα του Δημόσιου Λογιστικού. Τώρα πρέπει να δοθεί η ερμηνεία τους με βάση τη Γενική Λογιστική. Τα έσοδα εδώ είναι η κάθε αύξηση της καθαρής θέσης του Νοσοκομείου που προέρχεται από τις διάφορες δραστηριότητές του ενώ τα έξοδα είναι η μείωση της καθαρής θέσης του. Παράδειγμα εξόδου είναι η ανάλωση των φαρμάκων που αγοράστηκαν με βάση το σχετικό τιμολόγιο.

Όπως φάνηκε από τα παραπάνω, το διπλογραφικό σύστημα παρέχει άμεσα και έγκαιρα αξιόπιστες πληροφορίες γι' αυτό και αποτελεί επιστημονικό εργαλείο.

4.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η αύξηση των δαπανών, που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, χωρίς όμως να αναβαθμίζεται ή να βελτιώνεται η παροχή υπηρεσιών στα νοσοκομεία, δημιουργεί σοβαρά προβλήματα σε αυτούς που είναι επιφορτισμένοι με την χάραξη οικονομικής πολιτικής, δηλαδή τους Διευθυντές, τα Διοικητικά στελέχη, τα Διοικητικά Συμβούλια ή τα εποπτεύοντα Υπουργεία. Η οικονομική πολιτική που θα πρέπει να χαράξουν έχει σαν βασικό στόχο την μείωση του κόστους που γίνεται με την βοήθεια της Λογιστικής και της Αναλυτικής λογιστικής. Η λογιστική είναι η επιστήμη, που ασχολείται με την συστηματική συλλογή και παροχή κοινωνικοοικονομικών πληροφοριών, οι οποίες προέρχονται από τους οικονομικούς οργανισμούς και είναι απαραίτητες για την λήψη ορθολογικών αποφάσεων. Επιπλέον, αποτελεί σύστημα γνώσεων, μέσα στα πλαίσια των οικονομικών, νομικών και κοινωνικών κανόνων, με γενικά παραδεκτές βασικές αρχές και μεθόδους επιστημόνωσης, αναλύσεως, καταγραφής ή υπολογισμού, παρακολούθησης και παρουσιάσεως λογιστικών πληροφοριών. (Α. Κοντάκος, 2006)

Με την χρήση της λογιστικής λοιπόν στα νοσοκομεία όπως και σε κάθε άλλη οικονομική μονάδα, συντάσσονται οι οικονομικές καταστάσεις όπως ο ισολογισμός, τα αποτελέσματα χρήσης, τα αποτελέσματα εκμετάλλευσης, ο πίνακας διάθεσης αποτελεσμάτων. Με την λογιστική επιτυγχάνεται εκτός από την καταγραφή των λογιστικών γεγονότων και η ανάλυση των στοιχείων με σκοπό να χρησιμοποιηθούν και από άλλες υπηρεσίες, όπως η κοστολόγηση κ.α. Επιπλέον, με την λογιστική ο διοικητής- manager του νοσοκομείου έχει σαφή και άμεση πληροφόρηση για την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το νοσοκομείο και μπορεί να ασκεί πιο αποτελεσματικούς ελέγχους στην διαχείριση του νοσοκομείου. Τέλος, με την δημοσίευση των οικονομικών καταστάσεων, προσδιορίζεται και το οικονομικό αποτέλεσμα για μια συγκεκριμένη χρήση του κρατικού νοσοκομείου.

Αναλυτική λογιστική είναι ένα σύνολο λογαριασμών και συγκεκριμένα της ομάδας 9 του Ενιαίου Γενικού Λογιστικού Σχεδίου (ΕΓΛΣ), οι οποίοι λειτουργούν κάτω από αυστηρές και συγκεκριμένες συνθήκες. Τα νοσοκομεία λειτουργούν σαν οικονομικές μονάδες, έχουν ανάλωση υλικών και υπηρεσιών και παράγουν ένα αποτέλεσμα. Η αναλυτική λογιστική και η εφαρμογή της, χωρίζει αυτές τις οικονομικές μονάδες σε μικρότερα κομμάτια, τα κέντρα κόστους και βοηθητικά κέντρα κόστους. Στα κύρια κέντρα κόστους υπάρχουν αναλώσεις αξιών και παράγεται ένα αποτέλεσμα ενώ τα βοηθητικά υπάρχουν για την εξυπηρέτηση των κύριων κέντρων κόστους. Για παράδειγμα, ένα κύριο κέντρο κόστους θα μπορούσε να είναι η μαιευτική κλινική και ένα βοηθητικό θα μπορούσε να είναι ένα εργαστήριο γιατί το κόστος λειτουργίας του εργαστηρίου επιμερίζεται και στις άλλες κλινικές που εξυπηρετεί δηλαδή και στα υπόλοιπα κέντρα κόστους.

5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

5.1 ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Νοσοκομειακό κόστος είναι το σύνολο των δαπανών, που έχουν σχέση με την με την παραγωγή και την προσφορά υπηρεσιών υγείας και παρέχονται στον ιδιαίτερο χώρο του νοσοκομείου ή του πληθυσμού ευθύνης του. Ακόμη, κόστος είναι και η νομισματική αξία των πόρων οι οποίοι καταναλώνονται στην παραγωγή ή διανομή προϊόντος ή υπηρεσίας. Στον κλάδο του νοσοκομείου οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το ανθρώπινο δυναμικό, τα αναλώσιμα, το βασικό εξοπλισμό, το κεφαλαιουχικό κόστος και το κόστος των υποστηρικτικών λειτουργιών. Όπως κάθε παραγωγική μονάδα έτσι και το νοσοκομείο χρειάζεται εισροές για την παραγωγή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, οι παραπάνω πόροι λοιπόν αποτελούν τις εισροές. Έτσι λοιπόν στην περίπτωση του νοσοκομείου θεωρείται εισροή η νοσηλεία των ασθενών και εκροή η θεραπεία τους. Το μεταβλητό νοσοκομειακό κόστος μεταβάλλεται με την μεταβολή των προσφερόμενων υπηρεσιών ή με τη μεταβολή του αριθμού των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποιου είδους θεραπεία, στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα αναλώσιμα εργαλεία όπως καθετήρες, βελόνες και αλλά καθώς και τα φάρμακα. Τέλος, το σταθερό κόστος όπως αναφέρεται και παραπάνω παραμένει σταθερό ανεξάρτητα από τα αν υπάρχει ή όχι παραγωγή. Έτσι και όσον αφορά το σταθερό νοσοκομειακό κόστος παραμένει σταθερό ανεξάρτητα από τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, αφού θεωρητικά μια κλινική θα πληρώσει το ίδιο ενοίκιο είτε φιλοξενεί είτε όχι ασθενείς.

Τα είδη του κόστους που χρησιμοποιούνται στην νοσοκομειακή παραγωγή είναι το άμεσο, το έμμεσο και το λειτουργικό. Το άμεσο κόστος των νοσοκομείων περιλαμβάνει τους μισθούς των ιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού, τα φάρμακα και ότι υλικά χρειάζεται το κάθε τμήμα. Στο άμεσο κόστος περιλαμβάνεται και η μεταφορά των ασθενών στο νοσοκομείο. Αντιθέτως, το έμμεσο κόστος περιλαμβάνει το κόστος των παραγωγικών συντελεστών που χρησιμοποιούνται για τον ίδιο των ασθενή στα άλλα κέντρα κόστους του νοσοκομείου δηλαδή τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Τέλος, το λειτουργικό κόστος περιλαμβάνει το φως, το νερό, το τηλέφωνο, τα κόστη διαχείρισης, τα χρηματοοικονομικά και διοικητικά κόστη, η ασφάλεια και η καθαριότητα του κτιρίου, κόστος απόκτησης και συντήρησης μηχανημάτων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος των νοσοκομείων είναι οι εξής:

- **Το μέγεθος του νοσοκομείου:** τα έξοδα ενός νοσοκομείου όπως και στις άλλες παραγωγικές μονάδες εξαρτάται από το μέγεθος και την έκταση που καλύπτει, το εξοπλισμό και τις κλίνες που διαθέτει.
- **Τη νομική μορφή του νοσοκομείου** δηλαδή αν έχει κερδοσκοπικό ή μη χαρακτήρα. Κυρίως κερδοσκοπικό χαρακτήρα έχουν οι ιδιωτικές κλινικές βασικός τους στόχος είναι η απόκτηση κέρδους προσφέροντας υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι κυρίως τα δημόσια νοσοκομεία καθώς εστιάζουν στις ανάγκες των ασθενών και όχι στην απόκτηση οικονομικού κέρδους.
- **Το είδος του νοσοκομείου** δηλαδή αν είναι μεγάλο, μικρό, γενικό ή ειδικό.
- **Ο αριθμός των ασθενών** στις διάφορες μονάδες του νοσοκομείου και **οι ημέρες νοσηλείας** τους δηλαδή πόσοι ασθενείς έχουν νοσηλευτεί στις διαφορές κλινικές του νοσοκομείου και πόσες μέρες νοσηλεύτηκαν.
- **Ο αριθμός των κλινών** δηλαδή πόσες κλίνες διαθέτει το νοσοκομείο καθώς όσο περισσότερες κλίνες διαθέτει τόσο μεγαλύτερο είναι το κόστος.

- **Η σοβαρότητα της νόσου ανάλογα με τη διάγνωση** δηλαδή κατά πόσο είναι σοβαρή ή όχι η ασθένεια του κάθε ασθενή ανάλογα με την τελική διάγνωση. Για παράδειγμα το κόστος αντιμετώπισης της γρίπης είναι μικρότερο από το κόστος αντιμετώπισης του καρκίνου.
- **Δείκτες μέτρησης της ποιότητας** δηλαδή οι εισροές ανά ασθενή, όπως για παράδειγμα οι εργαστηριακές πράξεις ή με το αποτέλεσμα, δηλαδή αν ο ασθενής έγινε καλά ή απεβίωσε.

Η διοίκηση του νοσοκομείου είτε αυτό είναι ιδιωτικό είτε δημόσιο πρέπει να εστιάσει σε ορισμένες παραμέτρους. Οι παράμετροι αυτοί είναι:

- Η τιμολόγηση των υπηρεσιών δηλαδή η δημιουργία των κατάλληλων τιμών των υπηρεσιών υγείας ώστε να μπορεί το νοσοκομείο να αποκτήσει υψηλό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία και να αυξήσει και το κέρδος του.
- Ο σφαιρικός προϋπολογισμός δηλαδή το κόστος της ιατρικής πράξης στο τέλος της κάθε χρήσης δεν θα έχει μεγάλες αποκλίσεις από αυτό που υπολόγιζαν στην αρχή της χρήσης.
- Ο προγραμματισμός του επιπέδου των εισροών σε συνδυασμό με τους παραγωγικούς συντελεστές που έχει στην διάθεση της η κάθε μονάδα υγείας. Με τον σωστό προγραμματισμό προσδιορίζεται ευκολότερα το μέγιστο επίπεδο παραγωγής που θα φέρει την μέγιστη αποδοτικότητα και παραγωγικότητα της μονάδας υγείας.
- Η λήψη αποφάσεων της διοίκησης σχετικά με την οργάνωση της εργασίας και την παραγωγικότητα που έχει άμεση σχέση με τον προσδιορισμό του κόστους.

5.2 ΣΧΕΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το μέσο κόστος σε σχέση με τους ασθενείς

Το μέσο κόστος δείχνει το κόστος ανά ασθενή και δίνεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Μέσο Κόστος} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος}}{\text{Αριθμός Ασθενών}}$$

Το οριακό κόστος σε σχέση με τους ασθενείς

Οριακό κόστος είναι η μεταβολή που επακολουθεί στο νοσοκομειακό κόστος μετά από μια μεταβολή του αριθμού των ασθενών και δίνεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Οριακό Κόστος} = \frac{\text{Μεταβολή Συνολικού Κόστους}}{\text{Μεταβολή Αριθμού Ασθενών}}$$

$$\text{Οριακό Κόστος} = \frac{\Delta TC}{\Delta Q}$$

Άλλοι δείκτες Κόστους

Το ημερήσιο κόστος παρέχει πληροφορίες σχετικά με το ποσό που δαπανά το νοσοκομείο ανά ημέρα νοσηλείας για το σύνολο των ασθενών ή κάποια ειδική κατηγορία ασθενών. Ο τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του είναι ο παρακάτω:

$$\text{Μέσο Ημερήσιο Κόστος} = \frac{TC \text{ (χρονικής περιόδου)}}{\text{Ημέρες νοσηλείας}}$$

Για το σύνολο των ασθενών:

$$\frac{TC \text{ νοσοκομείου}}{\text{Αρ. ημερών νοσηλείας χρονικής περιόδου } t}$$

Ανά κατηγορία:

$$\frac{TC \text{ κλίνης}}{\text{Αρ. ημερών νοσηλείας της κλινικής χρονικής περιόδου } t}$$

Ανά ασθενή:

$$\frac{TC \text{ νοσοκομείου}}{\text{Αριθμός ασθενών}}$$

Ανά ασθενή ειδικής κλινικής:

$$\frac{TC \text{ κλίνης}}{\text{Αριθμός ασθενών κλινικής}}$$

Το κόστος ανά κλίνη υπολογίζει το κόστος κάθε μιας κλίνης για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο ή μιας ημέρας, για το σύνολο του νοσοκομείου ή για ειδικές κλίνες. Δίνεται από τον τύπο:

$$\text{Κόστος ανά κλίνη} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος (} t \text{ περιόδου)}}{\text{Αριθμός ανεπτυγμένων κλινών}}$$

Για να είναι αξιόπιστος ο υπολογισμός των παραπάνω θα πρέπει να προβαίνει σε υπολογισμούς επί των ανεπτυγμένων κλινών ή επί των κατειλημμένων.

Σχέση κόστους και χρήσης των υπηρεσιών

Μετά από έρευνες σε Γαλλικά Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, το μικτό ημερήσιο κόστος είναι σταθερό κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Οι περισσότερες ασθένειες έχουν κοινά χαρακτηριστικά άρα και οι διαδικασίες που απαιτούνται για την παρακολούθησή τους είναι παρόμοιες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το μέσο κόστος ανά ασθενή να μειώνεται όσο περιορίζεται και η διάρκεια νοσηλείας του ασθενή και αντίστροφα, όσο μεγαλώνει η διάρκεια νοσηλείας αυξάνεται και το μέσο κόστος. Άλλη έρευνα στη Μ. Βρετανία που διεξήχθη από τον M. Feldstein, με δεδομένο το ποσοστό κάλυψης των κλινών, έδειξε πως το μέσο κόστος ανά ασθενή μειώνεται, με

αυξανόμενο αριθμό περιστατικών ανά κλίνη και μειούμενη τη διάρκεια νοσηλείας. Αυτό σημαίνει πως το οριακό κόστος είναι κατώτερο του μέσου κόστους.

Σε μελέτη των J. και L.Lave, L. Silverman, πάλι με δεδομένο το ποσοστό κάλυψης των κλινών, βγήκε το συμπέρασμα πως καθώς μειωνόταν η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών μειωνόταν και το μέσο κόστος ανά περιστατικό.

Οι παραπάνω μελέτες περιλαμβάνουν στοιχεία δύο κατηγοριών. Η μια περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων, το μέγεθος, το ποσοστό κάλυψης των κλινών, τη λειτουργία τους ως πανεπιστημιακά κλπ. Στην άλλη κατηγορία οι ασθενείς ομαδοποιούνταν σε διαγνωστικές ομάδες και συγκεκριμένα, σε 15 διαγνωστικές κατηγορίες.

Το προσωπικό είναι ακόμη ένας παράγοντας που φαίνεται να συσχετίζεται με το νοσοκομειακό κόστος και να το διαμορφώνει. Η εξειδίκευση του προσωπικού επηρεάζει σημαντικά την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και την μείωση της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Αυτό έχει ως συνέπεια την επίπτωση του σε όλους τους τομείς του κόστους.

Σχέση κόστους και μεγέθους των νοσοκομείων

Η σχέση του κόστους με το άριστο μέγεθος των νοσοκομείων έχει μελετηθεί από διάφορες οπτικές γωνίες. Η μία από αυτές υποστηρίζει πως τα μεγάλα νοσοκομεία παρέχουν μεγαλύτερη εξειδίκευση των δραστηριοτήτων και αξιοποίηση των παραγωγικών συντελεστών με αποτέλεσμα να υπερσχύουν των μικρότερων μονάδων. Αυτό σημαίνει πως οι οικονομίες κλίμακας επιτυγχάνονται σε επίπεδο κεντρικών δραστηριοτήτων όπως η χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού και οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Απ' την άλλη πλευρά, άλλη άποψη υποστηρίζει πως για να θεωρηθεί μια εργασία αποδοτική θα πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων. Στα μεγάλα νοσοκομεία αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί με συνέπεια την μειωμένη αποδοτικότητα.

Σχέση κόστους με τομείς δραστηριότητας του νοσοκομείου

Άλλος ένας παράγοντας που συνδέεται με το κόστος είναι η προσφορά διαφορετικών υπηρεσιών από την ίδια όμως νοσοκομειακή μονάδα. Σ' αυτή την περίπτωση εξετάζεται η ύπαρξη των οικονομιών σκοπού. Οι οικονομίες σκοπού οφείλονται στο γεγονός ότι άνθρωποι και υλικοί πόροι οι οποίοι χρησιμοποιούνται για την κάλυψη ποικίλων αναγκών, χρησιμοποιούνται κατά καταλληλότερο τρόπο κυρίως, με την ανάλογη ρύθμιση της παραγωγής η οποία παρουσιάζει εποχιακές διακυμάνσεις. (Σ. Σούλης, 1999). Στην αντίθετη περίπτωση εμφανίζονται αντιοικονομίες- αρνητικές οικονομίες- όπου θα πρέπει να υπάρχει εξειδίκευση των διαφορετικών νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

Έρευνα των T. G. Cowing και A. G. Holtman (1983) έδειξε πως το οριακό κόστος ανά ασθενή, που πάσχει από κάποια συγκεκριμένη ασθένεια, εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών που έχουν την ίδια ασθένεια, τις ποσότητες και τις αξίες των χρησιμοποιηθέντων συντελεστών παραγωγής. Επίσης εξετάστηκε και η επίδραση ασθενών άλλων κατηγοριών ή με ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Συμπέρασμα της έρευνας ήταν πως παιδιατρικές μονάδες που υπήρχαν στα γενικά νοσοκομεία για ενήλικες δημιουργούσαν οικονομίες σκοπού, ενώ τα τμήματα επειγόντων περιστατικών δεν θα κόστιζαν τόσο αν υπάγονταν σε ειδικά κέντρα.

Φαίνεται λοιπόν, πως για τη δημιουργία ευρύτερης υποδομής που καλύπτει διάφορες μονάδες σημαντικός παράγοντας είναι η αλληλεξάρτηση των διαφόρων δραστηριοτήτων. Αυτό οδηγεί στην εξειδίκευση και όχι στη διαφοροποίηση του έργου. Τα δημόσια νοσοκομεία όμως, σε αντίθεση με τα ιδιωτικά, αναγκάζονται να

προσφέρουν πολλές διαφορετικές υπηρεσίες με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν αντιοικονομίες.

5.3 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

5.3.1 Βασικές Αρχές Κοστολόγησης Νοσοκομείων

1. Κωδικοποίηση με τη βοήθεια της Αναλυτικής Λογιστικής. Είναι η ανάλυση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους και κατηγορία δαπάνης.
2. Κατηγοριοποίηση του κόστους ανάλογα με το κέντρο κόστους. Διακρίνεται σε άμεσο, έμμεσο και λειτουργικό ή επιμεριζόμενο, και δείχνει τις διακυμάνσεις του τελικού προϊόντος με βάση το κόστος.
3. Ανάλυση του κόστους με βάση την κατηγορία της δαπάνης. Χωρίζεται σε σταθερό και μεταβλητό και δείχνει τις αλλαγές των παραγωγικών συντελεστών σε σχέση με το τελικό προϊόν ανάλογα με το επίπεδο των δραστηριοτήτων.
4. Κατηγοριοποίηση του κόστους με βάση το ποιος αποδέχεται το κόστος.
5. Άρα πρέπει να προσδιοριστούν τα κέντρα κόστους κ τι περιέχεται στην κάθε κατηγορία κόστους.

5.3.2 Τεχνικές κοστολόγησης

1. **Οριακού κόστους** (Marginal costing) : χαρακτηριστικό αυτής της τεχνικής είναι ότι το μεταβλητό κόστος χρεώνεται στις μονάδες κόστους ενώ το σταθερό κόστος αποσβένεται στο ακέραιο έναντι της συνολικής του συνεισφοράς. Όλοι οι συντελεστές του κόστους (κόστη α' υλών, άμεσης εργασίας, μεταβλητά γενικά βιομηχανικά έξοδα) που μεταβάλλονται καθώς μεταβάλλεται ο όγκος παραγωγής εμπεριέχονται σ' αυτή την τεχνική.

Στην περίπτωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, το οριακό κόστος είναι το κόστος κάθε πρόσθετου ασθενή ή θεραπείας που αρχίζει να μειώνεται σε σχέση με το ανά μονάδα συνολικό κόστος όταν αυξάνεται ο βαθμός χρησιμοποίησης του προϊόντος (υψηλή κάλυψη κλινών).

2. **Πλήρους ή απορροφητικής κοστολόγησης** (Total absorption costing): γίνεται μερική ή συνολική κατηγοριοποίηση και ανάλυση του κόστους με βάση το συνολικό προϊόν χρησιμοποιώντας σταθερούς ανά εισροή ή εκροή με βάση απολογιστικά στοιχεία.

3. **Πρότυπο κόστος** (Standard cost): κατασκευάζονται κόστη αναφοράς (reference costs). Αυτό το κόστος εκφράζει την προοπτική της επιχείρησης και τους προϋπολογιζόμενους στόχους της. Χρησιμοποιείται ως βάση σύγκρισης ώστε να μην αλλάζουν τα δεδομένα ανάλογα με τη μέθοδο κοστολόγησης που χρησιμοποιείται. Για να μπορέσει να γίνει αυτού του είδους η κοστολόγηση θα πρέπει να καθοριστούν τα πρότυπα για τις α' ύλες, την άμεση εργασία και τα γενικά βιομηχανικά έξοδα. Πιο αναλυτικά, τα πρότυπα των α' υλών καθορίζονται από τις τιμές και τις χρησιμοποιημένες ποσότητες τους. Τα πρότυπα για την άμεση εργασία έχουν σχέση με τον χρόνο που απαιτείται για την παραγωγή μιας μονάδας προϊόντος (απόδοση) και με το βαθμό εξειδίκευσης του εργατικού δυναμικού σε σχέση με την πολιτική των ημερομισθίων (ωρομίσθιο). Τέλος, τα πρότυπα των γενικών βιομηχανικών εξόδων χωρίζονται σε σταθερά και μεταβλητά. Για την εφαρμογή αυτής της μεθόδου υπάρχει μια ομάδα ειδικών που εκτιμά τις ενέργειες και τα κόστη που κάθε υπηρεσία συνεπάγεται και αναφέρει όλες τις κατηγορίες πόρων που είναι απαραίτητες σε κάθε δραστηριότητα και φτιάχνει μια λίστα. Η λίστα θα περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν:

το ιατρικό προσωπικό, το διοικητικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το τεχνικό προσωπικό, ο κλινικός εξοπλισμός, τα διάφορα αναλώσιμα, οι κλινικές υπηρεσίες από άλλα τμήματα του νοσοκομείου, τα γενικά έξοδα κλπ. Στη συνέχεια η λίστα που έγινε από τους ειδικούς μπορεί να μετατραπεί σε ερωτηματολόγιο για τη συγκέντρωση περαιτέρω στοιχείων.

4. **Κοστολόγηση διαγνωστικών κατηγοριών** - DRGs : με τις κατηγορίες αυτές περιγράφονται σε μια νοσοκομειακή μονάδα ή σε μια ολόκληρη υγειονομική περιφέρεια η σύνθεση των ασθενών και η κάλυψη των κλινών κάθε διαγνωστικής κατηγορίας. Σε κάθε διαγνωστική κατηγορία δεν υπάρχει και ένα συγκεκριμένο κόστος για κάθε ασθενή. Αυτό αλλάζει ανάλογα με την ποσότητα και τον τύπο του πόρου που θα χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του ασθενή. Επίσης, η διάρκεια νοσηλείας επηρεάζει το κόστος νοσηλείας, το οποίο μοιράζεται ανά ημέρα νοσηλείας αναλογικά σε όλους τους ασθενείς. Η διαδικασία των διαγνωστικών κατηγοριών ακολουθείται για την άντληση πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την εξαγωγή του προϋπολογισμού του κάθε τμήματος του νοσοκομείου. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τον προσδιορισμό στόχων επόμενης περιόδου. Επιπροσθέτως, τα DRGs είναι απαραίτητα για την σύγκριση του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σε διαφορετικά νοσοκομεία γιατί έτσι γίνονται αντιληπτές οι διαφορές τους. Η κωδικοποίηση των διαγνώσεων στηρίζεται στη Διεθνή ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD9, ICD10, 9-CM). Στην Ελλάδα το Υπουργείο Υγείας έχει καθιερώσει την κωδικοποίηση ICD10.

5.3.3 Σύστημα κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών DRG (Diagnosis-Related-Groups)

Το σύστημα DRG ή ΔΣΟ (Διαγνωστικώς Σχετιζόμενες Ομάδες) είναι ένα σύστημα κοστολόγησης που χρησιμοποιούν πολλές χώρες, όπως και η Γερμανία, από το 2004 και έχει σκοπό τη μείωση του κόστους των μονάδων υγείας. Με το σύστημα αυτό, ο νόμος υποχρεώνει όλα τα νοσοκομεία να χρησιμοποιούν προκαθορισμένες τιμές σε όλα τους τα τιμολόγια. Οι τιμές αυτές είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα αν έχουν ασφάλιση ή όχι, ή αν έχουν έρθει από το εξωτερικό για κάποια επέμβαση.

Σύμφωνα με το γερμανικό σύστημα ΔΣΟ, χωρίστηκαν οι νοσοκομειακές δραστηριότητες σε 18 κατηγορίες. Σε κάθε κατηγορία άνηκε ένας τομέας της υγείας π.χ. καρδιακές παθήσεις, και μέσα σε κάθε κατηγορία υπήρχε μια υποκατηγορία που εξαρτιόταν από την διάγνωση, τις ιατρικές πράξεις που έγιναν κατά τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, άλλες διαγνώσεις που έγιναν στη συνέχεια και πιθανές επιπλοκές. Όλες οι υποκατηγορίες ήταν και από ένας κωδικός. Κάθε κωδικός ξεχωριστά υπολόγιζε και ένα κόστος. Ανάλογα με το νοσοκομείο υπήρχε και ένας συντελεστής που πολλαπλασιαζόταν με την τιμολόγηση του ασθενούς. Όσο μεγαλύτερο ήταν το νοσοκομείο τόσο αυξανόταν και η τελική τιμολόγηση λόγω του μεγάλου συντελεστή. Επίσης με αυτό το σύστημα το κόστος κάθε υποκατηγορίας υπολογιζόταν με βάση τη νοσηλεία σε τρίκλινα δωμάτια. Αν κάποιος ήθελε δίκλινο ή μονόκλινο πλήρωνε τη διαφορά.

Οι ασθενείς χωρίς ασφάλιση ή αυτοί από το εξωτερικό είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για την εξόφληση των λογαριασμών τους. Μπορούν να επιλέξουν ιατρούς που έχουν μεγαλύτερη αμοιβή, όπως επικεφαλής ή διευθυντές, ή ειδικευόμενους με χαμηλότερη αμοιβή. Η κοστολόγηση των υπηρεσιών των ιατρών εξαρτάται και από το βαθμό συμμετοχής τους.

Όπως φαίνεται, το σύστημα ΔΣΟ δίνει την επιλογή στον ασθενή να επιλέξει το κόστος νοσηλείας του γιατί το γνωρίζει σχεδόν από την αρχή.

5.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Ο διαχειριστικός έλεγχος μπορεί να περιγραφεί ως το σύνολο των μέσων τα οποία χρησιμοποιούνται σ' έναν οργανισμό, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι που αυτός διαθέτει στην παραγωγή, χρησιμοποιούνται κατά τον κατάλληλο τρόπο με την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για την επίτευξη των στόχων που έχουν ορισθεί (Dusart, 1987).

Η εφαρμογή αυτού του συστήματος απαιτεί την επεξεργασία των στόχων σε κάθε κέντρο κόστους- ευθύνης και την παροχή των μέσων που απαιτούνται για την επίτευξη του κάθε στόχου. Για να δημιουργηθεί κάποιο κέντρο κόστους θα πρέπει να υπάρχει και κάποιος λόγος, όπως η εξυπηρέτηση κάποιου στόχου. Τα κέντρα κόστους ελέγχουν τον προϋπολογισμό.

Για κάθε δραστηριότητα μεγάλη ευθύνη έχουν τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου αφού αυτοί διαχειρίζονται και πραγματοποιούν, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους που τους παρέχονται, τις διάφορες δραστηριότητες. Μέσω αυτού του ελέγχου συγκρίνονται τα πραγματοποιηθέντα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων με αυτά που είχαν προσδιοριστεί στους προϋπολογισμούς. Στην περίπτωση που υπάρχουν διαφορές γίνονται οι απαραίτητες αλλαγές. Για τη δημιουργία κέντρων κόστους- ευθύνης απαιτείται η ύπαρξη κάποιου αρμόδιου, που θα είναι υπεύθυνος για τις λειτουργίες τους. Το σύστημα αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως ένα σύστημα αξιολόγησης των διοικητικών στελεχών. Όσο πιο αποτελεσματικά διαχειριστούν την κάθε περίπτωση τόσο πιο ικανοί φαίνονται.

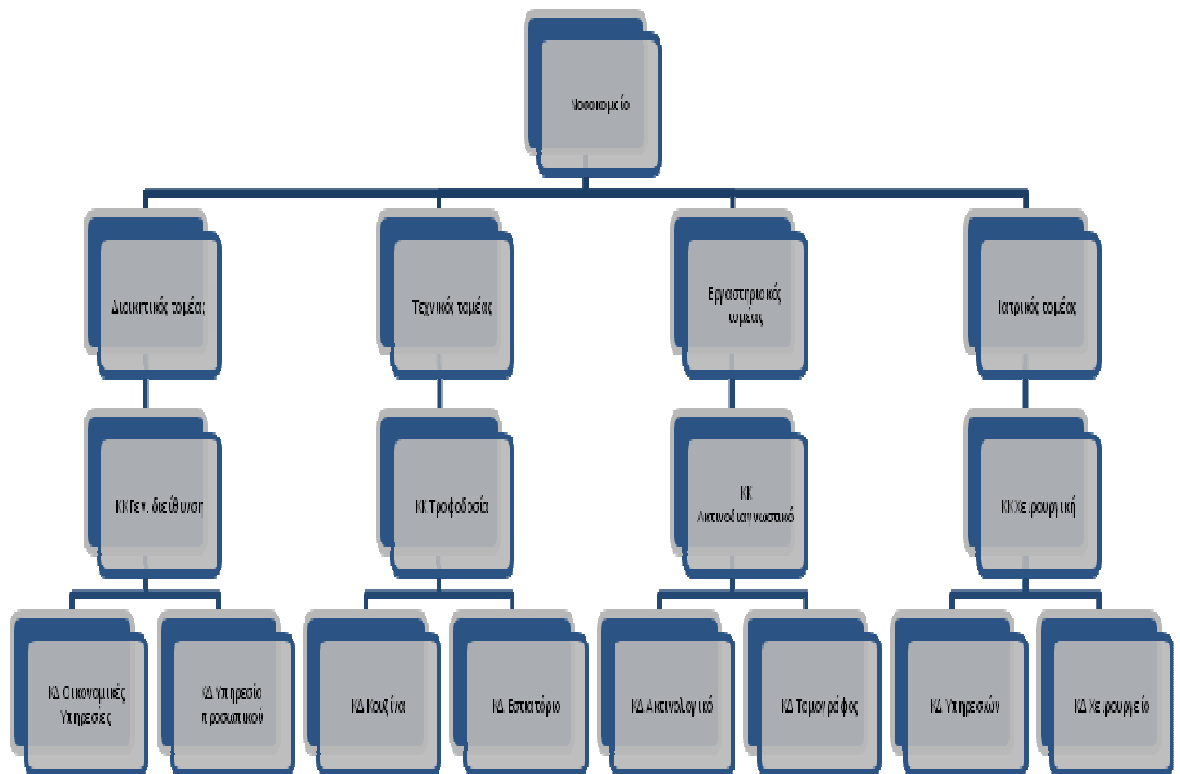
Άλλο χαρακτηριστικό του διαχειριστικού ελέγχου είναι ο ρόλος του ως συντονιστής των διαφορετικών κέντρων κόστους διότι λειτουργεί διατομεακά και συντελεί στη σύγκλιση των στόχων.

Το σύστημα υγείας, το νομοθετικό πλαίσιο, ο βαθμός ενσωμάτωσης των σύγχρονων μεθόδων διοίκησης στο νοσοκομειακό τομέα, οι εθνικές και τοπικές ιδιομορφίες είναι αυτές που επηρεάζουν την εφαρμογή του διαχειριστικού ελέγχου καθώς επίσης την μορφή και τον τρόπο ανάπτυξής του.

Η πιο αποτελεσματική διαχείριση των μονάδων υγείας επιτυγχάνεται κυρίως όταν το σύστημα που ακολουθούν είναι αυτό της αποκεντρωμένης διοίκησης, με την ύπαρξη κέντρων κόστους, πληρώντας κάποιες προϋποθέσεις. Σύμφωνα με τον Σ. Σούλη (1999), οι προϋποθέσεις που πρέπει να εκπληρώνονται για να αποδώσουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα οι λειτουργίες του διαχειριστικού ελέγχου πρέπει να είναι:

- Να είναι καθορισμένος ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του καθενός.
- Να συμμετέχουν όλοι οι παράγοντες στη βάση της αρχής της συμμετοχικής διοίκησης με συγκεκριμένους στόχους.
- Να εξασφαλίζεται η αναγκαία και γρήγορη διακίνηση των πληροφοριών.
- Να υπάρχει διαρκής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων των συμμετεχόντων.

Τα κέντρα κόστους περιλαμβάνουν κάποια υποσύνολα, τα κέντρα δραστηριότητας. Αυτά εκφράζονται από κάποια ενιαία μονάδα διότι η δραστηριότητα του καθενός είναι ομογενής. Λόγω του γεγονότος ότι κάποιες φορές η δραστηριότητα καταμετράται σε επίπεδο κέντρου δραστηριότητας ενώ οι τα μέσα διατίθενται σε επίπεδο κέντρου κόστους θα πρέπει οι δαπάνες των κέντρων κόστους να κατανέμονται σε επίπεδο κέντρου δραστηριότητας.



Σχήμα 5.1: Σύνδεση κέντρων κόστους (ΚΚ) και κέντρων δραστηριότητας (ΚΔ)

Η διοικητική εξάρτηση από την κεντρική εξουσία, η εξάρτηση σε επίπεδο χρηματοδότησης, καθορισμού των τιμών και η παράλληλη συνδιαλλαγή με διάφορους ασφαλιστικούς τομείς είναι στοιχεία που συναντάμε στην Ελλάδα αλλά και στη Γαλλική νομοθεσία, όταν περιγράφονται τα κέντρα κόστους. Πιο συγκεκριμένα για τη μελέτη των κέντρων κόστους στην Ελλάδα, λαμβάνεται υπόψη η ανάλυση του διαχειριστικού συστήματος ελέγχου από τον Eric Dusart στο βιβλίο του <<Le Budget Global a l'hospital>>. Σύμφωνα με αυτόν τα μικρά νοσοκομεία δεν θα πρέπει να περιλαμβάνουν λιγότερα από τέσσερα κέντρα κόστους. Τόσοι είναι και οι λειτουργικοί τομείς του νοσοκομείου, ο διοικητικός, ο τεχνικός, ο εργαστηριακός και ο κλινικός.

5.4.1 Ιατρικός και Νοσοκομειακός τομέας ως κέντρο κόστους

Κάθε νοσοκομειακή μονάδα μπορεί να θεωρηθεί κέντρο κόστους. Ο διευθυντής αυτής της μονάδας είναι ο υπεύθυνος του κέντρου. Στην οικονομική διαχείριση όμως του κάθε κέντρου μπορεί να συμμετέχει και το προσωπικό ενώ ο προϊστάμενος νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο.

Το μέγεθος του κέντρου καθώς και η οργανωτική δομή του νοσοκομείου μπορεί να προκαλέσουν κάποιες δυσκολίες, όπως για παράδειγμα την περίπτωση των κοινών ιατρικών υπηρεσιών. Για να αποφευχθούν θα μπορούσε να διαιρεθεί η κοινή υπηρεσία, της οποίας η δραστηριότητα και τα μέσα αποδίδονται στο κέντρο κόστους το οποίο αφορούν. Επίσης άλλη λύση είναι η δημιουργία κέντρου κόστους που θα καλύπτει την κοινή υπηρεσία.

Τα νοσοκομεία μπορούν να δομηθούν σε κέντρα κόστους με δύο τρόπους, ιεραρχικά ή δομικά. Στην πρώτη περίπτωση δομούνται με βάση τις ήδη υπάρχουσες διευθύνσεις τους και υπεύθυνοι είναι οι προϊστάμενοι αυτών των τμημάτων. Ένα παράδειγμα είναι το κέντρο κόστους διεύθυνσης προσωπικού με υπεύθυνο τον Διευθυντή προσωπικού.

Στην περίπτωση της λειτουργικής δόμησης, οι παραγόμενες υπηρεσίες είναι αυτές που καθορίζουν τα κέντρα κόστους, για παράδειγμα κέντρο κόστους Διατροφής. Τα μεγάλα νοσοκομεία μπορούν να έχουν πολλά κέντρα κόστους. Για να συμβαίνει όμως αυτό θα πρέπει να καλύπτουν κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα με κάποιο ιδιαίτερο κριτήριο και να βοηθούν στον εντοπισμό των δαπανών.

5.5 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φράσεις όπως ‘ανατροπές στο εργασιακό, μείωση προσωπικού, συγχώνευση ή κατάργηση προσωπικού, περικοπές των μισθών, δημόσιο χρέος, απολύσεις συμβασιούχων, χρεοκοπία’, ακούγονται καθημερινά πλέον από τα ΜΜΕ, υπενθυμίζοντας στους πολίτες όχι μόνο της Ελλάδας αλλά και άλλων χωρών την κατάσταση που βρίσκεται η παγκόσμια οικονομία.

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση ξεκίνησε το 2008 και είναι αποτέλεσμα της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007, η οποία προκλήθηκε απ’ την αδυναμία αποπληρωμής στεγαστικών δανείων και άλλων επενδυτικών προϊόντων στις Ηνωμένες Πολιτείες και προκάλεσε την πτώση τραπεζών. Όπως είναι φυσικό, η κρίση επεκτάθηκε στις ανεπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο. Όλες οι χώρες προσπάθησαν, η κάθε μια με τον δικό της τρόπο, να την αντιμετωπίσουν άμεσα. Οι λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω της κρίσης. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το σχέδιο αντιμετώπισης κατατέθηκε το 2008 με στόχο τη λήψη μέτρων για την στήριξη τη απασχόλησης και των επιχειρήσεων.

Η κρίση λόγω των οικονομικών προβλημάτων προκάλεσε και κοινωνικά προβλήματα. Οι δυσμενείς συνθήκες που επικρατούν οδηγούν τα άτομα στη φτώχεια. Η κάθε χώρα, ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης της, επηρεάζεται σε διαφορετικό βαθμό. Προκαλούνται προβλήματα ακόμα και στο εσωτερικό των χωρών. Τα άτομα που ασχολούνται κυρίως με χειρονακτικές εργασίες και αυτά χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης δέχονται αρνητικότερες επιπτώσεις από αυτά με υψηλότερη εκπαίδευση. Η κατάσταση αυτή προκαλεί στους εργαζομένους το αίσθημα της ανασφάλειας λόγω του φόβου να χάσουν την δουλειά τους. Αυτό είναι απολύτως φυσικό αφού σύμφωνα με έρευνες της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής το ποσοστό της ανεργίας στη χώρα μας το α’ τρίμηνο του 2011 ανέρχεται στο 15,9 %.

Η οικονομική κρίση επηρεάζει πολλούς τομείς και ένας από αυτούς είναι και η υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι η φτώχεια, το εργασιακό στρες, οι στερήσεις, ο κίνδυνος για απόλυση προκαλούν προβλήματα στα άτομα που αρκετές φορές οδηγούν ακόμα και στο θάνατο. Έρευνα έδειξε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% αύξησε και το ποσοστό των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Εκτός από αυτά, γίνονται και περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και στις δαπάνες υγείας που θα μπορούσαν να προστατέψουν σε κάποιο βαθμό τις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Λόγω της οικονομικής στενότητας ακόμα και οι πλουσιότερες χώρες που προσέφεραν κάποια βοήθεια για την ιατρική περίθαλψη κάνουν περικοπές.

Στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας στην υγεία είναι αυτός που πλήττεται περισσότερο. Πιο συγκεκριμένα οι μη κερδοσκοπικές μονάδες υγείας λόγω της ανεργίας και της απώλειας των θέσεων εργασίας πλήττονται διότι προσβάλλεται η ασφαλιστική κάλυψη. Οι δημόσιες μονάδες επηρεάζονται κυρίως θετικά γιατί οι ασθενείς τις επιλέγουν λόγω του χαμηλού κόστους νοσηλείας. Αντιθέτως ο ιδιωτικός τομέας, που χτυπιέται από τον δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, αρχίζει να αντιμετωπίζει προβλήματα. Οι ασθενείς – καταναλωτές σταματούν να συνάπτουν ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας λόγω της μείωσης του μισθού τους. Η παραοικονομία και η ποιότητα κάποιες φορές των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την παραπάνω επιλογή των ασθενών. Ήδη αρκετά ιδιωτικά νοσοκομεία αδυνατούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και ακόμη περισσότερα ειδικά στην επαρχία τείνουν να κλείσουν. Αυτά που θα πληγούν περισσότερο είναι τα μεσαία και τα μικρά νοσοκομεία αφού οι τα ασφαλιστικά ταμεία, απ’ τα οποία εξαρτώνται τα περισσότερα, έχουν σταματήσει για κάποιο

διάστημα τις πληρωμές. Επίσης, οι αλλαγές στις συνθήκες της αγοράς των φαρμάκων και των απαραίτητων υλικών μείωσαν τα έσοδα τους. Ενώ πριν συνεργάζονταν με κάποιο φαρμακείο και έπαιρναν κάποιο ποσοστό από το τζίρο που του έκαναν, τώρα υποχρεούνται να έχουν δικό τους φαρμακείο με αποτέλεσμα να κοπεί αυτό τους το εισόδημα. Ακόμη, οι νέες κοστολογήσεις των φαρμάκων και οι χαμηλότερες τιμές στις οποίες διατίθενται πλέον μειώνουν κ άλλο τα έσοδα τους. Τα φάρμακα στις κλινικές είναι ακριβότερα κατά 3 % απ' ό τι στα φαρμακεία με αποτέλεσμα να μην προτιμώνται. Όπως είναι γνωστό, η οικονομική κρίση οδήγησε την Ελλάδα στην λήψη του μνημονίου. Το μνημόνιο είναι ένα κείμενο που περιγράφει τους όρους υπό τους οποίους θα λαμβάνει ανά τακτά διαστήματα τις δόσεις από τα 110 δις. του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και του ευρωπαϊκού μηχανισμού. Οι μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας είναι και αυτές μέρος του μνημονίου. Οι αλλαγές αυτές έχουν στόχο τη διαφάνεια των δαπανών υγείας και των δημοσίων προμηθειών. Με την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και ενός κοινού ηλεκτρονικού συστήματος εκτός από τη διαφάνεια του στη διαχείριση του δημοσίου χρέους, θα επιτευχθεί και βελτίωση στο σχεδιασμό των πολιτικών υγείας λόγω της συνεχούς και αξιόπιστης πληροφόρησης. Έτσι θα συντονιστεί μια οργανωμένη προσπάθεια, ακολουθώντας πιστά το Μνημόνιο, για την καλυτέρευση των συνθηκών, κάτι που δεν υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια. Προσπάθειες για την βελτίωση στον τομέα της υγείας γίνονται και από το εσωτερικό της χώρας. Ο υπουργός υγείας, Α. Λοβέρδος, με συνενώσεις κλινικών προσπαθεί να μειώσει το κόστος λειτουργίας τους. Θεωρεί ότι η ενιαία διοίκηση είναι ένας τρόπος για να το καταφέρει αυτό. Θα εξασφαλίζονται καλύτερες τιμές στις προμήθειες, αφού οι ποσότητες θα είναι μεγαλύτερες, και θα μπορεί να γίνει και ανταλλαγή προσωπικού.

6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το θέμα του συστήματος υγείας απασχολεί καθημερινά τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τους βουλευτές ακόμη και τους απλούς πολίτες. Οι εκάστοτε κυβερνήσεις προσπαθούσαν συνεχώς να βελτιώσουν τον τομέα της υγείας καθώς είναι από τους πιο σημαντικούς τομείς κάθε χώρας. Βέβαια, ειδικά σήμερα, η οικονομική κρίση που βρίσκεται η χώρα δεν ευνοεί στο να γίνουν ριζικές αλλαγές στην υγεία όπως βέβαια και σε όλους τους άλλους κλάδους. Οι αλλαγές που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια κυρίως αφορούν συγχωνεύσεις νοσοκομείων, περικοπές στους μισθούς του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Όπως φαίνεται από την παρούσα εργασία, το Ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες τόσο στο κομμάτι της διαχείρισης όσο και στο κομμάτι της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν. Οι αδυναμίες αυτές όσον αφορά τον τομέα της διαχείρισης, εστιάζονται κυρίως στην ανεπάρκεια της οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων δηλαδή στην έλλειψη νέων κτιριακών υποδομών και βιοϊατρικού εξοπλισμού, η άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού και του τεχνολογικού εξοπλισμού μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών, χαμηλή αποδοτικότητα των νοσοκομειακών πόρων και τέλος, σε ελλιπή σχεδιασμό διαχείρισης και διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων.

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας και περιορισμού του κόστους. Η βελτίωση της ποιότητας και ο περιορισμός του κόστους εξαρτάται από τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Από τα οράματα, τις ηθικές αξίες και τις ικανότητες της ηγεσίας αλλά και του προσωπικού.
- Από την αξιολογική στελέχωση της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής υπηρεσίας μέχρι και τον τελευταίο εργαζόμενο.
- Από την αρμονική συνεργασία μεταξύ των τμημάτων της κάθε υπηρεσίας και γενικά μεταξύ όλων με όλους.
- Από την ενεργό συμμετοχή της Ιατρικής Υπηρεσίας στα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας και συγκράτησης του κόστους.
- Από την εφαρμογή μεθόδων κοστολόγησης, την εφαρμογή πρωτοκόλλων νοσοκομειακής διαχείρισης και την εφαρμογή τεχνικών αξιολόγησης της ποιότητας και του κόστους περίθαλψης. (Α. Κονταράτου, 2003)

Επιπλέον επιτακτική είναι πλέον η ανάγκη εκσυγχρονισμού των νοσοκομείων με την εισαγωγή νέων μεθόδων διαχείρισης παράλληλα με μια καλύτερη αναδιάρθρωση του. Για την αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου επιβάλλεται η αλλαγή του νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του νοσοκομείου, κατά τρόπο όμως που αφενός δεν θα στερεί από αυτά το δημόσιο χαρακτήρα τους και αφετέρου θα επιτρέπει τη διοικητική και διαχειριστική ευελιξία. Ακόμη, τη θεσμοθέτηση ενός νέου και σύγχρονου πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας μέσα από τον οποίο τα διοικητικά συμβούλια θα αποκτήσουν την απαιτούμενη ελευθερία δράσης για θέματα άμεσου ενδιαφέροντος όπως οι προσλήψεις και οι αμοιβές προσωπικού. Η αποκατάσταση της ενιαίας διοίκησης των νοσοκομείων με την ανάθεση της σε ικανούς managers των οποίων η επιλογή θα γίνει με βάση τα επαγγελματικά κριτήρια. Η σύνταξη ενός ενιαίου λογιστικού σχεδίου με βάση το οποίο θα είναι δυνατή η σαφής απεικόνιση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων των νοσοκομείων καθώς και η σύγκριση των καταστάσεων αυτών μεταξύ τους. Τέλος, η ευαισθητοποίηση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το κόστος των ιατρικών πράξεων και των

φαρμακευτικών αγωγών γεγονός που προϋποθέτει αφενός την σωστή πληροφόρηση τους και αφετέρου τη συνειδητοποίηση του ρόλου τους ως συνδιαχειριστές. (Α. Κρητικός,

Βιβλιογραφία

- Βαρβάκης, Κ.Α., 2001, *Θεωρία του Κόστους-Το Κόστος και οι Επιχειρηματικές αποφάσεις*, Αθήνα
- Γούλα, Β.Α., 2007, *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*, Β' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- ΕΛΚΕΠΑ, 1987, *Ελληνικό Γενικό Λογιστικό Σχέδιο*, Αθήνα
- Κανελλόπουλος, Χ.Κ., 2004, *Μάνατζμεντ- Αποτελεσματική Διοίκηση*, Γ' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις
- Καραυζάς, Ν., 2007, Η ώρα των μάνατζερ στα νοσοκομεία, *Το Βήμα online*, [Διαδίκτυο], 20/09/2007. Διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=213995>, [πρόσβαση 19 Ιουλίου 2011]
- Καραμάνης, Θ., & Βασιλειάδης, Α., 2008, *Λογιστική κόστους- Κοστολόγηση*
- Κονταράτου, Α., 2003, *Η τέχνη της διοίκησης των νοσοκομείων*, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β., 2009, Οικονομικά της Υγείας, *Mednethella*, [Διαδίκτυο], 19 Νοεμβρίου, Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>, [πρόσβαση 25 Ιουλίου 2011]
- Οικονόμου, Χ., 2004, *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα : Εκδόσεις Διόνικος
- Πάγγγιος, Ι., 1993, *Θεωρία κόστους*, Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης
- Παπανικολάου, Β., 2007, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Πομόνης, Ν.Σ., 2004, *Κοστολόγηση*, Αθήνα: Εκδόσεις Αθ. Σταμούλη
- Σακκέλη Εμμ., 2000, *Ανάλυση και Ερμηνεία ΕΓΣΛ*, Αθήνα: Εκδόσεις Βρυκούς
- Σούλης, Σ., 1999, *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Στεφανάδης, Χ., 2011, Κοστολόγηση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, *Ελευθερτυπία*, [Διαδίκτυο], 9 Ιουλίου, Διαθέσιμο στο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=291691>, [πρόσβαση 24 Αυγούστου 2011]
- Υφάντοπουλος, Ι., 2003, *Τα οικονομικά της Υγείας- Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθωτώ
- Τούντας, Γ., 2009, Σκέψεις και προτάσεις για ένα νέο ΕΣΥ, Ιανουάριος 2009, Διαθέσιμο στο: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=752>, [πρόσβαση 20 Αυγούστου 2011]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

1. ΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ (Io)

Μέση εκατοστιαία αναλογία των καταληφθέντων κλινών προς τις συνολικά διατιθέμενες κλίνες, σε κάποιο χρονικό διάστημα

$$I_o = \frac{\text{Ασθενείς} * T_m}{\text{Κλίνες} * 365}$$

Io: μέση κάλυψη κλινών

Tm: μέση διάρκεια νοσηλείας (μέσος όρος των ημερών που νοσηλεύεται συνεχώς ένας τυπικός ασθενής)

2. ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ

Μέσος χρόνος μεταξύ εκκένωσης μίας κλίνης από έναν ασθενή και κατάληψης της από έναν άλλο

$$T_i = \frac{365}{P_b} - T_m$$

Ti: μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης

Tm: μέση διάρκεια νοσηλείας

Pb: ασθενείς ανά κλίνη (υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό των νοσηλευθέντων ατόμων – εξιτήρια, θάνατοι και μεταφορές σε κάποιο χρονικό διάστημα δια του μέσου όρου των διατιθέμενων κλινών στο ίδιο χρονικό)

3. ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (I_p)

Ο δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας περιγράφει την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας μίας υγειονομικής μονάδας για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.

$$I_p = \frac{I_o}{T_m} * t$$

I_p : δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας

I_o : μέση κάλυψη κλινών

T_m : μέση διάρκεια νοσηλείας

t : ένα σταθερό χρονικό διάστημα πχ 30 ημέρες

Οι δείκτες I_o και T_m υπολογίζονται για το ίδιο χρονικό διάστημα

4. ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ (I_e)

Ο δείκτης αυτός περιγράφει ουσιαστικά την αποδοτικότητα εργασίας μίας υγειονομικής μονάδας

$$I_e = \frac{I_p}{P_t} * B$$

Όπου

I_p : δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας

P_t : συνολικός αριθμός εργαζομένων στην μονάδα υγείας

B: αριθμός νοσηλευτικών κλινών που διαθέτει η υγειονομική μονάδα

5. ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ =

$$\frac{\text{Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{Αριθμός Κλινών} * 365} * 100$$

Η Πληρότητα ενός Νοσοκομείου αποτελεί, επίσης, βασικό παράγοντα αξιολόγησης της λειτουργίας του και ιδιαίτερα της οικονομικής. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται ευρέως και σε συνδυασμό και με άλλους δείκτες, για την μέτρηση της χρησιμοποίησης του Νοσοκομείου. Συνήθως, ένα Νοσοκομείο για να θεωρηθεί ως παραγωγικό θα πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι της μειωμένης πληρότητας που παρουσιάζει και να αναζητηθούν οι κατάλληλες λύσεις.

6. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ =

$$\frac{\text{Αριθμός Ημερών Νοσηλείας}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών}}$$

Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι ο μέσος όρος των ημερών που νοσηλεύεται συνεχώς ένας τυπικός ασθενής.

7. ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ =

$$\frac{\text{Αριθμός Εισαγωγών}}{\text{Αριθμός Κλινών}}$$

Με τον δείκτη αυτό εκφράζεται ο ρυθμός με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια του Νοσοκομείου σε μια χρονική περίοδο.

8. ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ =

Ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

(επισκέψεις, επεμβάσεις, κτλ)

Μονάδα προσωπικού (ιατρό, νοσηλεύτη) στη
μονάδα χρόνου

Η παραγωγικότητα θα πρέπει να αναλυθεί ξεχωριστά για κάθε τομέα και να συγκρίνεται με την ετήσια μέση τιμή.

9. ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

- Ποσοστό του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού που διαθέτει υγιεινό πόσιμο νερό
- Κατανάλωση πόσιμου υγιεινού νερού κατά άτομο
- Ποσοστό των αστικών και αγροτικών νοικοκυριών που διαθέτουν ευπρεπή τουαλέτα
- Ποσοστό των νοικοκυριών χωρίς τουαλέτα
- Ποσοστό των νοικοκυριών που ζουν περισσότερα από δυο άτομα κατά δωμάτιο
- Δείκτης των ατυχημάτων κατά τύπο ατυχήματος και ηλικίας

10. ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

- Ημερήσια κατανάλωση θερμίδων κατά κεφαλή
- Κατανάλωση γάλακτος ειδικά στον παιδικό πληθυσμό
- Ημερήσια κατανάλωση πρωτεϊνών κατά κεφαλή
- Ποσοστό των παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, των οποίων το βάρος κρίνεται μη ικανοποιητικό

11. ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΙΘΕΜΕΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

- Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ετησίως
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100000 κατοίκους
- Αριθμός ιατρών και χειρουργών ανά 100000 κατοίκους
- Αριθμός νοσηλευτών και μαιών ανά 100000 κατοίκους
- Δείκτες πληρότητας – χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κλινών
- Ποσοστό πληθυσμού ανά ηλικία ανοσοποιημένων στα λοιμώδη
- Ποσοστό παιδιών γεννηθέντων στο νοσοκομείο
- Ποσοστό τοκετών που έγιναν παρουσία ιατρού ή μαιάς
- Ποσοστό περιγεννητικής συμβουλευτικής κατά αναλογία του αριθμού των εγκύων γυναικών
- Ποσοστό θηλαζόντων υπό ιατρική παρακολούθηση

12. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

- Μέσο διαθέσιμο εισόδημα κατά νοικοκυριό
- Σχέση μεταξύ του επιπέδου μισθών και κόστους ζωής
- Ποσοστό αναλφαριθισμού
- Ποσοστά εγγράφων στο εκπαιδευτικό σύστημα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση)
- Ποσοστό ανέργων στον ενεργό πληθυσμό