

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**«Η εφαρμογή της κοστολόγησης στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία.
Εκτίμηση και σύγκριση κόστους λειτουργίας νοσηλευτικού τμήματος ενός
δημόσιου νοσοκομείου και μιας ιδιωτικής πολυκλινικής»**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΚΥΠΡΑΙΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΧΕΒΑΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΜΑΪΟΣ 2013

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	4
Abstract	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1 : Υπηρεσίες υγείας.....	9
1.1 Ορισμός της υγείας	9
1.2 Οι βαθμίδες παροχής υπηρεσιών υγείας	9
1.3 Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας	10
Κεφάλαιο 2 : Οι μονάδες υγείας ως οικονομικοί οργανισμοί.....	14
2.1 Τι είναι ο Οικονομικός Οργανισμός.....	14
2.2 Οι μονάδες υγείας ως οικονομικοί οργανισμοί.....	15
2.3 Οι Ιδιαιτερότητες των μονάδων υγείας.....	17
Κεφάλαιο 3: Οι δαπάνες στο χώρο της υγείας	20
3.1 Το κόστος της περίθαλψης	20
3.2 Παράγοντες αύξησης των δαπανών για την υγεία.....	21
3.3 Οι Δαπάνες υγείας στη χώρα μας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.....	23
Κεφάλαιο 4 : Εννοιολογική προσέγγιση του κόστους – Διεθνής πρακτική.....	28
4.1 Έννοια του κόστους.....	28
4.2 Νοσοκομειακό κόστος	30
4.3 Η συμπεριφορά του κόστους.....	31
4.3 Συστήματα λογισμού κόστους	34
4.4 Εφαρμογή της κοστολόγησης στις Μονάδες Υγείας.....	35
4.5 Ροή κοστολογικής πληροφορίας.....	38
4.6 Σύστημα κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών DRG.....	41
4.7 Διεθνείς και ελληνικές έρευνες.....	42
4.8 Η κοστολόγηση των μονάδων υγείας στη Μ. Βρετανία	50
Κεφάλαιο 5 : Πρακτική εφαρμογή	55
5.1 Μεθοδολογία έρευνας.....	55
5.2 Σχεδιασμός έρευνας.....	56
5.3 Εμπειρική μελέτη Δημόσιου Νοσοκομείου	60
5.3.1 Χρονικό ίδρυσης.....	60
5.3.2 Δελτίο Κίνησης Νοσοκομείου Λαμίας.....	61
5.3.3 Καθορισμός κέντρων κόστους	62

5.3.4 Υπολογισμός Άμεσων Δαπανών.....	63
5.3.5 Υπολογισμός Έμμεσων Δαπανών.....	65
5.3.6 Επιμερισμός Βοηθητικών Κέντρων Κόστους	68
5.3.7 Αποτελέσματα – Στατιστικοί Δείκτες	77
5.4 Εμπειρική μελέτη Ιδιωτικής Μονάδος Υγείας	79
5.4.1 Καθορισμός κέντρων κόστους	80
5.4.2 Υπολογισμός Άμεσων Δαπανών.....	82
5.4.3 Υπολογισμός Έμμεσων Δαπανών.....	84
5.4.4 Επιμερισμός Βοηθητικών Κέντρων Κόστους	87
5.4.5 Αποτελέσματα – Στατιστικοί Δείκτες	92
5.3 Εμπειρική μελέτη ανά Διαγνωστική Κατηγορία (ΚΕΝ)	94
Συμπεράσματα.....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102

Περίληψη

Στις μέρες μας συχνά γίνεται λόγος για το μεγάλο κόστος των υπηρεσιών υγείας το οποίο έχει αυξηθεί με αλματώδεις ρυθμούς στην διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για να επιτευχθεί ο περιορισμός των δαπανών στην υγεία, χωρίς όμως ουσιαστικά αποτελέσματα. Η χρηματοπιστωτική κρίση στη χώρα μας, έδωσε το έναυσμα για νέες προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση με θετικά σημάδια μέχρι στιγμής.

Η παρούσα μελέτη διερευνά το κόστος λειτουργίας ενός δημόσιου νοσοκομείου – Γενικό νοσοκομείο Λαμίας – και μιας ιδιωτικής πολυκλινικής. Στόχος της είναι μέσα από την σύγκριση των δύο διαφορετικών νομικών μορφών μονάδων υγείας να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την μορφή και τη δομή του κόστους καθώς και να αναζητηθούν οι δυνατότητες περιορισμού του.

Στην εργασία αυτή γίνεται επίσης προσπάθεια για την κοστολόγηση μιας διαγνωστικής κατηγορίας KEN-DRG'S (Diagnosis-related group) κάτι το οποίο δεν έχει γίνει ακόμα στην πράξη από κανένα ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο αλλά είναι άμεσος στόχος του υπουργείου υγείας. Μέσα από μια μεθοδολογικά άρτια και θεωρητικά ολοκληρωμένη πρόταση επιχειρείται ο εντοπισμός τόσο του άμεσου όσο και του έμμεσου κόστους όλων των κέντρων κόστους μιας νοσοκομειακής μονάδος αλλά και του ίδιου του ασθενή.

Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα που απαιτεί, την μεγάλη συλλογή στοιχείων και την ορθή χρήση τους. Ειδικά για την περίπτωση του δημόσιου νοσοκομείου η διαδικασία αυτή επιβαρύνθηκε ακόμη περισσότερο λόγω της απουσίας καταγραφής πολλών δεδομένων και της μεγάλης κοστολογικής απειρίας. Η κοστολόγηση μέχρι σήμερα ήταν κάτι άγνωστο για αυτά με συνέπεια να υπάρχουν πολλά προβλήματα στην οργάνωση των τμημάτων και στις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται ώστε να υπάρχει επαρκής πληροφόρηση. Παρόλα αυτά καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε τα αποτελέσματα να προσεγγίζουν την πραγματικότητα.

Η μελέτη αφορά στοιχεία της οικονομικής χρήσης του 2012 καθότι είναι η πρώτη χρονιά που τα δημόσια νοσοκομεία υποχρεούνται να εξάγουν κοστολογικά αποτελέσματα. Η κοστολογική μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι η «Πλήρης - Απορροφητική Κοστολόγηση» και εφαρμόστηκε με παρόμοιο τρόπο και στις δυο οικονομικές μονάδες ώστε να προκύψουν συγκρίσιμα αποτελέσματα.

Abstract

Lately we very often refer to the high cost of Health services which rose in the last decades exponentially. All the past efforts to decrease the health spending have failed. The financial crisis on our country provided an opportunity for a new effort to decrease spending with hopeful results until now.

The current study investigates the operational cost of a public Hospital – General Hospital of Lamia – and of a private general clinic. Our Goal is to compare the two legally different health providers concluding on the type and structure of the cost and to reach on a potential cost reduction.

In this paper will try to value the diagnostic category KEN-DRG'S (Diagnostic-related group) which is an immediate goal for the Health ministry but is not yet implemented by any public hospital. Through a sound methodological and theoretical proposal we will try to identify the direct and indirect cost of all the cost centers of a health provider and of a patient.

This is a very difficult project that requires a vast amount of data to be collected and the proper use of it. Especially in the case of the public hospital the process was very difficult due to lack of sufficient data collection and lack of costing experience by the departments. The departments are purely organized and no procedures are defined for data collection due to lack of costing knowledge. Yet we've tried very hard to provide a quite accurate result.

The paper uses data from the 2012 financial year because it is the first year that the public hospitals had to extract costing results. The costing method followed is the <Full - absorbent costing> and is implemented on both financial units so we can get comparable results.

Εισαγωγή

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες -χωρίς μάλιστα να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα-, σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησε στην ανάληψη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών ελέγχου των δαπανών τους για την υγεία, δημόσιων και ιδιωτικών, και γενικότερα των κοινωνικών τους δαπανών. Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα, είναι πλέον η συγκράτηση του επιμέρους κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Ο έλεγχος στις δημόσιες δαπάνες υγείας επιβάλλεται εξαιτίας της συνεχούς και ανεξέλεγκτης αύξησής τους, με συνέπεια την περικοπή δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς (π.χ. παιδεία, κοινωνική ασφάλιση). Στον ιδιωτικό τομέα ο έλεγχος επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της αύξησης του ανταγωνισμού.

Μετά την εκδήλωση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης το 2008, πολλές ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών τους να αντεπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το ΑΕΠ.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία έχει λοιπόν επιβραδυνθεί ή μειωθεί σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΟΣΑ, αντιστρέφοντας μια μακροπρόθεσμη τάση ταχείας αύξησης. Συνολικά οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά περίπου 5% ετησίως σε πραγματικούς όρους στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 2000-2009, αλλά ακολούθησε μηδενική αύξηση το 2010. Τα προκαταρκτικά στοιχεία για περιορισμένο αριθμό χωρών δείχνουν μικρή ή καμία αύξηση το 2011

Το κόστος έχει αναδειχθεί σε καθοριστική παράμετρο για τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και αποτελεί το βασικό είδος «πληροφορίας» για τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση κάθε δραστηριότητας. Η σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των διοικήσεων των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομείων). Η υγεία ως δωρεάν παρεχόμενο δημόσιο αγαθό από τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ως παραγόμενη υπηρεσία δεν κοστολογείται. Έτσι χάνονται πόροι της κοινωνίας που θα μπορούσαν να διατεθούν για άλλες δράσεις αν γίνονταν ορθολογικότερη διαχείριση και συμπίεση του κόστους. Η απουσία ορθολογικής διαχείρισης των πόρων και συστημάτων πληροφόρησης, σε συνδυασμό με τον ελλειπή σχεδιασμό δυσχεραίνουν την βελτίωση της αποδοτικότητας και αυξάνουν το κόστος λειτουργίας. Εξαιτίας λοιπόν και της κοστολογικής απειρίας από τα δημόσια νοσοκομεία κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση των κατάλληλων κοστολογικών μεθόδων που θα αποκαλύψουν την “πηγή του κακού”.

Αντιθέτως ιδιωτικές μονάδες υγείας λειτουργούν παρέχοντας σε ορισμένες περιπτώσεις ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας, τιμολογώντας πολλές από αυτές με τον ίδιο τιμοκατάλογο των δημόσιων νοσοκομείων και παρ' όλα αυτά είναι κερδοφόρες. Το γεγονός αυτό στάθηκε η αφορμή για την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει το κόστος των υπηρεσιών αυτών και να διαπιστώσει σε ποια νομική μορφή είναι μικρότερο. Επίσης κατά πόσο παράγοντες οργανωτικού χαρακτήρα το επηρεάζουν και το διαμορφώνουν. Ειδικότερα, με την παρούσα εργασία επιχειρείται ο προσδιορισμός και η ανάλυση του κόστους λειτουργίας του Νοσοκομείου Λαμίας για το έτος 2012 και η σύγκριση του με μια ιδιωτική πολυκλινική. Η μελέτη εμβαθύνει επίσης στην ανάλυση του Γυναικολογικού-Μαιευτικού τμήματος των δύο μονάδων υγείας και συγκεκριμένα στην διαγνωστική κατηγορία Γ07Α. Η κοστολόγηση ΚΕΝ δεν έχει γίνει μέχρι στιγμής σε κανένα δημόσιο νοσοκομείο και σκοπός αυτής της εργασίας είναι να κάνει μια πρώτη δοκιμαστική διερεύνηση ώστε να εξαχθούν τα πρώτα συμπεράσματα και πιθανόν αδυναμίες.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για την κοστολόγηση των δυο μονάδων υγείας είναι η Πλήρης –Απορροφητική κοστολόγηση. Η λειτουργία της απορροφητικής κοστολόγησης έγκειται στο γεγονός ότι όλα τα κόστη, σταθερά και μεταβλητά, απορροφώνται στην παραγωγή και περιλαμβάνονται στον υπολογισμό του κόστους. Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου συνοψίζονται στα εξής:

1. Καλύτερη συσχέτιση εσόδων με τα αντίστοιχα έξοδα
2. Σύμφωνη με τις απαιτήσεις των λογιστικών προτύπων και της φορολογικής νομοθεσίας.
3. Παραδοσιακή χρήση για τη σύνταξη λογιστικών καταστάσεων που απευθύνονται σε εξωτερικούς χρήστες.

Η μελέτη του ζητήματος της κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας καθίσταται επιτακτικότητα, καθ' ότι το κόστος παραγωγής τους θα αποτελέσει το αναγκαίο και ικανό εφόδιο ενάντια στη σπατάλη (υλικών και εργατοωρών) των νοσοκομείων και στη δραστική μείωση των προμηθειών.

Η παρούσα έρευνα ξεκινά στο πρώτο κεφάλαιο με μια περιγραφή των τριών βαθμίδων παροχής υγείας και αναλύονται εκτενέστερα τα συστήματα υγείας ως παραγωγική διαδικασία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια και οι μορφές του οικονομικού οργανισμού και πως οι μονάδες υγείας μπορούν να ταυτιστούν με αυτές. Ακόμη γίνεται αναφορά στις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν σε σχέση με τους εμπορικούς οικονομικούς οργανισμούς.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η δομή του κόστους περίθαλψης και οι παράγοντες οι οποίοι το αυξάνουν. Επίσης γίνεται μια σύγκριση του κόστους αυτού με τις χώρες του ΟΟΣΑ και την πορεία που έχει την τελευταία δεκαετία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια εννοιολογική προσέγγιση τόσο του κόστους όσο και του νοσοκομειακού κόστους. Επίσης αναλύονται τα συστήματα λογισμού του κόστους και πως αυτά εφαρμόζονται στις μονάδες υγείας. Τέλος γίνεται μια αναφορά στην κοστολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών των DRG'S τα οποία εφαρμόζονται χρόνια σε χώρες του εξωτερικού.

Στο πέμπτο κεφάλαιο ακολουθεί η εμπειρική μελέτη με ανάλυση του κόστους πρώτα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας και κατόπιν της Ιδιωτικής Πολυκλινικής. Η μελέτη ακολουθεί τα βήματα της εύρεσης του άμεσου κόστους, έπειτα του έμμεσου, του επιμερισμού των βοηθητικών κέντρων κόστους στα κύρια καθώς και του κόστους των εργαστηρίων. Τέλος γίνεται η εξαγωγή χρήσιμων δεικτών. Κατόπιν γίνεται ανάλυση του κόστους της Γυναικολογικής-Μαιευτικής κλινικής των δύο μονάδων υγείας και εύρεση του κόστους KEN «Γ07Α».

Κεφάλαιο 1 : Υπηρεσίες υγείας

1.1 Ορισμός της υγείας

Υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις όσον αφορά την έννοια της υγείας. Για τους ιατρούς για παράδειγμα υγεία θεωρείται η απουσία συμπτωμάτων, όμως ως πιο ακριβής ορισμός μπορεί να θεωρηθεί αυτός όπως διατυπώθηκε από τον Π.Ο.Υ. “ως υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας και αποτελεί βασικό δικαίωμα του ατόμου”. Σε αυτόν τον ορισμό γίνεται σαφές ότι πέρα από τη σωματική υγεία συμπεριλαμβάνονται και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συμβάλουν στον καθορισμό υψηλού επιπέδου υγείας αλλά και ότι όλοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αυτήν. (Ε. Ιωαννίδη, Π.Μάντη, 1999)

Η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας επιτυγχάνεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο όρος “Υπηρεσίες Υγείας” προσδιορίζει το γενικότερο πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή ιατρικών φροντίδων, αλλά και γενικότερα τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης.

1.2 Οι βαθμίδες παροχής υπηρεσιών υγείας

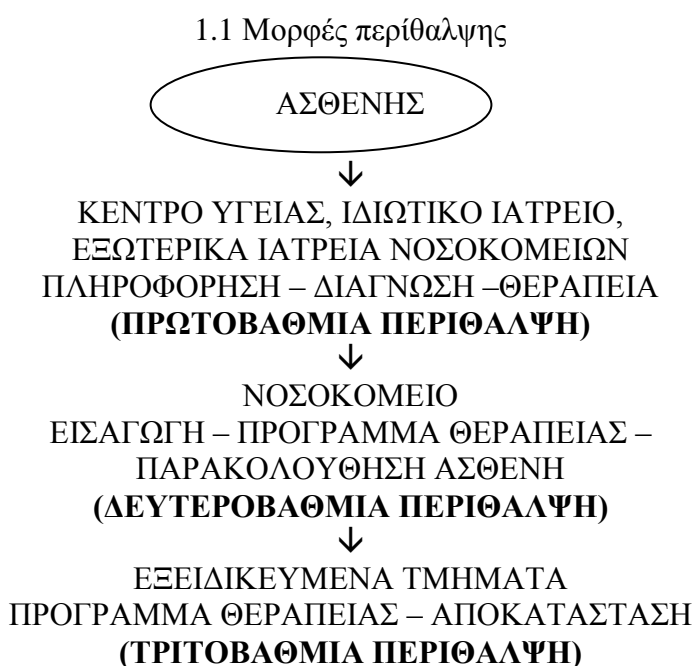
Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ταξινομούνται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Ως **Πρωτοβάθμια** παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν είναι απαραίτητο ο ασθενής να παραμείνει στη μονάδα υγείας αλλά αποτελεί την πρώτη μορφή επικοινωνίας του ασθενή με το υγειονομικό σύστημα. Στόχος επίσης της Πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι να προλαμβάνει και να ενημερώνει τα άτομα για την προστασία της υγείας τους, λαμβάνοντας μέτρα τόσο για τις συνθήκες διαβίωσης όσο και μέτρα που θα οδηγήσουν το άτομο σε αλλαγή συμπεριφοράς τρόπου ζωής για την αποφυγή ανάπτυξης κάποιας νόσου. Στην πρωτοβάθμια μορφή ανήκουν τα κέντρα υγείας, ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα κτλ.

Με τον όρο **Δευτεροβάθμια** παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται η θεραπευτική φροντίδα και η ιατρική αποκατάσταση των ασθενών μέσω της αναγκαίας νοσηλείας τους εντός του νοσοκομείου. Στο επίπεδο αυτό δίνεται έμφαση στην θεραπεία και όχι στην πρόληψη. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες προσφέρονται από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε άτομα τα οποία έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Οι μονάδες υγείας δευτεροβάθμιας περίθαλψης μπορεί να είναι κρατικές ή ιδιωτικές, γενικές ή ειδικές.

Ως **Τριτοβάθμιες** Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που έχουν ως κύριο σκοπό την προαγωγή της ιατρικής έρευνας και τη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών. Οι υπηρεσίες αυτές απαιτούν εξειδικευμένο επίπεδο γνώσης και μέσων, όπως ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και προσφέρονται κυρίως από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και κλινικές καθώς και από ιδιωτικά εξειδικευμένα νοσηλευτικά κέντρα.

Και τα τρία επίπεδα δεν είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους αλλά αντίθετα συνεργάζονται ώστε να λειτουργούν αποδοτικότερα και συντονισμένα. (σχήμα 1.1)



Πηγή: Ε.Ιωαννίδη, Α.Λοπατατζίδης, Π.Μάντη (1999)

1.3 Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Ένα σύστημα υγείας αποτελεί ένα πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργικού συνδυασμού, αλληλεξάρτησης, συντονισμού και αξιοποίησης των υφιστάμενων δυνατοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας καθώς και τον σχεδιασμό των προοπτικών στον χώρο της υγείας.

Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας έτσι όπως εμφανίζονται διεθνώς μπορούν να ταξινομηθούν θεωρητικά σε τρεις κατηγορίες:

- σε συστήματα παροχής υπηρεσιών τα οποία χρηματοδοτούνται από το κράτος, και τα οποία καλύπτουν μεγάλες ομάδες ασφαλισμένων όπως το ΕΣΥ

- σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία καλύπτουν μεγάλες ομάδες ασφαλιζομένων, χρηματοδοτούνται με προσωπικές και εργοδοτικές εισφορές και βασίζονται στην αρχή της ανταποδοτικότητας
- σε σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης τα οποία χρηματοδοτούνται από τους ίδιους τους ασφαλιζομένους και παρέχονται ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε και τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας τα οποία στηρίζονται στην αρχή της φιλανθρωπίας και της προστασίας των απόρων.

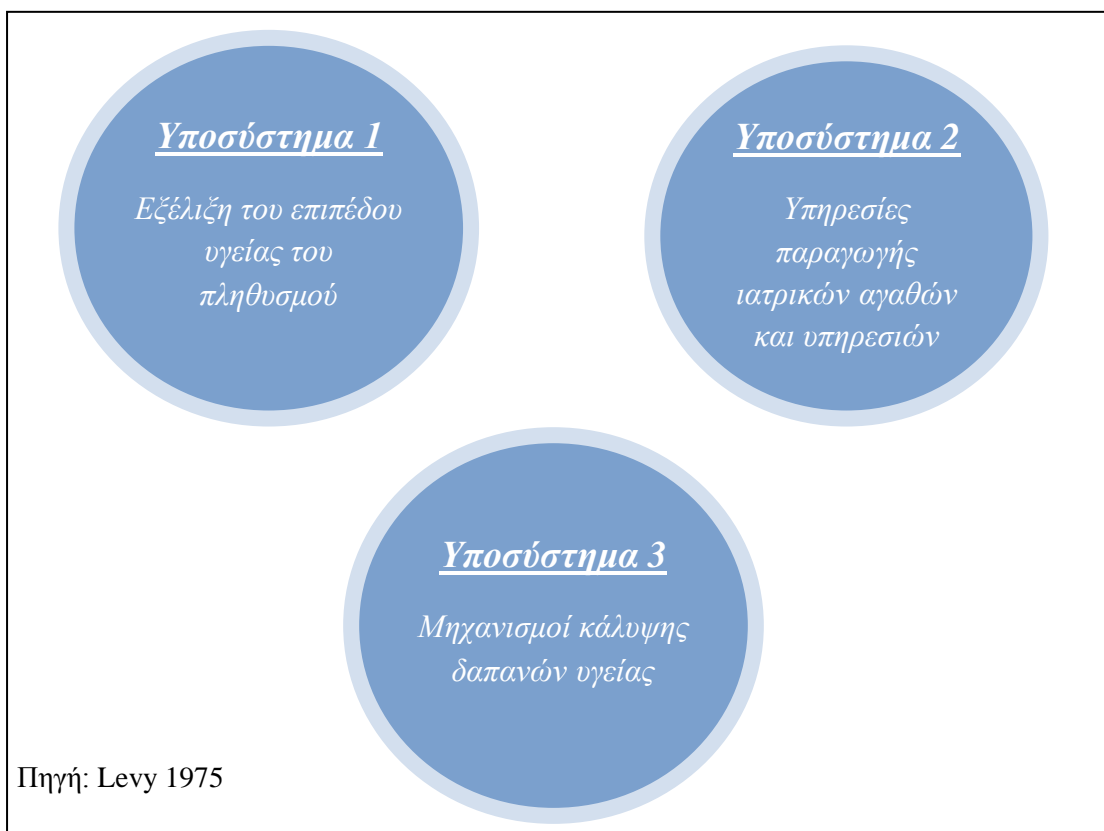
Σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχει ποικιλία συνδυασμών μεταξύ των παραπάνω συστημάτων. Ιδιαίτερα συχνή πάντως είναι η συνύπαρξη ιδιωτικών σχημάτων με δημόσια ή συλλογικά μοντέλα οργάνωσης. Μεταξύ των χωρών υπάρχουν διαφορές στη χρηματοδότηση των συστημάτων, στις παροχές και στον τρόπο αμοιβής του ιατρικού προσωπικού.

Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν όπως είναι αυτονόητο τον κορμό του κράτους πρόνοιας και σκοπός της ύπαρξής τους, είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Το κάθε σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιοριστεί και ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία επιμέρους υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Τα τρία υποσυστήματα είναι: α) το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του, β) η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και γ) οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών. (Σχήμα 1.2)

Το πρώτο υποσύστημα έχει άμεση σχέση με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

1.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ



Το δεύτερο υποσύστημα αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομικοτεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Το κλασικό μοντέλο παραγωγής διακρίνεται από τα κάτωθι συστατικά στοιχεία:

- α) Τις εισροές (inputs)
- β) Τη διαδικασία (process)
- γ) Τις εκροές (outputs)
- δ) Τα αποτελέσματα (outcomes)

Οι εισροές του συστήματος-υγείας είναι η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Η διαδικασία προσδιορίζεται σαν τέτοια με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανέλεγχος). Οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις, κλπ. Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει. Τα αποτελέσματα αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας, κ.ά., βάσει των οποίων μετράται η βελτίωση και εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, (Σχήμα 1.3) (Μωραΐτης Ε., 2002).

Το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Η μελέτη και γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία εξαιτίας του ότι:

α) οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς, θέτοντας σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας.

β) το αγαθό υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη (διασφάλιση ευημερίας, ευεξίας και ποιότητας ζωής).

γ) το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σημαντικά και μέσω των εισφορών κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, με αρνητικές όμως συνέπειες στο κόστος παραγωγής και στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων.

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτιση. Όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο. Και τα τρία επηρεάζονται από το

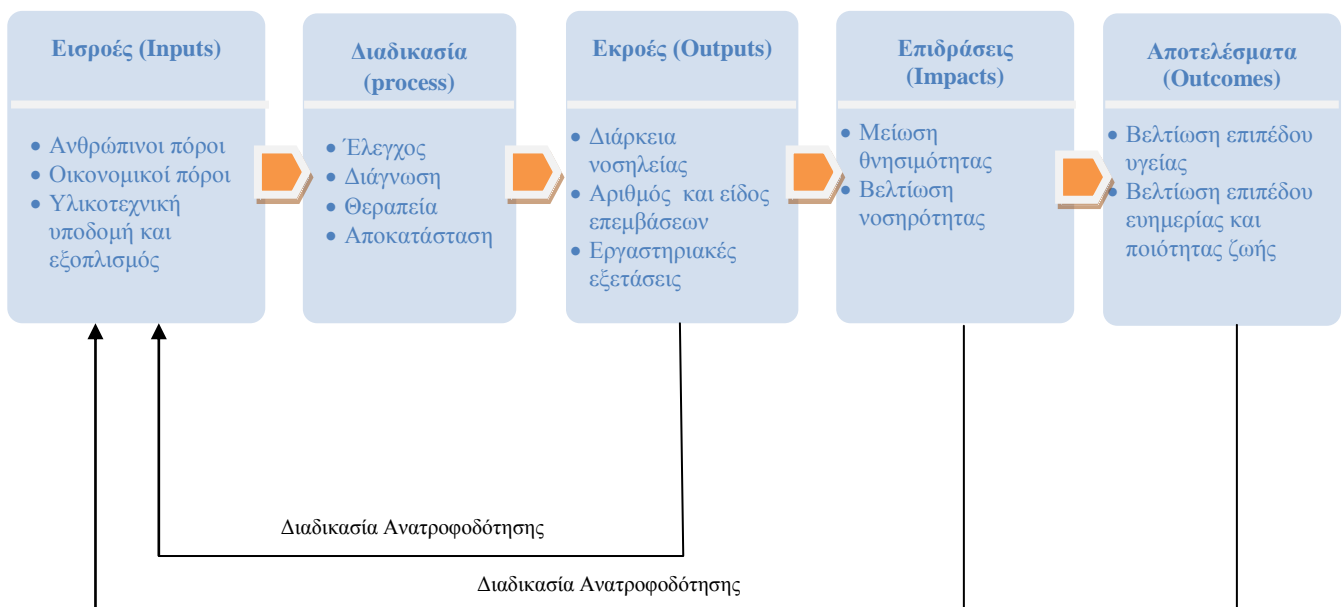
εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων κ.ά. (Μωραΐτης Ε., 2002).

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους.

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.3 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ



Πηγή: Μωραΐτης 2002

Κεφάλαιο 2 : Οι μονάδες υγείας ως οικονομικοί οργανισμοί

2.1 Τι είναι ο Οικονομικός Οργανισμός

Ο οικονομικός οργανισμός είναι η παραγωγική οικονομική μονάδα στα πλαίσια της οποίας συνδυάζονται ορθολογικά με βάση την οικονομική αρχή και την αρχή της χρηματοοικονομικής ισορροπίας οι συντελεστές της παραγωγής με σκοπό την παραγωγή υλικών αγαθών και την προσφορά υπηρεσιών, που είναι απαραίτητα για την ικανοποίηση των ανθρωπίνων αναγκών.

Οι βασικοί συντελεστές της παραγωγής διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: φύση, εργασία και κεφάλαιο.

Με τον όρο φύση εννοούμε όλα εκείνα τα στοιχεία του περιβάλλοντος που χρησιμεύουν για την παραγωγή αγαθών ή υπηρεσιών όπως το έδαφος, το υπέδαφος κλπ. Με τον όρο εργασία εννοούμε το σύνολο των πνευματικών και σωματικών δυνάμεων και ικανοτήτων του ανθρώπου που διατίθενται για την παραγωγή αγαθών ή υπηρεσιών. Με τον όρο κεφάλαιο εννοούμε όλα τα υλικά αγαθά που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία, όπως μηχανήματα, κτίρια, εργαλεία κλπ.

Από τον συνδυασμό των συντελεστών παραγωγής προκύπτουν τα παραγόμενα οικονομικά αγαθά ή υπηρεσίες, τα οποία δεν βρίσκονται σε απεριόριστες ποσότητες σε σχέση με τις ανάγκες που ικανοποιούν και η απόκτηση των οποίων γίνεται έναντι κάποιας αμοιβής. Λόγω αυτού του οικονομικού προβλήματος οι οικονομικές μονάδες διέπονται από μια θεμελιώδη οικονομική αρχή ή αξίωμα, η οποία συνίσταται στην επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος με την μικρότερη δυνατή προσπάθεια, θυσία, κόστος.

Οι οικονομικές μονάδες διακρίνονται ανάλογα με τον φορέα, τον επιδιωκόμενο σκοπό, τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας και το μέγεθός τους.

Ανάλογα με τον φορέα, διακρίνονται σε α) Δημόσιους, στους οποίους φορείς είναι το δημόσιο ή η τοπική αυτοδιοίκηση, β) Ιδιωτικούς, στους οποίους φορείς είναι φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, γ) Μικτούς οικονομικούς οργανισμούς, στους οποίους μετέχουν τόσο το κράτος ή Ν.Π.Δ.Δ. όσο και ιδιώτες ή Ν.Π.Ι.Δ.

Ανάλογα με τον σκοπό οι οικονομικοί οργανισμοί επιδιώκουν την παραγωγή και διάθεση αγαθών ή την προσφορά υπηρεσιών είτε για την πραγματοποίηση κερδών, τα οποία αποδίδονται στον ιδιοκτήτη οπότε οι σκοποί είναι κερδοσκοπικοί, είτε επιδιώκουν να εξυπηρετήσουν κοινωφελείς σκοπούς με την εξίσωση εσόδων-εξόδων ή την ύπαρξη περισσότερων εσόδων που διατίθενται όμως για τη διεύρυνση και βελτίωση της δραστηριότητας του οργανισμού, οπότε οι σκοποί είναι μη κερδοσκοπικοί.

Με βάση τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας διακρίνονται σε α) Πρωτογενείς, με τους οποίους επιδιώκεται η εκμετάλλευση της γης και του θαλάσσιου πλούτου β) Δευτερογενείς, με τους

οποίους επιδιώκεται η μετατροπή της πρωτογενούς παραγωγής με διάφορα τεχνικά μέσα σε καταναλωτικά αγαθά και γ) Τριτογενείς, με τους οποίους επιδιώκεται η παροχή υπηρεσιών, η διευκόλυνση των συναλλαγών, οι μεταφορές κ.α.

Τέλος σύμφωνα με το μέγεθός τους διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες - μικρές, μεσαίες και μεγάλες. Τα κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για την διάκριση των οικονομικών μονάδων ανάλογα με το μέγεθός τους αναφέρονται στον αριθμό ενός ή περισσοτέρων από τους συντελεστές παραγωγής όπως είναι ο αριθμός των εργαζομένων, τα χρησιμοποιούμενα κεφάλαια, ο κύκλος εργασιών κλπ.

2.2 Οι μονάδες υγείας ως οικονομικοί οργανισμοί

Οι μονάδες υγείας είναι ένα πολύπλοκο σύστημα, θα λέγαμε το βασικό σύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, το οποίο λειτουργεί ασταμάτητα όλο το χρόνο με κύριο στόχο την θεραπεία του ασθενή.

Οι μονάδες υγείας, μπορούν κι αυτές, ανάλογα με τη νομική τους μορφή, να διακριθούν σε ιδιωτικές, ΝΠΙΔ και ΝΠΔΔ. Η νομική μορφή του νοσοκομείου διαφοροποιεί τους στόχους του ανάλογα αν είναι ΝΠΔΔ ή ιδιωτική επιχείρηση. Η νομική μορφή του αντανακλά αφενός μεν, το ιδιοκτησιακό καθεστώς του και αφετέρου, το σκοπό ίδρυσης και λειτουργίας του, δηλαδή εάν στοχεύει αποκλειστικά στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού χωρίς ο επενδυτικός αυτός στόχος να έχει κερδοσκοπική κατεύθυνση, ή εάν στοχεύει στην κάλυψη της ζήτησης αναγκών υγείας με στόχο αποκλειστικά το κέρδος.

Όποιοι όμως και αν είναι οι στόχοι το σίγουρο είναι ότι αυτοί επιτυγχάνονται με τον κατάλληλο συνδυασμό των παραγωγικών συντελεστών οι οποίοι στο νοσοκομειακό χώρο είναι κατ' εξοχήν εντάσεως εργασίας λόγω του καλά εξειδικευμένου και άρτια εκπαιδευμένου προσωπικού. (Ασπασία Β. Γουλιά,2007)

Δημόσια Νοσοκομεία

Το 1983 δημιουργήθηκε στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας ως ένα ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας με στόχο την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, την αποκέντρωση και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Κάτω από τη σκέπη του Ε.Σ.Υ. το δημόσιο Νοσοκομείο αποτελεί έναν κοινωφελή οικονομικό οργανισμό ο οποίος καλείται να προσφέρει κοινωνικό έργο μέσω της παραγωγής υπηρεσιών υγείας και της κάλυψης κοινωνικών αναγκών. Έχει λοιπόν οικονομική οντότητα και υπάρχει σε αυτόν οικονομική και οργανωτική διαχείριση.

Τα δημόσια νοσοκομεία χωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες όπως τα:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ.

- Πανεπιστημιακά

- Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας

- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. (Ζηλίδης Χ., 1989),

Προκειμένου να υλοποιηθεί ο σκοπός τους, πραγματοποιούν εμπορικές πράξεις (αγορά υλικών, προϊόντων κ.α.), δημιουργούν δικαιώματα (από ασφαλιστικά ταμεία και ιδιώτες) και υποχρεώσεις (προς προμηθευτές), χρησιμοποιούν ιατρικό και μηχανολογικό εξοπλισμό και απασχολούν προσωπικό (ιατρικό, διοικητικό, βοηθητικό). Το παραγόμενο αγαθό, οι υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες, δεν έχει υλική υπόσταση μπορεί όμως να μετρηθεί και να κοστολογηθεί (αριθμός εξετάσεων, αριθμός νοσηλευομένων, ημέρες νοσηλείας, αριθμός και είδος επεμβάσεων, κλπ.).

Λόγω της φύσης των παραγόμενων υπηρεσιών, η χρηματοδότηση των φορέων αυτών δεν καθορίζεται από την ελεύθερη αγορά (ζήτηση / προσφορά), αλλά εμπλέκουν και απαιτούν την κρατική επέμβαση ή τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του κράτους.

Η χρηματοδότηση της λειτουργίας τους λοιπόν γίνεται κυρίως με έσοδα που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό ο οποίος καλύπτει πλήρως όλες τις αποδοχές των εργαζομένων στο νοσοκομείο, από τα ασφαλιστικά ταμεία όπου υπάρχει συσχέτιση κυρίως των ημερών νοσηλείας και της κατηγορίας της ασθένειας (ΚΕΝ), και τις επιχορηγήσεις. Σε πολλές περιπτώσεις επιπλέον έσοδα αντλούνται από διαχείριση ακίνητης περιουσίας, δωρεές, κληρονομίες κλπ. (Γκούμας Σ.)

Τα δημόσια νοσοκομεία ως Ν.Π.Δ.Δ. θα έπρεπε να είναι οργανισμοί αυτόνομοι αυτοδιοικούμενοι και αυτοχρηματοδοτούμενοι. Στην πραγματικότητα όμως δεν ισχύει αυτό, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες που προσφέρουν είναι σχετικά χαμηλός.

Επίσης τόσο η χωροθέτηση των νοσοκομείων η οποία δεν είναι πάντα η καλύτερη, με πολλές κτιριακές εγκαταστάσεις να είναι παλαιωμένες και να παρουσιάζουν ελλείψεις, αλλά τόσο και η ανεπάρκεια σε τεχνολογικό εξοπλισμό έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται η λειτουργία και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ιδιωτικός Τομέας

Στην Ελλάδα η ιδιωτική πρωτοβουλία ανέλαβε για πολλές δεκαετίες τη λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων και των ιδιωτικών (μικρών και μεσαίου μεγέθους) κλινικών. Όσο η τιμή του νοσηλίου προσέγγιζε το κόστος παραγωγής των υπηρεσιών (δεκαετίες '60 και '70) ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας αποτελούσε το μεγαλύτερο παραγωγό των νοσοκομειακών υπηρεσιών αφού είχε στην κατοχή του το 70% των νοσοκομειακών κλινών.

“Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 η σημαντική επέκταση του δημοσίου στον χώρο της υγείας είχε αποτέλεσμα τη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στις μονάδες νοσοκομειακής

περίθαλψης, και τη στροφή του ενδιαφέροντος της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ιδιαίτερα στη διαγνωστική, με επενδύσεις στην εισαγωγή συγχρόνου ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού. Τα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζει γενικά ο δημόσιος τομέας, σε συνδυασμό με τις χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες που ισχύουν σ' αυτόν, δεν επέτρεψαν στα δημόσια νοσοκομεία να εφοδιαστούν έγκαιρα με τον απαραίτητο σύγχρονο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας και να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών διαγνωστικής υψηλής τεχνολογίας. Αυτή η αδυναμία του δημοσίου έδωσε την ευκαιρία στον ιδιωτικό τομέα να διεισδύσει στον χώρο των διαγνωστικών εργαστηρίων και κέντρων, όπου η παρουσία του κράτους ήταν περιορισμένη, και να σημειώσει την περίοδο αυτή ιδιαίτερα μεγάλη ανάπτυξη.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η αλλαγή του νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών επέτρεψε στον ιδιωτικό τομέα να αρχίσει να επενδύει και πάλι στη νοσοκομειακή περίθαλψη, διαβλέποντας προφανώς ότι αυτή αποτελεί ένα πολύ καλό πεδίο επιχειρηματικής δραστηριότητας, με ευοίωνες μάλιστα προοπτικές για το μέλλον". (Πολύζος 1999)

Έτσι κάποια ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, τα οποία είχαν ήδη καλύτερη ξενοδοχειακή υποδομή προσαρμόστηκαν γρήγορα στις νέες συνθήκες. Τα συγκεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία αγνόησαν την κοινωνική ασφάλιση ως πηγή εσόδου και στηρίχθηκαν στο αυξανόμενο διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα και στην ραγδαία αύξηση των συμβολαίων της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η ενέργειά τους αυτή, σε συνδυασμό με τις ξενοδοχειακές ανεπάρκειες και τις εμφανισθείσες λίστες αναμονής του δημόσιου τομέα, έφερε την επιτυχία και την άνθηση της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Ενώ όμως αρχικά η ίδρυση και η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών ήταν στα χέρια ομάδων γιατρών, η σημαντική ανάπτυξη που σημείωσε η ιατρική τεχνολογία και οι μεγάλες πλέον επενδύσεις που απαιτούνται έχουν αποτέλεσμα να περιέρχεται προοδευτικά η ιδιοκτησία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών σε μεγαλοεπενδυτές, σε μεγάλους χρηματοδοτικούς Οργανισμούς ή ασφαλιστικές εταιρείες.

Τα περισσότερα από αυτά είναι γενικά νοσοκομεία και μαιευτικά και χρηματοδοτούνται είτε από δημόσια ασφαλιστικά κεφάλαια έπειτα από συμφωνία που έχει γίνει, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα σε ένα δημόσιο ή ένα ιδιωτικό νοσοκομείο.

2.3 Οι Ιδιαιτερότητες των μονάδων υγείας

Η διαδικασία παραγωγής υγειονομικών υπηρεσιών είναι περίπου ίδια και ακολουθεί κοινούς αποδεκτούς κανόνες, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα. Ο συνδυασμός ιατρικών γνώσεων, δεξιοτήτων και των απαραίτητων τεχνολογικών μέσων τίθεται στην υπηρεσία του ασθενούς (παραγωγή φροντίδων υγείας) και επιχειρείται να βελτιωθεί η υγεία του. Ο τελικός σκοπός όμως των δύο μορφών είναι διαφορετικός.

Το μεν ιδιωτικό νοσοκομείο επιδιώκει να εξασφαλίσει καταρχήν την επιβίωση και τη μεγέθυνσή του διαμέσου της αναγκαίας προσέλκυσης ασθενών, οι οποίοι, ως δυνητικοί πελάτες-χρήστες των υπηρεσιών του, θα καθορίσουν και το τυχόν θετικό ισοζύγιο των εσόδων και των εξόδων του. Το δε δημόσιο έχει σκοπό να καλύψει τις ανάγκες των προσερχόμενων ασθενών και, με αυτή την έννοια, συγκροτείται και λειτουργεί ως μια δημόσια υπηρεσία, κατά τεκμήριο προσβάσιμη από όλο τον πληθυσμό, η οποία προσφέρει υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις. Υπό το πρίσμα αυτού του σκοπού, το δημόσιο νοσοκομείο δεν το απασχολεί η επιβίωσή του, αφού αυτή είναι εξασφαλισμένη, και έτσι η ύπαρξή του δεν εξαρτάται από τα τυχόν έσοδα και έξοδά του.

Η παραπάνω διαφορά, που αφορά το θέμα της επιβίωσης, η οποία σχετίζεται κυρίως με τις προκαθορισμένες πηγές άντλησης εσόδων των δύο διαφορετικών τύπων νοσοκομείων, είναι προφανής και συναρτάται άμεσα με τη φύση και τον χαρακτήρα του νοσοκομειακού μανάτζμεντ. Αυτό σημαίνει ότι και οι λειτουργίες του νοσοκομειακού μανάτζμεντ είναι, ή/και οφείλουν να είναι, διαφορετικές στους δύο τύπους των νοσοκομείων.(B.Αλετράς, Μ.Ματσάγγανης, Τ.Νιάκας, 2002)

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την υγεία του πληθυσμού και επηρεάζεται από παράγοντες όπως το εισόδημα, τις προτιμήσεις των ατόμων, τις τιμές των υπηρεσιών σε σχέση με τις τιμές των υπολοίπων αγαθών. Το Νοσοκομείο, ως παραγωγός των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια επιχείρηση, στην οποία όμως είναι δύσκολο να γίνουν κατανοητές οι διαδικασίες της οικονομικής συμπεριφοράς και της ενιαίας μέτρησης της οικονομικής αποδοτικότητας.

Στην παραγωγική διαδικασία φαίνεται ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιχειρήσεων των υπολοίπων κλάδων με αυτών της υγείας. Αυτή στους οργανισμούς υγείας δεν είναι τόσο απλή και ξεκάθαρη αλλά αρκετά σύνθετη με δυσκολίες στην ανάλυση του κόστους και στην εφαρμογή της κοστολόγησης. Αυτό οφείλεται στην πολυπλοκότητα της διαδικασίας παροχής των ποικίλων υγειονομικών υπηρεσιών, στον ρόλο του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στην παραγωγική διαδικασία, στους πολλούς διαφορετικούς τύπους νοσοκομειακής οργάνωσης (π.χ. δημόσια, ιδιωτικά, μη κερδοσκοπικά, πανεπιστημιακά, γενικά, ειδικά νοσοκομεία) και στα διαφορετικά περιβάλλοντα μέσα στα οποία λειτουργούν (π.χ. ανταγωνιστικό, ολιγοπωλιακό, μονοπωλιακό, ελεγχόμενο). (Δικαίος Κ. 1999)

Το νοσοκομείο και γενικά οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν σοβαρές "ιδιαιτερότητες" στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία τους. Αυτές οι ιδιαιτερότητες είναι:

α) αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός. Οι παρεμβάσεις του Κράτους στους μηχανισμούς παραγωγής και διάθεσης των υγειονομικών υπηρεσιών, στην κατανομή των πόρων, στη μορφή της χρηματοδότησής τους και γενικά στην κοινωνική πολιτική.

β) Η αδυναμία του ασθενή/καταναλωτή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις. Ο ασθενής δεν διαθέτει τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις και πληροφορίες για την έκταση και το είδος των υπηρεσιών

που χρειάζεται. Ο χρήστης ασθενής – "καταναλωτής" απλά επισκέπτεται τη μονάδα υγείας και ζητάει από το γιατρό να κάνει διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και να τον θεραπεύσει. Ο γιατρός ως παραγωγός/προμηθευτής των υπηρεσιών υγείας, με τις εξειδικευμένες γνώσεις του και συχνά με τη βοήθεια της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας, είναι αυτός που καθορίζει το είδος και την έκταση των υπηρεσιών που χρειάζεται ο ασθενής. Εδώ υπάρχει αντίθεση με την αγοραστική λειτουργία όπως αυτή ισχύει για όλα τα καταναλωτικά προϊόντα όπου υπάρχει η πλήρης κυριαρχία του "καταναλωτή". Στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, ο παραγωγός/προμηθευτής καθορίζει το μέγεθος της ζήτησης και κατ' επέκταση της κατανάλωσης των υπηρεσιών αυτών.

γ) Η ένταση της εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο κύριος συντελεστής της παραγωγής και της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η λειτουργία κάθε μονάδας υγείας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον συντελεστή "εργασία" και διακρίνεται από τον υψηλό βαθμό καταμερισμού της, η οποία σε συνάρτηση με την υψηλή τεχνολογία απαιτεί ειδική εκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση.

δ) Η ένταση της οργάνωσης και της διαχείρισης. Όλες οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε μία μονάδα υγείας, είναι από υπαλλήλους διαφόρων ειδικοτήτων και με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης. Οι δραστηριότητες αυτές διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και συχνά αλληλοσυγκρούονται. Όλες αυτές όμως οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά, είναι άρτια συνδεδεμένες με τους αντικειμενικούς σκοπούς και στόχους του οργανισμού. Έτσι η αποτελεσματικότητα του έργου του εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την καλή οργάνωση και το συντονισμό αυτών των δραστηριοτήτων. Βασικό στοιχείο στην οργάνωση και στο συντονισμό των δραστηριοτήτων είναι η ορθολογική διαχείριση των ανθρώπων και υλικών πόρων.

ε) Συνεχής εξέλιξη του περιβάλλοντος της μονάδας υγείας. Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας, της βιοϊατρικής και της ιατρικής επιστήμης και γενικά οι αυξημένες απαιτήσεις στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών έχουν μετατρέψει σήμερα τα Νοσοκομεία σε πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οικονομικούς οργανισμούς. (Δικαίος Κ. 1999)

Έτσι με μία σειρά σημαντικών ιδιαιτεροτήτων που επηρεάζουν την οικονομική ανάλυση και αξιολόγηση διαπιστώνουμε ότι οι μονάδες υγείας είναι ιδιόμορφες οικονομικές μονάδες και δεν αποτελούν κλασικές επιχειρήσεις κατά την έννοια των επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα άλλων κλάδων.

Κεφάλαιο 3: Οι δαπάνες στο χώρο της υγείας

3.1 Το κόστος της περίθαλψης

Παρά τις διαφοροποιήσεις που μπορεί να συναντήσει κάποιος στους σκοπούς και στους στόχους που θέτουν οι διάφοροι οργανισμοί υγείας, κοινοί στόχοι για όλους αυτούς τους οργανισμούς αποτελούν αφενός η ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και αφετέρου η κατά το δυνατόν αποδοτικότερη χρησιμοποίησή τους. Προϋπόθεση όμως για αυτό είναι να υπάρχει ικανός οικονομικός έλεγχος της παραγωγής και του κόστους στο εσωτερικό της μονάδος υγείας μέσα από ένα σύστημα μηχανισμών.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ο έλεγχος των εκροών και των αποτελεσμάτων, με προκαθορισμένα κριτήρια και πρότυπα, τα οποία θα μεταφράζονται σε μετρήσιμα μεγέθη. Εκεί βασίζεται η κατανομή των πόρων και η οικονομική τους διαχείριση. Όμως, η μέτρηση των εκροών (του προϊόντος) και των αποτελεσμάτων, προκειμένου να αξιολογηθεί η αποδοτικότητα, της μονάδος υγείας ως «Επιχείρησης» έχει πολλές διαστάσεις. Είναι δύσκολο να υπολογισθεί το κόστος μιας νοσοκομειακής εκροής (π.χ. νοσηλείας), για να διαμορφωθούν οι νοσοκομειακές τιμές.

Η υγεία ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό δεν μπορεί εύκολα να ποσοτικοποιηθεί και να μετρηθεί. Αντίθετα, οι υπηρεσίες υγείας και οι υγειονομικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες υγείας είναι εμπορεύσιμα αγαθά και μπορούν να μετρηθούν. Περιλαμβάνουν ιατρικές πράξεις, φάρμακα, διάφορα υλικά κλπ., που μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο συναλλαγής. Παράγονται με συνδυασμό εργασίας και κεφαλαίων και καταναλώνονται ατομικά ή συλλογικά. (Μ. Ματσαγγάνης 2002).

Βέβαια αυτό γίνεται ακόμα δυσκολότερο, εάν δεν υπάρχει ένα ενιαίο μηχανογραφημένο λογιστικό σύστημα, το οποίο θα παρακολουθεί πλήρως όχι μόνο τις εισροές και τις εκροές του οργανισμού, αλλά και πλήθος άλλων αναγκαίων πληροφοριών, όπως τις υποχρεώσεις και τις απαιτήσεις του νοσοκομείου, την άντληση οργανωμένων οικονομικών πληροφοριών για την οργανωτική και οικονομική διοίκηση σε όλα τα επίπεδά του.

Απώτερος στόχος της διοίκησης του δημόσιου νοσοκομείου είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους των φορολογουμένων, των ασφαλισμένων ή των "καταναλωτών" των υπηρεσιών, σε σχέση με την αξία των χρημάτων που δίνονται για τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και ο έλεγχος των δαπανών και του κόστους των υπηρεσιών, καθώς και των ροών των διαφόρων επιπέδων χρηματοδότησης και της οικονομικής διαχείρισης των πόρων του Νοσοκομείου. Η δομή και η οργάνωση της μονάδας υγείας έχουν ένα κυρίαρχο ρόλο στον καθορισμό του κόστους νοσηλείας. (Ν. Πολύζος, 2000).

Η συνεχής αυξητική τάση που παρουσιάζουν οι δαπάνες για την υγεία παγκοσμίως, η οποία πολλές φορές δεν συνοδεύεται από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, οδήγησαν στην ανάληψη μέτρων από τους διεθνείς οργανισμούς και τις κυβερνήσεις των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών ελέγχου των δαπανών για την υγεία και συγκράτησης του επιμέρους κόστους παροχής των υπηρεσιών. Η πολιτική αυτή δεν έχει σκοπό τόσο την περιστολή των δαπανών υγείας αλλά την πιο παραγωγική και αποδοτική χρήση των διατιθέμενων σπάνιων πόρων.

Αυτοί οι δύο κοινοί στόχοι είχαν σε κάποιο βαθμό αγνοηθεί ή τουλάχιστον υποτιμηθεί από τους δημόσιους οργανισμούς υγείας, όμως λόγω των οικονομικών συγκυριών αυτοί αποκτούν τώρα πρωταρχικό χαρακτήρα και καθιστούν επιτακτική την προσοχή των οργανισμών προς αυτή την προσπάθεια. Έτσι τα τελευταία χρόνια στο σύστημα υγείας παρατηρείται μια διαρκής προσπάθεια ανασυγκρότησης λόγω του πολυδάπανου χαρακτήρα του. Η ανεύρεση μηχανισμών παρεμβάσεων για την περιστολή των δαπανών υγείας, είναι ένα μείζον θέμα που σχετίζεται με τον προσδιορισμό του πραγματικού ποσού που καταναλώνουν αυτές.

3.2 Παράγοντες αύξησης των δαπανών για την υγεία

Διεθνώς παρατηρείται ότι, οι κυριότεροι παράγοντες που οδήγησαν, τις τελευταίες δεκαετίες στην εκρηκτική αύξηση των δαπανών υγείας είναι οι ακόλουθοι:

1. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου. Η αύξηση εισοδήματος σε συνάρτηση με την αύξηση του κατά κεφαλήν/ΑΕΠ που συντελέστηκε τις προηγούμενες δεκαετίες κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, οδήγησαν τον ασθενή στη μεγαλύτερη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα στον ιδιωτικό χώρο.

2. Δημογραφικοί παράγοντες. Η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης είχε ως αποτέλεσμα την δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, δηλαδή την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων με συνέπεια τη μεγαλύτερη ζήτηση και χρήση εξειδικευμένων και άρα πιο δαπανηρών υπηρεσιών περίθαλψης.

3. Επιστημονική πρόοδος της ιατρικής επιστήμης. Βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης επήλθε και στα άτομα με χρόνια νοσήματα λόγω της ιατρικής πρόοδου. Νοσήματα τα οποία είναι χρόνια και παλαιότερα είχαν μικρότερο προσδόκιμο ζωής, τώρα αντιμετωπίζονται καλύτερα με αποτέλεσμα να υπάρχει βελτίωση στις συνθήκες ζωής των ασθενών αλλά επεκτείνοντας παράλληλα και τη χρονική διάρκεια της αντιμετώπισής τους. (Ιωαννίδης Ε. 1999)

4. Τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής επιστήμης. Η αλματώδης ανάπτυξη και εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η οποία παρατηρείται τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Συσκευές υψηλής τεχνολογίας

και μηχανήματα πολύπλοκα στον σχεδιασμό και στη λειτουργία τους έχουν γίνει πλέον απαραίτητα στην ιατρική τα οποία αντικαθιστούν παλαιότερες μεθόδους, με κίνδυνο μάλιστα ο καθαρά τεχνολογικός χαρακτήρας να παραβλέπει συχνά την πρωταρχική σημασία της κλινικής ιατρικής. Ακόμη σε αρκετές περιπτώσεις αύξηση των δαπανών επέρχεται και από την αλόγιστη χρήση αυτής της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Ταυτόχρονα η συνεχής εξέλιξη της τεχνολογίας οδηγεί στην ανάγκη αντικατάστασης των υφιστάμενων μηχανημάτων -συχνά πριν από τον χρόνο απαξίωσης τους- με νέα, ακριβότερα μηχανήματα, στα οποία ενσωματώνεται η πιο πρόσφατη τεχνολογία.

Γίνεται σαφές ότι εφόσον η τεχνολογία υγείας είναι ένας από τους μεγαλύτερους συντελεστές κόστους στις δαπάνες υγείας, η αξιολόγησή της και κατά συνέπεια η κατάλληλη χρήση της θα βελτιώσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατά συνέπεια θα οδηγήσει σε μείωση του κόστους. (Σιγάλας Ι. 1999)

5. Κοινωνικοοικονομικές αλλαγές. Με την εξειδίκευση των ιατρικών επαγγελματιών αλλά και με την αύξηση του ιατρικού σώματος παρατηρείται διόγκωση των δαπανών, καθότι αντλούν εισοδήματα από τη διαδικασία παραγωγής και διανομής φροντίδας υγείας. Επίσης η βελτίωση της πληροφόρησης, που διευκόλυνε την προσπελασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και η δημιουργία του κράτους πρόνοιας αποτέλεσαν αιτίες που προκάλεσαν τη διόγκωση των δαπανών.

6. Τρόπος πληρωμής των υπηρεσιών υγείας. Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ αλλά και στη χώρα μας, η πληρωμή για τη χρήση υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω τρίτων, δηλαδή είτε μέσω της φορολογίας είτε μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών γεγονός που δημιουργεί κίνητρα στους καταναλωτές για ζήτηση περισσότερων αλλά και καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας, το λεγόμενο φαινόμενο ηθικής βλάβης.

Το ίδιο φαίνεται να ισχύει για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας ειδικά με την καθυστέρηση πληρωμών προς αυτούς. Η χρόνια αναβολή πληρωμών των υποχρεώσεων έχει ως αποτέλεσμα τη διόγκωση των τιμών αφού οι τελευταίοι συμπεριλαμβάνουν σε αυτές διαφυγόντα κέρδη και τόκους.

Εδώ αξίζει να προσθέσουμε την αδυναμία του κράτους να ελέγξει τους μηχανισμούς της αγοράς ώστε να αποφεύγονται μονοπωλιακοί ή ολογοπωλιακοί σχηματισμοί και καρτέλ μεταξύ των προμηθευτών. (Λιαρόπουλος 1996)

7. Διαχείριση προμηθειών. Η καθυστέρηση σύναψης συμβάσεων για την προμήθεια υλικών ή η επιλογή ακατάλληλου και ασύμφορου προμηθευτή οδηγούν στην αύξηση των δαπανών. Αυτό οφείλεται κυρίως στην επιλογή εύκολης και γρήγορης λύσης για την κάλυψη των αναγκών λόγω καθυστέρησης διαδικασιών ή μεγάλης γραφειοκρατίας.

Οι παραπάνω παράγοντες κάνουν αναγκαία την αποτίμηση του κόστους ενός νοσηλευτικού ιδρύματος προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια συστηματική καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων που το συνθέτουν αλλά και τη λήψη μέτρων και τον έλεγχο συγκράτησης των δαπανών υγείας τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών.

3.3 Οι Δαπάνες υγείας στη χώρα μας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ

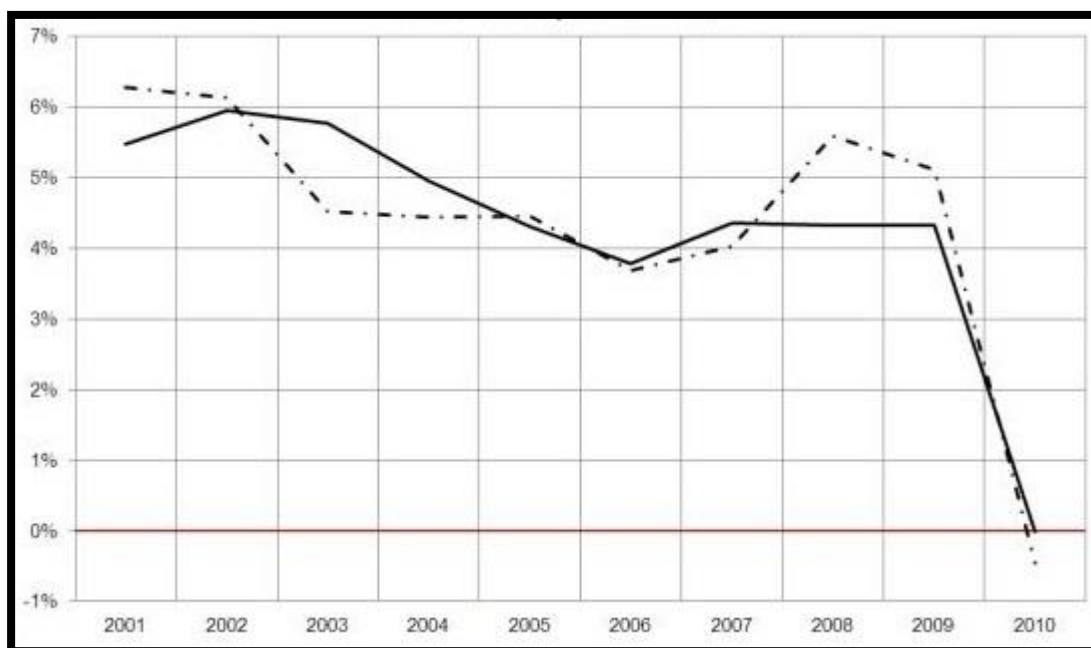
Πολλές βελτιώσεις στον τομέα της υγείας έχουν επιφέρει σημαντικό οικονομικό κόστος. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ (2012) για τον τομέα της υγείας, οι δαπάνες μέχρι το 2009 στις ευρωπαϊκές χώρες αυξήθηκαν με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι στην υπόλοιπη οικονομία, και ο τομέας υγείας απορρόφησε αυξανόμενο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ).

Μετά την εκδήλωση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης το 2008, πολλές ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών τους να αντεπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το ΑΕΠ.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία έχει λοιπόν επιβραδυνθεί ή μειωθεί σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΟΣΑ, αντιστρέφοντας μια μακροπρόθεσμη τάση ταχείας αύξησης. Συνολικά οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά περίπου 5% ετησίως σε πραγματικούς όρους στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 2000-2009, αλλά ακολούθησε μηδενική αύξηση το 2010. Τα προκαταρκτικά στοιχεία για περιορισμένο αριθμό χωρών δείχνουν μικρή ή καμία αύξηση το 2011 (σχήμα 3.1).

Μολονότι οι περικοπές αυτές ενδέχεται να ήταν αναπόφευκτες, ορισμένα μέτρα ενδέχεται να επηρεάσουν τους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας. Η συνεχής παρακολούθηση των στοιχείων και των δεικτών για την υγεία και τα συστήματα υγείας είναι σημαντική διότι από την παρακολούθηση αυτή προκύπτουν ενδείξεις για τις δυνητικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών και των πολιτικών υγείας για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ποιότητα και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας.

3.1 Μέσος όρος αύξησης δημοσίων και συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά τα έτη 2000-2010



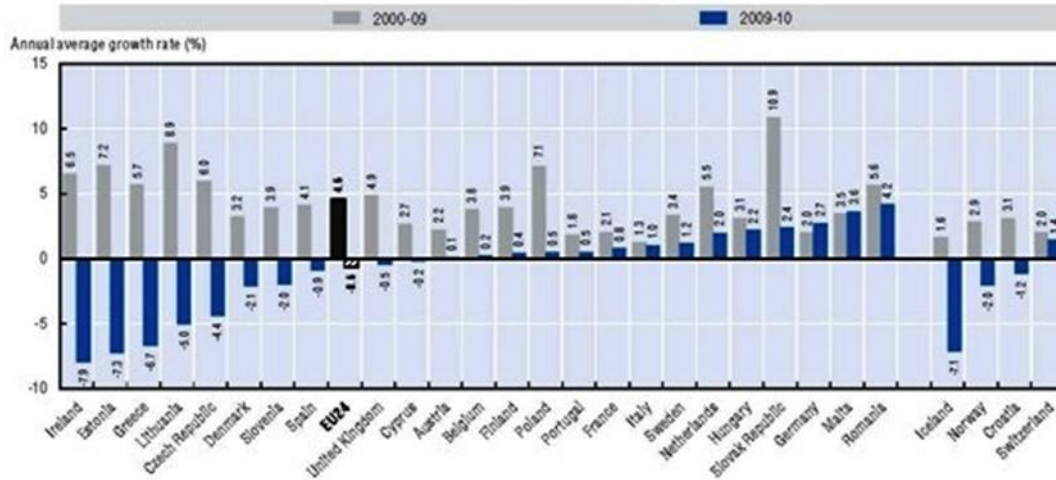
— Συνολικές δαπάνες υγείας Δημόσιες δαπάνες υγείας

Πηγή: OECD health data 2012 Eurostat statistics database <http://www.oecd.org/>

Η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών στον τομέα της υγείας επιβραδύνθηκε ή ελαττώθηκε σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, αναστρέφοντας την τάση σταθερών αυξήσεων. Οι δαπάνες είχαν ήδη αρχίσει να μειώνονται το 2009 σε χώρες που πλήττονταν σκληρότερα από την οικονομική κρίση (π.χ., την Εσθονία και την Ισλανδία), αλλά ακολούθησαν περαιτέρω μειώσεις το 2010 λόγω των αυξανόμενων δημοσιονομικών πιέσεων και της αύξησης των δεικτών χρέους προς το ΑΕΠ. Σε όλη την ΕΕ, κατά μέσο όρο οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 4,6% ανά έτος σε πραγματικές τιμές μεταξύ του 2000 και του 2009, ακολουθούμενες από πτώση κατά 0,6% το 2010 (Σχήμα 3.2). Στην Ελλάδα, οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 6,7% το 2010, μετά από ένα ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης άνω του 6% κατά μέσο όρο από το 2000.

Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία είχαν επιτευχθεί μέσω μιας σειράς μέτρων, συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων των μισθών ή/και των επιπέδων απασχόλησης, της αύξησης των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα, και με την επιβολή αυστηρών δημοσιονομικών περιορισμών στα νοσοκομεία. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας επιδιώχθηκε επίσης μέσω συγχωνεύσεων νοσοκομείων ή επιτάχυνσης της μετάβασης από τον τομέα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στην περίθαλψη και την χειρουργική επέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία.

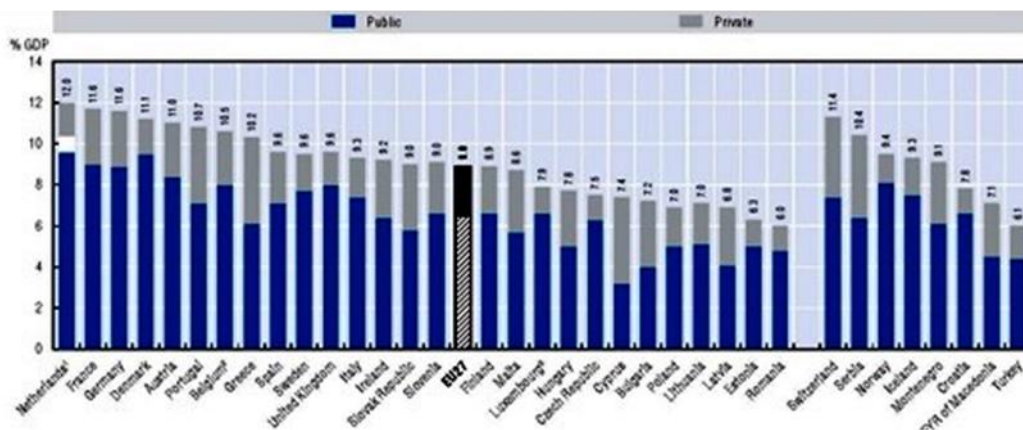
3.2 Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο 2000-2010



Πηγή: OECD health data 2012 Eurostat statistics

Ως αποτέλεσμα της αρνητικής αύξησης των δαπανών για την υγεία το 2010, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία έχει σταθεροποιηθεί ή μειώθηκε ελαφρά σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Το 2010, τα κράτη μέλη της ΕΕ έδωσαν κατά μέσο όρο το 9,0% του ΑΕΠ τους στις δαπάνες για την υγεία (Σχήμα 3.3), το οποίο αν και αυξήθηκε σημαντικά από το 7,3% το 2000, μειώθηκε ελαφρά σε σχέση με το ανώτατο επίπεδο του 9,2% το 2009.

3.3 Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ - 2010



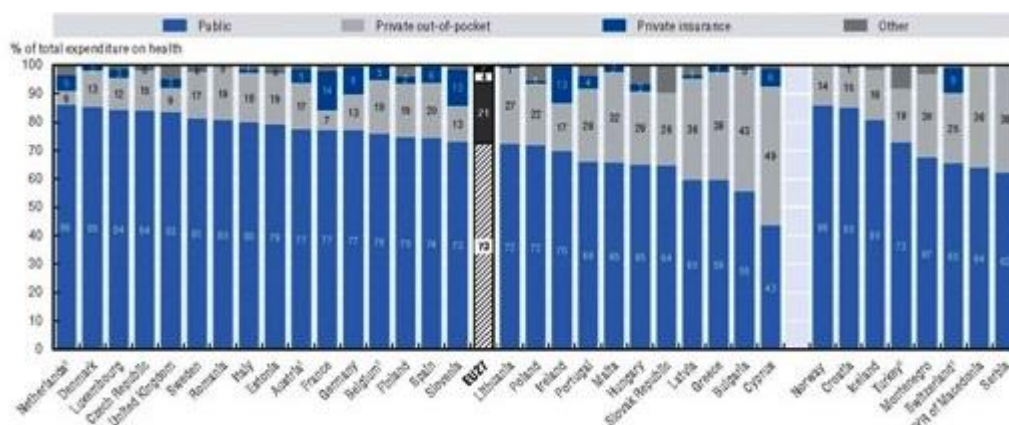
Πηγή: OECD health data 2012 Eurostat statistics database <http://www.oecd.org/>

Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της περίθαλψης υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Κύπρου (Σχήμα 3.4). Το 2010, σχεδόν τα τρία τέταρτα (73%) όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν κατά μέσο όρο από το Δημόσιο στα κράτη μέλη της ΕΕ. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τον συνδυασμό της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας σε ορισμένες χώρες. Οι δημόσιες δαπάνες έχουν υποστεί περικοπές για ορισμένα αγαθά και

υπηρεσίες, οι οποίες περικοπές συνδυάζονται συχνά με αυξήσεις του μεριδίου των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά.

Μετά τη δημόσια χρηματοδότηση, η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στις περισσότερες χώρες είναι οι άμεσες πληρωμές. Η χρηματοδότηση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μόνον σε λίγες χώρες. Το 2010, το μερίδιο των άμεσων πληρωμών ήταν υψηλότερο στην Κύπρο (49%), τη Βουλγαρία (43%) και την Ελλάδα (38%).

3.4 Δαπάνες για την υγεία ανάλογα το φορέα χρηματοδότησης 2010



Πηγή: OECD health data 2012 Eurostat statistics database <http://www.oecd.org/>

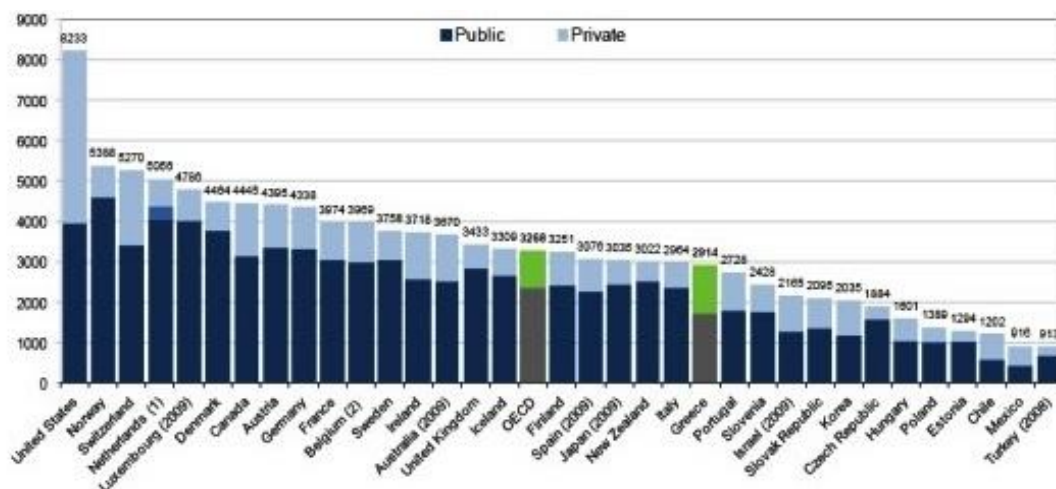
Τα στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα δείχνουν ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν το 10,2% του ΑΕΠ το 2010, πάνω από το μέσο όρο του 9,5% σε χώρες του ΟΟΣΑ, αλλά κάτω από το 10,6% του 2009. Η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση οδήγησε αρχικά σε μια ραγδαία αύξηση στις δαπάνες της υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά καθώς η ελληνική οικονομία υποχωρούσε, αυτές κατάφεραν να συγκρατηθούν. Οι περισσότερες από τις μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες έχουν επιτευχθεί μέσω των περικοπών στους μισθούς και τις πραγματικές μειώσεις του αριθμού των εργαζομένων της υγείας, καθώς και μείωση των τιμών για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Συνέπεια της ύφεσης όμως είναι, όπως και σε πολλές άλλες χώρες ότι οι επενδύσεις έχουν τεθεί σε αναμονή.

Στην Ελλάδα μόλις το 59,4% των δαπανών υγείας χρηματοδοτήθηκε από δημόσιους πόρους το 2010, το οποίο είναι πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ περίπου 72,2% το 2010. Όσον αφορά τους πόρους στον τομέα της υγείας (ανθρώπινους, φυσικούς, τεχνολογικούς), εξακολουθούν να υπάρχουν περισσότεροι γιατροί ανά κάτοικο στην Ελλάδα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ. Ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο αυξήθηκε ραγδαία στην Ελλάδα και η αναλογία είναι πλέον στο 6,1 γιατροί ανά 1000 κατοίκους το 2010, σχεδόν το διπλάσιο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ το οποίο βρίσκεται στο 3,1. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μόνο 3,3 νοσοκόμες

ανά 1000 κατοίκους ένα ποσοστό πολύ χαμηλότερο από ό, τι ο μέσος όρος του 8,7 στις χώρες του ΟΟΣΑ. Υπάρχουν ενδείξεις μιας υπερπροσφοράς ιατρών και μειωμένης προσφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική κατανομή των πόρων. Στον τεχνολογικό εξοπλισμό η χώρας μας βρίσκεται αρκετά πάνω από το μέσον όρο όσον αφορά τον αριθμό των κλινών και των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων. Οι τελευταίοι βέβαια βρίσκονται κατά πλειοψηφία στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ενώ πολύ λίγοι από αυτούς είναι στα δημόσια νοσοκομεία.

Η Ελλάδα κατατάσσεται κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ όσον αφορά τις δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, με τις δαπάνες να βρίσκονται σε 2914 USD το 2010, σε σύγκριση με ένα μέσο όρο του ΟΟΣΑ του 3268 USD το 2010. (σχήμα 3.5)

3.5 Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο στις χώρες του ΟΟΣΑ - 2010



Πηγή: OECD health data 2012 Eurostat statistics database <http://www.oecd.org/>

Η οικονομική κρίση και οι αυξανόμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν επιτείνει τις πιέσεις στα συστήματα υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Διάφορες χώρες που έχουν πληγεί σκληρότερα από την κρίση έχουν λάβει σειρά μέτρων για να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Θα είναι σημαντικό να παρακολουθούνται από κοντά οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μέτρων αυτών στους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες για να διασφαλιστούν η κατάλληλη πρόσβαση και η ποιότητα της περίθαλψης. (Health at a Glance: Europe 2012 <http://www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm>)

Κεφάλαιο 4 : Εννοιολογική προσέγγιση του κόστους – Διεθνής πρακτική

4.1 Έννοια του κόστους

Έχουν δοθεί πολλές έννοιες και διακρίσεις του κόστους από την οικονομική επιστήμη. Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί οι οποίες άλλοτε το ταυτίζουν με την δαπάνη για επένδυση και άλλοτε το εξομοιώνουν με το έξοδο. Ο καθηγητής Μ. Τσιμάρας το 1949 ορίζει το κόστος «Ως το σύνολο των πάσης φύσεως και μορφής οικονομικών θυσιών οι οποίες απαιτούνται κάτω από δοσμένες τεχνικοοικονομικές συνθήκες για να παραχθεί ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και να προσλάβει ορισμένη μορφή ή ιδιότητες ως και θέση στο χώρο και χρόνο.»

Σύμφωνα με το Ε.Γ.Λ.Σ. κόστος είναι η διάθεση ή η επένδυση αγοραστικής δύναμης για την απόκτηση υλικών ή άυλων αγαθών και υπηρεσιών με σκοπό τη χρησιμοποίησή τους για την πραγματοποίηση εσόδων από πωλήσεις ή την κάλυψη κοινωνικών αναγκών (π.χ. Δημόσια Νοσοκομεία). (Χ.Καζαντζή, Ι.Σώρρου 2009)

Από τον ορισμό του κόστους συνάγεται ότι το κόστος είναι ένας δείκτης που προκύπτει από το κλάσμα το οποίο αριθμητή έχει το σύνολο από δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν μέσα σε μια χρονική περίοδο για να παραχθεί μια ποσότητα από αγαθά και υπηρεσίες και παρανομαστή τις μονάδες από το έργο που παράχθηκε μέσα στην ίδια χρονική περίοδο. Ο δείκτης όμως αυτός δεν οδηγεί σε κανένα συμπέρασμα αν δεν συγκριθεί με το ίδιο κόστος μιας προηγούμενης περιόδου ή με το κόστος της ίδιας περιόδου ενός όμοιου προϊόντος άλλης παραγωγής. Η σύγκριση αυτή επιτρέπει στην οικονομική μονάδα να διερευνήσει πόσο οικονομικά λειτουργεί σε σχέση με άλλες που παράγουν το ίδιο προϊόν ή με την παραγωγή του ίδιου του προϊόντος σε προγενέστερο χρόνο.

Το κόστος μπορεί να χρησιμοποιηθεί προς δύο κατευθύνσεις, η πρώτη είναι ως μέσου πληροφόρησης για το ύψος στο οποίο διαμορφώθηκαν οι δαπάνες και η δεύτερη ως μέσου ελέγχου των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν. (Ν.Πομόνης 2009)

Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τον μηχανισμό της κοστολόγησης η οποία είναι το σύνολο των συστηματικών εργασιών που αποβλέπουν στο να συγκεντρώσουν, να κατατάξουν, να καταγράψουν και να επιμερίσουν κατάλληλα τις δαπάνες, έτσι ώστε να προσδιοριστεί το κόστος παραγωγής ενός προϊόντος ή των παραγωγικών διαδικασιών ή των υπηρεσιών που υπάρχουν μέσα στην επιχείρηση.

Η κοστολόγηση δηλαδή συνιστά ένα σύστημα συλλογής πληροφοριών σχετικά με κάθε στοιχείο που συμβάλλει στη διαμόρφωση του κόστους παραγωγής του προϊόντος ή των προϊόντων της επιχείρησης. Όσο πιο λεπτομερειακό και εκτεταμένο είναι αυτό το σύστημα συλλογής κοστολογικών πληροφοριών, τόσο καλύτερη θα είναι η γνώση του τρόπου δημιουργίας του κόστους παραγωγής καθώς και της σύστασής τους. (Γ.Βενιέρης 1986)

Το κοστολογικό σύστημα δεν αναφέρεται μόνο στον προσδιορισμό του κόστους παραγωγής των προϊόντων μιας επιχείρησης αλλά αποτελεί συσπείρωση περισσοτέρων εννοιών. Είναι ένα ουσιαστικής σημασίας διοικητικό εργαλείο το οποίο ενσωματώνει τόσο τις πληροφορίες του λογιστικού συστήματος της χρηματοοικονομικής λογιστικής της επιχείρησης, όπου καταγράφονται οι δαπάνες κατ' είδος, καθώς και άλλα ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία που βρίσκονται σε άλλα πληροφοριακά συστήματα τις επιχείρησης.

Επομένως, ο βαθμός ανάπτυξης και ο τρόπος οργάνωσης ενός κοστολογικού συστήματος συναρτάται από τις πληροφοριακές ανάγκες της διοίκησης, τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, που προτίθεται να αφιερώσει, και τις προϋποθέσεις που επιβάλλουν εξωτερικοί παράγοντες όπως για παράδειγμα η νομοθεσία.

Βεβαίως δεν υπάρχει ένα κόστος γενικής εφαρμογής, ένας δηλαδή τύπος κόστους δυνάμενος να υπηρετήσει εξίσου αποτελεσματικά όλες τις επιχειρηματικές αποφάσεις. Αντίθετα, για κάθε επιχειρηματική απόφαση πρέπει να αναζητείται ο τύπος εκείνος του κόστους που θεωρείται ο καταλληλότερος να την υπηρετήσει αποτελεσματικά. (Βαρβάκης 2001)

Η ανάλυση του κόστους αν ακολουθήσει σωστή μεθοδολογία μπορεί να εξασφαλίσει πληροφορίες οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν για ποικίλους σκοπούς, όπως:

α) Συγκρίσιμα στοιχεία κόστους από έτος σε έτος, τα οποία σε αντιπαραβολή με τα έσοδα και το παραχθέν έργο που παράχθηκε παρέχουν μια σαφή εικόνα της αποδοτικότητας και την διαχρονική τάση αυτής.

β) Τα αναγκαία οικονομικά και ποσοτικά δεδομένα, για την κατάρτιση των ετησίων προγραμμάτων δράσης και προϋπολογισμών.

γ) Τα βασικά αναλυτικά και ποσοτικά στοιχεία για την κατάρτιση του πρότυπου κόστους και των ελαστικών προϋπολογισμών(Flexible Budgets).

δ) Προϋποθέσεις καλύτερης ανάλυσης και πληρέστερης γνώσης του λειτουργικού κόστους, με στόχο την συμπίεση αυτού.

ε) Άσκηση ευέλικτης τιμολογιακής πολιτικής.

στ) Προσδιορισμός εκείνου του επιπέδου απασχολήσεως στο οποίο επιτυγχάνεται εξισορρόπηση εσόδων – εξόδων, δηλαδή του νεκρού σημείου δραστηριότητας (Βαρβάκης, 1993).

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει το ευρύ πεδίο εφαρμογής της μελέτης του κόστους, καθώς και η σημασία του στον τομέα των μονάδων υγείας. Το γεγονός ότι τα περισσότερα νοσοκομεία διεθνώς, είναι ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθιστά το κόστος, λόγω έλλειψης του κέρδους, ως το μοναδικό μέτρο οικονομικής αποτελεσματικότητας και δημιουργεί την ανάγκη για ακριβέστερη μέτρησή του. Η ανάλυση και η κατανόηση του κόστους των διαφόρων υπηρεσιών, μπορεί να βοηθήσει, από τη μια τις διοικήσεις ώστε να βελτιώσουν την

αποτελεσματικότητα των διαφόρων νοσοκομειακών δραστηριοτήτων και από την άλλη να βοηθήσουν την πολιτεία στη χάραξη ορθής πολιτικής για την ορθολογικότερη κατανομή των πόρων μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας.

4.2 Νοσοκομειακό κόστος

Κόστος υπηρεσιών υγείας ονομάζουμε τις συνολικές δαπάνες που σχετίζονται με την παραγωγή και την διάθεση μια συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας και παρέχονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής.

Η νοσοκομειακή παραγωγή με την εξέλιξη της επιστήμης και την εισαγωγή της βιοϊατρικής τεχνολογίας αύξησε σημαντικά τις δαπάνες της για αγορά εισροών - πόρων με συνέπεια τη διόγκωση του νοσοκομειακού κόστους. Ένα σύστημα που βασιζόταν παραδοσιακά στην κλινική ιατρική πράξη επί σειρά ετών αποτελεί σήμερα ένα ακριβό εργαστηριακό - διαγνωστικό - επεμβατικό σύστημα. (Σούλης, 1994).

Μέσα σε όλα αυτά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο παράγων ποιότητα υπηρεσιών ως μεταβλητή διαμόρφωσης του κόστους της νοσοκομειακής παραγωγής. Η ποιότητα των υπηρεσιών αποκτά μεγαλύτερο χαρακτήρα αφού συμβαίνει στον χώρο των μονάδων υγείας να υπάρχει ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση των υπηρεσιών σε αντίθεση με την παραγωγή αγαθών από άλλες επιχειρήσεις όπου μεσολαβεί κάποιο χρονικό διάστημα.

Τόσο η μεγάλη επιχορήγηση των δημόσιων νοσοκομείων από τη χώρα μας όσο και ο ανταγωνισμός των ιδιωτικών κλινικών για αύξηση των κερδών, απαιτούν να υπάρχει έλεγχος και ισορροπία των οικονομικών αλλά και αναλυτική κατανόηση του νοσοκομειακού κόστους, ως εξαιρετικά απαραίτητη μελετητική υποχρέωση των διοικήσεων και των στελεχών των νοσοκομείων. Η μελέτη του κόστους είναι αυτή η οποία μπορεί να κατευθύνει τη διοίκηση μιας μονάδος υγείας να λάβει τις σωστές αποφάσεις ώστε ο οργανισμός να γίνει παραγωγικότερος και αποδοτικότερος. Έτσι η διοίκηση είτε του δημόσιου είτε του ιδιωτικού νοσοκομείου θα μπορέσει να καθορίσει το άριστο μέγεθος της παραγωγής και την άριστη ποσότητα εισροών που απαιτείται γι' αυτήν, καθώς και τρόπους για την κάλυψη της ζήτησης αλλά και τη μείωση των δαπανών. (Ασπασία Γουλιά, 2007)

Ανάλογα με το μελετητικό ενδιαφέρον των διοικητικών και οικονομικών στελεχών της μονάδος υγείας, διαμορφώνονται ομάδες κριτηρίων και δείκτες, οι οποίοι βοηθούν στη λήψη αποφάσεων σε συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ νοσοκομείων της ίδιας κατηγορίας, μεταξύ κλινικών του ίδιου νοσοκομείου, μεταξύ κλινικών της ίδιας κατηγορίας αλλά διαφορετικών νοσοκομειακών μονάδων κ.ά.

Τέτοιοι δείκτες είναι :

- το Μέσο Ημερήσιο Κόστος ανά Ασθνοημέρα και ανά κλίνη
- το Μέσο Ημερήσιο Κόστος ανά Ασθενή

- το Μέσο Ημερήσιο Κόστος ανά Διαγνωσμένη Κατηγορία
- το Μέσο Κόστος Εργαστηριακών Εξετάσεων ανά Ασθενή και ανά Ασθενοημέρα

Οι παραπάνω δείκτες βοηθούν σημαντικά στην εξαγωγή χρήσιμων αποτελεσμάτων και είναι αυτοί οι οποίοι χρησιμοποιούνται κυρίως σήμερα στις μονάδες υγείας. Οι δείκτες αυτοί όμως δεν εξαντλούν τις απαιτήσεις που συνήθως θέτει η σύγχρονη διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων, η οποία επιδιώκει να γνωρίζει την κοστολογική μορφολογία και σύνθεση των περιστατικών ανά διαγνωσμένη κατηγορία, δηλαδή το κόστος ανά ιατρική πράξη. Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται σήμερα το υπουργείο υγείας αλλά είναι κάτι το οποίο βρίσκεται ακόμα σε εμβρυακή μορφή καθώς απουσιάζει η τεχνολογία και η λεπτομερειακή καταγραφή και μηχανογράφηση στοιχείων από την πλευρά των δημόσιων οργανισμών. Στόχος πάντως είναι να ξεκινήσει αυτή η μέθοδος κοστολόγησης (ανά ιατρική πράξη) μέσα στο 2013.

Οι δείκτες κόστους βοηθούν: α) στην τιμολόγηση και στο μεγαλύτερο κέρδος από την πλευρά του ιδιωτικού τομέα, β) στη διαπραγμάτευση του ύψους των νοσηλίων από την πλευρά του δημόσιου τομέα, γ) στον πλήρη έλεγχο των κέντρων διαμόρφωσης κόστους, δ) στο προγραμματισμό και ε) στον επιχειρησιακό σχεδιασμό των μονάδων υγείας. (Ασπασία Γουλά,2007)

Για να γίνει κατανοητός ο μηχανισμός διαμόρφωσης του κόστους αξίζει να αναφέρουμε μια σειρά από αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι το καθορίζουν. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν το είδος του νοσοκομείου, το μέγεθός του, τη νομική του μορφή, το βαθμό πληρότητας, τη γεωγραφική του θέση, τον αριθμό των απασχολούμενων, την πολιτική μισθών καθώς και την οργάνωση και την παραγωγικότητα της εργασίας.

4.3 Η συμπεριφορά του κόστους

Το κόστος αναλόγως της συμπεριφοράς του διακρίνεται σε

Σταθερό κόστος: Είναι το κόστος το οποίο δεν μεταβάλλεται στο σύνολό του σε σχέση με τον όγκο των εκροών, που σημαίνει ότι ανεξάρτητα από τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών, την κάλυψη και την μέση διάρκεια νοσηλείας, το κόστος αυτό είναι δεδομένο. Π.χ. το κόστος του ενοικίου, η μισθοδοσία του προσωπικού μιας μονάδας υγείας είναι σταθερό κόστος και δεν μεταβάλλεται στο σύνολό του ανάλογα με τις ιατρικές επισκέψεις που πραγματοποιούνται στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Εάν όμως οι ιατρικές επισκέψεις αυξηθούν, το κόστος του ενοικίου ή της μισθοδοσίας θα μειωθεί ανά ιατρική επίσκεψη, ενώ αντίθετα εάν οι ιατρικές επισκέψεις μειωθούν, το κόστος του ενοικίου ή της μισθοδοσίας ανά επίσκεψη θα αυξηθεί. Πρέπει να σημειωθεί ότι το σταθερό κόστος θεωρείται σταθερό πάντα σε σχέση με μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, αφού μακροπρόθεσμα όλα τα κόστη είναι μεταβλητά.

Μεταβλητό κόστος: Είναι το κόστος, το οποίο μεταβάλλεται με τις μεταβολές του όγκου των εκροών, δηλαδή το ύψος του επηρεάζεται από τον αριθμό των πραγματοποιηθεισών ιατρικών

πράξεων, τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών, την κάλυψη και τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Τα αναλώσιμα υλικά, τα φάρμακα και τα τρόφιμα είναι ενδεικτικά κάποιων δαπανών που ανήκουν στην κατηγορία αυτή.

Συνολικό κόστος (Total cost): Είναι το άθροισμα του σταθερού και του μεταβλητού κόστους και περιλαμβάνει όλους τους συντελεστές που απαιτούνται για να παραχθεί μία μονάδα προϊόντος ή μία υπηρεσία.

$$\text{Συνολικό Κόστος (TC)} = \text{Σταθερό (FC)} + \text{Μεταβλητό (VC)}$$

Το Συνολικό Κόστος για τα δημόσια νοσοκομεία μπορεί να εξαχθεί εύκολα από τα συνολικά έξοδα που παρουσιάζονται στις καλύψεις προϋπολογισμού ή στα απολογιστικά συνολικά οικονομικά στοιχεία.

Μέσο κόστος (average cost): Εκφράζει τους πόρους οι οποίοι καταναλώνονται ανά μονάδα εκροής. Είναι το πηλίκο του συνολικού κόστους δια του αριθμού των παραγόμενων μονάδων ή υπηρεσιών και αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία των συγκριτικών αξιολογικών δεικτών μεταξύ μονάδων ή παραγωγικών τομέων, όπως οι κλινικές. Σε ένα νοσοκομείο το μέσο κόστος εκφράζεται με διάφορους δείκτες όπως αναφέραμε παραπάνω (κόστος ανά ασθενή, ανά ημέρα νοσηλείας, ανά αριθμό κλινών, ανά ιατρό, κ.τ.λ.)

$$\text{Μέσο Κόστος (AC)} = \text{Συνολικό Κόστος (TC)} / \text{Συνολικό παραγόμενο προϊόν (Q)}$$

Π.χ. Μέσο ημερήσιο κόστος = Συνολικό κόστος / Συνολικές ημέρες νοσηλείας.

Οριακό κόστος (marginal cost): Εκφράζει την μεταβολή που επέρχεται στο κόστος από την παραγωγή μίας πρόσθετης ή μίας λιγότερης μονάδας εκροής. Κόστος οριακό είναι εκείνο που χρειάζεται για να αυξηθεί η παραγωγή ή η απασχόληση κατά μία μονάδα.

$$\text{Οριακό κόστος (MC)} = \Delta\text{TC} / \Delta\text{Q}$$

Σε μια επιχείρηση η έννοια του οριακού κόστους είναι ίσως η πιο σημαντική οικονομική έννοια γιατί το οριακό κόστος σε κάποια επίπεδα παραγωγής είναι χαμηλότερο του μέσου κόστους. Όταν όμως η συνολική παραγόμενη ποσότητα υπερβαίνει ένα ορισμένο επίπεδο, το οριακό κόστος αυξάνει υπερβολικά και η παραγωγή πρόσθετων μονάδων είναι σαφώς αντι-οικονομική. (Βαρβάκης, 1993).

Κόστος ευκαιρίας είναι η θυσία κάποιων άλλων αγαθών που θα μπορούσαν να παραχθούν με τους ίδιους παραγωγικούς συντελεστές που χρησιμοποιούνται για τη παραγωγή του συγκεκριμένου αγαθού. Το κόστος ευκαιρίας για παράδειγμα, αντανακλά το δίλημμα που έχει ένα νοσοκομείο μεταξύ του κόστους αγοράς ενός βιοϊατρικού μηχανήματος και του κόστους για την πρόσληψη 10 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού.

Μια ακόμη δυνατότητα παρακολούθησης του κόστους είναι σε σχέση με τον φορέα του. Έτσι το κόστος διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο. Αξίζει να σημειωθεί ότι από διαφορετική οπτική γωνία αντιλαμβάνεται την έννοια του κόστους η διοίκηση ενός Νοσοκομείου από τον ίδιο τον ασθενή.

Μπορεί ένα στοιχείο να αποτελεί κόστος για τον έναν αλλά όχι για τον άλλον. Για παράδειγμα, η μετακίνηση του ασθενή στη μονάδα υγείας, αν αυτή γίνει με ιδιωτικό μέσο και όχι ασθενοφόρο, έχει κόστος για τον εξεταζόμενο αλλά δεν αποτελεί κόστος για το νοσοκομείο. Όπως επίσης κόστος είναι για τον ασθενή η απουσία από την εργασία του κατά τις ημέρες νοσηλείας.

Έτσι υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις όσον αφορά το κόστος, η οικονομική και η λογιστική.

Η λογιστική προσέγγιση προκύπτει από τη λογιστική εγγραφή των στοιχείων του κόστους και θεωρεί το κόστος ως άθροισμα του άμεσου λογιστικού και έμμεσου λογιστικού κόστους.

Ως Άμεσο κόστος για τη λογιστική προσέγγιση είναι αυτό που δημιουργείται αποκλειστικά με την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας και ενσωματώνεται σε αυτό. Π.χ. το άμεσο κόστος μιας παρακλινικής εξέτασης περιλαμβάνει τα αναλώσιμα υλικά και φάρμακα, το κόστος απόσβεσης των μηχανημάτων, το κόστος της άμεσης εργασίας ως προς τη συγκεκριμένη εξέταση κλπ.

Έμμεσο κόστος είναι οποιοδήποτε κόστος δεν είναι άμεσο, δηλαδή δεν εξαρτάται από την σύνθεση συγκεκριμένου προϊόντος αλλά μπορεί να επιμερισθεί και να επιβαρύνει περισσότερους φορείς κόστους. (Βενιέρης 1986) Π.χ. οι γενικές υποστηρικτικές λειτουργίες (ιματισμός, τροφοδοσία, διοίκηση, καθαριότητα κ.λ.π.) αλλά και το κεφαλαιουχικό κόστος (κτίρια, έπιπλα, μηχανήματα υποστήριξης κ.λ.π.) αφορούν την κατανάλωση πόρων για τη σωστή λειτουργία της μονάδος αλλά και για την παροχή των υπηρεσιών σε όλη την μονάδα υγείας και όχι μεμονωμένα στα επιμέρους τμήματα ή στις επιμέρους ιατρικές πράξεις. Αυτό λοιπόν το έμμεσο κόστος θα πρέπει να επιμεριστεί στα επιμέρους τμήματα – κέντρα κόστους και στις ιατρικές πράξεις με κάποια μέθοδο επιμερισμού.

Η οικονομική προσέγγιση προσδιορίζει το κόστος ως άθροισμα του άμεσου οικονομικού, έμμεσου οικονομικού και κρυφού κόστους και χρησιμοποιείται στην κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Ως **Άμεσο κόστος** θεωρείται α) το άμεσο ιατρικό κόστος, δηλαδή το κόστος περίθαλψης από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και υποστηρικτικές υπηρεσίες του ασθενή, β) το κόστος υλικών και φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων και τα κόστη παραγγελιών και αποθήκευσης, γ) το τεχνολογικό κόστος σχετικά με τη χρήση και τις αποσβέσεις, δ) τα κόστη έρευνας και ανάπτυξης καθώς και ε) το άμεσα μη ιατρικό κόστος το οποίο αφορά δαπάνες του ίδιου του ασθενή (μεταφορικά, ιδιωτική νοσηλεύτρια, συμμετοχή στη νοσηλεία κ.λ.π.)

Ως **Έμμεσο κόστος (indirect cost)** σύμφωνα πάντα με την οικονομική προσέγγιση, θεωρείται το κόστος νοσηρότητας και ανικανότητας το οποίο προκύπτει από την απώλεια εισοδήματος, δηλαδή από την αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παραχθούν από το άτομο εάν αυτό δεν είχε αρρωστήσει ή δεν είχε ανάγκη ιατρικής, προληπτικής ή θεραπευτικής εξέτασης. Εδώ μπορούμε να προσθέσουμε τόσο το κοινωνικό και ψυχολογικό κόστος του ασθενή όσο και το κόστος

των συγγενών του προερχόμενο από τη δική τους απουσία από την εργασία και από άλλες δραστηριότητες.

Το **κρυφό κόστος (intangible cost)**, αφορά στα προκαλούμενα από την αρρώστια, πόνο και δυσανεξία, στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, τόσο του ασθενή αλλά και του οικογενειακού και κοινωνικού του περίγυρου καθώς επίσης και στις κοινωνικές, ψυχολογικές και ηθικές επιπτώσεις που αυτοί έχουν. (Κυριόπουλος,1995)

Συμπερασματικά λοιπόν, η οικονομική προσέγγιση είναι η ευρύτερη: εκφράζει την έννοια του κόστους και από την οπτική γωνία του χρήστη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και της κοινωνίας γενικότερα.

4.3 Συστήματα λογισμού κόστους

Σύμφωνα με τους Χ.Καζαντζή, Ι.Σώρρο, αποστολή της κοστολόγησης είναι η παροχή πληροφοριών για

- α) την κατάρτιση των οικονομικών καταστάσεων της επιχείρησης
- β) τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των δραστηριοτήτων και διαδικασιών της επιχείρησης
- γ) τη λήψη βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στρατηγικών αποφάσεων

Η επίτευξη του πρώτου από τους τρεις στόχους της κοστολόγησης επιτυγχάνεται με τις πληροφορίες των δύο παραδοσιακών συστημάτων της λογιστικής κόστους, την εξατομικευμένη παραγωγή (κατά έργο) και την κατά φάση κοστολόγηση.

Στο **σύστημα κοστολόγησης εξατομικευμένης παραγωγής ή παραγγελίας ή κατά έργο** ο λογισμός του κόστους γίνεται για ένα προϊόν ή μια παρτίδα προϊόντος ή υπηρεσίας με εξατομικευμένα χαρακτηριστικά και διαφορετικές προδιαγραφές. Κάθε έργο χρησιμοποιεί διαφορετική ποσότητα παραγωγικών πόρων, συνιστώσες δηλαδή είναι τα άμεσα υλικά, η εργασία και τα λοιπά έξοδα που χρησιμοποιήθηκαν για το συγκεκριμένο έργο. Χρησιμοποιείται κυρίως από επιχειρήσεις, τα προϊόντα των οποίων κατασκευάζονται σύμφωνα με τις ιδιορρυθμίες και τα χαρακτηριστικά που έχουν καθορίσει οι πελάτες.

Στις μονάδες υγείας θα μπορούσε να εφαρμοστεί η μέθοδος αυτή για την ξεχωριστή ανάλυση κόστους μιας συγκεκριμένης εγχείρησης ή ενός συγκεκριμένου ασθενή. Είναι μία ακριβής μέθοδος καθότι συλλέγονται ακριβή στοιχεία για την πραγματική κατανάλωση πόρων και για την πραγματική εργασία που αφιερώθηκε. Απαιτεί όμως μεγάλη καταγραφή και λεπτομερή πληροφόρηση, κάτι το οποίο, αν όχι αδύνατο, αποτελεί δύσκολο εγχείρημα ειδικά για τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Στο **σύστημα κατά φάση κοστολόγησης ή με βάση τις παραγωγικές διαδικασίες** η παρακολούθηση του κόστους συγκεντρώνεται ανά φάση παραγωγής ή κέντρο κόστους. Χρησιμοποιείται όταν η παραγωγή πραγματοποιείται με διαδοχικές σειρές πανομοιότυπων

διαδικασιών. Οι μονάδες προϊόντων όταν ολοκληρώνονται σε μια φάση μεταφέρονται στην επόμενη φάση παραγωγής ως πρώτες ύλες. Η μέθοδος αυτή συντελεί στον προσδιορισμό πιο αξιόπιστου κόστους όχι μόνο των τελικών προϊόντων αλλά και των ενδιάμεσων. Εφαρμόζεται κυρίως στις βιομηχανικές μονάδες μαζικής παραγωγής και είναι λιγότερο δαπανηρή από την εξατομικευμένη κοστολόγηση.

Τα παραδοσιακά κοστολογικά συστήματα αναπτύχθηκαν σε ένα περιβάλλον περιορισμένης αυτοματοποίησης όπου η άμεση εργασία μαζί με τις πρώτες ύλες αποτελούσαν τον καθοριστικό παράγοντα κόστους, αλλά και η στρατηγική των επιχειρήσεων δεν έδινε τόσο έμφαση στον πελάτη. Έτσι τα γενικά βιομηχανικά έξοδα ήταν σχετικά μικρά και έπαιζαν μικρή σημασία στο τελικό κόστος. Η αύξηση τόσο της έντασης του ανταγωνισμού διεθνώς όσο και του έμμεσου κόστους ως ποσοστού επί του συνολικού κόστους παραγωγής των προϊόντων ώθησε τις επιχειρήσεις στην αναζήτηση νέων εναλλακτικών συστημάτων κοστολόγησης τα οποία θα μπορούσαν να προσδιορίσουν το κόστος με μεγαλύτερη ακρίβεια. (Χ.Καζαντζή,Ι.Σώρρου 2009)

Το σύστημα κοστολόγησης με βάση τις δραστηριότητες (activity based costing – ABC) έρχεται για να καλύψει αυτά τα κενά των παραδοσιακών μεθόδων. Στη δεκαετία του '80 οι Robert Kaplan και Thomas Johnson ήταν οι πρωτεργάτες αυτής της νέας μεθόδου σύμφωνα με την οποία, οι επιμέρους δραστηριότητες της επιχείρησης αποτελούν τους θεμελιώδους πυρήνες συγκέντρωσης του κόστους της. Η αλλαγή στον τρόπο σκέψης είναι ότι στο σύστημα κοστολόγησης κατά ABC ένας φορέας κόστους (προϊόν, υπηρεσία) αναλώνει δραστηριότητες ενώ στην παραδοσιακή μέθοδο ο φορέας κόστους αναλώνει παραγωγικούς πόρους. Επίσης επιμερίζει το έμμεσο κόστος σε αρκετά επίπεδα της παραγωγικής διαδικασίας με συντελεστές μερισμού ενώ παραδοσιακά ο καταλογισμός στηρίζεται σε υποκειμενικές έως παραπλανητικές βάσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύστημα κοστολόγησης βάση δραστηριοτήτων δεν έρχεται να αντικαταστήσει τα παραδοσιακά συστήματα ούτε λειτουργεί ανταγωνιστικά αλλά έρχεται να τα συμπληρώσει αφού δεν αντικαθιστά τις κοστολογικές ανάγκες της χρηματοοικονομικής λογιστικής αλλά να καλύψει πρόσθετες πληροφοριακές ανάγκες της διοίκησης.

4.4 Εφαρμογή της κοστολόγησης στις Μονάδες Υγείας

Όπως κάθε επιχείρηση έτσι και οι μονάδες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές, πριν αποφασίσουν ποιο σύστημα κοστολόγησης θα ακολουθήσουν θα πρέπει πρώτα να σταθμίσουν όλους τους παράγοντες οι οποίοι θα συμμετέχουν σε αυτό. Δεν είναι υποχρεωτικό να επιλέξουν ένα από τα τρία συστήματα αλλά μπορούν να συνθέσουν στοιχεία από αυτά ώστε να είναι κατάλληλο προσαρμόσιμο στις ανάγκες τους. Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, ο προσδιορισμός του κόστους των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλους τομείς της παραγωγής, δεδομένου ότι οι

μονάδες υγείας αντιμετωπίζουν κυρίως ένα εξαιρετικά μεγάλο φάσμα ασθενειών και περιπτώσεων για νοσηλεία.

Ο ιδιωτικός τομέας των μονάδων υγείας θα λέγαμε ότι είναι αρκετά μπροστά στην εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής και της κοστολόγησης σε σχέση με τον δημόσιο τομέα. Πώς να μην είναι άλλωστε όταν η φύση του τελευταίου δεν έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα αλλά κοινωνικό. Παρ' όλα αυτά έχει αρχίσει τα τελευταία δύο χρόνια (2011-2012) να κάνει τα πρώτα δειλά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση αποτελεσμάτων του Υ.Υ.Κ.Α. και των μονάδων του Ε.Σ.Υ. για το 2011 μόνο 25 επί συνόλου 131 δημόσιων μονάδων υγείας εφαρμόζουν την αναλυτική λογιστική. Με τη μελέτη που έχει ήδη εκπονηθεί στα πλαίσια του έργου της ΕΣΔΥ-ΥΥΚΑ, η οποία είναι προσαρμοσμένη στο υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο (Π.Δ. 146/2003) αλλά και στο οργανόγραμμα του κάθε νοσοκομείου, θα δύναται να προκύπτει σε μηνιαία βάση: α) το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο κέντρου κόστους (τομέας, κλινική), β) το αντίστοιχο έσοδο του κέντρου κόστους και γ) το αντίστοιχο λειτουργικό αποτέλεσμα. Συνεπώς με βάση τα παραπάνω και την ανάπτυξη και εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής, θα είναι εφικτό να εκτιμάται ανά περίπτωση με ακρίβεια το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών σε επίπεδο τομέα (π.χ χειρουργικός τομέας) και κλινικής (π.χ ορθοπεδική) και στη συνέχεια σε επίπεδο παρεχόμενης πράξης. Ειδικότερα αναφορικά με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης του κόστους σε σχέση με τις τιμές των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (DRGs). (<http://www.moh.gov.gr/articles/hlektronikes-efarmoges-e-s-y/1332-ethsia-ekthesh-2011>)

Σήμερα πάντως τα περισσότερα από τα νοσοκομεία που παρακολουθούν την κοστολόγηση των υπηρεσιών τους, εφαρμόζουν την πλήρη – απορροφητική μέθοδο. Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο κοστολόγησης όλα τα στοιχεία του κόστους προϊόντος, άμεσα και έμμεσα, σταθερά και μεταβλητά ενσωματώνονται στο κόστος των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. Τα στοιχεία αυτά είναι α) το κόστος των άμεσων υλικών, β) το κόστος της άμεσης εργασίας, γ) τα γενικά λειτουργικά έξοδα, σταθερά και μεταβλητά. Τα στοιχεία του κόστους περιόδου (Διοίκησης, Διάθεσης κ.λ.π.) δε βαρύνουν το κόστος παραγωγής των υπηρεσιών αλλά κατ' ευθείαν τα αποτελέσματα χρήσης.

Διάγραμμα 4.1

Πηγή: Βαρβάκης 2001



Ροή όλων των στοιχείων κόστους με βάση την πλήρη κοστολόγηση

Σημαντικό ρόλο στην εξαγωγή του κόστους, στην ιδιόμορφη περίπτωση των μονάδων υγείας, παίζει η μέθοδος επιμερισμού του έμμεσου κόστους. Συνήθως χρησιμοποιούν βάσεις επιμερισμού οι οποίες επικεντρώνονται στην ποσότητα. Για παράδειγμα, στα δημόσια κυρίως νοσοκομεία λαμβάνεται ως βάση επιμερισμού οι ημέρες νοσηλείας ή αριθμός των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κλπ. Σύμφωνα με τον ισχύοντα σήμερα τρόπο κοστολόγησης, όλα τα κόστη που αφορούν τη λειτουργία τους, υπολογίζονται και διαιρούνται με το σύνολο των ημερών νοσηλείας, προκειμένου να προσδιοριστεί το ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της πάθησής του και της νοσηλείας που χρειάστηκε. Παρόλα αυτά, η ποσότητα δεν αποτελεί πάντα την καταλληλότερη βάση για τον ακριβή επιμερισμό του έμμεσου κόστους.

Τα άμεσα κόστη μπορούν εύκολα να συνδεθούν με κάθε ασθενή, ο αυθαίρετος όμως επιμερισμός του έμμεσου κόστους μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές στρεβλώσεις του συνολικού νοσηλευτικού κόστους του ασθενή αφού προκύπτει ίδιο ημερήσιο έμμεσο κόστος νοσηλείας για όλες τις κλινικές περιπτώσεις. Σίγουρα υπάρχουν κάποια έμμεσα κόστη που αφορούν το ίδιο όλους τους ασθενείς (π.χ. κόστος υποδοχής ή διαχείρισης φακέλου ασθενή) όπως επίσης και κόστη τα οποία είναι τόσο μικρά ώστε η απόκτηση της πληροφορίας να είναι τελικά ακριβότερη. Οι δυσκολίες επιμερισμού του έμμεσου κόστους στις υπηρεσίες υγείας, οφείλεται στο ότι τα νοσοκομεία παρέχουν ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών (π.χ. εξετάσεις, εγχειρήσεις κλπ), το κόστος των οποίων μπορεί να είναι σημαντικά διαφοροποιημένο. (Ξυράφας Γ. 2007)

Λύση σε αυτό το πρόβλημα θα μπορούσε να δώσει η μέθοδος κοστολόγησης βάση δραστηριοτήτων αφού κάθε ασθενής ο οποίος νοσηλεύεται είναι μια ειδική περίπτωση αντιμετώπισης, καταναλώνει διαφορετικές υπηρεσίες και θα πρέπει να του καταλογίζεται το δικό του ακριβές κόστος. Η χρησιμοποίηση αυτής της μεθόδους από έναν οργανισμό υγείας μπορεί να

καταστεί ένα σημαντικό εργαλείο για τον επιμερισμό του έμμεσου κόστους. Βέβαια η σημαντικότητα του εργαλείου αυτού εξαρτάται από το βαθμό συμμετοχής του έμμεσου κόστους στο συνολικό κόστος ανά ασθενή. Αν αυτός είναι μικρός τότε η μέθοδος των δραστηριοτήτων μπορεί να φέρει αρνητικά αποτελέσματα αφού απαιτεί λεπτομερή μελέτη των οικονομικών δεδομένων του νοσοκομείου καθώς και λεπτομερή έρευνα για τη συγκέντρωση πληροφοριών κόστους. Επίσης απαραίτητο είναι και το ειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα πρέπει να γνωρίζει καλά τη μέθοδο αυτή. Μιλάμε λοιπόν για μια μέθοδο η οποία απαιτεί υψηλό κόστος εφαρμογής σε σχέση με τις άλλες άρα πρέπει να συνυπολογίζεται το κόστος που προκαλεί σε σχέση με το τελικό όφελος που προκύπτει από την απόκτηση των σχετικών πληροφοριών κόστους.

Με την σημερινή κατάσταση των δημοσίων νοσοκομείων, τον τρόπο οργάνωσής τους, την ιδιομορφία των υπηρεσιών αλλά και την απειρία τους στην τεχνική της κοστολόγησης είναι εμφανές πως η μέθοδος αυτή απέχει πολύ ακόμα από την εφαρμογή της. Αυτός είναι και ο λόγος που σήμερα ακολουθείται η πλήρης-απορροφητική μέθοδος και το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών φτάνει μέχρι το επίπεδο των κλινικών (κέντρων κόστους) και όχι του ασθενή.

4.5 Ροή κοστολογικής πληροφορίας

Η κοστολογική πληροφορία από τη γέννησή της μέχρι την απόδοσή της στον τελικό φορέα κόστους ανάλογα με το είδος της ακολουθεί την παρακάτω ροή.

Μισθοδοσία

Το Τμήμα Μισθοδοσίας συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα δεδομένα των μισθοδοτικών καταστάσεων για το σύνολο του προσωπικού, εξάγοντας το συνολικό κόστος ανά εργαζόμενο για κάθε κοστολογική περίοδο. Επίσης το τμήμα προσωπικού συγκεντρώνει και επεξεργάζεται δεδομένα μεταβολών και μετακινήσεων προσωπικού και υπολογίζει την ποσοστιαία απασχόληση κάθε εργαζομένου σε κάθε κέντρο κόστους εντός της κοστολογικής περιόδου. Με βάση αυτά τα δεδομένα καταρτίζεται πίνακας, υπολογίζεται το συνολικό μισθοδοτικό κόστος ανά κέντρο κόστους για τη συγκεκριμένη κοστολογική περίοδο και κατόπιν καταχωρούνται οι απαραίτητες εγγραφές στο μηχανογραφικό σύστημα της μονάδος υγείας και επιβεβαιώνονται η ορθότητά τους σε σχέση με τις αντίστοιχες εγγραφές στη Γενική Λογιστική. Το κόστος της μισθοδοσίας πρέπει να μερίζεται με ακρίβεια στα Κέντρα Κόστους τα οποία βαρύνει. Ως εκτούτου, το Τμήμα Προσωπικού πρέπει να επαληθεύει τα δεδομένα συσχέτισης εργαζομένων με Κέντρα Κόστους.

Διαχειρίσεις Φαρμακείου – Υγειονομικού υλικού – Λοιπών υλικών

Κατά την παραλαβή των υλικών από τους προμηθευτές οι κεντρικές διαχειρίσεις της μονάδος υγείας καταχωρούν την ποσοτική και αξιακή εισαγωγή των υλικών που συνοδεύονται από τα πρωτογενή φορολογικά παραστατικά των προμηθευτών στο μηχανογραφικό σύστημα της Μ.Υ. εκδίδοντας το Πρωτόκολλο Παραλαβής και Πράξη Εισαγωγής Υλικού. Η καταχώρηση αυτή

αποτυπώνεται αυτόματα στα μηχανογραφικά συστήματα του λογιστηρίου (Δημόσιο Λογιστικό, Γενική Λογιστική, Αναλυτική Λογιστική) το οποίο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο και συμφωνία των εγγραφών.

Ο Προϊστάμενος των Οικονομικών Υπηρεσιών και ο Διευθυντής του Φαρμακείου στο τέλος κάθε κοστολογικής περιόδου εισηγούνται προς το Δ.Σ. του Νοσοκομείου τη συγκρότηση επιτροπών για την διενέργεια φυσικής απογραφής στις κεντρικές αποθήκες και σε όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου. Οι συσταθείσες επιτροπές διενεργούν τις απογραφές των αποθεμάτων και καταγράφονται τα σχετικά ελλείμματα – πλεονάσματα. Τα πρακτικά των απογραφών αυτών εγκρίνονται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου. Οι υπεύθυνοι των διαχειρίσεων (Φαρμακείου, υλικού, τροφίμων κλπ) είναι υπεύθυνοι να τακτοποιήσουν στο μηχανογραφικό σύστημα τις ποσοτικές διαφορές απογραφής.

Το λογιστήριο είναι υπεύθυνο για να αποτιμήσει τα μένοντα αποθέματα και να προσαρμόσει τα δεδομένα της Αναλυτικής Λογιστικής με τις διαφορές αποτίμησης που θα προκύψουν από τις φυσικές απογραφές μέσω διενέργειας εγγραφών τακτοποίησης.

Αναλώσεις υλικών

Η παρακολούθηση των αναλώσεων των πάσης φύσεως υλικών αποτελεί σημαντικό στοιχείο κόστους στη λειτουργία του Νοσοκομείου.

Τα τμήματα των μονάδων υγείας όταν χρειαστούν κάποια υλικά συντάσσουν, ηλεκτρονικά ή χειρόγραφα, αίτημα χορήγησης υλικών. Οι κεντρικές διαχειρίσεις (Φαρμακείο, υλικού, τροφίμων, κλπ) με την λήψη των αιτημάτων χορήγησης, εξάγουν τα υλικά στα επιμέρους τμήματα με την έκδοση δελτίου ανάλωσης υλικού- πράξη εξαγωγής από την αποθήκη. Οι διαχειριστές των κεντρικών αποθηκών είναι υπεύθυνοι επίσης για τον έλεγχο των συνολικών ποσοτήτων που δίνονται στα τμήματα αλλά και του ελέγχου τυχόν υπερκατανάλωσης, άλλωστε και οι δυο πλευρές υπογράφουν στην πράξη εξαγωγής. Ειδικά για το φαρμακείο ο κύριος όγκος φαρμάκων εξάγεται προς τις κλινικές βάση ατομικού συνταγολογίου υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο γιατρό, την προϊσταμένη της κλινικής και τον διευθυντή του φαρμακείου. Τα περισσότερα από τα τμήματα και κυρίως οι κλινικές παρακολουθούν ξεχωριστή αποθήκη με τα υλικά που έχουν παραλάβει από τις κεντρικές αποθήκες και τα οποία τα χορηγούν σε ασθενείς.

Το στάδιο στο οποίο αποτυπώνεται η ανάλωση εξαρτάται από τη φύση των υλικών. Στην πράξη βέβαια αυτό δεν τηρείται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία όπου θεωρείται ανάλωση ότι έχει εξαχθεί από την κεντρική αποθήκη προς το τμήμα. Συγκεκριμένα τα υλικά διακρίνονται σε δυο κατηγορίες α) αυτά που αναλώνονται άμεσα με την χορήγηση τους (π.χ. διάθεση γραφικής ύλης) και β) σε υλικά που δεν αναλώνονται με την εξαγωγή από την αποθήκη (π.χ. διάθεση φαρμάκων σε ιατρικά τμήματα). Τα υλικά αυτά όπως (φάρμακα, βηματοδότες, ορθοπεδικό υλικό, μοσχεύματα

κ.λ.π.) που αφορούν ατομικά συγκεκριμένο ασθενή και χορηγούνται με ατομικό συνταγολόγιο, αναλώνονται όταν χορηγούνται ή τοποθετούνται στον εν λόγω ασθενή, είτε από το τμήμα (κέντρο κόστους) όπου αυτός νοσηλεύεται είτε από το χειρουργείο σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης. Τα λοιπά υλικά γενικής χρήσης αναλώνονται από τα τμήματα κατά την χρησιμοποίησή τους (π.χ. οινόπνευμα, βαμβάκι κ.τ.λ.)

Στο τέλος κάθε κοστολογικής περιόδου το λογιστήριο μέσω του πληροφοριακού του συστήματος υπολογίζει τις αναλώσεις και αξιολογεί τα αποθέματα, σύμφωνα με την μέθοδο αποτίμησης που ορίζεται από το Π.Δ. 146/2003.

Γενικά έξοδα

Τα γενικά έξοδα καταχωρούνται στο μηχανογραφικό σύστημα του λογιστηρίου. Όσα από αυτά αφορούν την ομάδα 6, εκτός από τον 65 “Τόκοι και συναφή έξοδα” (Π.Δ. 146/03) ο οποίος ενημερώνει κατευθείαν το κόστος χρηματοοικονομικής λειτουργίας, και όπου αυτό είναι εφικτό και υπάρχει η απαραίτητη πληροφορία, η απόδοσή τους γίνεται σε συγκεκριμένο κέντρο κόστους (π.χ. επισκευές σε συγκεκριμένο τμήμα). Όπου όμως δεν είναι πρέπει το λογιστήριο να τα επιμερίσει αναλόγως το έξοδο με τις κατάλληλες βάσεις επιμερισμού. Ο επιμερισμός γίνεται με κριτήριο την όσο δυνατόν αιτιώδη σχέση μεταξύ του κόστους και της βάσης ώστε να είναι αποτελεσματικότερος. Σκοπός είναι ο επιμερισμός να καταστεί τόσο ακριβής όσο θα γινόταν αν το έξοδο ήταν άμεσο.

Αποσβέσεις

Με την προμήθεια των πάγιων στοιχείων η διαχείριση υλικού καταχωρεί την ποσότητα και την αξία των παγίων που συνοδεύονται από τα πρωτογενή φορολογικά παραστατικά των στο μηχανογραφικό σύστημα της διαχείρισης εκδίδοντας το Πρωτόκολλο Παραλαβής Παγίων. Εν συνεχεία η διαχείριση υλικού μέσω του μηχανογραφικού προγράμματος χορηγεί το πάγιο στοιχείο, στο τμήμα που το ζήτησε και χρεώνει τον υπόλογο του αντίστοιχου τμήματος καθώς και το κέντρο κόστους. Το λογιστήριο συμπληρώνει το μητρώο παγίων με όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που απαιτούνται για την παρακολούθησή του και που ορίζονται στην παρ. 2.2.103 του Π.Δ.146/2003. Η διαχείριση υλικού παρακολουθεί την μεταβολή της χωροθέτησης ενός παγίου ή την ακρήστευσή του και ενημερώνει τον υπεύθυνο παρακολούθησης του μητρώου παγίων για την μεταβολή αυτή.

Ο αρμόδιος υπάλληλος του Μητρώου Παγίων της μονάδος υγείας είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση, εκτός των απαραίτητων βασικών πληροφοριών για κάθε πάγιο που είναι ο κωδικός του, ο λογαριασμός της Γενικής Λογιστικής στον οποίο εντάσσεται, η περιγραφή του, η αρχική του αξία, οι αποσβέσεις του, η αναπόσβεστη αξία, ο συντελεστής αποσβέσεων, αλλά και το κέντρο κόστους στο οποίο ανήκει κάθε πάγιο. Επίσης πρέπει να παρακολουθεί τις τυχόν μεταβολές και μετακινήσεις του παγίου στοιχείου μέσα στη Μ.Υ.

Οι αποσβέσεις των παγίων βαρύνουν τα κέντρα κόστους και για το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιούν το κάθε πάγιο. Το σύνολο των αποσβέσεων αποτυπώνεται πρώτα στη Γενική Λογιστική και μετά επιβαρύνει τα τμήματα μέσω χρέωσης των λογαριασμών της Αναλυτικής Λογιστικής. Στην περίπτωση κτιρίων πρέπει οι αποσβέσεις τους να αντιμετωπισθούν σαν έμμεση δαπάνη και πριν την επίρριψή της να προηγηθεί μερισμός βάσει πίνακα με κριτήριο τα τετραγωνικά μέτρα που αναλογούν σε κάθε τμήμα.

Εργαστήρια

Τα εργαστήρια αποτελούν βοηθητικά κέντρα κόστους και το κόστος τους θα πρέπει να επιμερισθεί στα κύρια κέντρα κόστους. Για τον λόγο αυτό πρέπει πρώτα να υπολογιστεί το κόστος λειτουργίας των εργαστηρίων (BKK) και κατόπιν να επιμερισθεί.

Είτε υπάρχει μηχανογραφημένο σύστημα, Laboratory Information Systems (LIS), είτε χειρόγραφο σύστημα παρακολούθησης των εργαστηρίων απαιτείται η συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών, η επεξεργασία τους και η αξιοποίησή τους για τις ανάγκες της κοστολόγησης. Κάθε εργαστήριο προσδιορίζει το είδος των εξετάσεων που αυτό διενεργεί. Με ευθύνη του Διευθυντή ή εξουσιοδοτημένου υπαλλήλου, κάθε εργαστήριο (βιοπαθολογικό- απεικονιστικό) συγκεντρώνει τα δεδομένα της λειτουργίας του (πλήθος εξετάσεων, είδος εξετάσεων και ιατρικό τμήμα) και τα υποβάλλει υπογεγραμμένα στον Προϊστάμενο των Οικονομικών Υπηρεσιών. Το Λογιστήριο επεξεργάζεται τους ανωτέρω πίνακες και προσδιορίζει το κόστος που πρέπει να επιβαρυνθεί το κάθε κύριο κέντρο κόστους (KCK). Για τον σωστό επιμερισμό του κόστους στην κάθε εξέταση θα πρέπει κανονικά να υπάρχει πλήρη καταγραφή των υλικών που αναλώνονται και του χρόνου που απαιτείται για την κάθε εξέταση, επειδή όμως αυτό απαιτεί μεγάλο κόστος παρακολούθησης ο επιμερισμός γίνεται συνήθως βάση της τεκμαρτής τιμής από τον τιμοκατάλογο των παρακλινικών εξετάσεων ή από κάποιους άλλους με μια μέση τιμή από το πλήθος των εξετάσεων.

4.6 Σύστημα κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών DRG

Το σύστημα DRG (Diagnosis-Related-Groups) ή KEN (Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο) είναι ένα σύστημα κοστολόγησης που χρησιμοποιούν πολλές χώρες 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.

Οι νοσοκομειακές δραστηριότητες χωρίζονται σε 24 γενικές κατηγορίες. Σε κάθε κατηγορία ανήκει ένας τομέας της υγείας π.χ. καρδιακές παθήσεις, και μέσα σε κάθε κατηγορία υπάρχουν πολλές υποκατηγορίες που εξαρτώνται 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 είναι και ένας διαφορετικός κωδικός. Κάθε κωδικός ξεχωριστά υπολογίζει και ένα κόστος.

Συγκεκριμένα, τα KEN βασίστηκαν στην τελευταία έκδοση των αντίστοιχων Αυστραλιανών και Γερμανικών DRGs, τα οποία εφαρμόζονται σε 20 περίπου χώρες. Η σχετική λίστα προσαρμόστηκε από ομάδες ειδικών και έγκριτων επιστημόνων ιατρών και συμπληρώθηκε από νέα, τα οποία ωστόσο αξιολογήθηκαν και εισήχθησαν μόνον εφόσον συγκαταλέγονταν σε λίστες DRGs, όπως τα Γερμανικά και τα Αμερικάνικα. Συμπερασματικά, η σχετική λίστα αποτελεί προϊόν προσαρμογής αντίστοιχων διεθνών καταλόγων και κανένα από τα υφιστάμενα KEN δεν είναι αυθαίρετο ή ανύπαρκτο σε αντίστοιχες λίστες. Η κοστολόγησή τους έγινε με μια αποδεκτή μεθοδολογία την οποία έχουν χρησιμοποιήσει και άλλες χώρες. Συγκεκριμένα, στην πλειοψηφία τους έχουν υπολογιστεί από συνδυασμό του Ελληνικού δημόσιου νοσοκομειακού λειτουργικού κόστους και των δεικτών βαρύτητας των DRGs που αποτέλεσαν την βάση του εγχειρήματος. Αυτοί οι δείκτες υπολογίζονται με βάση εκατομμύρια νοσηλείες ασθενών ετησίως και η χρήση τους προϋποθέτει απλά ότι η σχετική βαρύτητα των περιστατικών είναι όμοια ανάμεσα στις δυο χώρες. Η μεθοδολογία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί επανειλημμένως σε περιπτώσεις χωρών που ξεκινούν την εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων. Οι σχετικοί δείκτες πολλαπλασιάστηκαν με το μέσο Ελληνικό κόστος περιστατικού, το οποίο περιλαμβάνει όλα τα έξοδα των νοσοκομείων πλην μισθοδοσίας. Τονίζεται ότι τα KEN περιλαμβάνουν και αντανακλούν και το κόστος υποστηρικτικών υπηρεσιών όπως η σίτιση, η καθαριότητα, η θέρμανση κ.λπ. Αναλύσεις της πρώτης επιτροπής κοστολόγησης του ΥΥΚΑ έδειξαν ότι η μέθοδος ήταν σχετικά ακριβής. Τέλος αξιοσημείωτο είναι πως ειδικοί έγκριτοι επιστήμονες του ΕΣΥ έκαναν τις αντιστοιχίσεις ανάμεσα σε KEN, ICD-10 και ιατρικές πράξεις.

Από την ανάλυση της πρώτης εφαρμογής των KEN, προκύπτουν τα παρακάτω δεδομένα: Στα περισσότερα από τα 24 πιο συχνά KEN-DRGs στα ελληνικά νοσοκομεία σε σύγκριση με την Αυστραλιανά και τα Γερμανικά DRGs από πλευράς κόστους (εκτός μισθοδοσίας του προσωπικού) οι τιμές είναι παρόμοιες και σε λίγες περιπτώσεις, όπου υπάρχει μια διαφορά, τα Αυστραλιανά DRGs έχουν υψηλότερη τιμή κατά περίπου 20%. Από την άλλη πλευρά, τα Γερμανικά φαίνεται να είναι πιο ακριβά, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε σύγκριση με τα Ελληνικά και τα Αυστραλιανά. Επίσης η ΜΔΝ, όπου η γερμανική ΜΔΝ είναι υψηλότερη για την πλειονότητα των περιπτώσεων, ενώ η αυστραλιανή ΜΔΝ είναι η χαμηλότερη συνολική. Η ελληνική ΜΔΝ ακολουθεί το μέσο όρο των δύο άλλων χωρών. (Υ.Υ.Κ.Α.2012 <http://www.moh.gov.gr/articles/ken-eswteriko/710-yroyrgikes-apofaseis-egkyklioi-g-g>)

4.7 Διεθνείς και ελληνικές έρευνες

Μελέτη της Παγκόσμιας τράπεζας για τα δημόσια νοσοκομεία στις ανεπτυγμένες χώρες (Barnum and Kutzin, 1993) έδειξε ότι απορροφούν τους περισσότερους πόρους από τις κρατικές δαπάνες για

τον τομέα της υγείας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 50% έως 80%. Σε πολλές χώρες, ένα μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία είναι χαμένες μέσα από την ανορθολογική κατανομή και από την τεχνική και διαχειριστική αναποτελεσματικότητα μέσα στα ίδια τα νοσοκομεία. Βελτιώσεις στη χρήση των πόρων θα μπορούσε να αποφέρει τεράστια οφέλη. Σε συνέχεια αυτής της μελέτης ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε οδηγίες (D.Shepard et.al 2000) οι οποίες επιδιώκουν να βοηθήσουν τους διαχειριστές των συστημάτων υγείας να κάνουν την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων αυτών. Με την καλύτερη κατανόηση του κόστους των διαφόρων δραστηριοτήτων, οι διαχειριστές μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου, αλλά και να βοηθήσουν τους εθνικούς φορείς σε αποτελεσματικότερη χάραξη πολιτικής.

Επειδή οι κοστολογικές πληροφορίες οι οποίες υπάρχουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο κυμαίνονται από λεπτομερείς έως ανεπαρκείς το εγχειρίδιο αυτό επιχειρεί, όσο αυτό είναι εφικτό, να προτείνει εναλλακτικές προσεγγίσεις όταν δεν υπάρχει ακριβή καταγραφή. Παρέχει ένα πλαίσιο μέσα από το οποίο δείχνει πως μπορεί να γίνει η κατανομή των δαπανών στα κέντρα κόστους μέσα από τα καταγεγραμμένα δεδομένα ή κατά προσέγγιση από άλλες διαθέσιμες πληροφορίες όπως μέσα από συνέντευξη του προσωπικού για το χρόνο εργασίας, τους μισθούς και τα επιδόματα, τις προμήθειες, τις δραστηριότητες που εκτελούνται, τους ιατρικούς φακέλους κ.λ.π.

Επίσης το εγχειρίδιο αυτό παρέχει οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει ο υπολογισμός του κόστους ανά μονάδα ή συνολικά, ακόμα και αν δεν υπάρχουν οι πληροφορίες. Το εγχειρίδιο έχει εφαρμοστεί σε νοσοκομεία του Μπαγκλαντές, της Αιγύπτου και της Ζιμπάμπουε.

Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας όμως δεν παρέλειψε να εκδώσει εγχειρίδιο ανάλυσης κόστους και για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Οι A.Creese and D.Parker (1994) μέσα από την μελέτη τους «cost analysis in primary health care» παρέχουν στους διαχειριστές της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης οδηγίες για το πώς να χρησιμοποιούν την ανάλυση του κόστους ως εργαλείο για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση των πόρων. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές είναι το αποτέλεσμα μιας συνεργατικής προσπάθειας από τρεις διεθνείς οργανισμούς που συμμετέχουν στην ανάπτυξη της υγείας, και με βάση την εμπειρία που έχει αποκτηθεί σε ένα ευρύ φάσμα των προγραμμάτων υγείας μέσα από διαδικασίες δοκιμών και εφαρμογών. Στη μελέτη υπάρχουν ασκήσεις οι οποίες παρέχουν εξάσκηση στην συλλογή και ερμηνεία δεδομένων. Το εγχειρίδιο περιέχει επίσης κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη φύση των βασικών εννοιών του κόστους και τους κύριους τρόπους μέτρησής τους, καθώς και οδηγίες για τη ρύθμιση των στοιχείων και των υπολογισμών που απαιτούνται για να προκύψουν τα απαραίτητα συμπεράσματα.

Παρόμοια είναι και η μελέτη των Conteh and Walker με τίτλο «Cost and unit cost calculations using step-down accounting» η οποία δημοσιεύθηκε στο Health, Policy and Planning της Oxford University Press το 2004. Σκοπός της είναι να καλύψει το κενό που υπάρχει στις πρακτικές οδηγίες

για την ανάλυση κόστους ανά μονάδα αλλά και να καλύψει τις διαφορές κοστολόγησης μεταξύ του επιπέδου δυνατότητας και του επιπέδου προγράμματος. Η μέθοδος που χρησιμοποιεί για τον υπολογισμό του κόστους είναι η SDCA (step-down cost accounting), δηλαδή, προσδιορίζεται το εύρος των πόρων που απαιτούνται για την λειτουργία της εγκατάστασης και στην συνέχεια κατανέμονται σε επιλεγμένα κέντρα κόστους, μέσω βάσεων επιμερισμού (εμβαδόν δαπέδου, ημέρες νοσηλείας κλπ), επαναλαμβάνοντας τη διαδικασία και φιλτράροντας τις δαπάνες προς τα κάτω, μέχρι να μεταφερθούν στα τελικά κέντρα κόστους.

Για τον υπολογισμό του κόστους ανά μονάδα συνοψίζει τις ενέργειες σε επτά βήματα.

- 1) Καθορισμός του σκοπού ανάλυσης του κόστους. Πρέπει πρώτα να γίνει σαφές ποιες υπηρεσίες ή τμήματα θα αποτελούν τα κέντρα κόστους, αν θα είναι ξεχωριστά ή όχι. Τα τελικά κέντρα κόστους διαμορφώνονται από τον σκοπό της ανάλυσης και από τα διαθέσιμα δεδομένα. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε από την αρχή αν ο σκοπός είναι να συγκρίνουμε τα τμήματα μεταξύ τους μέσα στο νοσοκομείο ή θα κάνουμε συγκρίσεις σε επίπεδο νοσοκομείου.
- 2) Καθορισμός των κέντρων κόστους. Τα τελικά κέντρα κόστους ταξινομούνται σε άμεσα (π.χ. κλινικές), ενδιάμεσα (υποστηρικτικά π.χ. φαρμακείο) και έμμεσα (π.χ. μεταφορές).
- 3) Προσδιορισμός του συνολικού κόστους για κάθε εισροή, Γίνεται η συγκέντρωση των εξόδων σε κατηγορίες (π.χ. έξοδα προσωπικού, διοικητικά, φαρμακευτικά κ.λ.π.) και προσδιορίζεται το σύνολό τους.
- 4) Κατανομή εισροών στα κέντρα κόστους. Περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο οι εισροές κατανέμονται στα άμεσα, ενδιάμεσα και έμμεσα κέντρα κόστους.
- 5) Κατανομή όλων των δαπανών στα τελικά κέντρα κόστους. Υπάρχουν παραδείγματα για τις βάσεις μερισμού οι οποίες προτείνεται να χρησιμοποιηθούν αναλόγως τη δαπάνη.
- 6) Υπολογισμός συνολικού και ανά μονάδα κόστους σε κάθε τελικό κέντρο κόστους.
- 7) Έκδοση αποτελεσμάτων.

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Λιθουανίας στο Κάουνας (Vytenis Kalibatas, 2005) είχε σκοπό την αξιολόγηση του κόστους για την οικονομική χρήση 2002 σε 26 τμήματα του νοσοκομείου. Οι διαδικασίες, που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη περιλάμβαναν την αξιολόγηση των εισροών και των εκροών, την αξιολόγηση του μέσου κόστους, την εκτίμηση της δομής των δαπανών, την εκτίμηση κόστους ανά περίπτωση, χρησιμοποιώντας την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis).

Οι δαπάνες ταξινομήθηκαν σε 5 κατηγορίες α) κόστος μισθοδοσίας, β) κόστος φαρμάκων, γ) κόστος εργαστηρίων, δ) δαπάνες ιατρικού εξοπλισμού και ε) λοιπές δαπάνες συμπεριλαμβανομένου του γεύματος των ασθενών, της μεταφοράς, του πλυντηρίου, της επικοινωνίας κ.λπ.). Η ανάλυση του κόστους έγινε ανά διάγνωση χρησιμοποιώντας διάφορους συνδυασμούς φίλτρων όπως ηλικία, φύλλο

κτλ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μέσο κόστος ανά περίπτωση κυμαινόταν από 36,52€ έως 999,73€. Στη μαιευτική-γυναικολογική το κόστος κυμάνθηκε στα 192,68€ ενώ στο τμήμα νεογνών το κόστος ανήλθε στα 258,78€. Χρησιμοποιώντας την μέθοδο αυτή το κόστος ανά περίπτωση σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα και διαγνωστική κατηγορία προβλέφθηκε με επιτυχία με στατιστική απόκλιση της τάξεως του 0,05.

Το Αιγυπτιακό υπουργείο υγείας (ΜΟΗ) ανέλαβε μια μελέτη για τον υπολογισμό των δαπανών και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε επτά νοσοκομεία της χώρας. Την τεχνική βοήθεια για αυτή την προσπάθεια παρείχε το USAID μέσω του funded Health Systems 20/20 project. Αυτή η μελέτη είναι μέρος μια μεγαλύτερης προσπάθειας και τεχνικής βοήθειας προς το τμήμα σχεδιασμού (DOP) για τη διεξαγωγή ενός τέταρτου γύρου εθνικών απολογισμών υγείας. Στη μελέτη αυτή περιλαμβάνονται τρία γενικά νοσοκομεία (Σουέζ, Ras El Tine, και Sohag), το παιδιατρικό νοσοκομείο Um Al-Atebaal, το κέντρο ογκολογίας Al-Salam, το ψυχιατρικό νοσοκομείο Mamoura και το νοσοκομείο πυρετού του Suez.

Η μελέτη βασίζεται στην ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν για την περίοδο από 1 Ιουλίου 2007 μέχρι 30 Ιουνίου του 2008. Δουλεύοντας με μια ομάδα ερευνητών στο DOP, μια μικρή ομάδα από το προσωπικό του κάθε νοσοκομείου ήταν σε θέση να συγκεντρώσει ένα σημαντικό μέγεθος χρήσιμων πληροφοριών και από τα επτά νοσοκομεία σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν και δόθηκαν στο τμήμα σχεδιασμού χρησιμοποιώντας δέκα τυποποιημένα έντυπα τα οποία επικυρώθηκαν από μια διαδικασία ποιοτικού ελέγχου. Για το σκοπό της μελέτης οι υπηρεσίες των νοσοκομείων ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες α) γενικές υπηρεσίες β) ενδιάμεσες γ) τελικές ιατρικές. Οι γενικές υπηρεσίες περιελάμβαναν όλες τις διοικητικές υπηρεσίες, οι ενδιάμεσες κάλυψαν όλες τις εργαστηριακές υπηρεσίες καθώς και αυτές των πλυντηρίων και των τροφίμων και οι τελικές ιατρικές υπηρεσίες περιελάμβαναν τα εξωτερικά ιατρεία, έκτακτης ανάγκης και ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες.

Στο πρώτο στάδιο της μελέτης υπολογίστηκαν οι δαπάνες όλων των πόρων που χρησιμοποιήθηκαν άμεσα στη λειτουργία των τμημάτων του νοσοκομείου. Ένα ποσοστό απόσβεσης του τρία τοις εκατό χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της αναπόσβεστης αξίας των περιουσιακών στοιχείων. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν κανόνες κατανομής για τη διάθεση του κόστους των γενικών εξόδων στις ενδιάμεσες και τελικές υπηρεσίες. Τέλος, οι δαπάνες των ενδιάμεσων υπηρεσιών (αρχικών και τα διατιθέμενα γενικά έξοδα) διατέθηκαν στα άμεσα τμήματα υπηρεσιών. Αυτή η προσέγγιση της κατανομής των γενικών εξόδων και των ενδιάμεσων υπηρεσιών σε άμεσες ιατρικές υπηρεσίες είναι γνωστή ως “step-down allocation” και παρέχει το πλήρες κόστος της παροχής υπηρεσιών στο νοσοκομείο. Οι δαπάνες αυτές συνδυάστηκαν με την αξιοποίηση

πληροφοριών για τον υπολογισμό του μοναδιαίου κόστους των υπηρεσιών. Επίσης υπολογίστηκαν διάφοροι δείκτες αποδοτικότητας και παραγωγικότητας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους δείκτες δαπανών και αποδοτικότητας τόσο μέσα στα ίδια νοσοκομεία όσο και μεταξύ τους. Το κόστος των υπηρεσιών (είτε ανά ημέρα νοσηλείας είτε ανά επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία) διέφεραν μεταξύ των νοσοκομείων για το ίδιο είδος υπηρεσίας. Η μέση διάρκεια παραμονής σε μερικά από τα τμήματα νοσηλείας ήταν σε αντίθεση με ό, τι αναμενόταν. Ως παράδειγμα, η μέση διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ του Γενικού νοσοκομείου του Σουέζ ήταν 2,77 ημέρες ενώ στη μονάδα εγκαυμάτων μόλις 1,2 ημέρες. Στο άλλο άκρο, η μέση διάρκεια παραμονής στο γυναικολογικό τμήμα στο Γενικό Νοσοκομείο του Sohag ήταν 12,6 ημέρες.

Ένα άλλο εκπληκτικό εύρημα ήταν το υψηλό ποσοστό των δαπανών που αφορούσαν τα εργαστήρια και τις ιατρικές προμήθειες. Συγκεκριμένα για τα τέσσερα γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες νοσηλείας αντιπροσώπευαν περίπου το 32% του συνολικού κόστους, οι υπηρεσίες των εξωτερικών ασθενών περίπου το 30%, οι ενδιάμεσες υπηρεσίες το 30% και τα γενικά έξοδα το 8%. Το υψηλότερο κόστος των ενδιάμεσων υπηρεσιών είχε το νοσοκομείο του Suez το οποίο άγγιζε το 40% με κύριο μοχλό τις εργαστηριακές υπηρεσίες που έφταναν το 19%. Μετά από συζητήσεις με μερικούς από τους διευθυντές των νοσοκομείων το εύρημα αποδόθηκε στους χαμηλούς μισθούς των ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος των φαρμάκων και ιατρικών προμηθειών.

Το 2002 πραγματοποιήθηκε μελέτη από τους Wamukuo και Ntutela και υπολογίστηκε το πραγματικό κόστος νοσηλευτικών υπηρεσιών των εσωτερικών ασθενών, των εξωτερικών και του χειρουργείου σε πέντε τοπικά νοσοκομεία από τέσσερις επαρχίες της Νοτίου Αφρικής.

Για την εκτίμηση του συνολικού κόστους και τον επιμερισμό των γενικών εξόδων στα τελικά κέντρα κόστους η μελέτη χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό των μεθόδων top-down και step-down.

Στην πρώτη φάση της μελέτης υπολογίστηκαν και εκτιμήθηκαν όλα τα έξοδα όπως έξοδα προσωπικού, ετήσια έξοδα για εξοπλισμό επίπλων και κτιρίων που σχετίζονται με τη θεραπεία των ασθενών τόσο συνολικά όσο και κατά κεφαλήν ανά επίσκεψη, ημέρα νοσηλείας και ανά είσοδο. Στη δεύτερη φάση έγινε μια συνολική εκτίμηση του κάθε τοπικού νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης κόστους ήταν σημαντικά. Το υψηλό συνολικό κόστος δεν σημαίνει απαραίτητα και υψηλό ανά μονάδα κόστος αλλά δείχνει τα υψηλά επίπεδα ανεπάρκειας εισροών και αναποτελεσματικότητας. Αυτό που επηρέασε τις διαφορές του κόστους ανά μονάδα είναι η πληρότητα των κλινών, η μέση διάρκεια νοσηλείας και η διακίνηση των ασθενών. Το συνολικό κόστος μιας ημέρας νοσηλείας ήταν περίπου 3,5 φορές μεγαλύτερο από το μέσο κόστος επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ το κόστος μιας χειρουργικής επέμβασης ήταν 9 φορές μεγαλύτερο από

αυτό της επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία και περίπου 3 φορές του ημερήσιου κόστους νοσηλείας ενός ασθενούς. Επίσης σε μερικά τμήματα το κόστος προσωπικού άγγιζε το 70% του συνολικού κόστους.

Παρόμοια μελέτη (Olukoga, 2007) για το κόστος ανά μονάδα εσωτερικών ασθενών διεξήχθη πάλι για 5 νοσοκομεία της Νοτίου Αφρικής και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Singapore Medical Journal. Τα νοσοκομεία που επιλέχθηκαν ήταν αυτά με την καλύτερη οργάνωση και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν πάλι η ίδια (top-down και step-down) για τον επιμερισμό των γενικών εξόδων σε έξι τελικά κέντρα κόστους.

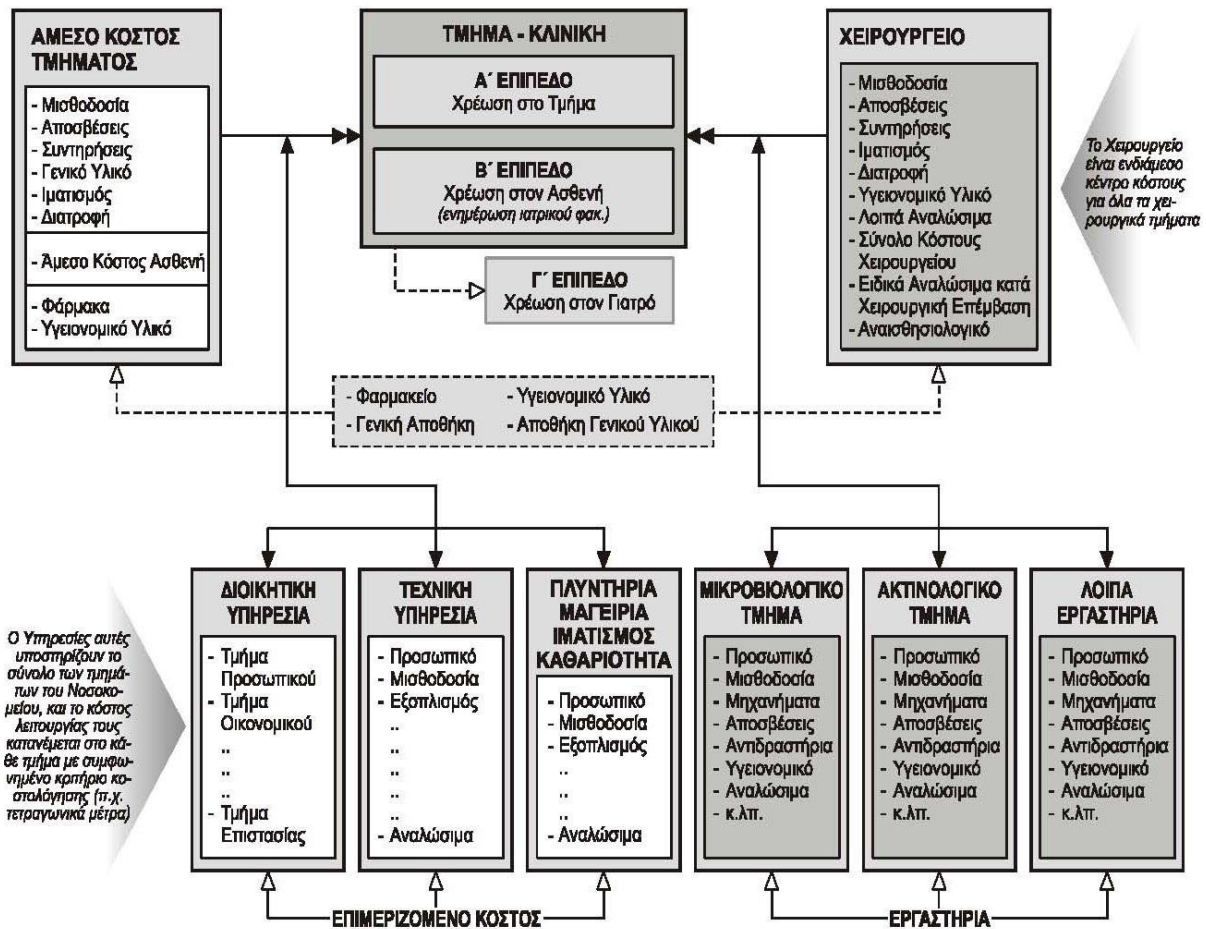
Το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κυμαινόταν μεταξύ των USD 38.04 και USD 103.68 στα πέντε νοσοκομεία ενώ οι δαπάνες προσωπικού ήταν η σημαντική συνιστώσα κόστους και κυμάνθηκε από 73% έως 82% ανά μονάδα. Επίσης το μέσο κόστος ανά μονάδα για τη μαιευτική κλινική ήταν υπερδιπλάσιο του μέσου κόστους ανά μονάδα από τους υπόλοιπους ασθενείς. Παρατηρήθηκαν χαμηλά ποσοστά πληρότητας τα οποία και υποδήλωναν την αναποτελεσματικότητα των δραστηριοτήτων τους.

Το υπουργείο υγείας της Ιορδανίας στην προσπάθειά του για μερική αυτονομία των δημόσιων νοσοκομείων εκπόνησε μελέτη σε συνεργασία με το USAID για την λεπτομερή ανάλυση του κόστους στο νοσοκομείο του Al Karak. Όλα τα δεδομένα αφορούν την περίοδο 2000-2001. Η ομάδα εργασίας παρείχε εκπαίδευση στο προσωπικό του νοσοκομείου σχετικά με τη θεωρία και τις εφαρμογές της κοστολόγησης και τους τρόπους κατανομής των δαπανών στα τελικά κέντρα κόστους. Η ομάδα εφαρμογής μαζί με το προσωπικό επινόησαν εκείνους τους κανόνες που ήταν καταλληλότεροι για το νοσοκομείο. Συγκεκριμένα η ομάδα εργασίας χώρισε τα κέντρα κόστους σε δυο μεγάλες κατηγορίες α) Καθημερινές νοσηλευτικές υπηρεσίες β) βοηθητικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες. Έπειτα κάτω από αυτές τις δυο μεγάλες κατηγορίες δημιούργησαν υποκατηγορίες. Όσον αφορά την πρώτη μεγάλη κατηγορία δημιουργήθηκαν υποκατηγορίες με τέτοιο τρόπο που αφορούσαν παρόμοιες ενέργειες και παρόμοιες εισροές για την αντιμετώπιση παρόμοιων θεραπευτικών κατηγοριών. Για παράδειγμα το κέντρο κόστους χειρουργείο περιελάμβανε ουρολογικές, οφθαλμολογικές και άλλες επεμβάσεις γενικής χειρουργικής. Κάτω από την ομάδα των υποστηρικτικών υπηρεσιών συμπεριλήφθησαν οι διοικητικές υπηρεσίες, των εργαστηρίων, του φαρμακείου και των τροφίμων. Αφού καθορίστηκαν τα κέντρα κόστους δημιουργήθηκε μια λεπτομερή λίστα με όλους τους μεταβλητούς (αναλώσιμα υλικά, εξοπλισμοί, φάρμακα κτλ) και σταθερούς συντελεστές (πάγια περιουσιακά στοιχεία) που χρησιμοποιούνταν. Η κατανομή έγινε ανάλογα το έξοδο με διαφορετικές βάσεις επιμερισμού όπως για έξοδα θέρμανσης και ύδρευσης χρησιμοποιήθηκαν τα τετραγωνικά μέτρα επιφάνειας, για το κόστος των εργαστηρίων ο χρόνος που αφιερώθηκε ανά κέντρο κόστους κλπ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Διοικητικές δαπάνες αποτελούσαν το 13% του συνολικού κόστους ενώ τα έξοδα μισθοδοσίας άγγιζαν το 55%. Το υψηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας είχε η ΜΕΘ με 173 JD σε αντίθεση με μια χειρουργική επέμβαση η οποία κόστιζε κατά μέσο όρο 37 JD.

Διάγραμμα 4.2

Μεθοδολογία Κοστολόγησης Υπηρεσιών στο Π.Γ.Ν. Παιδών "Αγία Σοφία"



Πηγή: Πολύζος 1998

Στη χώρα μας η κοστολόγηση των δημόσιων μονάδων υγείας κάνει τα πρώτα δειλά βήματα και ως εκ τούτου και η εμπειρία είναι ελάχιστη. Μια από τις πρώτες μελέτες που έγιναν αφορούσε το νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία» (Πολύζος, 1998), με στόχο να αξιολογηθεί η αποδοτικότητα των κλινικών και των άλλων υπηρεσιών του. Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιούνται τα εργαλεία της κοστολόγησης, ίσως λίγο ιδιόρρυθμα διασκευασμένα, με στόχο την τεχνική επάρκεια αξιοποίησής τους και τη σύνδεσή τους με την αναλυτική καταγραφή του κόστους που ακολουθεί. Τα κέντρα κόστους στο νοσοκομείο διαχωρίστηκαν α) σε κύρια όπως κλινικές, εξωτερικά ιατρεία και

χειρουργείο, β) βοηθητικά έμμεσα όπως εργαστήρια, και γ) βοηθητικά επιμεριζόμενα προς τα υπόλοιπα όπως διοικητικές & τεχνικές υπηρεσίες, φάρμακα και λοιπά υλικά, ερευνητικά κέντρα, κ.λπ. Οι κατηγορίες δαπανών διαχωρίστηκαν σε "γενικά" και "ειδικά" έξοδα.

Η μεθοδολογία κοστολόγησης που ακολουθήθηκε αναλύεται στο παραπάνω διάγραμμα. Η μελέτη έδειξε σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των κλινικών, εργαστηρίων και τμημάτων που έχουν επίδραση στο ανά μονάδα κόστος. Με μέσο όρο κόστους (ξενοδοχειακό και φαρμάκων) ανά ημέρα νοσηλείας τις 48.085 δρχ. (τιμές 1995), οι ακριβότερες τιμές παρατηρήθηκαν στη καρδιοχειρουργική κλινική (517.504), τη μονάδα μεταμοσχεύσεων μυελού των οστών (185.382), τη μονάδα εντατικής νοσηλείας (Π. Μ.Ε.Ν. - 150.447) και την ογκολογική κλινική (ΚΕΜ - 139.835).

Επίσης για την ίδια περίοδο 1996-1998 έγινε μια ακόμα μελέτη που αναφέρεται στο κόστος νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και πραγματοποιεί μια συγκριτική προσέγγιση ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (Π.Γαϊτανάρη, 2007).

Η σύγκριση μεταξύ των δυο νοσοκομείων πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που έπασχαν από την ίδια νόσο, είχαν το ίδιο φύλλο και ανήκαν στην ίδια ηλικιακή ομάδα. Και στα δυο νοσοκομεία μελετήθηκε το κόστος ανά ασθενή, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, το κόστος των εξετάσεων, των φαρμάκων και των υλικών.

Διαπιστώθηκε ότι η ΜΕΘ αποτελεί το πιο δαπανηρό κομμάτι νοσηλείας ενός ασθενούς με κόστος 3 έως 4 φορές υψηλότερο σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου. Μια σημαντική διαπίστωση ήταν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο δημόσιο νοσοκομείο παρέμειναν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη ΜΕΘ από ότι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο ιδιωτικό νοσοκομείο πάσχοντας από την ίδια νόσο.

Μία τελευταία μελέτη έγινε από ορκωτή ελέγκτρια (Κώνστα Παναγιώτα, 2012) για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων τον Μάρτιο του 2012 και αναφέρεται στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου μηχανισμού για τον επιστημονικό σχεδιασμό, τον συντονισμό και την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και των 7 υγειονομικών Περιφερειών, με σκοπό την ανάπτυξη και βελτίωση συστημάτων οικονομικού προγραμματισμού και οικονομικής διαχείρισης νοσοκομείων με την χρήση μηχανογραφημένου διπλογραφικού συστήματος. Η μελέτη αφορά ουσιαστικά ένα εγχειρίδιο αναλυτικής λογιστικής το οποίο δίνει κάποιες κατευθύνσεις για την ανάπτυξη ενός κοινού λογιστικού σχεδίου. Επίσης δίνονται κάποιες οδηγίες για τον τρόπο ορισμού των κέντρων κόστους και των βάσεων επιμερισμού των γενικών εξόδων σε αυτά. Η ανάλυση όμως είναι πολύ περιγραφική χωρίς να προτείνει κάποια συγκεκριμένη μέθοδο κοστολόγησης.

4.8 Η κοστολόγηση των μονάδων υγείας στη Μ. Βρετανία

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS) δημιουργήθηκε το 1948. Παρέχει δωρεάν ιατρική περίθαλψη στους φτωχότερους Βρετανούς, και είναι ένας θεσμός που μέχρι πρόσφατα ήταν το καμάρι της Βρετανίας, σε σημείο να έχει τεθεί στο επίκεντρο της τελετής έναρξης των Ολυμπιακών Αγώνων του Λονδίνου το περασμένο καλοκαίρι. Το NHS είναι η μεγαλύτερη δημόσια υπηρεσία υγείας στον κόσμο, το οποίο απασχολεί 1,7 εκατομμύρια άτομα και διαχειρίζεται οκτώ ασθενείς το δευτερόλεπτο. Οι Βρετανοί είναι πολύ δεμένοι με αυτό το σύστημα, καθώς συνδυάζει τη χρηματοδότηση από τους φόρους με την δωρεάν ιατρική περίθαλψη, είναι ένα βασικά φορο-χρηματοδοτούμενο και κρατικο-διοικούμενο σύστημα υγείας. Προσφέρει πλήρη κάλυψη υγείας σ' ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την εθνικότητα. Η συμμετοχή στο NHS είναι υποχρεωτική. Η Ιδιωτική ασφάλιση απλά συμπληρώνει το εθνικό σύστημα υγείας. Τελευταία η κυβέρνηση έχει ξεκινήσει μια εξαιρετικά αμφιλεγόμενη μεταρρύθμιση των δομών του, σε συνδυασμό με την αύξηση της χρήσης του ιδιωτικού τομέα.

Οι δαπάνες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ενώ το σύνολο των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκε από 5,6% το 1980 σε 8,7% το 2008. Ειδικότερα, οι δαπάνες αυξήθηκαν ραγδαία μεταξύ του 1997 και του 2008, από 6,6% σε 8,7% του ΑΕΠ.

Το υπουργείο υγείας της Μ. Βρετανίας κάθε χρόνο εκδίδει εγχειρίδιο κοστολόγησης (<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-costing-manual>) με το οποίο καθορίζει τις υποχρεωτικές και βασικές αρχές καθώς και τις πρακτικές που πρέπει να εφαρμόζονται για την κοστολόγηση των μονάδων υγείας. Έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίξει τον υπολογισμό του κόστους αναφοράς, και μέσω αυτού, το εθνικό τιμολόγιο, αλλά μπορεί επίσης να εφαρμοστεί και σε άλλα μοντέλα κοστολόγησης. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο η κοστολόγηση πρέπει να γίνεται με τη μέθοδο της πλήρους απορρόφησης και το κόστος να περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα με τη μεγιστοποίηση του ποσοστού των δαπανών που χρεώνονται άμεσα στις υπηρεσίες και την υιοθέτηση μιας τυποποιημένης προσέγγισης στη διανομή των γενικών εξόδων και των έμμεσων δαπανών. Για την παροχή λεπτομερών πληροφοριών σκοπός είναι να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ συγκεκριμένων οδηγιών αλλά ταυτόχρονα και προσαρμόσιμων στις τοπικές ανάγκες.

Το εγχειρίδιο ορίζει κάποιες αρχές οι οποίες πρέπει να τηρούνται από όλους τους παρόχους νοσηλευτικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα

α) ο υπολογισμός πρέπει να γίνεται στη βάση πλήρους απορρόφησης για τον προσδιορισμό του συνολικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών

β) να γίνεται καταμερισμός των άμεσων δαπανών όπου αυτό είναι εφικτό ειδάλλως επιμερισμός με χρήση τυποποιημένων μεθόδων κατανομής.

γ) να υπάρχει αντιστοίχιση του κόστους με τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Για να υπάρχει συνοχή στη διαδικασία μεταξύ των μονάδων υγείας συστήνει μια κατηγοριοποίηση συγκεκριμένων δαπανών σε τρεις κατηγορίες εξόδων, i) άμεσα, ii) έμμεσα και iii) γενικά έξοδα. Επίσης συστήνει κάθε χρόνο να γίνεται επανεξέταση των βάσεων επιμερισμού και δίνει ιδιαίτερη σημασία στη τήρηση της διαδικασίας όχι απλώς σαν μια οικονομική ή λογιστική αποτύπωση αλλά σαν μια διαδικασία που πρέπει να συμμετέχει το ανθρώπινο δυναμικό με την εμπειρία του, τη γνώση και τη διαφάνεια για να εξαχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και η ακριβής συμπεριφορά του κόστους.

Η διαδικασία της κοστολόγησης που προτείνεται περνάει μέσα από τέσσερα επίπεδα τα οποία βρίσκονται στο παρακάτω διάγραμμα ροής. Μονάδες υγείας οι οποίες παρακολουθούν τις δαπάνες σε επίπεδο ασθενή είναι πιθανό να παράγουν το κόστος από κάτω προς τα πάνω, με μεγαλύτερη έμφαση στις άμεσες δαπάνες

Επίπεδο 1 – Καθορισμός ελέγχων με συμφωνία γενικών καθολικών

Η διαδικασία κοστολόγησης αρχίζει με το γενικό καθολικό. Στο πρώτο επίπεδο, σκοπός είναι ο καθορισμός των συνολικών εξόδων που έγιναν για την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς.

Για λόγους κοστολόγησης μόνο το καθαρό κόστος ή τα εισοδήματα εκπαίδευσης, έρευνας και ανάπτυξης, καθώς και ιδιωτικοί ασθενείς θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο συνολικό έλεγχο. Όλα τα συναφή έσοδα (επιχορηγήσεις, εισφορές, δωρεές κλπ) θα πρέπει να αποδοθούν στις αντίστοιχες υπηρεσίες, για να ταιριάζουν με τις δαπάνες, σύμφωνα με την αντίστοιχη αρχή. Αυτό θα πρέπει να γίνει ακόμη και όταν υπάρχουν ανακρίβειες στην κοστολόγηση αυτών των δραστηριοτήτων. Έτσι, περιλαμβάνεται μόνο το καθαρό αποτέλεσμα του κόστους ή των εσόδων που συνδέονται με αυτές τις δραστηριότητες και τις σχετικές ροές εισοδήματος τους.

Επίπεδο 2 – Δημιουργία υψηλού επιπέδου ελέγχου συνόλων

Στο επίπεδο αυτό γίνεται ο διαχωρισμός των δαπανών σε άμεσα, έμμεσα και γενικά έξοδα όπως επίσης και σε σταθερά, ημι-σταθερά και μεταβλητά. Στόχος είναι να αποδοθούν όλα τα έξοδα στις υπηρεσίες οι οποίες τα δημιουργούν. Για τις δαπάνες που δεν μπορούν να αποδοθούν άμεσα σε υπηρεσίες θα πρέπει να δημιουργηθούν κέντρα κόστους και να κατανεμηθούν εκεί χρησιμοποιώντας την κατάλληλη εργασία. Ο τρόπος επιμερισμού της κάθε δαπάνης ορίζεται πάλι στο εγχειρίδιο και επιβάλλει κάθε μονάδα υγείας να χρησιμοποιεί αυτόν ώστε να υπάρχει συνοχή.

Όσον αφορά τα σταθερά και ημι-σταθερά έξοδα αυτά μπορούν να επιμερισθούν σε κέντρα κόστους όπως είναι τα τμήματα, τα εργαστήρια και τα χειρουργεία. Στα κόστη αυτά συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο τα έξοδα προσωπικού αλλά και τα έξοδα υποστήριξης. Ο επιμερισμός γίνεται βάση των δραστηριοτήτων ή των ημερών νοσηλείας ή των ωρών λειτουργίας του χειρουργείου.

Για τα μεταβλητά κόστη αυτά μπορούν να αποδοθούν είτε άμεσα στα κέντρα κόστους εφόσον γνωρίζουμε την κατανάλωση π.χ. φάρμακα, επιδεσμικό υλικό είτε έμμεσα με βάσεις επιμερισμού όπως ημέρες νοσηλείας, διάρκεια επεμβάσεων ή επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία. Οι δαπάνες αυτές αφορούν έξοδα τροφοδοσίας, πλυντηρίων και άλλες οι οποίες εξαρτώνται από το διάστημα για το οποίο καταναλώνονται. Στο στάδιο αυτό θα πρέπει να είναι γνωστό επίσης οι μονάδες αναφοράς του κάθε κέντρου κόστους. Για παράδειγμα τα εργαστήρια παράγουν εξετάσεις και το κόστος τους θα πρέπει να επιμερισθεί στην κάθε εξέταση, το ίδιο ισχύει και για τις κλινικές με τον αριθμό των εισαγωγών ή με τα χειρουργεία με τις ώρες λειτουργίας.

Το κόστος των υποστηρικτικών υπηρεσιών επιμερίζεται με τη μέθοδο των δυο σταδίων δηλαδή είτε κατευθείαν στην θεραπευτική κατηγορία είτε πρώτα στον ασθενή και μέσω αυτού στην θεραπευτική κατηγορία. Το σύνολο των εξόδων που επιμερίστηκαν άμεσα ή έμμεσα θα πρέπει να συμφωνεί με τα συνολικά κόστη.

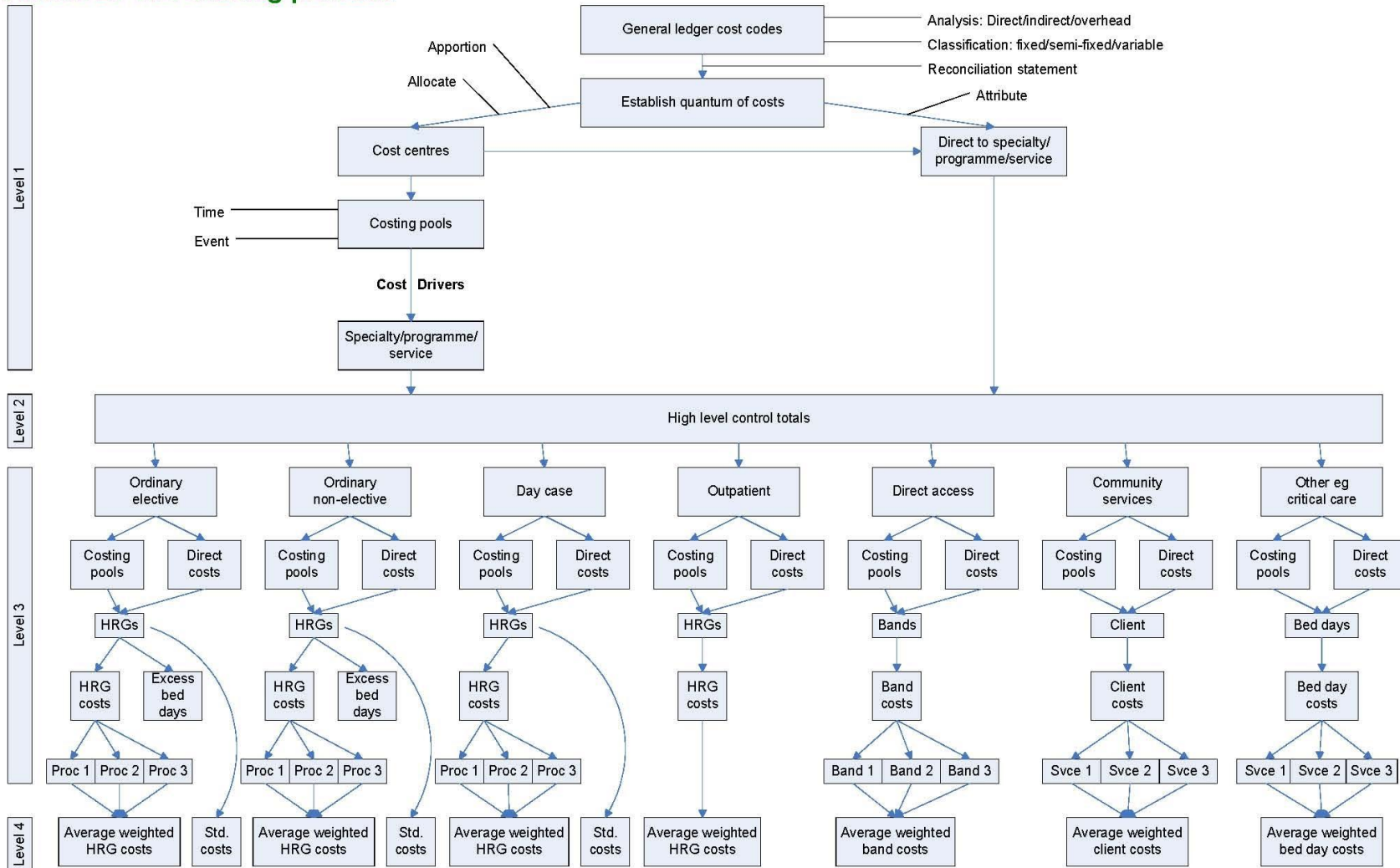
Επίπεδο 3 - Επιμερισμός στους τελικούς φορείς

Για όλα τα κόστη που δεν αποδίδονται άμεσα στους ασθενείς, πρέπει τώρα να αναλυθούν σε αυτό το στάδιο στους τελικούς φορείς π.χ. ημέρες νοσηλείας, εξωτερικοί ασθενείς κτλ. π.χ. οι πλήρως απορροφημένες δαπάνες ενός τμήματος υποστήριξης θα διανεμηθούν ως στοιχείο στο κόστος μιας σειράς χειρουργικών και ιατρικών επεμβάσεων, και εξωτερικών ασθενών. Το πώς θα γίνει αυτό καθορίζεται από τις μεθόδους επιμερισμού. Το συνολικό κόστος πρέπει να συμφωνεί με τα κόστη εκείνα τα οποία διανεμήθηκαν α) με βάση

- (i) των ημερών νοσηλείας για κάθε πτέρυγα
- (ii) τις ώρες συνεδρίας των χειρουργείων
- (iii) τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία
- (iv) τον αριθμό των επισκέψεων για τα επείγοντα περιστατικά
- (iv) τον αριθμό των ασθενών για τη νοσηλευτική υπηρεσία

και (β) με τις δαπάνες ειδικών καταστάσεων, όπως τα ναρκωτικά, επίδεσμοι, χειρουργικά εμφυτεύματα.

Annex B: The costing process



Επίπεδο 4 - Προσδιορισμός κόστους κατά θεραπευτική κατηγορία

Στο επίπεδο αυτό ορίζεται το κόστος σε επίπεδο υπηρεσίας ή επίπεδο ασθενούς. Ο σκοπός αυτού του επιπέδου είναι να προσδιοριστεί η δραστηριότητα που πρέπει να κοστολογηθεί. Για να εξασφαλιστεί ότι υπάρχουν διαθέσιμα συγκριτικά στοιχεία σε εθνικό επίπεδο συμφωνήθηκε η μορφή του τελικού προϊόντος αυτής της ανάλυσης, η οποία είναι το κόστος ανά HRGs (θεραπευτική κατηγορία). Τα προηγούμενα εγχειρίδια κοστολόγησης NHS έχουν συμπεριλάβει σαν δεδομένο ότι ο καθορισμός του HRGs καλύπτει τουλάχιστον το 80% του κόστους που έχει αποδοθεί, με το ενδεχόμενο ότι το πρότυπο κόστος μπορεί να τροποποιηθεί μέχρι και 20% του υπολοίπου.

Όσον αφορά τα πάγια περιουσιακά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένου ενός κτιρίου ή τμήματος κτιρίου, πρέπει να χρεώνεται απευθείας στα αντίστοιχα κέντρα κόστους, εφόσον χρησιμοποιούνται μόνο από αυτά ή να κατανέμονται έμμεσα με κατάλληλες μεθόδους, εφόσον είναι κοινά.

Σε γενικές γραμμές η κατευθυντήρια γραμμή που προτείνει το εγχειρίδιο είναι η ίδια που προσπαθούν να ακολουθήσουν και τα ελληνικά νοσοκομεία ακολουθώντας τη μέθοδο της πλήρους απορρόφησης. Η σημαντική διαφορά ωστόσο είναι ότι ενώ στη Μ. Βρετανία υπάρχει μια κεντρική καθοδήγηση της μεθόδου κοστολόγησης προς χάρη της ομαδοποίησης και σύγκρισης στοιχείων εδώ και αρκετά χρόνια, στην Ελλάδα δεν υπάρχει καμιά οδηγία και καμιά κοινή γραμμή για τον τρόπο κοστολόγησης.

Κεφάλαιο 5 : Πρακτική εφαρμογή

5.1 Μεθοδολογία έρευνας

Η προσδοκία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι να μπορέσουν οι μονάδες υγείας να οδηγηθούν προς την κατεύθυνση της εξαγωγής του κόστους ανά κατηγορία ασθένειας για να μπορέσει αυτό να είναι συγκρίσιμο στοιχείο μεταξύ τους. Είναι ένας στόχος ο οποίος έχει τεθεί αλλά ακόμα δεν έχει βρει εφαρμογή στα δημόσια νοσοκομεία.

Αντίθετα οι ιδιωτικές μονάδες υγείας έχοντας ως κύριο σκοπό το κέρδος αλλά και διατηρώντας έμπειρο προσωπικό στις οικονομικές υπηρεσίες έχουν κατορθώσει να κάνουν σημαντικότερα βήματα. Άλλωστε ο προσδιορισμός του κόστους της κάθε κατηγορίας ασθένειας είναι το σημαντικότερο εργαλείο για την τιμολόγησή τους.

Για την σωστή μελέτη του αντικειμένου και την εξαγωγή συγκρίσιμων αποτελεσμάτων θα πρέπει λοιπόν στην παρούσα εργασία να ακολουθηθεί ο ίδιος τρόπος υπολογισμού του κόστους μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Αρχικά υπήρχε η σκέψη ως τελικός φορέας κόστους μελέτης να είναι ένα από τα ιατρικά τμήματα, αφού έως τώρα αυτά προσπαθούν να κοστολογήσουν τα δημόσια νοσοκομεία κάνοντας τα πρώτα βήματα κοστολόγησης. Στην πορεία της ανάλυσης όμως εμφανίστηκε η πρόκληση στην παρούσα εργασία να κάνουμε την υπέρβαση και να προχωρήσουμε ένα βήμα πιο πέρα, δηλαδή στην ανάλυση κόστους διαγνωστικής κατηγορίας (DRGs- KEN) το οποίο δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα από κανένα δημόσιο νοσοκομείο αλλά παραμένει στόχος του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η μέθοδος την οποία θα εφαρμόσουμε στην παρούσα μελέτη ακολουθεί την φιλοσοφία της απορροφητικής κοστολόγησης. Η όλη μεθοδολογία του, ορίζει ως τελικούς φορείς κόστους τις διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs- KEN) η οποία στηρίζεται στην κωδικοποίηση των διαγνώσεων βάση του ICD 10 και είναι μια μέθοδος που ακολουθείται ευρέως διεθνώς.

Για να μπορέσουμε να φτάσουμε στην εξαγωγή κόστους ανά KEN απαιτείται ακριβή πληροφόρηση καταναλώσεων των υγειονομικών υπηρεσιών από τον κάθε ασθενή και αυτή την πληροφόρηση την διαθέτουν ελάχιστα νοσοκομεία. Άλλωστε η υποχρεωτική καταγραφή του KEN των ασθενών ξεκίνησε την 01/10/2011, λαμβάνοντας υπόψη μοντέλα άλλων χωρών, χωρίς προηγούμενη εμπειριστατωμένη μελέτη των συνθηκών και δεδομένων που επικρατούν στις νοσοκομειακές μονάδες της χώρας μας. Ως εκ τούτου, οι χρεώσεις KEN που καθορίστηκαν μπορεί να αποκλίνουν σημαντικά ως προς το πραγματικό κόστος. Έχοντας ολοκληρώσει ήδη τα KEN κύκλο λειτουργίας ενός έτους, θεωρείται πλέον απαραίτητη και κρίσιμη η διαδικασία καθορισμού του πραγματικού κόστους, βάσει απολογιστικών στοιχείων. Οι διαπιστώσεις που θα εξαχθούν, συγκρινόμενες με τις προϋπολογιστικές χρεώσεις που έχουν καθοριστεί θα

οδηγήσουν σε χρήσιμα συμπεράσματα που θα βοηθήσουν τους ιθύνοντες σε πιθανή επαναξιολόγηση των χρεώσεων και των ημερών νοσηλείας των ΚΕΝ.

Η προσέγγιση που ακολουθεί, αποβλέπει στην ακριβέστερη μέτρηση του τελικού κόστους (άμεσου και έμμεσου), που προκαλεί σε μια Μονάδα Υγείας κάθε ομάδα ασθενών, με παρόμοιο κλινικό πρόβλημα, η οποία ανήκει σε μια διαγνωστική κατηγορία ΚΕΝ.

Η αλήθεια είναι ότι η μέθοδος αυτή αποτελεί για το νοσοκομείο μία σημαντική δαπάνη, κοστίζει ωστόσο λιγότερο σε σχέση με την εξατομικευμένη παρατήρηση του κάθε ασθενή.

5.2 Σχεδιασμός έρευνας

Η λειτουργία της απορροφητικής κοστολόγησης έγκειται στο γεγονός ότι όλα τα κόστη, σταθερά και μεταβλητά, απορροφώνται στην παραγωγή και περιλαμβάνονται στον υπολογισμό του κόστους. Επειδή στην απορροφητική κοστολόγηση τα αντικείμενα κόστους είναι συνήθως τα τελικά προϊόντα (υπηρεσίες ή εργασίες) το σύστημα απορροφητικής κοστολόγησης χρησιμοποιείται ευρέως για την αποτίμηση του κόστους για υπηρεσίες που παρέχονται στον τομέα παροχής υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών υγείας.

Το σύστημα κοστολόγησης των Δημόσιων Νοσοκομείων αναπτύσσεται σύμφωνα με τους άξονες που παρουσιάζονται στο Π.Δ. 146/03 και αναφέρονται στην Ομάδα 9 του Λογιστικού Σχεδίου όπως αυτό έχει δοθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Π.Δ. 146/03 αλλά και την χρησιμοποιούμενη πρακτική από τις επιχειρήσεις του Ιδιωτικού και του Δημόσιου Τομέα, η κοστολογική οργάνωση της Ομάδας 9 θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε αρχικά το κόστος να συγκεντρώνεται σε Κέντρα Κόστους, τα οποία εντάσσονται στις επιμέρους λειτουργίες των Νοσοκομείων, και στη συνέχεια να συσχετίζεται με τα κοστολογικά αντικείμενα που είναι κυρίως οι παρεχόμενες από τα Νοσοκομεία υπηρεσίες υγείας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημάνουμε ότι οι οδηγίες του Π.Δ. 146/03 αποβλέπουν μόνο στον προσδιορισμό του κόστους σε επίπεδο ιατρικού τμήματος/ εργαστηρίου. Οι απαιτήσεις όμως της μελέτης αποβλέπουν στην κοστολόγηση και σε επίπεδο φορέων κόστους (ΚΕΝ) και ασθενούς. Πρόκειται λοιπόν να κάνουμε μια καινοτόμο προσπάθεια ενσωμάτωσης της έννοιας των DRGs- ΚΕΝ στην ήδη υπάρχουσα κοστολόγηση.

Για την παραγωγή και τον υπολογισμό του κόστους μιας υγειονομικής υπηρεσίας, πρέπει να ορισθούν τα μέρη από τα οποία αποτελείται, οι λεγόμενες εισροές. Συγκεκριμένα πρέπει να προσδιοριστούν οι πόροι που αναλώνονται, και ο υπολογισμός του κόστους ανάλωσής τους. Εισροή σε έναν οργανισμό υγείας θεωρείται η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, οι οικονομικοί πόροι, το ανθρώπινο δυναμικό.

Βήματα Κοστολόγησης

1. Προσδιορίζουμε τις πέντε βασικές λειτουργίες των Νοσοκομείων σύμφωνα και με το Π.Δ. 146/03 πάνω στις οποίες θα αντιστοιχίσουμε τους φορείς κόστους. Γενικά, μπορούμε να διακρίνουμε τις ακόλουθες επιμέρους λειτουργίες:

- α) Λειτουργία παροχής υπηρεσιών (παραγωγής),
- β) Λειτουργία διοίκησης,
- γ) Λειτουργία έρευνας και ανάπτυξης,
- δ) Λειτουργία διάθεσης και
- ε) Χρηματοοικονομική λειτουργία.

Διάγραμμα 5.1

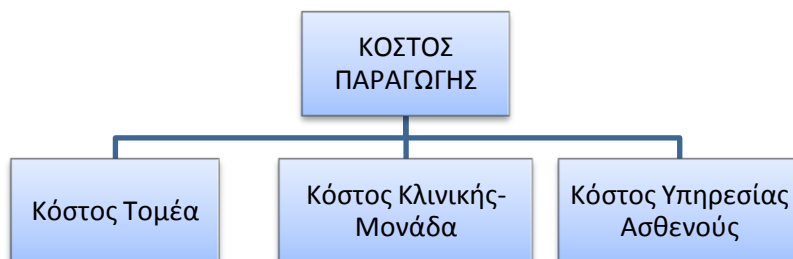


Ο λογαριασμός 92.00 «Κόστος λειτουργίας παραγωγής – Κόστος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών» και οι υπολογαριασμοί του, οι οποίοι αντιστοιχούν στα κέντρα κόστους του παραγωγικού κυκλώματος, συγκεντρώνουν το κόστος λειτουργίας των υπηρεσιών της Μονάδος Υγείας που ασχολούνται με την άμεση παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Το κόστος αυτό αποτελείται :

α) Από όλα τα κατ' είδος έξοδα της ομάδας 6 της Γενικής Λογιστικής, το μέρος του κάθε είδους εξόδου που αφορά την λειτουργία αυτή εκτός από τους τόκους και τα συναφή έξοδα του λογαριασμού 65 που συγκεντρώνονται στον λογαριασμό 92.04 γιατί δεν κοστολογούνται.

β) Τις αναλώσεις υλικών που χρησιμοποιούνται για συντηρήσεις και επισκευές των παραγωγικών εγκαταστάσεων ή την κίνησή τους καθώς και τις λοιπές αναλώσεις που αφορούν τη λειτουργία παραγωγής, οι οποίες καταχωρούνται στη χρέωση ιδιαίτερων υπολογαριασμών των κέντρων κόστους που τις απορροφούν.

Διάγραμμα 5.2



Ο λογαριασμός 92.01 «Έξοδα διοικητικής λειτουργίας» συγκεντρώνει ολόκληρο το κόστος της διοικητικής λειτουργίας. Το κόστος λειτουργίας όλων των διοικητικών υπηρεσιών του Νοσοκομείου (των οργάνων Διοίκησης, της Νομικής Υπηρεσίας, του Λογιστηρίου, της Μηχανογράφησης κλπ) . Το κόστος αυτό περιλαμβάνει όλα τα κατ' είδος έξοδα των λογαριασμών της ομάδας 6 της Γενικής Λογιστικής, με εξαίρεση τον λογαριασμό 65, καθώς και τις αναλώσεις υλικών όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω.

Ο λογαριασμός 92.02 «Έξοδα λειτουργίας ερευνών και ανάπτυξεως». Έρευνα είναι η προσχεδιασμένη συστηματική αναζήτηση με την οποία προσδοκάται η κατάκτηση νέων επιστημονικών ή τεχνολογικών μεθόδων και γνώσεων. Ο λογαριασμός 92.02 τηρείται και η αντίστοιχη θέση κόστους δημιουργείται μόνο εάν η οικονομική μονάδα διαθέτει οργανωμένες υπηρεσίες οι οποίες ασχολούνται συστηματικά και αποκλειστικά με επιστημονικές και τεχνολογικές έρευνες.

Ο λογαριασμός 92.03 «Έξοδα λειτουργίας Υπηρεσιών Δημοσίων Σχέσεων» συγκεντρώνει το κόστος λειτουργίας των υπηρεσιών Δημοσίων Σχέσεων καθώς και τα έξοδα προβολής και ενημέρωσης του κοινού για το έργο και τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το Νοσοκομείο.

Ο λογαριασμός 92.04 «Έξοδα χρηματοοικονομικής λειτουργίας». Στον υπολογαριασμό 92.04.01 μεταφέρονται τα υπόλοιπα του λογαριασμού 65 «Τόκοι και συναφή έξοδα». (Προεδρικό διάταγμα Υπ' Αριθ.146 Αρ.φύλλου 122).

2. Θα προσδιορίσουμε τα Κέντρα Κόστους που υπάγονται σε κάθε βασική λειτουργία. Σύμφωνα με την οργανωτική τους διάρθρωση, οι μονάδες υγείας χωρίζονται σε διάφορα τμήματα. Η αναλυτική λογιστική, παρακολουθεί αυτά τα τμήματα ή τα διασπά λογιστικά σε μικρότερα, τα κέντρα κόστους και τα βοηθητικά κέντρα κόστους πάνω στα οποία θα γίνει η συγκέντρωση του κόστους. Στους κύριους φορείς κόστους παράγεται ένα αποτέλεσμα ενώ τα βοηθητικά υπάρχουν για την εξυπηρέτηση των κύριων κέντρων κόστους. Στην περίπτωση μας θα μπορούσε ένα κύριο κέντρο κόστους να είναι η καρδιολογική κλινική και ένα βοηθητικό να είναι το μικροβιολογικό εργαστήριο γιατί το κόστος λειτουργίας του επιμερίζεται και στα υπόλοιπα κέντρα κόστους.

Η διαδικασία ορισμού των κέντρων κόστους γίνεται καταρχήν με την ένταξη όλων ανεξαιρέτως των υπηρεσιών της Μονάδος Υγείας ανεξάρτητα από το αντικείμενο και τον

τίτλο τους (διευθύνσεις, γραφεία, συνεργεία κλπ) στις βασικές λειτουργίες που αναφέραμε παραπάνω. Κριτήριο εντάξεως είναι μόνο ο άμεσος σκοπός τον οποίο εξυπηρετεί κάθε υπηρεσία.

Τα βασικά κέντρα κόστους συνήθως είναι τα παρακάτω:

Κύρια και Βοηθητικά Κέντρα Κόστους Παραγωγής- Παροχής Υπηρεσιών

- ✓ Ιατρικά Τμήματα (κλινικές)
- ✓ Εργαστήρια
- ✓ Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ)
- ✓ Κέντρα Υγείας
- ✓ Τεχνικές Υπηρεσίες

Κέντρα Κόστους Διοίκησης

- ✓ Διοικητικές Υπηρεσίες
- ✓ Οικονομικές Υπηρεσίες

3. Θα χωρίσουμε τα Κέντρα Κόστους παροχής υπηρεσιών σε κύρια και σε βοηθητικά. Το κόστος των βοηθητικών τμημάτων θα πρέπει να επιμερισθεί στη συνέχεια στα κύρια τμήματα. Ο επιμερισμός θα γίνει ανάλογα με το βαθμό και την αιτία συσχέτισης μεταξύ τους.
4. Θα συνδέσουμε τα άμεσα και έμμεσα κόστη με τα όλα τα Κέντρα Κόστους (κύρια και βοηθητικά). Συγκεκριμένα για τα έμμεσα κόστη, η κατανομή θα γίνει με κατάλληλες βάσεις επιμερισμού στα Κέντρα Κόστους για κάθε κατηγορία εξόδων. Οι δαπάνες οι οποίες γίνονται συνήθως σε ένα κέντρο κόστους αφορούν τα παρακάτω:
 - ✓ Έξοδα Μισθοδοσίας
 - ✓ Γενικά Έξοδα
 - ✓ Αποσβέσεις
 - ✓ Αναλώσεις λοιπών υλικών
 - ✓ Αναλώσεις Φαρμάκων
 - ✓ Αναλώσεις Υγειονομικού Υλικού
5. Θα εξάγουμε το τελικό κόστος ανά κύριο κέντρο κόστους και θα υπολογίσουμε διάφορους δείκτες όπως το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, ασθενή κ.τ.λ.
6. Τέλος θα επιλέξουμε μια διαγνωστική κατηγορία (ΚΕΝ) η οποία υπήρξε και στις δυο μονάδες υγείας και θα προσδιορίσουμε το άμεσο και έμμεσο κόστος της στους δυο οργανισμούς.

Η έρευνα που ακολουθεί αφορά το Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας και μια ιδιωτική γενική κλινική με κέντρο αποκατάστασης εκτός των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η ανωνυμία

της ιδιωτικής κλινικής ζητήθηκε από τους ιθύνοντες για λόγους προστασίας δεδομένων από τον ανταγωνισμό.

Τα δεδομένα τα οποία χρησιμοποιούνται στην παρακάτω μελέτη είναι πραγματικά και έχουν δοθεί από τις οικονομικές διευθύνσεις των δυο οργανισμών έπειτα από σχετική αίτηση αδειάς. Τα οικονομικά δεδομένα αφορούν την απογραφή των παγίων στοιχείων, τις αγορές, τις αναλώσεις, τις λειτουργικές δαπάνες και τις αμοιβές προσωπικού για το έτος 2012. Η μελέτη θα επικεντρωθεί στην αναζήτηση κόστους των τμημάτων του παθολογικού και χειρουργικού τομέα και κυρίως στην Γυναικολογική-Μαιευτική κλινική. Κατόπιν θα εξετασθούν ασθενείς με τη διαγνωστική κατηγορία πάθησης “T07A - Άλλες επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για μη κακοήθεια”. Η επιλογή της Γυναικολογικής-Μαιευτικής κλινικής έγινε διότι είναι ένας φορέας κόστους που υπάρχει και στις δύο μονάδες υγείας με σχετικά μεγάλη κίνηση.

5.3 Εμπειρική μελέτη Δημόσιου Νοσοκομείου

Το Νοσοκομείο Λαμίας είναι το μεγαλύτερο Νοσοκομείο της Στερεάς Ελλάδος με 312 αναπτυγμένες κλίνες νοσηλείας. Η δημιουργία του αποτελεί ορόσημο στην Υγειονομική και Νοσηλευτική Ιστορία όχι μόνο της Λαμίας αλλά και της ευρύτερης περιοχής. Το Νοσοκομείο εφημερεύει 24ώρες το 24ώρο 365 ημέρες το χρόνο.

5.3.1 Χρονικό ίδρυσης

Μετά τη δραματική πορεία του «Ελασσώνειου Πολιτικού Νοσοκομείου» Λαμίας στη δεκαετία 1930 και το άδοξο τέλος αυτού, ήταν φανερό ότι δεν υπήρχε πλέον δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα στη πόλη. Έτσι αποφασίστηκε η ίδρυση Δημόσιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος στη Λαμία και στις 2 Μαρτίου 1938 υπεγράφη και δημοσιεύτηκε το υπ. αρ. 82 Βασιλικό Διάταγμα. Η στέγασή του στην αρχή της λειτουργίας του ήταν στο διδακτήριο του Β΄ Δημοτικού Σχολείου επί της οδού Υψηλάντου, ενώ μετά την κατάληψή του από κατοχικές δυνάμεις του 1941 αποφασίζεται η μεταφορά του.

Μετά την ιταλογερμανική Κατοχή μεταφέρεται στο νέο ιδιόκτητο κτίριο, επί της οδού Φλέμιγκ τον Οκτώβριο 1948 όπου και παρέμεινε πενήντα οκτώ χρόνια. Το στεγαστικό λοιπόν ήταν το κυριότερο πρόβλημα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, το οποίο λύθηκε με την αγορά από το Δήμο Λαμίας οικοπέδου, επί του οποίου ανεγέρθηκε το νέο νοσοκομείο.

Τα πρώτα χρόνια λειτουργούσαν μόνον η Παθολογική και η Χειρουργική Κλινική.

- Τον Οκτώβριο του 1950 ιδρύθηκε η Μαιευτική
- Το 1949 ιδρύθηκε το Ακτινολογικό Εργαστήριο.
- Το 1951 ιδρύθηκε η Β΄ Παθολογική και η Β΄ Χειρουργική.

Την περίοδο (1982-2006) σημειώθηκαν αισθητές μεταβολές, ιδιαίτερα στον στεγαστικό τομέα με τη συγχώνευση του Σανατορίου – Νοσοκομείου Λαμίας σε ενιαίο Νοσηλευτικό Ίδρυμα υπό την επωνυμία « Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας». Αυτό συνέβη αφού είχαν εκλείψει

πλέον οι λόγοι για τους οποίους είχε ιδρυθεί το «Σανατόριο» αφού δεν υπήρχαν πλέον φυματικοί ασθενείς. Η συγχώνευση έγινε με το υπ' αριθ.689 Π.Δ./ 20-11-1982. Έτσι άρχισε η αποσυμφόρηση του «κάτω κτιρίου» με τη μεταφορά του Παθολογικού Τομέα στο « επάνω κτίριο», ενώ στο « κάτω» παρέμεινε ο Χειρουργικός Τομέας.

Το σημερινό σύγχρονο νοσοκομείο βρίσκεται στην περιοχή της «Γαράτσας» εντός οικοπέδου 76.080.000 τ.μ. που πουλήθηκε το 1924 για το σκοπό ανεγέρσεως Σανατορίου. Το έργο ξεκίνησε το 1998 και αποπερατώθηκε στις 25 Αυγούστου 2006, ενώ η πλήρης μεταφορά του Νοσοκομείου στο νεοτεκτέν κτίριο ολοκληρώθηκε ένα μήνα μετά..(<http://lamiahospital.gr>)

5.3.2 Δελτίο Κίνησης Νοσοκομείου Λαμίας

Στο νοσοκομείο Λαμίας όπως φαίνεται από τον Πίνακα 5.3.1, το έτος 2012 νοσηλεύτηκαν συνολικά 45.684 ασθενείς, με μέση διάρκεια νοσηλείας 2 ημέρες ενώ οι συνολικές ημέρες νοσηλείας ήταν 91.547 (συμπεριλαμβάνονται και οι προσελεύσεις ασθενών της μονάδος τεχνητού νεφρού παρόλο που δεν διανυκτερεύουν για λόγους σύγκρισης με την ιδιωτική κλινική). Η κάλυψη του νοσοκομείου για το 2012 άγγιξε περίπου το 80,17% ενώ σε πλήρη κάλυψη το νοσοκομείο μπορεί να παρέχει 113.880 ημέρες νοσηλείας το χρόνο.

Πίνακας 5.3.1

Κλινική	Κλίνες	Παραμ/ντες προηγουμ.	Σύνολο Εισιτηρίων	Νοσηλευθέντες	Ημέρες Νοσηλείας	% Κάλυψης	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Ρυθμός Εισροής
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ								
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	30	15	1500	1515	5626	51,24	3,71	50,5
ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝ. ΝΟΣΩΝ	8	1	439	440	1333	45,53	3,03	55
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	8		3476	3476	3480	118,85	1	434,5
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	37	33	1818	1851	11605	85,7	6,27	50,03
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	20	8	1033	1041	3364	45,96	3,24	51,9
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	30	20	1264	1284	6527	59,44	5,1	42,7
Τ.Η.Ν ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ	6	7	11000	11007	9756	444,26	0,89	1834
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	18		14501	14501	14501	220,11	1	805,61
ΤΟΜΕΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ								
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	4	4	80	84	1199	81,9	14,27	21
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	8	5	215	220	2373	81,05	10,84	27,38
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ								
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	30	6	1051	1057	3593	32,72	3,4	35,2
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	7	1	1077	1078	1179	46,02	1,09	154
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	30	4	1059	1063	6758	61,55	6,36	35,43
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	13	2	587	589	1875	39,41	3,18	45,31
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	4	1	328	329	428	29,23	1,3	82,25
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	10		23	23	50	1,37	2,17	2,3
Τ.Η.Ν ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	6	2	3495	3497	3493	159,06	1	582,83
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	30	23	2125	2148	12585	114,62	5,86	71,6
Ω.Ρ.Λ.	13	1	480	481	1822	38,29	3,79	37
	312	133	45551	45684	91547			

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσίας ΓΝ Λαμίας

Στον παρακάτω πίνακα 5.3.2 βλέπουμε τη συνολική νοσηλευτική κίνηση του νοσοκομείου της Λαμίας την τελευταία πενταετία.

Πίνακας 5.3.2

Έτος	Κλίνες	Παραμ/ντες	Σύνολο Εισιτηρίων	Νοσηλευθέντες	Ημέρες Νοσηλείας	% Κάλυψης	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
2008	312	114	43432	43546	98290	86,07	2,26
2009	312	135	45862	45997	104574	91,83	2,27
2010	312	142	44950	45092	110523	97,05	2,45
2011	312	119	35216	35335	83942	73,71	2,38
2012	312	133	45551	45684	91547	80,17	2

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσίας ΓΝ Λαμίας

5.3.3 Καθορισμός κέντρων κόστους

Υπάρχουν δαπάνες καθ' όλη τη διάρκεια της κοστολογικής περιόδου οι οποίες είτε ξεκάθαρα αφορούν κάποιο τμήμα, είτε μερικώς, είτε όχι. Μεταξύ των τμημάτων αναπτύσσεται μια σχέση υποστηρικτικού χαρακτήρα για κάποια και λειτουργικού για άλλα. Υπάρχουν ενδιάμεσα τμήματα τα οποία υποστηρίζουν εξ' ολοκλήρου ένα και μοναδικό κύριο κέντρο (π.χ. ο μαστογράφος την γυναικολογική κλινική), άλλα τα οποία υποστηρίζουν όλα τα κύρια κέντρα κόστους όπως το φαρμακείο ή η υποδοχή ασθενών και άλλα τα οποία υποστηρίζουν κάποια από τα κύρια κέντρα. Έτσι λοιπόν αναπτύσσεται μια σχέση μεταξύ των τμημάτων οι οποία πρέπει να ληφθεί υπ' όψη στην οργάνωση της κοστολόγησης.

Για την διεξαγωγή της μελέτης και την δυνατότητα σύγκρισης των στοιχείων των δύο μονάδων υγείας, χωρίστηκαν τα κέντρα κόστους στους παρακάτω κύριους και βοηθητικούς φορείς κόστους όπως εμφανίζονται στον πίνακα 5.3.3. Η παρούσα μελέτη, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, φιλοδοξεί να υπολογίσει το κόστος λειτουργίας τους για το έτος 2012.

Πίνακας 5.3.3

92.00 Κέντρα κόστους λειτουργίας παραγωγής	
Κύρια κέντρα κόστους	Βοηθητικά κέντρα κόστους
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	<i>Εργαστηριακός Τομέας</i>
Παθολογικό τμήμα	Αιματολογικό εργαστήριο
Καρδιολογικό τμήμα	Ανοσολογικό εργαστήριο
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	Βιοχημικό εργαστήριο
Ογκολογικό τμήμα	Μικροβιολογικό εργαστήριο
Παιδιατρικό τμήμα	Εργαστήριο αιμοδοσίας
Πνευμονολογικό τμήμα	Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	Εργαστήριο αξονικής τομογραφίας
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>	<i>Λοιπά τμήματα</i>
Χειρουργικό τμήμα	Πλυντήρια - Ιματισμός
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφής
Ορθοπαιδικό τμήμα	Τεχνικής Υπηρεσίας
Ουρολογικό τμήμα	Υπηρεσίες Προμηθειών - Φαρμ.-υγειον. Υλικό
Οφθαλμολογικό τμήμα	Υπηρεσία Θυρωρείου
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	Νοσηλευτική Δ/ση-Ιατρικός-Παραϊατρικός Τομ.
Λοιπά Τμήματα	Κίνηση ασθενοφόρων

Ψυχιατρικός τομέας	Γραφείο κίνησης ασθενών - Γραμματεία
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής (ΜΑΦ-ΜΕΘ)	
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	
Μονάδα Χειρουργείου – Αναισθ/κό – Αποστ/ση	
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	
92.01 Κέντρα κόστους διοικητικής λειτουργίας	
Διοικητικές Υπηρεσίες	
Οικονομικές Υπηρεσίες	
92.02 Κέντρα κόστους λειτουργίας ερευνών και αναπτύξεως	
Τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	
92.03 Κέντρα κόστους λειτουργίας διαθέσεως	
Δημόσιες Σχέσεις - Κοινωνικές υπηρεσίες	
92.04 Κέντρα κόστους χρηματοοικονομικής λειτουργίας	
Υπηρεσία χρηματοοικονομικής λειτουργίας	

5.3.4 Υπολογισμός Άμεσων Δαπανών

Επόμενο βήμα είναι να συνδέσουμε τις άμεσες δαπάνες του κάθε τμήματος οι οποίες είναι εύκολα αναγνωρίσιμες και χωρίς μερισμό βαρύνουν εξ' ολοκλήρου το κάθε τμήμα. Οι δαπάνες τις οποίες θα συσχετίσουμε με κάθε κέντρο κόστους αφορούν:

Δαπάνες μισθοδοσίας

Οι δαπάνες μισθοδοσίας αφορούν αμοιβές προσωπικού ανά τμήμα και περιλαμβάνουν την τακτική μισθοδοσία και όλες τις πρόσθετες αμοιβές. Οι αμοιβές αυτές πληρώνονται από το νοσοκομείο ή από κρατικές επιχορηγήσεις.

Αναλώσεις φαρμάκων, υγειονομικού και λοιπών υλικών

Οι αναλώσεις αφορούν τα πρωτόκολλα εξαγωγής των κεντρικών διαχειρίσεων (Φαρμακείο, Υγειονομικό υλικό κ.τ.λ.) προς τα επιμέρους τμήματα (υπολόγους). Θεωρούμε ότι η εξαγωγή υλικών προς τα τμήματα θεωρείται και ανάλωση καθ' ότι αυτά δεν διατηρούν κάποιο stock πέραν από το όριο ασφαλείας. Οι κατηγορίες υλικών που αφορούν άμεσα τα τμήματα ταξινομήθηκαν στις παρακάτω ομάδες όπως εμφανίζονται στον πίνακα 5.3.4. Οι τιμές των αναλώσεων είναι με την ισχύουσα τελευταία τιμή αγοράς την ημέρα της κάθε ανάλωσης.

Κεφαλαιουχικός εξοπλισμός

Η αποσβεστέα αξία των πάγιων περιουσιακών στοιχείων σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 146/2003 βαρύνει το λειτουργικό κόστος και κατανέμεται κάθε χρόνο, κατά τη διάρκεια της ωφέλιμης ζωής τους, με ομοιόμορφο τρόπο. Η μέθοδος αποσβέσεων η οποία εφαρμόζεται είναι η σταθερή κατά την οποία ο συντελεστής απόσβεσης είναι σταθερός κάθε χρόνο. Το Νοσοκομείο της Λαμίας είναι σχετικά καινούργιο και οι αποσβέσεις έχουν υπολογιστεί στο σύνολο των παγίων περιουσιακών στοιχείων. Η ταξινόμησή τους σε κάθε κέντρο κόστους έγινε με βάση τη θέση εγκατάστασης στην οποία βρίσκονται τα πάγια

περιουσιακά στοιχεία και την εποπτεία του φορέα ο οποίος τα διαχειρίζεται. Ειδικά για τις αποσβέσεις κτιρίων καθότι δεν αφορούν συγκεκριμένη θέση εγκατάστασης, αυτές επιμερίστηκαν στα τμήματα βάσει του εμβαδού επιφανείας που καταλαμβάνουν.

Πίνακας 5.3.4

	Αποσβέσεις	Φάρμακα	Υγειονομικό υλικό	Λοιπά υλικά	Αμοιβές προσωπικού	Έκτακτες αμοιβές	Σύνολο Άμεσων Εξόδων
Κύρια Κέντρα Κόστους							
<i>Παθολογικός Τομέας</i>							
Παθολογικό τμήμα	34.622,74	889.798,36	50.713,71	3.522,78	1.285.308,62	88.053,56	2.352.019,77
Καρδιολογικό τμήμα	41.807,19	71.132,07	14.315,96	3.445,82	1.069.448,62		1.200.149,66
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	3.343,37	128.629,50	48.231,36	7.089,66	471.907,83		659.201,72
Ογκολογικό τμήμα	25.590,81	690.421,40	14.310,21	1.506,34	185.539,64	2.556,54	919.924,94
Παιδιατρικό τμήμα	34.278,36	31.699,74	22.398,71	1.723,00	423.061,68		513.161,49
Πνευμονολογικό τμήμα	40.728,15	458.558,29	50.068,90	4.253,66	702.218,44		1.255.827,44
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	39.594,30	137.714,45	688.161,42	8.244,66	810.366,05		1.684.080,88
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>							
Χειρουργικό τμήμα	26.684,43	1.053.557,70	31.241,97	4.728,38	1.107.038,89		2.223.251,37
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	95.578,43	48.250,33	16.585,58	1.799,04	695.710,33		857.923,71
Ορθοπαιδικό τμήμα	37.356,32	300.614,99	41.801,46	2.870,74	868.199,20		1.250.842,71
Ουρολογικό τμήμα	40.034,39	183.353,79	22.859,32	3.503,58	169.099,03		418.850,11
Οφθαλμ/γικό τμήμα	18.812,74	6.589,45	1.673,59	801,05	158.388,30		186.265,13
Ωτοριν/κό τμήμα	12.706,37		759,84	2.091,00	352.808,96		368.366,17
Ψυχιατρικός τομέας	47.592,11	517,04	79,79	702,02	286.308,23		335.199,19
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	83.804,03	1.167.053,42	300.754,58	74.235,14	2.565.151,17		4.190.998,34
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	10.927,65	113.654,49	13.508,23	2.151,85	327.376,49		467.618,71
Μον. Χειρουργείου - Αναισθ/κό - Αποστ.	227.419,04	208.670,32	806.371,29	10.827,96	1.344.382,84		2.597.671,45
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	209.573,40	97.345,51	140.208,62	11.472,77	803.153,13	63.667,06	1.325.420,49
Βοηθητικά Κέντρα Κόστους							
<i>Εργαστηριακός τομέας</i>							
Αιματολογικό εργαστήριο	4.250,86	231,93	32.595,10	77.353,00	156.559,90		270.990,79
Ανοσολογικό εργαστήριο	1.564,85				174.246,36		175.811,21
Βιοχημικό εργαστήριο	22.544,02	771,18	92.125,47	601.018,76	170.729,99		887.189,42
Μικροβιολογικό εργαστήριο	16.280,78	802,52	18.325,90	156.925,95	313.386,99		505.722,14
Εργαστήριο αιμοδοσίας	17.431,77	624,83	81.792,07	191.266,05	346.139,71		637.254,43
Ακτινοδιαγνωστικό	74.323,76	980,66	107.630,30	3.176,22	273.155,63	21.612,5	480.879,07

εργαστήριο							
Εργαστ. αξονικής τομ.	7.443,22	41.387,19	45.476,73	339,45	118.321,50		212.968,09
Γραφείο κίνησης	8.370,33			1873,95	544554,04		554.798,32
Πλυντήρια – Ιματισμ.	35.554,94		46,71	26.497,35	242.652,66	19.091,64	323.843,30
Τμήματος Διατροφής	66.637,09			302,60		360.845,30	427.784,99
Τεχνικής Υπηρεσίας	596.452,93			8.500,65		1.287.557,91	1.892.511,49
Υπηρεσίες Προμηθειών	51.265,14			3.127,57	471.657,60		526.050,31
Υπηρεσία Θυρωρείου	3.432,09						3.432,09
Δ/νση Νοσηλ-Ιατρικός-Παραϊατρικός Τομέας	6.448,30			351,28	1.274.318,22		1.281.117,80
Κίνηση ασθενοφόρων							0,00
Διοικητικές Υπηρεσίες	148.390,98			50010,84	489.807,82	44.435,42	732.645,06
Οικονομικές Υπηρεσίες	11.422,27				205.426,53	263.809,12	480.657,92
Τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης				15,19	26.537,90		26.553,09
Δημόσιες Σχέσεις - Κοινωνικές υπηρεσίες	2.572,00			658,96	119.543,27	6.848,94	129.623,17
Χρημ/κής υπηρεσίας							
Γενικά Σύνολα	2.104.839,16	5.632.359,16	2.642.036,82	1.266.387,27	18.552.505,57	2.158.477,99	32.356.605,97

5.3.5 Υπολογισμός Έμμεσων Δαπανών

Τα παρακάτω γενικά έξοδα αφορούν την ομάδα 6 εκτός από τον 65 “Τόκοι και συναφή έξοδα” (Π.Δ. 146/03) ο οποίος ενημερώνει κατευθείαν το κόστος χρηματοοικονομικής λειτουργίας. Όπου ήταν εφικτό και υπήρχε η απαραίτητη πληροφορία, η απόδοση των εξόδων έγινε σε συγκεκριμένο κέντρο κόστους (π.χ. επισκευές σε συγκεκριμένο τμήμα), όπου όμως δεν ήταν έπρεπε να το επιμερίσουμε με τις κατάλληλες βάσεις επιμερισμού.

Χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές βάσεις αναλόγως το έξοδο με κριτήριο την όσο δυνατόν αιτιώδη σχέση μεταξύ του κόστους και της βάσης ώστε ο επιμερισμός να είναι αποτελεσματικότερος. Σκοπός μας πρέπει να είναι ο επιμερισμός να καταστεί τόσο ακριβής όσο θα γινόταν αν το έξοδο ήταν άμεσο.

Οι βάσεις επιμερισμού που χρησιμοποιήθηκαν σχετίζονται με το είδος του εξόδου αλλά και των πληροφοριών οι οποίες καταγράφονται στο νοσοκομείο της Λαμίας. Για το σκοπό της μελέτης ταξινομήθηκαν τα έξοδα στις παρακάτω κατηγορίες (Πίνακας 5.3.5) και τα επιμερίζουμε ως εξής:

Οι Λογαριασμοί ηλεκτρικού ρεύματος, ύδρευσης και φυσικού αερίου για την ακριβή μέτρησή τους θα έπρεπε να βγαίνουν από ξεχωριστούς μετρητές ανά κέντρο κόστους. Επίσης θα έπρεπε να υπάρχει κάποιο άτομο το οποίο θα κατέγραφε σε τακτά διαστήματα αυτές τις μετρήσεις. Επειδή όμως αυτό δεν είναι συνήθως εφικτό, τότε για την μέτρηση αυτής της

κατηγορίας εξόδου χρησιμοποιείται κάποιος ενεργοβόρος συντελεστής στα κέντρα εκείνα όπου κρίνεται σκόπιμο παράλληλα με την επιφάνεια του χώρου. Ο συντελεστής αυτός βέβαια δεν πρέπει να είναι αυθαίρετος αλλά να πηγάζει από κάποια ενεργοβόρα μελέτη. Π.χ. ο χώρος με τον αξονικό τομογράφο μπορεί να είναι σε μέγεθος επιφανείας ο μισός απ' ό,τι το λογιστήριο αλλά να καταναλώνει το τετραπλάσιο ρεύμα.

Δυστυχώς στην περίπτωση τόσο του νοσοκομείου αλλά και της ιδιωτικής κλινικής δεν υπάρχουν ούτε μετρητές αλλά ούτε και κάποια ενεργοβόρα μελέτη. Για την αποφυγή λοιπόν ενός αυθαίρετου συντελεστή ο επιμερισμός έγινε με βάση μόνο τα m² επιφανείας κάθε κέντρου κόστους χωρίς βέβαια το αποτέλεσμα να ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματικότητα.

Για τον επιμερισμό των τηλεφωνικών εξόδων αιτιατή σχέση δεν έχουν τα m² αλλά οι τηλεφωνικές συσκευές και τα άτομα τα οποία απασχολεί κάθε κέντρο κόστους. Ο αριθμός των τηλεφωνικών συσκευών και στις δυο Μ.Υ. δεν ήταν γνωστός ανά τμήμα, αλλά δεν είναι επίσης και μόνιμα σταθερός αφού αυτές εύκολα μετακινούνται, οπότε και ο επιμερισμός έγινε μόνο με τον αριθμό ατόμων των εργαζομένων.

Για τις επισκευές (κτιρίων, μηχανημάτων, μεταφορικών μέσων κ.λ.π.) όπου ήταν εφικτό να γίνει άμεσα αυτό και έγινε. Η υπόλοιπη δαπάνη επιμερίστηκε με βάση τα m² επιφανείας.

Τα οδοιπορικά έξοδα επιμερίστηκαν με το ποσοστό των εργαζομένων σε κάθε κέντρο κόστους ενώ η σίτιση επιμερίστηκε βάση των ημερών νοσηλείας της κάθε κλινικής.

Η καθαριότητα και οι υπηρεσίες φύλαξης επιμερίστηκαν με βάση τα m² επιφανείας κάθε κέντρου κόστους. Να σημειώσουμε ότι οι υπηρεσίες καθαριότητας, σίτισης και φύλαξης είναι ανατεθειμένες σε ιδιωτικές εταιρείες.

Τέλος οι δαπάνες εκπαίδευσης καταλογίστηκαν στο βοηθητικό κέντρο κόστους «Τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης»

Οι βάσεις επιμερισμού που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής:

Βάση επιμερισμού Επιφανείας

$$\text{Κόστος Κ.Κ.} = \frac{\text{m}^2 \text{ επιφανείας Κέντρου Κόστους}}{\text{m}^2 \text{ επιφανείας επί συνόλου}} \times \text{σύνολο εξόδου}$$

Βάση επιμερισμού Εργαζομένων

$$\text{Κόστος Κ.Κ.} = \frac{\text{Εργαζόμενοι στο Κέντρο Κόστους}}{\text{Σύνολο εργαζομένων}} \times \text{σύνολο εξόδου}$$

Πίνακας 5.3.5

	Βάσεις Επιμερισμού			Έμμεσα έξοδα – Ομάδα 6						Σύνολο Έμμεσων Εξόδων
	Ημέρ. νοσηλ.	Εμβαδό Επιφάν.	Προσωπικό	Ηλεκτρικό Ρεύμα	Τηλεφ.	Υδρευση	Φυσικό Αέριο	Διαφ. Έξοδα	Σίτιση	
Κύρια Κ.Κ.										
<i>Παθολογικός Τομέας</i>										
Παθολογικό τμήμα	11605	883,00	35	15.447,49	5.018,04	1.200,97	15.796,57	38.572,62	116.146,34	192.182,03
Καρδιολογικό τμήμα	5626	850,98	25	14.887,22	3.584,32	1.157,41	15.223,64	36.591,81	56.306,70	127.751,10
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	1333	22,90	15	400,19	2.150,59	31,11	409,24	1.939,88	13.341,07	18.272,08
Ογκολογικό τμήμα	3480	622,22	5	10.885,28	716,86	846,28	11.131,26	25.869,90	34.828,89	84.278,47
Παιδιατρικό τμήμα	3414	883,00	15	15.447,49	2.150,59	1.200,97	15.796,57	37.239,26	34.168,34	106.003,22
Πνευμονολογικό τμήμα	6527	988,23	22	17.288,38	3.154,20	1.344,09	17.679,07	42.024,66	65.324,18	146.814,58
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού		988,23	26	17.288,38	3.727,69	1.344,09	17.679,07	42.291,36		82.330,59
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>										
Χειρουργικό τμήμα	12585	635,20	28	11.123,71	4.014,43	864,95	11.376,84	27.935,96	125.954,47	181.270,36
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	3593	2.411,10	24	42.180,46	3.440,94	3.279,34	43.133,65	100.554,01	35.959,83	228.548,23
Ορθοπαιδικό τμήμα	6758	878,43	26	15.367,45	3.727,69	1.194,75	15.714,73	37.785,05	67.636,10	141.425,77
Ουρολογικό τμήμα	1875	983,66	7	17.208,35	1.003,61	1.337,87	17.597,22	40.837,10	18.765,57	96.749,72
Οφθαλμ/κό τμήμα	1607	484,97	6	8.484,11	860,24	659,60	8.675,84	20.303,68	16.083,34	55.066,81
Ωτοριν/κό τμήμα	1822	275,25	10	4.804,03	1.433,73	373,35	4.910,85	11.963,22	18.235,13	41.720,31
Ψυχιατρικός τομέας		1.061,44	8	18.569,01	1.146,98	1.443,65	18.988,63	44.095,93		84.244,20
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	3572	1.390,84	61	24.331,80	8.745,73	1.891,69	24.881,65	61.148,24	35.749,65	156.748,76
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	13249	279,08	11	4.882,37	1.577,10	379,58	4.992,70	12.187,07	132.599,99	156.618,81
Μον. Χειρ/ου - Αναισθ/κό - Αποστ.		2.342,47	48	40.979,88	6.881,89	3.186,00	41.905,94	74.174,87		167.128,58
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα		5.050,96	49	88.362,86	7.025,26	6.869,81	90.359,68	210.563,28		403.180,89
Βοηθητικά Κ.Κ.										
<i>Εργαστηριακός τομέας</i>										
Αιματολογικό		91,50	3	1.600,78	430,12	124,45	1.636,95	3.955,25		7.747,55
Ανοσολογικό		32,03	3	560,27	430,12	43,56	572,93	1.514,53		3.121,41
Βιοχημικό		553,59	3	9.684,70	430,12	752,94	9.903,55	22.919,89		43.691,20
Μικροβιολογικό		370,58	7	6.483,14	1.003,61	504,03	6.629,65	15.675,67		30.296,10
Αιμοδοσίας		407,19	10	7.123,45	1.433,73	553,82	7.284,43	17.378,17		33.773,60
Ακτινοδιαγνωστικό		1.733,98	4	30.334,71	573,49	2.358,39	31.020,21	71.430,96		135.717,76
Αξονικής τομογραφ		183,01	3	3.201,55	430,12	248,91	3.273,90	45.265,45		52.419,93

Γραφείο κίνησης		205,89	31	3.601,75	4.444,55	280,02	3.683,14	10.516,65		22.526,11
Πλυντήρια - Ιματισ		864,70	8	15.127,34	1.146,98	1.176,08	15.469,18	36.021,52		68.941,10
Τμήμα Διατροφής		1.532,68		26.813,00		2.084,59	27.418,92	62.902,75		119.219,26
Τεχνικής Υπηρ.		15.262,71		267.009,50		20.758,76	273.043,38	421.263,80		982.075,44
Υπηρ. Προμηθειών		1.253,59	21	21.930,64	3.010,83	1.705,01	22.426,22	52.848,64		101.921,34
Υπηρ. Θυρωρείου		86,93		1.520,74		118,23	1.555,10	3.567,69		6.761,76
Δ/νση Νοσηλ.- Ιατρικός Τομέας		118,96	21	2.081,01	3.010,83	161,79	2.128,04	6.282,27		13.663,94
Κίνηση ασθενοφ.								242.908,33		242.908,33
Διοικητικές Υπηρ.		1.701,95	21	29.774,44	3.010,83	2.314,83	30.447,28	71.249,79		136.797,17
Οικονομικές Υπηρ.		260,78	15	4.562,21	2.150,59	354,69	4.665,31	11.702,71		23.435,51
Τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης			1		143,37			1.346,66		1.490,03
Δημόσιες Σχέσεις - Κοινωνικές υπηρεσίες		59,48	6	1.040,50	860,24	80,89	1.064,02	9.449,63		12.495,28
Χρημ/μικής υπηρ.										
Γενικά Σύνολα	77046	45.751,51	578	800.388,19	82.869,42	62.226,50	818.475,36	1.974.278,26	771.099,60	4.509.337,32

Στα παραπάνω έξοδα δεν συμπεριλαμβάνονται όλα εκείνα τα οποία αφορούν τα κέντρα υγείας που βρίσκονται υπό την οικονομική διαχείριση και εποπτεία του Νοσοκομείου της Λαμίας.

5.3.6 Επιμερισμός Βοηθητικών Κέντρων Κόστους

Μέχρι στιγμής καταναίμαμε όλα τα έξοδα της μονάδος υγείας στα παραπάνω κέντρα κόστους, βοηθητικά και κύρια. Έως εδώ μπορούμε να δούμε ποιο είναι το άμεσο και ποιο το έμμεσο κόστος κάθε παραγωγικής διαδικασίας. Κάποια όμως από τα παραπάνω κέντρα κόστους δεν παράγουν αποτέλεσμα αλλά εξυπηρετούν κάποια άλλα στην παραγωγή του αποτελέσματος.

Σε αυτό το στάδιο θα επιμερίσουμε (Πίνακας 5.3.6) τα κόστη των βοηθητικών κέντρων κόστους στα κύρια αλλά και σε άλλα βοηθητικά. Ο επιμερισμός στο στάδιο αυτό θα γίνει για όλα τα Β.Κ.Κ. πλην των εργαστηρίων το οποίο θα γίνει στην επόμενη φάση. Προκειμένου να γίνει σωστός επιμερισμός πρέπει να υπάρχει καταγραφή του τρόπου αλλά και του ποσοστού της παραγωγής που αφιέρωσε το βοηθητικό κέντρο κόστους στο κάθε κύριο. Με τα στοιχεία αυτά θα μπορέσουμε να επιμεληθούμε σωστές κλειδες μερισμού. Τέτοια πληροφόρηση δύσκολα θα μπορούσε να καταγραφεί σε δημόσιο νοσοκομείο, αλλά ακόμα και για κάποια ιδιωτική μονάδα η οποία ίσως έχει καλύτερα μηχανογραφικά συστήματα, αυτό απαιτεί αρκετό χρόνο και κόστος.

Πρώτο βήμα είναι να επιμερίσουμε τα κόστη της Τεχνικής υπηρεσίας και του θυρωρείου (ΒΚΚ4) σε όλα τα υπόλοιπα κέντρα κόστους (βοηθητικά και κύρια). Το κόστος των τεχνικών εργασιών (ΒΚΚ4), υπολογίζεται βάσει πληροφοριών του καταμερισμού του χρόνου εργασίας

τους στα αντίστοιχα κέντρα κόστους είτε αυτός πραγματοποιείται από την Τεχνική Υπηρεσία είτε από αναδόχους. Όσες καταγραφές υπήρχαν για επισκευές σε συγκεκριμένα τμήματα χρησιμοποιήθηκαν ενώ οι υπόλοιπες επιμερίστηκαν με τα τετραγωνικά μέτρα επιφανείας. Το ίδιο έγινε και για τα κόστη του θυρωρείου.

Το τμήμα “Γραφείο Κίνησης – Γραμματεία Ε.Ι.” απασχολείται κυρίως με την είσοδο και έξοδο των ασθενών είτε αυτοί είναι εσωτερικοί και νοσηλεύονται είτε επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία. Μια κλειδα μερισμού που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί είναι ο αριθμός των εισιτηρίων των εσωτερικών ασθενών και των πραγματοποιηθέντων ραντεβού των εξωτερικών ιατρείων.

Βάση Επιμερισμού Αριθμός εισερχομένων

$$\text{Κόστος Κ.Κ. (BKK1)} = \frac{\text{Αριθμός εισερχομένων του Κ.Κ.Κ.}}{\text{Σύνολο εισερχομένων}} \times \text{σύνολο εξόδων του Β.Κ.Κ.}$$

Τα βοηθητικά κέντρα των πλυντηρίων – Ιματισμού, Διαιτολογίας, Προμηθειών (φαρμακευτικού και λοιπού υλικού), νοσηλευτικής και ιατρικής υπηρεσίας έχουν άμεση σχέση με τον εσωτερικό ασθενή κυρίως και με το διάστημα που παρέμεινε στο νοσοκομείο. Συνεπώς τα παραπάνω κόστη θα πρέπει να επιμεριστούν βάση των ημερών νοσηλείας των ασθενών. Να σημειώσουμε ότι τα έξοδα διατροφής δεν θα τα επιμερίσουμε στο Κ.Κ.Κ. ‘Μονάδα Τεχνητού Νεφρού’ διότι η παραμονή των ασθενών αυτών είναι βραχυχρόνια και δεν καταναλώνουν κάποιο γεύμα.

Βάση Επιμερισμού Ημέρες νοσηλείας

$$\text{Κόστος Κ.Κ. (BKK2, BKK3)} = \frac{\text{Ημέρες νοσηλείας του Κ.Κ.Κ.}}{\text{Σύνολο ημερών νοσηλείας}} \times \text{σύνολο εξόδων του Β.Κ.Κ.}$$

Η κίνηση ασθενοφόρων βαρύνει κυρίως τα ΤΕΠ αφού, πρώτα εκεί εισέρχεται ο ασθενής και κατόπιν γίνεται η εισαγωγή του σε κάποια κλινική.

Πίνακας 5.3.6

	ΒΑΣΕΙΣ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ				ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ					
	Κλίνες	Αριθμ. εισερχ.	Ημέρες νοσηλ.	Εμβαδόν Επιφάνειας	BKK4	BKK1	BKK2	BKK5	BKK3	Σύνολο BKK
<i>Παθολογικός Τομέας</i>										
Παθολογικό τμήμα	37	675	11605	883,00	83.786,34	4.975,68	320.441,17	104.297,93		513.501,12
Καρδιολογικό τμήμα	30	396	5626	850,98	80.748,02	2.919,07	155.347,01	50.562,70		289.576,80
Μονάδα Στεφ. Νόσων	8	194	1333	22,90	2.172,94	1.430,05	36.807,24	11.980,11		52.390,34
Ογκολογικό τμήμα	8	3470	3480	622,22	59.041,38	25.578,70	96.090,93	31.275,90		211.986,91
Παιδιατρικό τμήμα	30	1043	3414	883,00	83.786,34	7.688,35	94.268,52	30.682,73		216.425,94
Πνευμονολογικό τμήμα	30	346	6527	988,23	93.771,43	2.550,50	180.225,72	58.660,28		335.207,93
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	18	14501	14501	988,23	93.771,43	106.892,44	400.406,49			601.070,36

Δημόσιες Σχέσεις - Κοινωνικές υπηρεσίες	142.118,45		59,48	5.643,95						5.643,95
Χρημ/κής Υπηρεσίας										
Σύνολα		91.547	30.401,87	2.884.780,77	596.860,98	2.527.826,58	692.437,60	242.908,33	6.567.555,58	

Όπως παρατηρούμε στον παραπάνω πίνακα επιμερίσαμε όλα τα βοηθητικά κέντρα κόστους εκτός των εργαστηρίων. Κάθε εργαστήριο προσδιορίζει το είδος των εξετάσεων που αυτό διενεργεί. Οι εξετάσεις αυτές παραγγέλλονται μέσω των παραπεμπτικών από τα διάφορα τμήματα. Τα εργαστήρια τα οποία υπάρχουν στο δημόσιο νοσοκομείο της μελέτης μας είναι τα παρακάτω:

Αιματολογικό εργαστήριο
Ανοσολογικό εργαστήριο
Βιοχημικό εργαστήριο
Μικροβιολογικό εργαστήριο
Εργαστήριο αιμοδοσίας
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο
Εργαστήριο αξονικής τομογραφίας

Για να μπορέσουμε να υπολογίσουμε τα κόστη των εξετάσεων και να τα επιμερίσουμε στα κύρια κέντρα κόστους τα οποία τις παρήγγειλαν θα πρέπει να γνωρίζουμε α) το είδος των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν, β) τον αριθμό των διαγνωστικών εξετάσεων που εκτελέστηκαν ανά εργαστήριο και γ) τον αριθμό και το είδος των εξετάσεων που παραγγέλθηκαν από τα τμήματα.

Αν διαιρέσουμε το συνολικό κόστος του εργαστηρίου με τον αριθμό των διαγνωστικών εξετάσεων που αυτό εκτέλεσε τότε θα βρούμε το μέσο κόστος της κάθε εξέτασης. Αυτό όμως δεν είναι αντικειμενικό καθότι κάποιες εξετάσεις κοστίζουν περισσότερο από κάποιες άλλες είτε διότι χρειάζεται περισσότερος χρόνος εκτέλεσης είτε διότι χρησιμοποιούν ακριβότερα υλικά. Χρειάζεται λοιπόν να υπάρχει ένας συντελεστής βαρύτητας για τον υπολογισμό τους. Τέτοιος συντελεστής όμως δεν υπάρχει καταγεγραμμένος από τα εργαστήρια. Η λύση που θα χρησιμοποιήσουμε για την εύρεση ενός συντελεστή βαρύτητας θα είναι η τιμή χρέωσης της κάθε εξέτασης όπως αυτή ορίζεται από το προεδρικό διάταγμα. Λόγω του ότι ομαδοποιήσαμε τις εξετάσεις σε κατηγορίες, πήραμε τη μέση τιμή από τις εξετάσεις της κάθε ομάδος. (Πίνακας 5.3.7). Με βάση λοιπόν αυτό το συντελεστή υπολογίζουμε το κόστος κάθε ομάδας εξετάσεων. Στη συνέχεια πολλαπλασιάζουμε το κόστος αυτό με τον συνολικό αριθμό κάθε τμήματος (Πίνακες 5.3.8 έως 5.3.11) για να βρούμε το συνολικό κόστος εξετάσεων των ΚΚΚ. (Πίνακας 5.3.13). Το κόστος του τμήματος αιμοδοσίας θα το επιμερίσουμε με τον αριθμό εισερχομένων καθότι δεν μας δόθηκε κάποια άλλη πληροφορία. (Πίνακας 5.3.12)

Εδώ πρέπει να σημειώσουμε την μεγάλη έλλειψη καταγραφής δεδομένων από την πλευρά του νοσοκομείου ειδικά στον τομέα των εξετάσεων (όλων πλην του μικροβιολογικού εργαστηρίου). Συγκεκριμένα συνηθίζεται στα δημόσια νοσοκομεία να μην καταγράφονται οι

ενέργειες εκείνες οι οποίες δεν χρεώνονται και δεν εισπράττονται καθότι καλύπτονται από τα ΚΕΝ. Έτσι συνήθως καταγράφονται κυρίως οι εξετάσεις των εξωτερικών ασθενών. Αυτό είναι κοστολογικά ανεπίτρεπτο και θα πρέπει άμεσα τα νοσοκομεία, αν θέλουν να τηρούν την κοστολόγηση να αλλάξουν τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται. Απόρροια αυτού, όπως θα διαπιστώσουμε παρακάτω είναι το παραπλανητικό κόστος κάθε εξέτασης αφού το συνολικό κόστος του εργαστηρίου διαιρέθηκε με μικρό αριθμό εξετάσεων και κυρίως αυτών των εξωτερικών ασθενών. Επίσης το κόστος εξετάσεων ανά ΚΚΚ είναι πολύ μικρό έως ανύπαρκτο αφού δεν χρησιμοποιούνται ηλεκτρονικά παραπεμπτικά για όλες τις εξετάσεις με συνέπεια από το σημείο αυτό και μετά το κόστος κάθε κλινικής και μετέπειτα όπως θα δούμε κατά ΚΕΝ να είναι διαφορετικό από το πραγματικό.

Πίνακας 5.3.7

Εργαστήρια		Κόστος εργαστηρ.	Αριθμ. Εξετάσ.	Μέση τιμή χρέωσης	Σύνολο χρέωσης	Συντελ. Βαρύτητας	Αναλογούν συν.κόστος	Αναλογούν Κόστος Εξέτασης
Αιματολογικό εργαστήριο		287.420,62						
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΑΙΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ		63.530	2,83	179.916,96	0,4971	142.876,79	2,2490
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΠΗΚΤΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		13.695	13,29	182.006,55	0,5029	144.543,83	10,5545
	Σύνολο		77.225		361.923,51	1,00	287.420,62	
Ανοσολογικό εργαστήριο		181.971,89						
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	LIAISON		1.691	13,80	23.335,80	0,0183	3.330,09	1,9693
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΟΡΜΟΝΕΣ		54.698	22,74	1.243.832,52	0,9760	177.604,56	3,2470
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ		1.547	4,68	7.239,96	0,0057	1.037,24	0,6705
	Σύνολο		57.936		1.274.408,28	1,00	181.971,89	
Βιοχημικό εργαστήριο		983.409,82						
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ		885.459	4,95	4.383.022,05	0,9941	977.607,70	1,1041
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΡΩΝ		1.808	6,01	10.866,08	0,0025	2.458,52	1,3598
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		2.919	5,21	15.207,99	0,0034	3.343,59	1,1455
	Σύνολο		890.186		4.409.096,12	1,00	983.409,81	
Μικροβιολογικό εργαστήριο		571.181,93						
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΑΝΟΣΟΧΡΩΜ/ΦΙΚΑ		1.276	2,71	3.451,58	0,0248	14.162,73	11,0993
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ		11.839	1,76	20.836,64	0,1497	85.498,15	7,2217
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		1.488	10,49	15.609,12	0,1121	64.048,28	43,0432
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ		11.983	6,14	73.575,62	0,5286	301.899,91	25,1940
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ		461	5,22	2.406,42	0,0173	9.874,17	21,4190
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΣΕ ΜΗ ΧΡΗΣΗ		8	6,38	51,00	0,0004	209,27	26,1588
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ		1.892	12,30	23.271,60	0,1672	95.489,43	50,4701
	Σύνολο		28.947		139.201,98	1,00	571.181,94	
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο		781.131,19						
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ		11.782	7,15	84.241,30	0,7604	594.008,44	50,4166
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΥΠΕΡΗΧΟΙ		2.719	9,76	26.537,44	0,2396	187.122,75	68,8204
	Σύνολο		45.809		110.778,74	1,00	781.131,19	
Εργαστήριο αξονικής τομογραφίας		282.753,52	2.869					98,5547
Εργαστήριο αιμοδοσίας		709.665,58	80.970					8,7645

Πίνακας 5.3.8

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Αιματολογικό εργαστήριο				
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΑΙΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ		ΠΗΚΤΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		
Αναλογούν κόστος		2,2490			10,5545
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Συν.Κόστος
Παθολογικό τμήμα	7.826	17.600,41	1.436	15.156,26	32.756,67
Καρδιολογικό τμήμα	3.139	7.059,50	846	8.929,10	15.988,60
Ογκολογικό τμήμα	1.986	4.466,45	50	527,72	4.994,17
Παιδιατρικό τμήμα	1.645	3.699,55	99	1.044,90	4.744,45
Πνευμονολογικό τμήμα	3.224	7.250,67	596	6.290,48	13.541,15
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>					
Χειρουργικό τμήμα	5.662	12.733,64	900	9.499,05	22.232,69
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	2.127	4.783,55	716	7.557,02	12.340,57
Ορθοπαιδικό τμήμα	5.587	12.564,97	670	7.071,51	19.636,48
Ουρολογικό τμήμα	784	1.763,19	244	2.575,30	4.338,49
Οφθαλμολογικό τμήμα	524	1.178,46	499	5.266,69	6.445,15
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα	446	1.003,04	162	1.709,83	2.712,87
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	6.029	13.559,01	3.107	32.792,82	46.351,83
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	1.019	2.291,70	254	2.680,84	4.972,54
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	23.532	52.922,66	4.116	43.442,31	96.364,97
Σύνολα	63.530	142.876,80	13.695	144.543,83	287.420,63

Πίνακας 5.3.9

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Ανοσολογικό εργαστήριο						
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	LIAISON		ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΟΡΜΟΝΕΣ		ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ		
Αναλογούν κόστος		1,9693		3,2470		0,6705	
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Συν.Κόστος
Παθολογικό τμήμα	128	252,07	14666	47.620,54	156	104,60	47.977,21
Καρδιολογικό τμήμα	9	17,72	1957	6.354,38	57	38,22	6.410,32
Ογκολογικό τμήμα	39	76,80	2529	8.211,67	7	4,69	8.293,16
Παιδιατρικό τμήμα	47	92,56	227	737,07	47	31,51	861,14
Πνευμονολογικό τμήμα	29	57,11	1825	5.925,78	56	37,55	6.020,44
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>							
Χειρουργικό τμήμα	24	47,26	3204	10.403,40	8	5,36	10.456,02
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα		0,00	1391	4.516,58	20	13,41	4.529,99
Ορθοπαιδικό τμήμα	124	244,19	2290	7.435,64	265	177,68	7.857,51
Ουρολογικό τμήμα	7	13,79	2372	7.701,89	6	4,02	7.719,70
Οφθαλμολογικό τμήμα	3	5,91	1089	3.535,99	2	1,34	3.543,24
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα	2	3,94	600	1.948,20	20	13,41	1.965,55

Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	531	1.045,70	3273	10.627,44	35	23,47	11.696,61
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	9	17,72	327	1.061,77	32	21,46	1.100,95
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	739	1.455,31	18948	61.524,21	836	560,53	63.540,05
Σύνολα	1.691	3.330,08	54.698	177.604,56	1.547	1.037,25	181.971,89

Πίνακας 5.3.10

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Βιοχημικό εργαστήριο						
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ		ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΡΩΝ		ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ							
Αναλογούν κόστος		1,1041		1,3598		1,1455	
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Συν.Κόστος
Παθολογικό τμήμα	127524	140.795,28	474	644,55	380	435,27	141.875,10
Καρδιολογικό τμήμα	54994	60.717,16	23	31,28	271	310,42	61.058,86
Ογκολογικό τμήμα	37763	41.692,95	9	12,24	61	69,87	41.775,06
Παιδιατρικό τμήμα	10960	12.100,59	62	84,31	7	8,02	12.192,92
Πνευμονολογικό τμήμα	78871	87.079,01	63	85,67	331	379,15	87.543,83
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>							
Χειρουργικό τμήμα	90305	99.702,94	32	43,51	73	83,62	99.830,07
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	9174	10.128,73	85	115,58	71	81,33	10.325,64
Ορθοπαιδικό τμήμα	30362	33.521,74	4	5,44	44	50,40	33.577,58
Ουρολογικό τμήμα	10897	12.031,04	8	10,88	109	124,85	12.166,77
Οφθαλμολογικό τμήμα	3843	4.242,94	5	6,80	3	3,44	4.253,18
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα	5474	6.043,67	10	13,60	32	36,65	6.093,92
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	89420	98.725,84	36	48,95	51	58,42	98.833,21
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	15083	16.652,67	13	17,68	6	6,87	16.677,22
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	320789	354.173,14	984	1.338,04	1480	1.695,28	357.206,46
Σύνολα	885.459	977.607,70	1.808	2.458,53	2.919	3.343,59	983.409,82

Πίνακας 5.3.11

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Μικροβιολογικό εργαστήριο														
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΑΝΟΣΟΧΡ/ΦΙΚΑ		ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ		ΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ		ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ		ΣΕ ΜΗ ΧΡΗΣΗ		ΠΑΘΟΛΟΓ/ΚΕΣ		
Αναλογούν κόστος		11,0993		7,2217		43,0432		25,1940		21,4190		26,1588		50,4701	
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Συν.Κόστος
Παθολογικό τμήμα	192	2.131,07	1065	7.691,15	132	5.681,70	1842	46.407,38	31	663,99			252	12.718,47	75.293,76
Καρδιολογικό τμήμα	9	99,89	448	3.235,34	1	43,04	66	1.662,81		0,00					5.041,08
Ογκολογικό τμήμα	12	133,19	111	801,61	20	860,86	72	1.813,97	7	149,93			2	100,94	3.860,50
Παιδιατρικό τμήμα	54	599,36	657	4.744,68	250	10.760,80	926	23.329,66	58	1.242,30			3	151,41	40.828,21
Πνευμονολογικό τμήμα	165	1.831,39	521	3.762,53	21	903,91	532	13.403,22	107	2.291,84			1	50,47	22.243,36
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>															0,00
Χειρουργικό τμήμα	9	99,89	190	1.372,13	6	258,26	375	9.447,76	9	192,77			735	37.095,52	48.466,33
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	34	377,38	156	1.126,59	72	3.099,11	217	5.467,10		0,00			315	15.898,08	25.968,26
Ορθοπαιδικό τμήμα	4	44,40	75	541,63	2	86,09	103	2.594,98	5	107,10			15	757,05	4.131,25
Ουρολογικό τμήμα	1	11,10	259	1.870,43	5	215,22	290	7.306,27		0,00			62	3.129,15	12.532,17
Οφθαλμολογικό τμήμα		0,00		0,00		0,00	6	151,16		0,00			11	555,17	706,33
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα		0,00	40	288,87	19	817,82	38	957,37		0,00			34	1.715,98	3.780,04
															0,00
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	89	987,84	541	3.906,96	29	1.248,25	1351	34.037,12	131	2.805,89	1	26,16	4	201,88	43.214,10
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	174	1.931,28	1109	8.008,91	17	731,73	1088	27.411,09	59	1.263,72			458	23.115,31	62.462,04
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	533	5.915,94	6667	48.147,32	914	39.341,48	5077	127.910,03	54	1.156,63	7	183,11			222.654,51
Σύνολα	1.276	14.162,73	11.839	85.498,15	1.488	64.048,27	11.983	301.899,92	461	9.874,17	8	209,27	1.892	95.489,43	571.181,94

Πίνακας 5.3.12

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Εργαστήριο αιμοδοσίας		Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο				Αξονικής τομογραφίας		Συν.Κόστος
	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ		Ακτινολογικές		Υπέρηχοι		Αξονικές τομογραφίες		
Αναλογούν κόστος		8,7645		50,4166		68,8204		98,5547	
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Αριθμός εισερχ/νων	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Αρ. Εξετ.	Κόστος	Συν.Κόστος
Παθολογικό τμήμα	675	5.916,07							5.916,07
Καρδιολογικό τμήμα	396	3.470,76			86	5.918,56			9.389,32
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	194	1.700,32							1.700,32
Ογκολογικό τμήμα	3.470	30.412,99					11	1.084,10	31.497,09
Παιδιατρικό τμήμα	1.043	9.141,43							9.141,43
Πνευμονολογικό τμήμα	346	3.032,53	3	151,25					3.183,78
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	14.501	127.094,73							127.094,73
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>									0,00
Χειρουργικό τμήμα	1.374	12.042,49	2	100,83					12.143,32
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	1.034	9.062,54							9.062,54
Ορθοπαιδικό τμήμα	928	8.133,50	8	403,33					8.536,83
Ουρολογικό τμήμα	493	4.320,92	2	100,83					4.421,75
Οφθαλμολογικό τμήμα	1.384	12.130,14							12.130,14
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα	386	3.383,12	8	403,33	1	68,82			3.855,27
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	50	438,23							438,23
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	14.469	126.814,27					83	8.180,04	134.994,31
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	40.227	352.571,54	11.759	592.848,86	2.632	181.135,37	2.775	273.489,38	1.400.045,15
Σύνολα	80970	709.665,58	11782	594.008,43	2719	187.122,75	2869	282.753,52	1.773.550,28

Πίνακας 5.3.13

<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Αιματ/γικό	Ανοσολογικό	Βιοχημικό	Μικροβ/γικό	Αιμοδοσία	Ακτινοδ/στικό	Αξονικός	Κόστος Εξετάσεων
Παθολογικό τμήμα	32.756,67	47.977,21	141.875,10	75.293,76	5.916,07			303.818,81
Καρδιολογικό τμήμα	15.988,60	6.410,32	61.058,86	5.041,08	3.470,76	5.918,56		97.888,18
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων					1.700,32			1.700,32
Ογκολογικό τμήμα	4.994,17	8.293,16	41.775,06	3.860,50	30.412,99		1.084,10	90.419,98
Παιδιατρικό τμήμα	4.744,45	861,14	12.192,92	40.828,21	9.141,43			67.768,15
Πνευμονολογικό τμήμα	13.541,15	6.020,44	87.543,83	22.243,36	3.032,53	151,25		132.532,56
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού					127.094,73			127.094,73
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>								
Χειρουργικό τμήμα	22.232,69	10.456,02	99.830,07	48.466,33	12.042,49	100,83		193.128,43
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	12.340,57	4.529,99	10.325,64	25.968,26	9.062,54			62.227,00
Ορθοπαιδικό τμήμα	19.636,48	7.857,51	33.577,58	4.131,25	8.133,50	403,33		73.739,65

Ουρολογικό τμήμα	4.338,49	7.719,70	12.166,77	12.532,17	4.320,92	100,83		41.178,88
Οφθαλμολογικό τμήμα	6.445,15	3.543,24	4.253,18	706,33	12.130,14			27.078,04
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα	2.712,87	1.965,55	6.093,92	3.780,04	3.383,12	472,15		18.407,65
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	46.351,83	11.696,61	98.833,21	43.214,10	438,23			200.533,98
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	4.972,54	1.100,95	16.677,22	62.462,04	126.814,27		8.180,04	220.207,06
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	96.364,97	63.540,05	357.206,46	222.654,51	352.571,54	773.984,23	273.489,38	2.139.811,14
Σύνολο	287.420,63	181.971,89	983.409,82	571.181,94	709.665,58	781.131,18	282.753,52	3.797.534,56

5.3.7 Αποτελέσματα – Στατιστικοί Δείκτες

Στο σημείο αυτό έχουμε τελειώσει όλους τους επιμερισμούς και η τελική εικόνα η οποία διαμορφώνεται ανά κύριο κέντρο κόστους για το νοσοκομείο της Λαμίας παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. Το συνολικό κόστος του νοσοκομείου είναι 36.865.943,29€ ενώ το κόστος που αναλογεί στην Γυναικολογική κλινική είναι της τάξεως των 1.516.608,65€

Πίνακας 5.3.14

	Κλίνες	Νοσηλεύοντες	Ημέρες νοσηλ.	Εμβαδόν Επιφάνειας	Εργαζόμενοι	Σύνολο Έμμεσων Εξόδων	Σύνολο Άμεσων Εξόδων	Σύνολο ΒΚΚ	Σύνολο Εργαστ.	Γενικό σύνολο
Παθολογικός Τομέας										
Παθολογικό τμήμα	37	1851	11605	883,00	35	192.182,03	2.352.019,77	513.501,12	303.818,81	3.361.521,73
Καρδιολογικό τμήμα	30	1515	5626	850,98	25	127.751,10	1.200.149,66	289.576,80	97.888,18	1.715.365,74
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	8	440	1333	22,90	15	18.272,08	659.201,72	52.390,34	1.700,32	731.564,46
Ογκολογικό τμήμα	8	3476	3480	622,22	5	84.278,47	919.924,94	211.986,91	90.419,98	1.306.610,30
Παιδιατρικό τμήμα	30	1064	3414	883,00	15	106.003,22	513.161,49	216.425,94	67.768,15	903.358,80
Πνευμονολογικό τμήμα	30	1284	6527	988,23	22	146.814,58	1.255.827,44	335.207,93	132.532,56	1.870.382,51
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	18	14501		988,23	26	82.330,59	1.684.080,88	601.070,36	127.094,73	2.494.576,56
Χειρουργικός Τομέας										
Χειρουργικό τμήμα	30	2148	12585	635,20	28	181.270,36	2.223.251,37	531.008,07	193.128,43	3.128.658,23
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	30	1057	3593	2.411,10	24	228.548,23	857.923,71	367.909,71	62.227,00	1.516.608,65
Ορθοπαιδικό τμήμα	30	1063	6758	878,43	26	141.425,77	1.250.842,71	337.533,87	73.739,65	1.803.542,00
Ουρολογικό τμήμα	13	589	1875	983,66	7	96.749,72	418.850,11	165.596,25	41.178,88	722.374,96
Οφθαλμολογικό τμήμα	11	1407	1607	484,97	6	55.066,81	186.265,13	115.035,61	27.078,04	383.445,59
Ωτοριν/κό τμήμα	13	481	1822	275,25	10	41.720,31	368.366,17	95.647,94	18.407,65	524.142,07
Μονάδες										
Ψυχιατρικός τομέας				1.061,44	8	84.244,20	335.199,19	100.718,20		520.161,59
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	12	304	3572	1.390,84	61	156.748,76	4.190.998,34	263.076,97	200.533,98	4.811.358,05
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	12	14504	13249	279,08	11	156.618,81	467.618,71	618.046,93	220.207,06	1.462.491,51
Μον. Χειρουργείου - Αναισθ/κό - Αποστ.				2.342,47	48	167.128,58	2.597.671,45	222.272,92		2.987.072,95

ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα				5.050,96	49	403.180,89	1.325.420,49	1.018.713,84	2.139.811,14	4.887.126,36
Διοικητικές Υπηρεσίες				1.701,95	21	136.797,17	732.645,06	161.495,09		1.030.937,32
Οικονομικές Υπηρεσίες				260,78	15	23.435,51	480.657,92	24.744,96		528.838,39
Τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης					1	1.490,03	26.553,09			28.043,12
Δημόσιες Σχέσεις - Κοινωνικές υπηρεσίες				59,48	6	12.495,28	129.623,17	5.643,95		147.762,40
Υπηρεσία χρηματοοικονομικής υπηρεσίας										
Σύνολα	312	45684	91.547			2.644.552,50	24.176.252,52	6.247.603,71	3.797.534,56	36.865.943,29

Πίνακας 5.3.15

	Κλίνες	Νοσηλευθέντες	Ημέρες νοσηλείας	Γενικό σύνολο	Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας & κλινική	Μέσο κόστος ανά Ασθενή & κλινική
Παθολογικός Τομέας						
Παθολογικό τμήμα	37	1851	11605	3.361.521,73	289,66	1.816,06
Καρδιολογικό τμήμα	30	1515	5626	1.715.365,74	304,90	1.132,25
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	8	440	1333	731.564,46	548,81	1.662,65
Ογκολογικό τμήμα	8	3476	3480	1.306.610,30	375,46	375,89
Παιδιατρικό τμήμα	30	1064	3414	903.358,80	264,60	849,02
Πνευμονολογικό τμήμα	30	1284	6527	1.870.382,51	286,56	1.456,68
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	18	14501	14501	2.494.576,56	172,03	172,03
Χειρουργικός Τομέας						
Χειρουργικό τμήμα	30	2148	12585	3.128.658,23	248,60	1.456,54
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	30	1057	3593	1.516.608,65	422,10	1.434,82
Ορθοπαιδικό τμήμα	30	1063	6758	1.803.542,00	266,88	1.696,65
Ουρολογικό τμήμα	13	589	1875	722.374,96	385,27	1.226,44
Οφθαλμολογικό τμήμα	11	1407	1607	383.445,59	238,61	272,53
Ωτορινολαρυγγικό τμήμα	13	481	1822	524.142,07	287,67	1.089,69
Μονάδες						
Ψυχιατρικός τομέας				520.161,59		
Τμήμα Εντατικής Ιατρικής	12	304	3572	4.811.358,05	1.346,96	15.826,84
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	12	14504	13249	1.462.491,51	110,39	100,83
Μον. Χειρουργείου - Αναισθ/κό - Αποστ.				2.987.072,95		
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα		40227		4.887.126,36		121,49

Στον πίνακα 5.3.15 βλέπουμε το μέσο κόστος ανά ασθενή και ανά κλινική ή το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας και κλινική χωρίς να συμπεριλαμβάνονται τα διοικητικά έξοδα.

Συνολικά θα μπορούσαμε να πούμε για ολόκληρο το νοσοκομείο ότι

$$\text{Μέσο Κόστος ανά Ημέρα Νοσηλείας} = \frac{36.865.943,29}{91.547} = 402,70\text{€}$$

$$\text{Μέσο Κόστος ανά Ασθενή} = \frac{36.865.943,29}{45.684} = 806,98\text{€}$$

(Δεν συμπεριλαμβάνονται οι εξωτερικοί ασθενείς)

$$\text{Μέσο Κόστος Φαρμάκου ανά Ημέρα Νοσηλείας} = \frac{5.632.359,16}{91.547} = 61,52\text{€}$$

$$\text{Μέσο Φαρμάκου ανά Ασθενή} = \frac{5.632.359,16}{45.684} = 123,29\text{€}$$

5.4 Εμπειρική μελέτη Ιδιωτικής Μονάδος Υγείας

Ο ίδιος τρόπος μελέτης και υπολογισμού των δεδομένων ακολουθήθηκε και στην περίπτωση της ιδιωτικής κλινικής προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα.

Μια διαφορά στην οργάνωση των νοσηλευτικών τμημάτων της ιδιωτικής μονάδος υγείας σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο στην παρούσα μελέτη είναι ότι τόσο ο παθολογικός όσο και ο χειρουργικός τομέας έχουν ομαδοποιημένες τις κλινικές τους. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ανεξάρτητες κλινικές πέραν αυτών των δύο. Για παράδειγμα ο παθολογικός τομέας περιλαμβάνει κανονικά την παθολογική, καρδιολογική, ογκολογική κλινική κ.α. με τις δικές τους κλίνες κάθε μια, αλλά συγχρόνως μοιράζονται τον ίδιο χώρο, το ίδιο προσωπικό, την ίδια νοσηλευτική διοίκηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση των έμμεσων εξόδων.

Το Δελτίο κίνησης της ιδιωτικής Μ.Υ. καθώς και τα στατιστικά της τελευταίας πενταετίας εμφανίζονται αντίστοιχα στους πίνακες 5.4.1 και 5.4.2. Κατά το έτος 2012 νοσηλεύτηκαν συνολικά 22.116 ασθενείς, οι μισοί περίπου από το νοσοκομείο της Λαμίας με μέση διάρκεια νοσηλείας 2,25 ημέρες ενώ οι συνολικές ημέρες νοσηλείας ήταν 49.807. Η κάλυψη της πολυκλινικής άγγιξε περίπου το 51% ενώ σε πλήρη κάλυψη μπορεί να παρέχει 97.455 ημέρες νοσηλείας το χρόνο. Παρατηρούμε ότι σε δυναμικότητα κλινών είναι λίγο μικρότερη από το νοσοκομείο της Λαμίας αλλά η Γυναικολογική-Μαιευτική κλινική που επιλέξαμε να συγκρίνουμε έχει ακριβώς τον ίδιο αριθμό κλινών αλλά λίγο μεγαλύτερη κίνηση σε ημέρες νοσηλείας και νοσηλευθέντες.

Πίνακας 5.4.1

Κλινική	Κλίνες	Παραμ/ντες Προηγ/νης	Σύνολο Εισιτηρίων	Νοσηλευθέντες	Ημέρες Νοσηλείας	% Κάλυψη	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Ρυθμός Εισροής
Γυναικολογικός - Μαιευτικός Τομέας								
Γυναικολογική - Μαιευτική	30	5	1280	1285	4643	42,29	3,61	42,83
Μονάδες Νεογνών	22	3	1187	1190	3953	0,36	3,32	54,09
Μονάδες								
Κέντρο Αποκατ.& Αποθεραπείας	59	33	601	634	16357	75,75	25,8	10,75
Μ.Α.Φ.	2	1	4	5	14	1,91	2,8	2,5
Μ.Ε.Θ.	6	2	174	176	779	35,47	4,43	29,33
Τεχνητό Νεφρό	15		10653	10653	10253	186,76	0,96	710,2
Παθολογικός Τομέας								
Αιματολογική	10		87	87	114	3,11	1,31	8,7
Καρδιολογική Κλινική	10		106	106	205	5,6	1,93	10,6
Ογκολογική	6		282	282	513	23,36	1,82	47
Παθολογική	14	3	2635	2638	5614	109,56	2,13	188,43
Εμφραγμάτων	7							
Χειρουργικός Τομέας								
Αγγειοχειρουργική			23	23	20		0,87	
Γενική Χειρουργική	20	2	1480	1482	2406	32,87	1,62	74,1
Ημερήσιας Νοσηλείας	6		1117	1117	1111	50,59	0,99	186,17
Νευροχειρουργική	10		89	89	216	5,9	2,43	8,9
Ορθοπαιδική	20	1	665	666	1902	25,98	2,86	33,3
Ουρολογική	10		174	174	181	4,95	1,04	17,4
Οφθαλμολογική	10		1349	1349	1349	36,86	1	134,9
Πλαστική Χειρουργική			67	67	72		1,07	
Ω.Ρ.Λ.	10		93	93	105	2,87	1,13	9,3
	267	50	22.066	22.116	49.807			

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια σταδιακή μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Πίνακας 5.4.2

Έτος	Κλίνες	Παραμένοντες Προηγούμενης	Σύνολο Εισιτηρίων	Νοσηλευθέντες	Ημέρες Νοσηλείας	% Κάλυψη	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
2008	267	75	15192	15267	47255	48,36	3,1
2009	267	72	17715	17787	50385	51,7	2,83
2010	267	80	18009	18089	46425	47,64	2,57
2011	267	82	17937	18019	45329	46,51	2,52
2012	267	50	22066	22116	49807	50,97	2,25

5.4.1 Καθορισμός κέντρων κόστους

Τα κέντρα κόστους που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη μας για την ιδιωτική μονάδα υγείας ταξινομήθηκαν ως εξής (Πίνακας 5.4.3):

Πίνακας 5.4.3

92.00 Κέντρα κόστους λειτουργίας παραγωγής	
Κύρια κέντρα κόστους	Βοηθητικά κέντρα κόστους
<i>Παθολογικός Τομέας</i>	<i>Εργαστηριακός τομέας</i>
Παθολογικό τμήμα	Ενδοσκοπικό εργαστήριο
Αιματολογικό τμήμα	Μικροβιολογικό εργαστήριο
Καρδιολογικό τμήμα	Απεικονιστικό εργαστήριο
Ογκολογικό τμήμα	Πυρηνική Ιατρική
	Παθολογοανατομικό εργαστήριο
<i>Χειρουργικός τομέας</i>	
Ορθοπαιδικό τμήμα	<i>Λοιπά τμήματα</i>
Νευροχειρουργικό τμήμα	Τεχνικής Υπηρεσίας
Οφθαλμολογικό τμήμα	Καθαριότητας
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	Πλυντήρια - Ιματισμός
Ουρολογικό τμήμα	Υπηρεσίες Προμηθειών - Φαρμ.-υγειον. Υλικό
Γενική Χειρουργική	Μαγειρεία
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	Φύλαξη
	Διακομιδή-Νοσ. Υπηρεσία-Λοιπά
<i>Γυναικολογικός Τομέας</i>	
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	
<i>Κ.Α.Α.</i>	
Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	
<i>Μονάδες</i>	
Μ.Α.Φ. - Μ.Ε.Θ.	
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	
Μονάδα Χειρουργείου- Αποστείρωση	
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	
92.01 Κέντρα κόστους διοικητικής λειτουργίας	
Διοικητικές –Οικονομικές Υπηρεσίες	
92.03 Κέντρα κόστους λειτουργίας διαθέσεως	
Λειτουργία Διαθέσεως	
92.04 Κέντρα κόστους χρηματοοικονομικής λειτουργίας	
Υπηρεσία χρηματοοικονομικής λειτουργίας	

Η γενική χειρουργική συμπεριλαμβάνει την χειρουργική κλινική, την πλαστικής χειρουργικής και το αγγειοχειρουργικό τμήμα. Επίσης στο καρδιολογικό τμήμα ανήκει και το τμήμα εμφραγμάτων.

5.4.2 Υπολογισμός Άμεσων Δαπανών

Δαπάνες μισθοδοσίας

Οι δαπάνες μισθοδοσίας αφορούν αμοιβές προσωπικού ανά τμήμα όπως μας δόθηκαν από το τμήμα μισθοδοσίας και περιλαμβάνουν την τακτική μισθοδοσία και όλες τις πρόσθετες αμοιβές. Ο αριθμός των εργαζομένων της παθολογικής και χειρουργικής κλινικής επιμερίστηκε στα επιμέρους τμήματα βάσει της δύναμης των κλινών της καθεμιάς. Η μισθοδοσία των επιμέρους τμημάτων βασίστηκε πάνω στον προηγούμενο υπολογισμό.

Επίσης όσον αφορά τη δαπάνη μισθοδοσίας ισχύει η εξής ιδιαιτερότητα. Η ιδιωτική κλινική αποτελείται από δύο διαφορετικά κτήρια. Το ένα είναι το Κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας (κύριο κέντρο κόστους) και το άλλο περιλαμβάνει όλες τις υπόλοιπες κλινικές. Δαπάνες μισθοδοσίας που αφορούν την καθαριότητα και τη φύλαξη αποδόθηκαν απ' ευθείας στο κέντρο κόστους Κ.Α.Α. καθότι ήταν εύκολα διαχωρίσιμες.

Επίσης υπάρχουν και οι αμοιβές τρίτων οι οποίες περιλαμβάνουν α) αμοιβές δικηγόρων, λογιστών, διευθυνόντων συμβούλων και λοιπών αμοιβών τρίτων (μελέτες κ.λ.π.) οι οποίες επιβαρύνουν την διοικητική λειτουργία, β) αμοιβές ιατρών και λοιπών ελευθέρων επαγγελματιών οι οποίες βαρύνουν την παραγωγική λειτουργία. Τις αμοιβές αυτές θα τις επιμερίσουμε με τις ημέρες νοσηλείας καθώς δεν υπάρχει κάποια άλλη καταγραφή για το χρονικό διάστημα και το τμήμα στο οποίο απασχολήθηκαν οι εξωτερικοί αυτοί συνεργάτες, τέλος γ) υπάρχουν αμοιβές τεχνικών οι οποίες θα βαρύνουν την τεχνική υπηρεσία.

Αναλώσεις φαρμάκων, υγειονομικού και λοιπών υλικών

Στην περίπτωση των αναλώσεων ακολουθήθηκε διαφορετική λογική σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο λόγω της διαφορετικής οργάνωσης αλλά και λόγω της πλήρους καταγραφής όλων των αναλώσεων ανά ασθενή.

Συγκεκριμένα σε αντίθεση με το δημόσιο νοσοκομείο όπου η εξαγωγή των υλικών και φαρμάκων γίνεται ξεχωριστά για κάθε τμήμα από την κεντρική αποθήκη, εδώ η εξαγωγή γίνεται προς ολόκληρο τον τομέα π.χ. Παθολογικός, Χειρουργικός ώστε τα κοινά υλικά να χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση. Το ερώτημα βεβαίως που προκύπτει είναι πως θα εξάγουμε τις πραγματικές αναλώσεις κάθε επιμέρους κλινικής. Σε αυτό βοήθησε η πλήρη καταγραφή των υλικών και φαρμάκων που αναλώθηκαν στην καρτέλα του ασθενή. Συνεπώς τα υλικά και φάρμακα τα οποία κατανάλωσαν όλοι οι ασθενείς οι οποίοι ανήκαν π.χ. στην ουρολογική κλινική αποτελούν και το άμεσο κόστος υλικών της κλινικής αυτής, η αξία των οποίων υπολογίστηκε με τον ίδιο τρόπο δηλαδή με την ισχύουσα τελευταία τιμή αγοράς την ημέρα της κάθε ανάλωσης.

Κεφαλαιουχικός εξοπλισμός

Η μέθοδος αποσβέσεων η οποία εφαρμόζεται κι εδώ είναι επίσης η σταθερή κατά την οποία ο συντελεστής απόσβεσης είναι σταθερός κάθε χρόνο. Η ταξινόμηση των παγίων στοιχείων σε

κάθε κέντρο κόστους έγινε με βάση τη θέση εγκατάστασης στην οποία βρίσκονται τα πάγια περιουσιακά στοιχεία. Όπου ήταν αυτό ξεκάθαρο οι αποσβέσεις αποδόθηκαν στο συγκεκριμένο κέντρο κόστους (905.863,88€) ενώ οι υπόλοιπες αποσβέσεις (1.700.158,63€) επιμερίστηκαν με βάση τα τετραγωνικά μέτρα επιφανείας. (Πίνακας 5.4.4). Στο γυναικολογικό τμήμα συμπεριλαμβάνεται και η μονάδα νεογνών όπως και στο Νοσοκομείο της Λαμίας.

Πίνακας 5.4.4

	Αποσβέσεις	Φάρμακα	Υγειονομικό υλικό	Λοιπά υλικά	Αμοιβές προσωπικού	Έκτακτες αμοιβές	Σύνολο Άμεσων Εξόδων
Παθολογικός Τομέας							
Παθολογικό τμήμα	28.617,71	244.445,23	95.916,98	378,26	81.697,94	125.434,89	576.491,01
Αιματολογικό τμήμα	20.441,22	2.634,74	1.041,45		58.476,30	2.547,13	85.140,84
Καρδιολογικό τμήμα	39.058,00	6.058,87	13.506,83		99.219,73	4.580,36	162.423,79
Ογκολογικό τμήμα	12.264,73	29.083,77	5.811,60		35.043,56	11.462,08	93.665,74
Χειρουργικός Τομέας							
Ορθοπαιδικό τμήμα	20.441,22	64.022,32	64.183,63		50.213,57	42.496,82	241.357,56
Νευροχειρουργικό τμήμα	10.220,61	10.017,58	6.871,77		25.106,79	4.826,14	57.042,89
Οφθαλμολογικό τμήμα	10.220,61	3.904,80	13.295,62		25.106,79	30.141,02	82.668,84
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	10.220,61	2.434,02	411,64		25.106,79	2.346,04	40.519,10
Ουρολογικό τμήμα	10.220,61	4.285,95	445,87		25.106,79	4.044,12	44.103,34
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	26.147,31	62,51	626,37		14.907,15	24.823,33	66.566,67
Γενική Χειρουργική	20.700,79	87.077,10	103.729,83	1.170,13	50.213,57	55.813,39	318.704,81
Γυναικ/κός - Μαιευτικός							
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	187.215,51	50.822,15	73.210,04	1.994,67	341.842,23	192.062,39	847.146,99
Κ.Α.Α.							
Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	1.370.678,89	15.887,47	68.760,07	1.767,36	945.082,57	365.468,21	2.767.644,57
Μονάδες							
Μ.Α.Φ.-Μ.Ε.Θ.	24.229,96	227.612,03	144.170,71	189,42	118.765,48	17.718,19	532.685,79
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	30.011,84	43.051,94	622.636,36	1.789,77	177.753,04	229.085,13	1.104.328,08
Μονάδα Χειρουργείου-Αποστείρωση	214.855,91	174.958,12	2.220.393,47	19.107,28	273.183,71		2.902.498,49
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	85.056,87	5.824,43	21.436,30	4.211,33	81.989,58		198.518,51
Εργαστηριακός τομέας							
Ενδοσκοπικό εργαστήριο	28.529,13	8.118,35	26.504,78	516,60	54.335,12		118.003,98
Μικροβιολογικό εργαστήριο	27.521,49	966,33	261.240,90	3.322,70	54.335,12		347.386,54
Απεικονιστικό εργαστήριο	133.259,38	952,47	27.131,49	70.369,53	171.337,66		403.050,53
Πυρηνική Ιατρική	26.066,49	234,79	29.792,89	1.009,30	19.121,55		76.225,02
Παθολογοανατομικό εργαστήριο	18.616,78	313,81	23.409,51	362,85	54.335,12		97.038,07
Τεχνικής Υπηρεσίας	52.796,64	79,56	312,54	64.291,64	268.743,03	25.200,00	411.423,41
Καθαριότητας			1.377,01	48.767,38	224.904,97		275.049,36
Πλυντήρια - Ιματισμός	74.467,11		926,07	28.085,68	73.256,15		176.735,01
Προμήθειες - Φαρμ.-υγειον. Υλικό	14.893,42			1.110,94	67.632,61		83.636,97
Μαγειρεία	32.586,83			149.753,83	203.484,84		385.825,50
Φύλαξη					69.114,07		69.114,07
Διακομιδή - Διοικ.Νοσηλ.Υπηρ.-Λοιπά	18.616,78				144493,39		163.110,17

Διοικητική λειτουργία	58.307,75			45.012,45	514.151,36	294.788,00	912.259,56
Λειτουργία διαθέσεως	44.903,67				214.995,79		259.899,46
Υπηρεσία χρηματοοικονομικής υπηρεσίας							
Σύνολα	2.651.167,87	982.848,34	3.827.143,73	443.211,12	4.563.056,37	1.432.837,24	13.900.264,67

5.4.3 Υπολογισμός Έμμεσων Δαπανών

Τα παρακάτω γενικά έξοδα αφορούν την ομάδα 6 εκτός από τον 65 “Τόκοι και συναφή έξοδα” ο οποίος ενημερώνει κατευθείαν το κόστος χρηματοοικονομικής λειτουργίας. Κι εδώ χρησιμοποιήθηκαν οι ίδιες κλείδες μερισμού με τον Νοσοκομείο της Λαμίας, συγκεκριμένα:

Με βάση τα m² επιφανείας επιμερίστηκαν τα έξοδα ηλεκτρικού ρεύματος, ύδρευσης, θέρμανσης, ενοίκια και ασφάλιστρα εξοπλισμού καθώς και οι φόροι – τέλη (δημοτικοί φόροι, αυτοκινήτων κ.τ.λ). Οι επισκευές αφορούσαν κτιριακές εγκαταστάσεις και μηχανήματα και επιμερίστηκαν και αυτές με το εμβαδόν επιφανείας.

Τα έξοδα μετακίνησης προσωπικού επιμερίστηκαν με βάση το εργατικό προσωπικό κάθε τμήματος όπως επίσης και τα τηλεφωνικά έξοδα, ενώ τα έξοδα διαφημίσεων βάρυναν τα έξοδα λειτουργίας διάθεσης.

Τέλος τα γενικά έξοδα λόγω της πολυπλοκότητάς τους, καθώς κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα εξόδων που αφορούσαν διάφορα τμήματα της κλινικής επιμερίστηκαν κι αυτά με το εμβαδό επιφανείας. (Πίνακας 5.4.5)

Πίνακας 5.4.5

	Βάσεις Επιμερισμού				Έμμεσα έξοδα – Ομάδα 6												Σύνολο Έμμεσων Έξοδων
	Κλίνες	Ημέρες νοσηλ.	Εμβαδόν Επιφάν.	Εργαζόμενοι	Ηλεκτρικό Ρεύμα	Τηλεφωνικά	Υδρευση	Θέρμανση	Ενοίκια Εξοπλισμού	Ασφάλιστρα	Επισκευές	Φόροι - Τέλη	Μεταφ./άτομα	Διαφημίσεις	Διάφορα Έξοδα		
Παθολογικός Τομέας																	
Παθολογικό τμήμα	14	5614	384,3	3,87	8.508,19	829,25	208,28	4.244,93	7.716,69	886,54	4.880,98	4.050,55	468,19		3.804,87	35.598,47	
Αιματολογικό τμήμα	10	114	274,5	2,77	6.077,28	593,54	148,78	3.032,09	5.511,92	633,24	3.486,41	2.893,25	335,12		2.717,76	25.429,39	
Καρδιολογικό τμήμα	17	205	524,5	4,7	11.612,14	1.007,09	284,27	5.793,56	10.531,89	1.209,96	6.661,65	5.528,27	568,61		5.192,95	48.390,39	
Ογκολογικό τμήμα	6	513	164,7	1,66	3.646,37	355,70	89,27	1.819,25	3.307,15	379,94	2.091,85	1.735,95	200,83		1.630,66	15.256,97	
Χειρουργικός Τομέας																	
Ορθοπεδικό τμήμα	20	1902	274,5	2,56	6.077,28	548,55	148,78	3.032,09	5.511,92	633,24	3.486,41	2.893,25	309,71		2.717,76	25.358,99	
Νευροχειρουργικό τμήμα	10	216	137,25	1,28	3.038,64	274,27	74,39	1.516,04	2.755,96	316,62	1.743,21	1.446,63	154,85		1.358,88	12.679,49	
Οφθαλμολογικό τμήμα	10	1349	137,25	1,28	3.038,64	274,27	74,39	1.516,04	2.755,96	316,62	1.743,21	1.446,63	154,85		1.358,88	12.679,49	
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	10	105	137,25	1,28	3.038,64	274,27	74,39	1.516,04	2.755,96	316,62	1.743,21	1.446,63	154,85		1.358,88	12.679,49	
Ουρολογικό τμήμα	10	181	137,25	1,28	3.038,64	274,27	74,39	1.516,04	2.755,96	316,62	1.743,21	1.446,63	154,85		1.358,88	12.679,49	
Ημερήσιας Νοσηλείας	6	1111	350	0,76	7.748,81	162,85	189,70	3.866,05	7.027,95	807,41	4.445,33	3.689,03	91,95		3.465,27	31.494,35	
Γενική Χειρουργική	20	2498	274,5	2,56	6.077,28	548,55	148,78	3.032,09	5.511,92	633,24	3.486,41	2.893,25	309,71		2.717,76	25.358,99	
Γυν/κός - Μαιευτικός																	
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	30	4643	2500	16	55.348,62	3.428,41	1.354,99	27.614,67	50.199,65	5.767,21	31.752,38	26.350,19	1.935,69		24.751,93	228.503,74	
Μονάδα Νεογνών+Νεογνά	22																
Κ.Α.Α.																	
Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	59	16357	7585	55	167.927,71	11.142,32	4.111,02	8.650,28	152.305,73	17.497,76	96.336,75	79.946,42	6.290,96		75.097,36	619.306,31	
Μονάδες																	
Μ.Α.Φ.-Μ.Ε.Θ.	8	793	200	6	4.427,89	1.285,65	108,40	2.209,17	4.015,97	461,37	2.540,19	2.108,01	725,88		1.980,16	19.862,69	
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	15	10253	400	10	8.855,78	2.142,75	216,80	4.418,35	8.031,94	922,75	5.080,38	4.216,03	1.209,80		3.960,31	39.054,89	
Μονάδα Χειρουργείου-Αποστείρωση			2279	14	50.455,80	2.999,86	1.235,20	25.173,52	45.762,00	5.257,39	28.945,48	24.020,83	1.693,73		22.563,86	208.107,67	
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα			770	5	17.047,38	1.071,38	417,34	8.505,32	15.461,49	1.776,30	9.779,74	8.115,86	604,90		7.623,59	70.403,30	

Εργαστηριακός τομέας																
Ενδοσκοπικό εργαστήριο			350	3	7.748,81	642,83	189,70	3.866,05	7.027,95	807,41	4.445,33	3.689,03	362,94		3.465,27	32.245,32
Μικροβιολογικό εργαστήριο			350	3	7.748,81	642,83	189,70	3.866,05	7.027,95	807,41	4.445,33	3.689,03	362,94		3.465,27	32.245,32
Απεικονιστικό εργαστήριο			1060	7	23.467,82	1.499,93	574,52	11.708,62	21.284,66	2.445,30	13.463,01	11.172,48	846,86		10.494,82	96.958,02
Πυρηνική Ιατρική			350	1	7.748,81	214,28	189,70	3.866,05	7.027,95	807,41	4.445,33	3.689,03	120,98		3.465,27	31.574,81
Παθολογοανατομικό εργαστήριο			250	3	5.534,86	642,83	135,50	2.761,47	5.019,96	576,72	3.175,24	2.635,02	362,94		2.475,19	23.319,73
Τεχνικής Υπηρεσίας			705	8	15.608,31	2.357,03	382,11	7.787,33	14.156,30	1.626,35	8.954,17	7.430,75	1.330,79		6.980,04	66.613,18
Καθαριότητας				11		2.357,03							1.330,79			3.687,82
Πλυντήρια - Ιματισμός			1000	4	22.139,42	857,10	542,00	11.045,86	20.079,87	2.306,89	12.700,96	10.540,07	483,92		9.900,77	90.596,86
Προμήθειες - Φαρμ.-υγειον. Υλικό			200	3	4.427,89	642,83	108,40	2.209,17	4.015,97	461,38	2.540,19	2.108,01	362,94		1.980,15	18.856,93
Μαγειρεία			400	9	8.855,78	1.928,47	216,80	4.418,35	8.031,94	922,75	5.080,38	4.216,03	1.088,83		3.960,31	38.719,64
Φύλαξη				4		857,10							483,92			1.341,02
Διακομιδή - Διοικ.Νοσηλ.Υπηρεσ.-Λοιπά			250	4	5.534,86	1.714,20	135,50	2.761,47	5.019,96	576,72	3.175,24	2.635,02	967,84		2.475,19	24.996,00
Διοικητική λειτουργία			783	23	17.335,19	4.928,34	424,38	8.648,91	15.722,53	1.806,29	9.944,85	8.252,88	2.782,55		7.752,30	77.598,22
Λειτουργία διαθέσεως			603	10	13.350,09	2.142,75	326,82	6.660,66	12.108,15	1.391,05	7.658,68	6.355,66	1.209,80	5.150,00	5.970,16	62.323,82
Υπηρεσία χρηματοοικονομικής υπηρεσίας																
Γενικά Σύνολα	267	49807	22831	227	505.465,74	48.640,53	12.374,30	177.055,52	458.443,25	52.668,51	289.975,51	240.640,42	27.462,52	5.150,00	226.044,49	2.043.920,80

5.4.4 Επιμερισμός Βοηθητικών Κέντρων Κόστους

Μέχρι στιγμής κατανείμαμε όλα τα έξοδα της πολυκλινικής στα παραπάνω κέντρα κόστους, βοηθητικά και κύρια. Την ίδια διαδικασία που ακολουθήσαμε για τον επιμερισμό των βοηθητικών κέντρων κόστους του Νοσοκομείου Λαμίας θα ακολουθήσουμε κι εδώ.

Τα βοηθητικά κέντρα κόστους τα οποία θα επιμερίσουμε σε πρώτη φάση είναι τα εξής:

Τεχνικής Υπηρεσίας
Καθαριότητας
Πλυντήρια - Ιματισμός
Προμήθειες - Φαρμ.-υγειον. Υλικό
Μαγειρεία
Φύλαξη
Διακομιδή - Διοικ.Νοσηλ.Υπηρ.-Λοιπά

Να σημειώσουμε ότι οι υπηρεσίες των βοηθητικών κέντρων κόστους Φύλαξης και Καθαριότητας αφορούν όλα τα κύρια κέντρα κόστους πλην αυτό του Κ.Α.Α. καθότι σε αυτό έχουν ενσωματωθεί. Το κόστος της τεχνικής υπηρεσίας, της καθαριότητας και της φύλαξης θα τα επιμερίσουμε βάσει των τετραγωνικών μέτρων. Τα υπόλοιπα κόστη, πλυντήρια-ιματισμός, προμήθειες, μαγειρεία και λοιπά θα τα επιμερίσουμε με της ημέρες νοσηλείας αφού είναι δαπάνες που αφορούν τους ασθενείς.

Πρώτο βήμα είναι να επιμερίσουμε τις δαπάνες φύλαξης και καθαριότητας σε όλα τα κέντρα κόστους, κύρια και βοηθητικά (εκτός του Κ.Α.Α.) αφού οι δαπάνες αυτές αφορούν όλα τα Κ.Κ. Επόμενο βήμα είναι να επιμερίσουμε τις δαπάνες της τεχνικής υπηρεσίας, μαζί με το κόστος καθαριότητας που του αποδόθηκε, σε όλα επίσης τα κέντρα κόστους τα οποία κατέχουν κάποιο εμβαδό. (Πίνακας 5.4.6)

Πίνακας 5.4.6

	ΒΑΣΕΙΣ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ				ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ			
	Κλίνες	Ημέρες νοσηλ.	Εμβ. Επιφάν.	Εργα-ζόμενοι	ΒΚΚ1 Καθαριότ. Φύλαξη	ΒΚΚ1 Τεχνική Υπηρεσία	ΒΚΚ2	Συνολο κόστους ΒΚΚ
Παθολογικός Τομέας								
Παθολογικό τμήμα	14	5614	384,3	3,87	8.801,95	8.583,33	130.533,24	147.918,51
Αιματολογικό τμήμα	10	114	274,5	2,77	6.287,11	6.130,95	2.650,66	15.068,72
Καρδιολογικό τμήμα	17	205	524,5	4,7	12.013,08	11.714,70	4.766,53	28.494,31
Ογκολογικό τμήμα	6	513	164,7	1,66	3.772,27	3.678,57	11.927,96	19.378,80
Χειρουργικός Τομέας								
Ορθοπαιδικό τμήμα	20	1902	274,5	2,56	6.287,11	6.130,95	44.224,13	56.642,19
Νευροχειρουργικό τμήμα	10	216	137,25	1,28	3.143,55	3.065,48	5.022,30	11.231,33
Οφθαλμολογικό τμήμα	10	1349	137,25	1,28	3.143,55	3.065,48	31.366,12	37.575,15
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	10	105	137,25	1,28	3.143,55	3.065,48	2.441,40	8.650,43
Ουρολογικό τμήμα	10	181	137,25	1,28	3.143,55	3.065,48	4.208,50	10.417,53
Ημερήσιας Νοσηλείας	6	1111	350	0,76	8.016,35	7.817,24	25.832,29	41.665,88
Γενική Χειρουργική	20	2498	274,5	2,56	6.287,11	6.130,95	58.081,96	70.500,02
Γυναικ/κός - Μαιευτικός								

	Μαιευτικό - Γυναικολογικό	30	4643	2500	16	57.259,68	55.837,45	107.956,17	221.053,30
	Μονάδα Νεογνών+Νεογνά	22							
	Κ.Α.Α.								
	Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	59	16357	7585	52		169.410,84	380.322,88	549.733,72
	Μονάδες								
	Μ.Α.Φ.-Μ.Ε.Θ.	8	793	200	6	4.580,77	4.467,00	18.438,35	27.486,12
	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	15	10253	400	10	9.161,54	8.933,99	238.396,44	256.491,97
	Μονάδα Χειρουργείου-Αποστείρωση			2279	14	52.197,90	50.901,43		103.099,33
	ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα			770	5	17.635,97	17.197,94		34.833,91
		267	49807						
	Εργαστηριακός τομέας								
	Ενδοσκοπικό εργαστήριο			350		8.016,35	7.817,24		15.833,59
	Μικροβιολογικό εργαστήριο			350		8.016,35	7.817,24		15.833,59
	Απεικονιστικό εργαστήριο			1060		24.278,10	23.675,08		47.953,18
	Πυρηνική Ιατρική			350		8.016,35	7.817,24		15.833,59
	Παθολογοανατομικό εργαστήριο			250		5.725,97	5.583,75		11.309,72
			Ποσό Επιμερισμού						
ΒΚΚ1	Τεχνικής Υπηρεσίας	478.036,59		705		16.147,22			
	Καθαριότητας	278.737,18							
	Φύλαξη	70.455,09							
ΒΚΚ2	Πλυντήρια - Ιματισμός	267.331,87		1000		22.903,86	22.334,98		
	Προμήθειες - Φαρμ.-υγειον. Υλικό	102.493,90		200		4.580,77	4.467,00		
	Μαγειρεία	424.545,14		400		9.161,54	8.933,99		
	Διακομιδή - Διοικ.Νοσηλ.Υπηρ.-Λοιπά	188.106,17		250		5.725,97	5.583,75		
		1.809.705,94							
	Διοικητική λειτουργία	989.857,78		783		17.933,72	17.488,29		35.422,01
	Λειτουργία διαθέσεως	322.223,28		603		13.811,03	13.467,99		27.279,02
	Υπηρεσία χρημ/κής λειτουργίας	2.675.330,43							
	Σύνολα			22831	127	349.192,27	494.183,81	1.066.168,93	1.809.705,92

Μια ιδιωτική κλινική έχει διάφορα τιμολόγια χρέωσης της κάθε υπηρεσίας ανάλογα με τον φορέα στον οποίο απευθύνεται (ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία, δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο κ.τ.λ.). Ο υπολογισμός των εξετάσεων όμως έγινε με το ίδιο σκεπτικό το οποίο ακολουθήσαμε στην περίπτωση του νοσοκομείου Λαμίας. Χρησιμοποιήσαμε δηλαδή ως συντελεστή βαρύτητας την τιμή χρέωσης του προεδρικού διατάγματος. Έπειτα αφού βρούμε το κόστος που αναλογεί σε κάθε εξέταση το επιμερίζουμε με τον αριθμό εξετάσεων του κάθε τμήματος (Πίνακες 5.4.7 έως 5.4.11). Στην περίπτωση της πολυκλινικής, σε αντίθεση με αυτή του νοσοκομείου Λαμίας υπάρχει πλήρη καταγραφή όλων των παραπεμπτικών και των αναλώσεων.

Πίνακας 5.4.7

Εργαστήρια	Εξετάσεις	Κόστος εργαστ.	Αριθμ. Εξετάσ.	Μέση τιμή χρέωσης	Σύνολο χρέωσης	Συντελ. Βαρύτητας	Αναλογούν συν.κόστος	Αναλογ. Κόστος Εξέτασης
Παθολογ/κό εργαστήριο	Παθολογ/κές	131.667,52	1.402				131.667,52	93,9141
	Σύνολο		1.402				131.667,52	
Ενδοσκοπικό εργαστήριο	Ενδοσκοπικές	166.082,89	2.177				166.082,89	76,2898
	Σύνολο		2.177				166.082,89	
Πυρηνική Ιατρική	Πυρηνικής Ιατρικής	123.633,42	1.009				123.633,42	122,5306
	Σύνολο		1.009				123.633,42	
Μικροβιολογικό εργαστήριο		395.465,45						
	Μικροβ/κές		181.109	8,56	1.550.293,04	0,9994	395.219,31	2,1822
	Μοριακή Βιολογία		48	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,0000
	Κυταρρολογικές		162	5,96	965,52	0,0006	246,14	1,5194
	Σύνολο		181.319		1.551.258,56	1,0000	395.465,45	
Απεικονιστικό Εργαστήριο		547.961,73						
	Ακτινολογικές		8.919	7,15	63.770,85	0,0509	27.868,38	3,1246
	TRIPLEX		1.010	60,25	60.852,50	0,0485	26.593,04	26,3297
	Μαγνητικές		2.834	239,21	677.921,14	0,5407	296.257,03	104,5367
	ΥΠΕΡΗΧΩΝ (US)		3.822	9,76	37.302,72	0,0297	16.301,59	4,2652
	Αξονικές		5.546	69,82	387.221,72	0,3088	169.219,03	30,5119
	Μαστογραφίες		765	8,01	6.127,65	0,0049	2.677,83	3,5004
	Οστικής Πυκνότητας		374	55,34	20.697,16	0,0165	9.044,83	24,1840
	Σύνολο		23.270		1.253.893,74	1,00	547.961,73	

Πίνακας 5.4.8

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Παθολογοανατομικό εργαστήριο		Ενδοσκοπικό εργαστήριο		Πυρηνική Ιατρική		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	Παθολογοανατομικές		Ενδοσκοπικές		Πυρηνικής		
Αναλογούν κόστος		93,9141		76,2898		122,5306	
	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Συν.Κόστος
Παθολογικός Τομέας							
Παθολογικό τμήμα	130	12.208,83	447	34.101,54	13	1.592,90	47.903,27
Αιματολογικό τμήμα			1	76,29			76,29
Καρδιολογικό τμήμα	2	187,83					187,83
Ογκολογικό τμήμα	12	1.126,97	5	381,45	1	122,53	1.630,95
Χειρουργικός Τομέας							0,00
Ορθοπεδικό τμήμα	65	6.104,41	1	76,29	12	1.470,37	7.651,07
Νευροχειρουργικό τμήμα	12	1.126,97					1.126,97
Οφθαλμολογικό τμήμα							0,00
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	18	1.690,45					1.690,45
Ουρολογικό τμήμα	54	5.071,36					5.071,36
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	258	24.229,83					24.229,83
Γενική Χειρουργική	437	41.040,45	1.719	131.142,16			172.182,61

Γυναικολογικός - Μαιευτικός							
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	78	7.325,30					7.325,30
Μονάδα Νεογνών+Νεογνά							
Κ.Α.Α.							
Κέντρο Αποκ.& Αποθεραπείας			3	228,87	13	1.592,90	1.821,77
Μονάδες							
Μ.Α.Φ. - Μ.Ε.Θ.	18	1.690,45			2	245,06	1.935,51
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	2	187,83	1	76,29	204	24.996,25	25.260,37
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	316	29.676,84			764	93.613,41	123.290,26
Σύνολα	1.402	131.667,52	2.177	166.082,89	1.009	123.633,42	421.383,83

Πίνακας 5.4.9

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Μικροβιολογικό εργαστήριο						
	Μικροβιολογικές		Μοριακή Βιολογία		Κυταρρολογικές		Συν.Κόστος
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	Αριθμ. Εξετάσεων	Κόστος	
Αναλογούν κόστος		2,1822		0,0000		1,5194	
Παθολογικός Τομέας							
Παθολογικό τμήμα	33340	72.755,15	3	0,00	32	48,62	72.803,77
Αιματολογικό τμήμα	406	885,98					885,98
Καρδιολογικό τμήμα	2167	4.728,87					4.728,87
Ογκολογικό τμήμα	1413	3.083,47			4	6,08	3.089,55
Χειρουργικός Τομέας							0,00
Ορθοπαιδικό τμήμα	8551	18.660,15					18.660,15
Νευροχειρουργικό τμήμα	910	1.985,82					1.985,82
Οφθαλμολογικό τμήμα	1	2,18					2,18
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	168	366,61					366,61
Ουρολογικό τμήμα	45	98,20					98,20
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	16	34,92					34,92
Γενική Χειρουργική	7407	16.163,69			1	1,52	16.165,21
Γυναικολογικός - Μαιευτικός							0,00
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	7268	15.860,36	1	0,00			15.860,36
Κ.Α.Α.							0,00
Κέντρο Αποκ.& Αποθεραπείας	5466	11.928,00					11.928,00
Μονάδες							0,00
Μ.Α.Φ. - Μ.Ε.Θ.	7443	16.242,25					16.242,25
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	13900	30.332,83					30.332,83
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	92608	202.090,84	44	0,00	125	189,92	202.280,76
Σύνολα	181.109	395.219,31	48	0,00	162	246,14	395.465,45

Πίνακας 5.4.10

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Απεικονιστικό Εργαστήριο														
	Ακτινολογικές		Triplex		Μαγνητικές		Υπερήχων		Αξονικές		Μαστογραφίες		Οστικής Πυκνότητας		Συν.Κόστος
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	Αριθμ. Εξετ.	Κόστος	
Αναλογούν κόστος		3,1246		26,3297		104,5367		4,2652		30,5119		3,5004		24,1840	
Παθολογικός Τομέας															
Παθολογικό τμήμα	1143	3.571,43	146	3.844,14	103	10.767,28	476	2.030,23	888	27.094,57	10	35,00	4	96,74	47.439,40
Αιματολογικό τμήμα	21	65,62					4	17,06	5	152,56					235,24
Καρδιολογικό τμήμα	58	181,23	5	131,65	1	104,54	11	46,92	22	671,26					1.135,59
Ογκολογικό τμήμα	95	296,84	3	78,99	6	627,22	18	76,77	54	1.647,64					2.727,46
Χειρουργικός Τομέας															
Ορθοπεδικό τμήμα	1290	4.030,74	21	552,92	45	4.704,15	18	76,77	73	2.227,37					11.591,96
Νευροχειρουργικό τμήμα	129	403,07	21	552,92	5	522,68			18	549,21					2.027,90
Οφθαλμολογικό τμήμα	1	3,12													3,12
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	22	68,74			2	209,07			3	91,54					369,35
Ουρολογικό τμήμα	8	25,00													25,00
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	3	9,37							58	1.769,69					1.779,06
Γενική Χειρουργική	342	1.068,62			11	1.149,90	41	174,87	84	2.563,00					4.956,39
Γυναικολογικός - Μαιευτικός															
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	46	143,74	4	105,32	10	1.045,37	44	187,67							1.482,08
Κ.Α.Α.															
Κέντρο Αποκ.& Αποθεραπείας	328	1.024,87	33	868,88	23	2.404,34	63	268,71	103	3.142,73					7.709,53
Μονάδες															
Μ.Α.Φ. - Μ.Ε.Θ.	674	2105,99	4	105,32	2	209,07	11	46,92	61	1.861,22					4.328,52
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	205	640,54					1	4,27	3	91,54					736,35
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	4554	14.229,46	773	20.352,89	2626	274.513,40	3135	13.371,40	4174	127.356,70	755	2.642,83	370	8.948,09	461.414,77
Σύνολα	8.919	27.868,38	1.010	26.593,04	2.834	296.257,03	3.822	16.301,59	5.546	169.219,03	765	2.677,83	374	9.044,83	547.961,73

Πίνακας 5.4.11

<i>Παθολογικός Τομέας</i>	Παθολογοανατομικό	Ενδοσκοπικό	Πυρηνικής	Μικροβιολογικό	Απεικονιστικό	Κόστος Εξετάσεων
Παθολογικό τμήμα	12.208,83	34.101,54	1.592,90	72.803,77	47.439,40	168.146,43
Αιματολογικό τμήμα		76,29		885,98	235,24	1.197,51
Καρδιολογικό τμήμα	187,83			4.728,87	1.135,59	6.052,29
Ογκολογικό τμήμα	1.126,97	381,45	122,53	3.089,55	2.727,46	7.447,96
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>						
Ορθοπαιδικό τμήμα	6.104,41	76,29	1.470,37	18.660,15	11.591,96	37.903,18
Νευροχειρουργικό τμήμα	1.126,97			1.985,82	2.027,90	5.140,68
Οφθαλμολογικό τμήμα				2,18	3,12	5,31
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	1.690,45			366,61	369,35	2.426,42
Ουρολογικό τμήμα	5.071,36			98,20	25,00	5.194,56
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	24.229,83			34,92	1.779,06	26.043,81
Γενική Χειρουργική	41.040,45	131.142,16		16.165,21	4.956,39	193.304,21
<i>Γυναικολογικός - Μαιευτικός</i>						
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	7.325,30			15.860,36	1.482,09	24.667,74
<i>Κ.Α.Α.</i>						
Κέντρο Αποκ.& Αποθεραπείας	0,00	228,87	1.592,90	11.928,00	7.709,53	21.459,30
<i>Μονάδες</i>						
Μ.Α.Φ.- Μ.Ε.Θ.	1.690,45	0,00	245,06	16.242,25	4.328,52	22.506,28
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	187,83	76,29	24.996,25	30.332,83	736,35	56.329,54
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα	29.676,84	0,00	93.613,41	202.280,76	461.414,78	786.985,79
Σύνολα	131.667,52	166.082,89	123.633,42	395.465,45	547.961,74	1.364.811,01

5.4.5 Αποτελέσματα – Στατιστικοί Δείκτες

Έχουμε ολοκληρώσει όλους τους επιμερισμούς και η τελική εικόνα η οποία διαμορφώνεται ανά κύριο κέντρο κόστους για την ιδιωτική μονάδα υγείας παρουσιάζεται στους πίνακες 5.4.12 και 5.4.13. Το συνολικό κόστος της πολυκλινικής είναι 18.619.515,90€ ενώ το κόστος που αναλογεί στην Γυναικολογική κλινική είναι της τάξεως των 973.625,55€

Πίνακας 5.4.12

	Κλίνες	Ημέρες νοσηλ.	Εμβαδόν Επιφάνειας	Εργαζόμενοι	Σύνολο Έμμεσων Εξόδων	Σύνολο Άμεσων Εξόδων	Σύνολο ΒΚΚ	Σύνολο Εξετάσεων	Γενικό σύνολο
<i>Παθολογικός Τομέας</i>									
Παθολογικό τμήμα	14	5.614	384,30	3,87	35.598,47	576.491,01	147.918,55	168.146,43	928.154,43
Αιματολογικό τμήμα	10	114	274,50	2,77	25.429,39	85.140,84	15.068,72	1.197,51	126.836,46
Καρδιολογικό τμήμα	17	205	524,50	4,70	48.390,39	162.423,79	28.494,31	6.052,29	245.360,78
Ογκολογικό τμήμα	6	513	164,70	1,66	15.256,97	93.665,74	19.378,80	7.447,96	135.749,47
<i>Χειρουργικός Τομέας</i>									
Ορθοπαιδικό τμήμα	20	1.902	274,50	2,56	25.358,99	241.357,56	56.642,19	37.903,18	361.261,92
Νευροχειρουργικό τμήμα	10	216	137,25	1,28	12.679,49	57.042,89	11.231,33	5.140,68	86.094,39

Οφθαλμολογικό τμήμα	10	1.349	137,25	1,28	12.679,49	82.668,84	37.575,15	5,31	132.928,79
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	10	105	137,25	1,28	12.679,49	40.519,10	8.650,43	2.426,42	64.275,44
Ουρολογικό τμήμα	10	181	137,25	1,28	12.679,49	44.103,34	10.417,53	5.194,56	72.394,92
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	6	1.111	350,00	0,76	31.494,35	66.566,67	41.665,88	26.043,81	165.770,71
Γενική Χειρουργική	20	2.498	274,50	2,56	25.358,99	318.704,81	70.500,02	193.304,21	607.868,03
Γυναικολογικός - Μαιευτικός									
Μαιευτικό – Γυναικ/κό	30	4.643	2.500,00	16	228.503,74	847.146,99	221.053,30	24.667,74	1.321.371,77
Μονάδα Νεογνών	22								
Κ.Α.Α.									
Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	59	16.357	7.585,00	52,00	619.306,31	2.767.644,57	549.733,72	21.459,30	3.958.143,90
Μονάδες									
Μ.Α.Φ.-Μ.Ε.Θ.	8	793	200,00	6,00	19.862,69	532.685,79	27.486,12	22.506,28	602.540,88
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	15	10.253	400,00	10,00	39.054,89	1.104.328,08	256.491,97	56.329,54	1.456.204,48
Μονάδα Χειρουργείου-Αποστείρωση			2.279,00	14,00	208.107,67	2.902.498,49	103.099,33		3.213.705,49
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα			770,00	5,00	70.403,30	198.518,51	34.833,91	786.985,79	1.090.741,51
Διοικητική λειτουργία			783,00	23,00	77.598,22	912.259,56	35.422,01		1.025.279,79
Λειτουργία διαθέσεως			603,00	10,00	62.323,82	259.899,46	27.279,02		349.502,30
Υπηρεσία χρηματοοικονομικής λειτουργίας					2.675.330,43				2.675.330,43
Σύνολα	267	45.854							18.619.515,90

Πίνακας 5.4.13

	Κλίνες	Νοσηλευ θέντες	Ημέρες νοσηλείας	Γενικό σύνολο	Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας & κλινική	Μέσο κόστος ανά Ασθενή & κλινική
Παθολογικός Τομέας						
Παθολογικό τμήμα	14	2638	5.614	928.154,43	165,33	351,84
Αιματολογικό τμήμα	10	87	114	126.836,46	1.112,60	1.457,89
Καρδιολογικό τμήμα-Εμφραγμάτων	17	106	205	245.360,78	1.196,88	2.314,72
Ογκολογικό τμήμα	6	282	513	135.749,47	264,62	481,38
Χειρουργικός Τομέας						
Ορθοπεδικό τμήμα	20	666	1.902	361.261,92	189,94	542,44
Νευροχειρουργικό τμήμα	10	89	216	86.094,39	398,59	967,35
Οφθαλμολογικό τμήμα	10	1.349	1.349	132.928,79	98,54	98,54
Ω.Ρ.Λ. τμήμα	10	93	105	64.275,44	612,15	691,13
Ουρολογικό τμήμα	10	174	181	72.394,92	399,97	416,06
Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας	6	1.117	1.111	165.770,71	149,21	148,41
Γενική Χειρουργική	20	1.572	2.498	607.868,03	243,34	386,68
Γυναικολογικός - Μαιευτικός						
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	30	1285	4.643	1.321.371,77	284,59	1.028,30
Μονάδα Νεογνών+Νεογνά	22					
Κ.Α.Α.						

Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	59	634	16.357	3.958.143,90	241,98	6.243,13
Μονάδες						
Μ.Α.Φ.-Μ.Ε.Θ.	8	181	793	602.540,88	759,82	3.328,96
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	15	10.653	10.253	1.456.204,48	142,03	136,69
Μονάδα Χειρουργείου-Αποστείρωση				3.213.705,49		
ΤΕΠ - ΤΕΙ-Λοιπά Ιατρικά Τμήματα		44.291		1.090.741,51		24,63

Στον πίνακα 5.4.13 βλέπουμε το μέσο κόστος ανά ασθενή και ανά κλινική ή το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας και κλινική χωρίς να συμπεριλαμβάνονται τα διοικητικά έξοδα.

Συνολικά θα μπορούσαμε να πούμε για ολόκληρη την πολυκλινική ότι

$$\text{Μέσο Κόστος ανά Ημέρα Νοσηλείας} = \frac{15.944.185,46}{45.854} = 347,72\text{€}$$

(Δεν συμπεριλαμβάνονται τα χρηματοοικονομικά έξοδα)

$$\text{Μέσο Κόστος ανά Ασθενή} = \frac{15.944.185,46}{20.926} = 761,93\text{€}$$

(Δεν συμπεριλαμβάνονται οι εξωτερικοί ασθενείς)

$$\text{Μέσο Κόστος Φαρμάκου ανά Ημέρα Νοσηλείας} = \frac{982.848,34}{45.854} = 21,43\text{€}$$

$$\text{Μέσο Φαρμάκου ανά Ασθενή} = \frac{982.848,34}{20.926} = 46,97\text{€}$$

5.3 Εμπειρική μελέτη ανά Διαγνωστική Κατηγορία (KEN)

Στα προηγούμενα περιγράψαμε τον τρόπο διάρθρωσης και επιμερισμού του άμεσου και έμμεσου κόστους στα ΚΚΚ και στα ΒΚΚ, με την βοήθεια βάσεων επιμερισμού. Επίσης, περιγράψαμε την διαδικασία επαναμερισμού του κόστους των βοηθητικών κέντρων κόστους στα κύρια. Στην ενότητα αυτή περιγράφεται αναλυτικά, ο μετέπειτα μερισμός του συνολικού κόστους που έχουν απορροφήσει τα ΚΚΚ, στα ΚΕΝ που να έχουν εξυπηρετήσει.

Προαπαιτούμενο στοιχείο για την κοστολόγηση των ΚΕΝ είναι η παρακολούθηση και σωστή καταγραφή του ΚΕΝ του ασθενή ανά κλινική. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ένας ασθενής με κάποια συγκεκριμένη κατηγορία ΚΕΝ νοσηλεύεται σε μια κλινική π.χ.(ουρολογική), δεν λείπουν όμως και οι περιπτώσεις όπου ένας ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί για το ίδιο ΚΕΝ σε δύο διαφορετικές κλινικές (π.χ. κάποιες ημέρες στην ουρολογική και κάποιες άλλες στην παθολογική) όπως επίσης και κάποιος ασθενής να έχει δυο ΚΕΝ. Για την αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων

απαιτείται πλήρη καταγραφή του ιστορικού του ασθενή και των μετακινήσεών του μέσα στο χώρο της μονάδος υγείας.

Επίσης για την ορθή κοστολόγηση του τελικού φορέα κόστους απαιτείται η έγκυρη και έγκαιρη χρέωση των υλικών ατομικού συνταγολογίου στην ατομική καρτέλα των ασθενών καθώς και η καταχώρηση των παραπεμπτικών του για τις διάφορες εξετάσεις και ιατρικές πράξεις. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής επιβαρύνεται με τα κόστη των άμεσων αναλώσεων που τον αφορούν για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις και μέσω αυτού επιβαρύνεται το κύριο κέντρο κόστους στο οποίο νοσηλεύεται. Ανάλογα με τις μέρες νοσηλείας του και τις συνολικές ημέρες νοσηλείας των υπολοίπων ασθενών που βρίσκονται στο ίδιο κύριο κέντρο κόστους, επιβαρύνεται με τα λοιπά κόστη και επομένως προκύπτει το συνολικό κόστος του.

Εφόσον έχει προσδιορισθεί κόστος κατά ασθενή έχει συγχρόνως υπολογιστεί και το κόστος κατά πάθηση (KEN). Κατά συνέπεια σκοπός της κοστολόγησης είναι ο προσδιορισμός του συνολικού κόστους του ασθενή κατά την διάρκεια της παραμονής του στο Νοσοκομείο.

Όπως προαναφέραμε εξαγωγή κόστους ανά ασθενή και ανά KEN δεν έχει εξαχθεί μέχρι στιγμής από κανένα δημόσιο νοσοκομείο αλλά βρίσκεται σε διαδικασία επεξεργασίας με ορίζοντα να εφαρμοστεί στην οικονομική χρήση του 2013. Παρακάτω, θα δούμε πως μπορεί να προκύψει το κόστος ενός ασθενή και παράλληλα του KEN του ακολουθώντας τις οδηγίες κοστολόγησης που έχουν δοθεί από την 5η Υ.Π.Ε. προς τα νοσοκομεία της Στερεάς Ελλάδος και Θεσσαλίας όπου ανήκει και το νοσοκομείο της Λαμίας.

Προϋποθέσεις για την εφαρμογή αυτή είναι α) κάθε ασθενής να ανήκει σε κάποιο KEN και να είναι εμφανές ποιο KEN είχε ο ασθενής τις ημέρες για τις οποίες νοσηλεύτηκε στη συγκεκριμένη κλινική, β) η διάκριση του κόστους που απορροφά το KEN, σε άμεσο και έμμεσο.

Το κόστος αυτό έχει εκ των προτέρων επιβαρύνει το κέντρο κόστους το οποίο παράγει, τις προς κοστολόγηση υπηρεσίες, οι οποίες ομαδοποιούνται ανά KEN. Μέρος από το άμεσο κόστος το οποίο προσδιορίσαμε στην παραπάνω διαδικασία και συγκεκριμένα το κόστος των φαρμάκων, των υγειονομικών υλικών και των εξετάσεων πηγάζει από την ατομική καρτέλα κάθε ασθενή. Στην καρτέλα κάθε ασθενή θα πρέπει απαραίτητως να καταγράφεται κάθε λεπτομέρεια. Σε ιδανικές συνθήκες θα έπρεπε να καταγράφεται ακόμα και η ώρα απασχόλησης του κάθε νοσηλευτή ή ιατρού για τον συγκεκριμένο ασθενή. Αν λοιπόν προσθέσουμε όλα τα άμεσα κόστη των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο συγκεκριμένο φορέα έχουμε αμέσως το σύνολο από τα άμεσα κόστη των ασθενών και παράλληλα και των KEN τους. Αφαιρώντας το σύνολο αυτό από το συνολικό κόστος του ΚΚΚ προκύπτει το έμμεσο κόστος το οποίο και θα πρέπει να επιμερίσουμε στον κάθε ασθενή με κατάλληλη επιλογή και χρήση κριτηρίων μερισμού.

Στην παρούσα εργασία επιλέξαμε να ασχοληθούμε με το ΚΚΚ “Γυναικολογική - Μαιευτική κλινική” μια κλινική η οποία υπάρχει και στις δύο μονάδες υγείας με τον ίδιο αριθμό κλινών και με αρκετές ημέρες νοσηλείας. Ακόμη επιλέξαμε να εξάγουμε το κόστος από το KEN «Γ07Α - Άλλες

επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για μη κακοήθεια» για το οποίο υπήρξαν ασθενείς και στους 2 φορείς.

Πρώτο βήμα είναι να πάρουμε τις καρτέλες όλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν μέσα στο 2012 με το συγκεκριμένο ΚΕΝ στη συγκεκριμένη κλινική και να βρούμε το κόστος για κάθε υλικό και εξέταση σύμφωνα με τους παραπάνω υπολογισμούς. Στους πίνακες 5.5.1 έως 5.5.3 βλέπουμε τα άτομα για τα οποία έγινε η έρευνα καθώς και τη συγκεντρωτική καρτέλα του ασθενή.

Πίνακας 5.5.1

ΚΕΝ	Μ.Υ.	Ασθενής	Ημέρες Νοσηλ.
Γ07Α	Πολυκλινική	Λ.Κ.	3
Γ07Α	Πολυκλινική	Π. Γ.	3
Γ07Α	Νοσ.Λαμίας	Γ. Μ.	4
Γ07Α	Νοσ.Λαμίας	Μ.Μ.	3
Γ07Α	Νοσ.Λαμίας	Α.Μ.	5

Πίνακας 5.5.2

Πολυκλινική				Κόστος Άμεσων υλικών -εξετάσεων				Σύνολο Άμεσου κόστους
ΚΕΝ	Ασθενής	Ημ. Νοσηλ	Μικροβ/ικές	Παθολ/κές	Ακτιν/κές	Υλικά	Φάρμακα	
Γ07Α	Λ.Κ.	3	6,54	93,91	3,12	103,59	84,36	291,52
Γ07Α	Π.Γ.	3		93,91		104,5	123,49	321,9
Σύνολα		6	6,54	187,82	3,12	208,09	207,85	613,42

Πίνακας 5.5.3

Νοσοκομείο Λαμίας			Κόστος Άμεσων υλικών -εξετάσεων							Σύνολο Άμεσου κόστους
ΚΕΝ	Ασθενής	Ημ.Νοσηλ	Βιοχημικές	Αιμοδ/μα	Πηκτικός έλεγχος	Γενική Ούρων	Ανοσολ/κές Ορμόνες	Υλικά	Φάρμακα	
Γ07Α	Γ. Μ.	4	13,25	6,75	10,56	7,22	12,99		56,18	106,95
Γ07Α	Μ.Μ.	3		4,5					85,86	90,36
Γ07Α	Α.Μ.	5	15,46	11,25	10,55				120,11	157,37
Σύνολα		12	28,71	22,5	21,11	7,22	12,99		262,15	354,68

Για την ιδιωτική μονάδα υγείας έχουμε ότι 613,42€ ήταν το άμεσο κόστος των δύο αυτών ασθενών. Θυμίζουμε ότι το συνολικό κόστος του Κ.Κ.Κ. ήταν 1.321.371,77€ και μοιράζεται ως εξής:

Πίνακας 5.5.4

Ιδιωτική Μονάδα Υγείας	Ημέρες νοσηλείας	Σύνολο Έμμεσου κόστους ΚΕΝ	Σύνολο Εξετάσεων	Φάρμακα	Υγειον. υλικό	Σύνολο Άμεσου κόστους ΚΕΝ	Γενικό σύνολο
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	4643	1.172.671,84	24.667,74	50.822,15	73.210,04	148.699,93	1.321.371,77
Γ07Α	6		197,48	207,85	208,09	613,42	

Άρα το ποσό $148.699,93-613,42=148.086,51$ ανήκει στο άμεσο κόστος των υπολοίπων ασθενών οι οποίοι ανήκουν στα υπόλοιπα ΚΕΝ.

Μας μένει λοιπόν να επιμερίσουμε το έμμεσο κόστος των 1.172.671,84 στις ημέρες νοσηλείας όλων των ασθενών συμπεριλαμβανομένων και των εξεταζόμενων του ΚΕΝ Γ07Α. Το έμμεσο αυτό κόστος περιλαμβάνει αμοιβές προσωπικού, ηλεκτρικό ρεύμα και θέρμανση καθώς και αποσβέσεις, διατροφή και όσα δεν μπορούν να εξαχθούν από την καρτέλα του ασθενή. Το να τα επιμερίζαμε αυτά τα κόστη με βάση της ημέρες νοσηλείας δεν θα ήταν σωστό καθότι π.χ. η απασχόληση του ιατρού ή της νοσηλεύτριας διαφέρει ανά ασθενή ανάλογα με την πάθησή του. Άρα θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένας συντελεστής βαρύτητας ο οποίος σχετίζεται με το ΚΕΝ.

Στον παρακάτω πίνακα 5.5.5 εμφανίζονται τα ΚΕΝ στα οποία νοσηλεύθηκαν όλοι οι ασθενείς στην Γυναικολογική κλινική το 2012. Συγκεκριμένα στη στήλη 1 βρίσκεται ο αριθμός των ασθενών, στη στήλη 2 το σύνολο των ημερών νοσηλείας αυτών των ασθενών, στη στήλη 3 η τεκμαρτή τιμή του ΚΕΝ όπως αυτή ορίζεται στον τιμοκατάλογο των ΚΕΝ που εκδίδει το υπουργείο υγείας. Το τεκμαρτό κόστος κάθε ΚΕΝ θεωρούμε ότι βασίζεται σε μελέτες που έχουν γίνει όπως προαναφέραμε στην ενότητα.4.5. Στη στήλη 4 η μέση διάρκεια νοσηλείας όπως ορίζεται για το κάθε ΚΕΝ και στη στήλη 6 η τεκμαρτή τιμή ΚΕΝ ανά ημέρα νοσηλείας.

Κλείδα μερισμού είναι το πηλίκο του έμμεσου κόστους προς μερισμό, προς το σύνολο του συντελεστή βαρύτητας $1.172.671,82/ 560.168.852,79 =0,0020934$. Αν πολλαπλασιάσουμε την κλείδα με το συντελεστή βαρύτητας βρίσκουμε το έμμεσο κόστος ανά ΚΕΝ.

Πίνακας 5.5.5

ΚΕΝ	1.Ασθενείς	2.Ημ. Νοσηλ.	3.Τιμή ΚΕΝ	4.ΜΔΝ ΚΕΝ	5.ΚΕΝ / ημ.	6. 1x2x5	Έμμεσο κόστος / ΚΕΝ
Γ01Α	1	4	2964	8	370,5	1.482,00	3,10
Γ04Μ	1	4	1800	6	300	1.200,00	2,51
Γ04Χ	22	76	998	4	249,5	417.164,00	873,30
Γ05Χ	1	2	1140	2	570	1.140,00	2,39
Γ06Μ	7	29	1499	4	374,75	76.074,25	159,26
Γ06Χ	7	22	1149	3	383	58.982,00	123,47
Γ07Α	2	6	683	2	341,5	4.098,00	8,58
Γ08Α	34	41	603	1	603	840.582,00	1.759,70
Γ09Α	38	47	402	2	201	358.986,00	751,51
Γ10Α	10	11	296	1	296	32.560,00	68,16
Γ12Χ	4	16	1784	4	446	28.544,00	59,75
Γ21Α	2	5	343	3	114,33	1.143,30	2,39
Γ22Α	1	2	200	1	200	400,00	0,84
Λ01Μ	1	4	1300	7	185,71	742,84	1,56
Λ01Χ	723	2672	1000	4	250	482.964.000,00	1.011.049,22
Λ02Χ	329	1127	800	4	200	74.156.600,00	155.241,33
Λ03Χ	4	10	650	3	216,67	8.666,80	18,14
Λ04Χ	2	2	400	2	200	800,00	1,67

Λ05A	5	8	200	1	200	8.000,00	16,75
Λ21A	3	7	300	2	150	3.150,00	6,59
Λ24A	20	169	200	3	66,67	225.344,60	471,74
Λ26A	65	376	200	5	40	977.600,00	2.046,53
Χ24Χ	3	3	177	1	177	1.593,00	3,33
Σύνολο	1285	4643				560.168.852,79	1.172.671,82

Ακολουθώς για το Νοσοκομείο της Λαμίας, 354,68€ ήταν το άμεσο κόστος των τριών ασθενών ενώ το συνολικό κόστος του Κ.Κ.Κ. ήταν 1.516.608,65€ και μοιράζεται ως εξής:

Πίνακας 5.5.6

Νοσ.Λαμίας	Ημέρες νοσηλείας	Σύνολο Έμμεσου κόστους ΚΕΝ	Σύνολο Εξετάσεων	Φάρμακα	Υγειον. υλικό	Σύνολο Άμεσου κόστους ΚΕΝ	Γενικό σύνολο
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	3593	1.389.545,74	62.227,00	48.250,33	16.585,58	127.062,91	1.516.608,65
Γ07Α	12		92,53	262,15		354,68	

Εδώ για ακόμα μια φορά θα τονίσουμε την αλλοίωση των αποτελεσμάτων λόγω της μη καταχώρησης δεδομένων. Είναι εμφανές ότι κανένας από τους τρεις ασθενείς δεν έχει χρεωμένα υλικά στην καρτέλα του. Το ίδιο ισχύει φυσικά και για τις εξετάσεις. Σύμφωνα λοιπόν με αυτά τα δεδομένα το ποσό $127.062,91 - 354,68 = 126.708,23€$ ανήκει στο άμεσο κόστος των υπολοίπων ασθενών αυτού του τμήματος.

Το έμμεσο κόστος το οποίο πρέπει να επιμεριστεί είναι της τάξεως του 1.389.545,74€ . Τα ΚΕΝ στα οποία νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς είναι τα παρακάτω.

Πίνακας 5.5.7

ΚΕΝ	1.Ασθενείς	2.Ημ. Νοσηλ.	3.Τιμή ΚΕΝ	4.ΜΔΝ ΚΕΝ	5.ΚΕΝ / ημ.	6. 1x2x5	Έμμεσο κόστος / ΚΕΝ
A34Μα	1	17	1797	10	179,70	3.054,90	30,59
Γ01Α	1	1	2964	8	370,50	370,50	3,71
Γ04Χ	10	60	998	4	249,50	149.700,00	1.499,25
Γ05Χ	2	8	1140	2	570,00	9.120,00	91,34
Γ06Χ	1	5	1149	3	383,00	1.915,00	19,18
Γ07Α	3	12	683	2	341,5	12294	123,13
Γ09Α	10	30	402	2	201,00	60.300,00	603,91
Γ10Α	39	50	296	1	296,00	577.200,00	5.780,69
Γ11Α	5	19	729	3	243,00	23.085,00	231,20
Γ21Α	3	22	343	3	114,33	7.545,78	75,57
Γ22Α	58	122	200	1	200,00	1.415.200,00	14.173,30
Λ01Μ	1	5	1300	7	185,71	928,55	9,30
Λ01Χ	256	1250	1000	4	250,00	80.000.000,00	801.204,20
Λ02Μ	1	5	1100	5	220,00	1.100,00	11,02
Λ02Χ	3	12	800	4	200,00	7.200,00	72,11

Λ03X	11	44	650	3	216,67	104.868,28	1.050,26
Λ04X	1	4	400	2	200,00	800,00	8,01
Λ05A	50	76	200	1	200,00	760.000,00	7.611,44
Λ20A	270	953	600	3	200,00	51.462.000,00	515.394,63
Λ23A	3	4	200	1	200,00	2.400,00	24,04
Λ24A	18	52	200	3	66,67	62.403,12	624,97
Λ26A	225	453	200	5	40,00	4.077.000,00	40.831,37
N29M	1	17	1118	6	186,33	3.167,61	31,72
N32X	1	3	1075	5	215,00	645,00	6,46
P23A	1	1	428	2	214,00	214,00	2,14
Υ23M	1	10	1564	8	195,50	1.955,00	19,58
Φ62X	1	3	307	2	153,50	460,50	4,61
Χ21X	2	2	200	1	200,00	800,00	8,01
ΧΩΡΙΣ ΚΕΝ	78	353				0,00	0,00
Σύνολο	1057	3593				138.745.727,24	1.389.545,74

Η τελική εικόνα μετά τους παραπάνω υπολογισμούς συνοψίζεται ως εξής:

Πίνακας 5.5.8

Πολυκλινική							
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	Ασθενείς	Ημέρες νοσηλείας	Σύνολο Έμμεσου κόστους ΚΕΝ	Σύνολο Άμεσου κόστους ΚΕΝ	Γενικό σύνολο	Κόστος ανά ασθενή	Έσοδο ΚΕΝ
Σύνολο	1285	4643	1.172.671,84	148.699,93	1.321.371,77		
Γ07Α	2	6	8,58	613,42	622,00	311,00	683,00
Υπόλοιπα ΚΕΝ	1283	4.637	1.172.663,26	148.086,51	1.320.749,77		

Πίνακας 5.5.9

Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας							
Μαιευτικό - Γυναικολογικό τμήμα	Ασθενείς	Ημέρες νοσηλείας	Σύνολο Έμμεσου κόστους ΚΕΝ	Σύνολο Άμεσου κόστους ΚΕΝ	Γενικό σύνολο	Κόστος ανά ασθενή	Έσοδο ΚΕΝ
Σύνολο	979	3240	1.389.545,74	127.062,91	1.516.608,65		
Γ07Α	3	12	123,13	354,68	477,81	159,27	683,00
Υπόλοιπα ΚΕΝ	976	3.228	1.389.422,61	126.708,23	1.516.130,84		

Συμπεράσματα

Από την παρούσα μελέτη προκύπτουν χρήσιμα συγκριτικά στοιχεία τα οποία μπορούν να βοηθήσουν τις οικονομικές διοικήσεις να ανακαλύψουν το πως οι διάφοροι συντελεστές κόστους επηρεάζουν τη συνολική διαμόρφωση του νοσοκομειακού κόστους.

Συγκεκριμένα μέσα από τους συγκεντρωτικούς πίνακες 6.1 και 6.2 μπορούμε να συγκρίνουμε

Πίνακας 6.1

	Κλίνες	Ασθενείς	Ημέρες νοσηλείας	Εμβαδόν Επιφάν.	Εργαζόμενοι	Σύνολο Έμμεσων Εξόδων	Σύνολο Άμεσων Εξόδων	Σύνολο ΒΚΚ	Σύνολο Εξετάσεων	Γενικό σύνολο	Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλ. & κλινική	Μέσο κόστος ανά Ασθενή & κλινική
Μαιευτικό - Γυν/κό Πολυκλινική	30	1.285	4643	2.500	16	228.503,74	847.146,99	221.053,30	24.667,74	1.321.371,77	284,59	1.028,30
Μαιευτικό - Γυν/κό Λαμία	30	1.057	3593	2.411	24	228.548,23	857.923,71	367.909,71	62.227,00	1.516.608,65	422,10	1.434,82
Σύνολο Πολυκλινικής	267	65.217	45854	22.831	227	4.719.251,23	13.900.264,67	1.809.705,93	1.364.811,01	18.619.515,89	347,72	761,93
Σύνολο Νοσοκ. Λαμίας	312	85.911	91547	45.752	578	4.509.337,33	32.356.605,97	6.567.555,56	3.797.534,56	36.865.943,29	402,70	806,98

Πίνακας 6.2

	Αμοιβές προσωπικού	Αποσβέσεις	Φάρμακα	Υγειονομικό υλικό
Μαιευτικό - Γυναικολογικό Πολυκλινική	533.904,62	187.215,51	50.822,15	73.210,04
Μαιευτικό - Γυν/κό Λαμία	695.710,33	95.578,43	48.250,33	16.585,58
Σύνολο Πολυκλινικής	5.995.893,61	2.651.167,87	982.848,34	3.827.143,73
Σύνολο Νοσοκ. Λαμίας	20.710.983,56	2.104.839,16	5.632.359,16	2.642.036,82

τόσο το νοσηλευτικό τμήμα της Γυναικολογικής κλινικής όσο και το συνολικό κόστος των δυο μονάδων υγείας.

Οι δυο νοσηλευτικές μονάδες είναι της ίδιας δυναμικότητας (30 κλίνες) και της ίδιας επιφάνειας. Παρατηρούμε όμως ένα μεγαλύτερο συνολικό κόστος σε αυτή του δημόσιου νοσοκομείου παρ' ότι εξυπηρέτησε λιγότερους ασθενείς. Η διαφορά αυτή δεν οφείλεται ούτε στα άμεσα έξοδα ούτε στις έμμεσες δαπάνες του τμήματος αφού αυτές είναι σχεδόν ίδιες αλλά στο μεγάλο κόστος των υποστηρικτικών κέντρων συμπεριλαμβανομένων και των εργαστηρίων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε για μια ακόμη φορά το πλασματικό κόστος των εξετάσεων λόγω της μη καταγραφής όλων των παραπεμπτικών. Έτσι το κόστος νοσηλείας στην ιδιωτική μονάδα ανέρχεται στα 284,59€ ημερησίως ενώ στο δημόσιο νοσοκομείο στα 422,10€. Βεβαίως στην περίπτωση του δημόσιου νοσοκομείου συμπεριλαμβάνονται στις δαπάνες και οι μισθοί του ιατρικού προσωπικού (μαιευτήρων) κάτι το οποίο δεν υπάρχει στην ιδιωτική μονάδα λόγω διαφορετικής σχέσης εργασίας.

Η διαφορά αυτή στις αμοιβές καλύπτεται από τις μεγαλύτερες αποσβέσεις του ιδιωτικού τομέα. Τέλος η δαπάνη των φαρμάκων είναι περίπου ίδια ενώ παρατηρούμε μια μεγάλη απόκλιση στο υγειονομικό υλικό από την πλευρά της πολυκλινικής.

Παρόλο που στη Γυναικολογική κλινική έχουμε σημαντικές διαφορές σε επίπεδο κόστους νοσηλείας και κόστους ασθενή, στη συνολική εικόνα των μονάδων υγείας δεν παρατηρούμε μεγάλες διαφορές.

Το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας είναι διπλάσιο σε έκταση, παράγαγε τις διπλάσιες ημέρες νοσηλείας από την πολυκλινική, με διπλάσιο συνολικό κόστος. Παρατηρούμε ότι το 88% του συνολικού κόστους οφείλεται στις άμεσες δαπάνες έναντι του 74% της πολυκλινικής και από αυτό το 62% είναι αμοιβές προσωπικού έναντι 42% του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα το προσωπικό που αντιστοιχεί σε κάθε κλίνη για την πολυκλινική είναι 0,85 άτομα ενώ για το δημόσιο νοσοκομείο ένας εργαζόμενος παραπάνω 1,85. Συγκεκριμένα στο Νοσοκομείο της Λαμίας υπάρχουν 454 άτομα νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό ενώ οι διοικητικοί υπάλληλοι είναι 124.

Εντύπωση προκαλεί επίσης η μεγάλη κατανάλωση φαρμάκων καθώς για τις διπλάσιες ημέρες νοσηλείας καταναλώθηκε η πενταπλάσια αξία. Σημαντική επίσης συνεισφορά στο κόστος δίνουν τα βοηθητικά κέντρα και τα εργαστήρια σε σχέση με την πολυκλινική.

Το μέσο κόστος νοσηλείας υπολογίστηκε για το διάστημα έρευνας σε 402,70€ για το δημόσιο νοσοκομείο έναντι 347,72€ της ιδιωτικής πολυκλινικής ενώ το κόστος ανά ασθενή σε 806,98€ έναντι 761,93€ αντίστοιχα.

Μέσα από την εκπόνηση της εργασίας προκύπτουν επίσης οι οργανωτικές αδυναμίες των δημόσιων νοσοκομείων στον τομέα της κοστολόγησης. Η οικονομική διοίκηση πρέπει να ορίσει κανόνες και διαδικασίες για την πλήρη καταγραφή όλων των κοστολογικών δεδομένων. Η έλλειψη στοιχείων προκαλεί σημαντικές στρεβλώσεις στα αποτελέσματα με συνέπεια τη λήψη λανθασμένων αποφάσεων. Στόχος της μελέτης αυτής είναι να αποτελέσει έναν οδηγό, κυρίως για τα δημόσια νοσοκομεία, για τη διαδικασία της κοστολόγησης των τμημάτων αλλά και την αναζήτηση κόστους των διαγνωστικών κατηγοριών. Επίσης να δώσει το έναυσμα για αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, για την αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και τον εξορθολογισμό της κατανομής των υπηρεσιών υγείας.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονισθεί ότι η παρούσα μελέτη καθώς και ανάλογες δίνουν τη δυνατότητα γνώσης του πραγματικού κόστους νοσηλείας και μπορούν να συντελέσουν στη δημιουργία παρατηρητηρίου κόστους διαχρονικά και συγκριτικά σε επίπεδο μονάδων υγείας ή συγκεκριμένων νοσηλευτικών τμημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ. (2002), Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α', ΕΑΠ. Πάτρα

Βαρβάκης Κ., (1993), Το άμεσο κόστος και οι επιχειρηματικές αποφάσεις Β' έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα

Βαρβάκης Κ.,(2001), Θεωρία του κόστους και οι επιχειρηματικές αποφάσεις, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Βενιέρης Γ, (1986), Λογιστική Κόστους εκδόσεις Σμπίλιας, Αθήνα

Γαϊτανάρη Π., 2007, Διδακτορική διατριβή «κόστος νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: Συγκριτική προσέγγιση σε Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα»,
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/23550#page/1/mode/2up>

Γκούμας Σπ., «Από το Δημόσιο Λογιστικό στο Διπλογραφικό Σύστημα», Διδακτικές σημειώσεις Τμήμα Λογιστικής, ΤΕΙ Πειραιά <http://kek.teipir.gr/content/logistiko-demosiou-npdd>

Γούλα Β. Ασπασία, (2007) Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Δικαίος Κ, Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ, (1999) "Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας", Ε.Α.Π. Πάτρα

Δουμουλάκης Γ, Πολύζος Ν, Χρυσοχοϊδης Γ. (2000), Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Β,, Ε.Α.Π. Πάτρα

Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ (2011),
<http://www.moh.gov.gr/articles/hlektronikes-efarmoges-e-s-y/1332-ethsia-ekthesh-2011>

Ζηλίδης Χ., (1989), Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, ΑΤΕ, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001) Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Ιωαννίδης Ε., Λοπατατζίδης Α., Μάντης Π., (1999), Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις , Τόμος Α, ΕΑΠ Πάτρα

Καζαντζής Χ, Σώρρος Ι, (2009), Αρχές Κόστους – Έννοιες, Μεθοδολογίες και εφαρμογές για τη λήψη αποφάσεων Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις Business Plus, Πειραιάς

Κυριόπουλος Γ., (1995), Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα

Κώνστα Παναγιώτα, (2012), «Σύνταξη εγχειριδίου εφαρμογής αναλυτικής λογιστικής, 2012 έργο: Επιστημονικός Σχεδιασμός – Συντονισμός και Υποστήριξη ΥΥΚΑ και ΥΠΕ για την ανάπτυξη και βελτίωση συστημάτων οικονομικού προγραμματισμού και οικονομικής διαχείρισης νοσοκομείων με τη χρήση μηχανογραφημένου διπλογραφικού συστήματος.»

Λιαρόπουλος Α., (1996), ‘Οικονομία της Υγείας’. Διδακτικές σημειώσεις Τμήμα νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μωραΐτης Ε., (2002), Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων, Σημειώσεις και διδακτικό υλικό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. και Αυτοδιοίκησης.

Ξυράφας Γ., (2007), Μεταπτυχιακή εργασία “Προοπτική μελέτη κόστους νεογνών σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών του νομού Ηρακλείου”, Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής

Πολύζος Ν., (1998), "Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας", Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

Πομόνης Ν, (2009), Κοστολόγηση – Θεωρία και Πρακτική, Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα

Προεδρικό διάταγμα **Υπ’Αριθ.146** Αρ.φύλλου 122

Τούντας Γ., (2008), Υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα

Ayyoub S.K.et al., (2002), Implementing Hospital Autonomy in Jordan: An Economic Cost Analysis of Al Karak Hospital, Jordan

Barnum, Howard, Kutzin J., (1993), Public hospitals in developing countries: resource use, cost financing. Johns Hopkins University Press. Baltimore. Maryland.

Conteh L, Walker D., (2004), Cost and unit cost calculations using step-down accounting. Health. Policy and Planning 19(2): 127–135 <http://heapol.oxfordjournals.org/content/19/2/127.full.pdf+html>

Creese A. and Parker D., (1994) Cost analysis in primary health care, World Health Organization, Geneva

MOH Egypt & HS 20/20 teams, (2010), Cost_and_cost_analysis_report_for_seven_hospitals, United States Agency for International Development

Olnkoga A., (2007), Unit costs of inpatient days in district hospitals in South Africa. Singapore Med J. 48 (2) : 143

Payment by Results, (2012), NHS costing manual, London
<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-costing-manual>

Seán Boyle., (2011), Health Systems in Transition, United Kingdom, European Observatory on Health Systems, HiT.

Shepard D. S, Hodgkin D, Anthony Y., (1998). Analysis of Hospital Costs: A manual for managers. Prepared for the Health Systems Development Program World Health Organization Geneva. Switzerland.

Vytenis Kalibatas, (2005) Evaluating Hospital Costs in Kaunas, Medical University Hospital

Wamukuo J, Ntutela P., (2002),. Estimating the Cost of District Hospital Services. Department of Community Health Natal University.

Πηγές από το διαδύκτιο

<http://lamiahospital.gr/pages/gr/hospital/history.php>

Health at a Glance: Europe 2012 <http://www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm>

Πόρισμα-Πρόταση επιτροπής ΥΥΚΑ για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ <http://www.moh.gov.gr/articles/ken-eswteriko/710-yπουργikes-apofaseis-egkykloi-g-g>