



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΚΑ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

Συγκριτική ανάλυση του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου οικονομικής διαχείρισης των δημόσιων μονάδων υγείας στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπων

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΑΡΓΥΡΙΑΔΗΣ

Σπουδαστής

ΑΓΓΕΛΟΣ ΤΣΙΝΑΣ

ΑΘΗΝΑ - 2017

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσει την περίπτωση της οικονομικής διαχείρισης και ελέγχου στο ελληνικό και βρετανικό σύστημα υγείας και ειδικά στο τομέα της δευτεροβάθμιας παροχής υγείας (νοσοκομεία) και να εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα για την βελτίωση της ελληνικής περίπτωσης. Για τον λόγο αυτό θα εξετάσει την δομή των νοσοκομείων και την σχέση τους με το πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον, τα εργαλεία διαχείρισης που είναι κατά κύριο λόγο ο προϋπολογισμός και το λογιστικό σύστημα γενικά και τα εποπτικά όργανα διαχείρισης και ελέγχου σε κάθε περίπτωση.

Η σύγκριση των δύο συστημάτων είναι ενδιαφέρουσα γιατί βασίζεται σε δύο εντελώς διαφορετικές φιλοσοφίες οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος υγείας. Τελείως περιγραμματακά θα λέγαμε ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι κρατοκεντρικό κατά βάση (κάτι που αποδεικνύεται από την ένταξη των ΝΠΔΔ και ΟΚΑ στην Γενική Κυβέρνηση) παρά την ύπαρξη περιφερειακών δομών οργάνωσης και βασίζεται στην διπλή χρηματοδότηση, την κρατική επιχορήγηση -που έχει πηγή προέλευσης την φορολογία-και που περιλαμβάνει και την μισθοδοσία και τα έσοδα από την προσφορά υπηρεσιών υγείας που πληρώνεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών με τις εξαιρέσεις που προβλέπει ο νόμος για απόρους και ανασφάλιστους. Αντίθετα όπως θα αναλυθεί παρακάτω στην εργασία το Βρετανικό σύστημα (και τα Νοσοκομεία) ιδιαίτερα μετά τις αλλαγές του 2012 είναι πλήρως αποκεντρωμένο με τελείως χαλαρή εποπτεία από το αντίστοιχο υπουργείο Υγείας με τα νοσοκομεία να λειτουργούν με την μορφή Trust και να είναι καταχωρημένα ως «Δημοσία Επιχείρηση» Public Corporation.

Η εργασία αποτελείται από τρεις διακριτές ενότητες ως εξής.

Στην πρώτη ενότητα (κεφάλαια 1-5) γίνεται αναφορά στην ελληνική πραγματικότητα και ειδικότερα σε ότι αφορά την διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομείων. Περιγράφει την θέση των νοσοκομείων στον γενικότερο χάρτη υγείας κάνοντας αναφορά στην οργάνωση και την διοίκηση των νοσοκομείων ξεκινώντας με την ιστορική εξέλιξη, συνεχίζει με τους νόμους που διέπουν και καθορίζουν την οικονομική διαχείριση και έλεγχο, την εσωτερική οργάνωση των νοσοκομείων και την σχέση τους με τους άλλους εμπλεκόμενους φορείς όπως την ΥΠΕ, το Υπουργείο Υγείας και τους ελεγκτικούς μηχανισμούς που εξασφαλίζουν χρηστή διοίκηση.. Ως σύγκριση περιγράφονται και δύο ιδιαίτερες περιπτώσεις νοσοκομείων εντός ΕΣΥ που λειτουργούν με καθεστώς ΝΠΔΔ, το ΓΝΘ Παπαγεωργίου και το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Ξεχωριστό σημείο

ανάλυσης αποτελεί το Λογιστικό Σύστημα των ΔΜΥ όπως ορίζεται από το ΠΔ 146/03 καθώς είναι το κύριο εργαλείο οικονομικής διαχείρισης.

Στην δεύτερη ενότητα (κεφάλαιο 5) περιγράφεται το βρετανικό σύστημα διοίκησης και διαχείρισης των νοσοκομείων όπου η έμφαση δίδεται στο να τονισθούν οι επιμέρους διαφορές του με το ελληνικό σύστημα. Η κεντρική ιδέα είναι ότι η λύση που προκρίνεται είναι αυτή της εκτεταμένης αυτονομίας και αποκέντρωσης των δομών και της διοίκησης με το κράτος να λειτουργεί εποπτικά και να επεμβαίνει μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης. Παρά την αποκέντρωση και την χρήση πρακτικών διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης από την ιδιωτική αγορά οι ηθικές αξίες του βρετανικού συστήματος υγείας που είναι η καθολική δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ο δημόσιος χαρακτήρας του παραμένουν αναλλοίωτες.

Η τρίτη ενότητα (κεφάλαια 6-8) μέσω της συγκριτικής ανάλυσης σκοπό έχει την άντληση συμπερασμάτων για την βελτίωση του ελληνικού προτύπου διοίκησης. Στην ανάλυση δεν αγνοείται η ιδιαίτερη κατάσταση της ελληνικής οικονομίας και η οικονομική στενότητα των κρατικών προϋπολογισμών και των πολιτών.

Το κεντρικό συμπέρασμα είναι ότι η τελική απόφαση για το είδος και την φύση της οικονομικής διαχείρισης των ΔΜΥ βρίσκεται στο όραμα για την φύση και την μορφή του συστήματος υγείας εντός μίας οργανωμένης κοινωνίας δικαίου. Η τελική θέση είναι ότι οι οποίες βελτιώσεις και ενέργειες πρέπει να σχεδιάζονται και να εκτελούνται με σκοπό την προαγωγή του δημοσίου συμφέροντος και της υγείας των πολιτών χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς.

Λέξεις κλειδιά

Νοσοκομεία, Οικονομική Διαχείριση, Διοίκηση, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Σύγκριση

Abstract

The purpose of this essay is to examine the case of financial management and audit at the Greek and British Health Systems and particularly at the sector of the provision secondary health care level (hospitals) and reach to useful suggestions for the improvement of the greek situation. In order to do so it will examine the hospital structure in relation to the political and social environment, the management tools in particular the budget and the accounting system in general and the supervising bodies of management and audit in each case.

The comparison of both systems is interesting since they are based on two completely different philosophies of organisation and management. Broadly it could be argued that the greek system is state centred (it can be proved by the inclusion of Public Law Entities and Social Insurance Bodies-hospitals in the sector of General Government), although there are decentralised structures and the system is based on two sources for financing; state contribution that comes from taxation and covers payroll and income from the health services paid by the citizens through national insurance (exception for the unemployed and the deprived). In comparison the British National Health Service System including hospitals, after the implementation of the 2012 changes is totally decentralized in arm's length distance from the Ministry of Health, the hospitals operate as Trusts and are registered as Public Corporations.

The essay consists of three distinctive sections as follows:

The first section (chapters 1-4) examines the greek case and specifically the administration and management of the hospitals. It describes their position in the broad health system structure in relation to organization and management. It starts with the historical evolution and the relevant legislation and continues with the internal structure and organization, their relation to the other relevant bodies such as YPE (Health District Directorates), the Ministry of Health, and the Audit Bodies. As a comparison it examines the case of two special cases of hospitals which operate under the Greek National Health System but as Private Law Entities, that is the Papageorgiou General Hospital in Thessaloniki and the Onassis Heart Surgery Center in Athens. Special attention is given to the Accounting System applied to Public Health Units as dictated by the presidential decree ΠΔ146/2003 since it is the system used in public hospitals.

In the second part (chapter 5) there is the description of the british hospital management system and the emphasis is given n highlighting the differences with the greek system. The main conclusion is that the british system is based on broad devolution and decentralization of both the structures and management and the state only intervenes only whenever need arises. Despite the decentralized system and the application of private sector practices in management the moral core of the system which is universal free access to the health services and the public nature of the system remain unaffected.

In the third section (chapters 6-8) through a parametric analysis a set of conclusions is reached about the improvement of the greek administration and management model and suggestions are made. For the purpose of the analysis the current dire financial situation of both state and citizens and the tight budget pressure is taken into account.

The main conclusion is that the final decision for the structure of the financial management of the Public Health Units is based on the society's perception and vision for the Health System within a State of Law based on Humanitarian Principles. Every action and decision should drive towards the improvement of public interest and public health with no discriminations or exclusions.

Key Words

Hospitals, Financial Management, Administration, Greece, United Kingdom, Comparison

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την κ. Βαλσαμή και τον κ.Αποστολόπουλο από το Ιπποκράτειο ΓΝΑ οι οποίοι με προθυμία απάντησαν στις ερωτήσεις που τους έθεσα και μου έδωσαν κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την έρευνα της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα μου κ. Αθ. Αργυριάδη για το χρόνο που μου διέθεσε, την βοήθεια στην επιλογή της διάταξης του θέματος της εργασίας αλλά και την πολύτιμη καθοδήγηση που μου έδωσε για την εκπόνησή της.

Περιεχόμενα

1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ	1
2	ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	2
2.1	Ιστορικά Στοιχεία.....	2
2.2	Αναφορά στους υπάρχοντες νόμους που διέπουν την οικονομική λειτουργία των Δημόσιων Μονάδων Υγείας	3
2.2.1	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του ΠΔ 146/03	3
2.2.2	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του ΠΔ 113/10	3
2.2.3	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.2362/95	3
2.2.4	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.3697/2008	4
2.2.5	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.3871/2010	4
2.2.6	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.4270/14	5
2.2.7	Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.4337/15	7
2.3	Το νοσοκομείο ως οργανισμός ΝΠΔΔ. Κανονισμός λειτουργίας. Οικονομική διοίκηση και διαχείριση. Διαδικασίες σύνταξης και έγκρισης προϋπολογισμών.	7
2.3.1	Οργανισμός του Νοσοκομείου	7
2.3.2	Όργανα και αρμοδιότητες.....	7
2.3.3	Διάρθρωση και οργάνωση Νοσοκομείου	8
2.3.4	Η Διαδικασία Σύνταξης Προϋπολογισμού	10
2.4	Οι Εξαιρέσεις - (Ιδιωτικά Νοσοκομεία, Ειδικές Περιπτώσεις)	13
2.4.1	Λογιστικές Μέθοδοι Ιδιωτικών Κλινικών	13
2.4.2	Χαρακτηριστικές περιπτώσεις εξαιρέσεων εντός δημοσίου	14
2.5	Αναφορά στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής και πως Το Μνημόνιο Συνεργασίας μετέβαλλε την κατάσταση στο χώρο της υγείας	18
3	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΩΝ ΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	19
3.1	ΤΟ Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα	19
3.2	Γενική Λογιστική.....	20
3.3	Αναλυτική Λογιστική	22

3.4	Δημόσιο Λογιστικό.....	23
3.5	Η ανάγκη για ομοιόμορφη καταγραφή καταχωρίσεων	25
4	Η ΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	26
4.1	Έλεγχος.....	26
4.1.1	Εσωτερικός Έλεγχος ΔΜΥ	26
4.1.2	Εξωτερικός Έλεγχος ΔΜΥ.....	27
4.2	Ετήσιος Κοινωνικός Προϋπολογισμός.....	32
5	Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	33
5.1	Ο ρόλος Του National Health System. Κοινωνική Κάλυψη Και Χρηματοδότηση.....	33
5.1.1	Ιστορικά Στοιχεία	33
5.1.2	Το NATIONAL HEALTH SYSTEM σήμερα	34
5.2	Η Δομή των Νοσοκομείων ως Trust.....	36
5.3	Η εμφάνιση των δομών PFI (private finance initiative). Τρόπος λειτουργίας και οι αλλαγές και οι αντιδράσεις.....	37
5.4	Η δομή ενός Προϋπολογισμού ενός τυπικού Νοσοκομείου.....	38
6	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....	40
7	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	42
7.1	Οργανωτική Δομή.....	42
7.2	Πρόβλεψη των οικονομικών ροών και αξιολόγηση των αναγκών.....	43
7.3	Αλλαγή στην Διοικητική Νοοτροπία.....	44
7.4	Τα Ασφαλιστικά Ταμεία ως πηγή χρηματοδότησης.....	45
8	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	46

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1 Η διασύνδεση των Λογιστικών συστημάτων. (ΠΔ 146/03, 2003)	25
Εικόνα 2 Τυπικό Οργανόγραμμα ΥΠΕ (1η ΥΠΕ, 2017)	28
Εικόνα 3 Οργανωτική Δομή του NHS (Peckham, 2014)	36

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**ΕΛΛΗΝΙΚΑ**

ΓΛΚ	Γενικό Λογιστήριο του Κράτους
ΔΜΥ	Δημόσιες Μονάδες Υγείας
ΕΓΛΣ	Ελληνικό Γενικό Λογιστικό Σχέδιο
ΕΛΠ	Εθνικό Λογιστικό Πλαίσιο
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΕ	Κωδικός Αριθμός Εσόδου-Εξόδου
ΚΛΣ	Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο
ΜΠΔΣ	Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Π.Δ	Προεδρικό Διάταγμα
Πε.Σ.Υ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
ΦΠΥΥΚΑ	Φορέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΑΓΓΛΙΚΑ

CCG	Clinical Commissioning Groups
IFRS	International Financial Reporting Standards
NHS	National Health System
PFI	Private Funding Initiative

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ

Η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση μελέτης στον τομέα της πολιτικής και της οικονομίας. Στην Ευρώπη μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο και την εμφάνιση και παγίωση του Κοινωνικού Κράτους Δικαίου ο χώρος της Υγείας ορίστηκε στην συνείδηση των πολιτών ως αυτονόητο κοινωνικό δικαίωμα. Εν πολλοίς αυτό ήταν μια αναπόφευκτη μετεξέλιξη που είχε σαν βάση τις τις τραυματικές εμπειρίες του πολέμου και τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό ομάδες χωρών δημιούργησαν βασισμένες στις πολιτικές τους παραδόσεις και οικονομικές δυνατότητες διακριτές μορφές κοινωνικών συστημάτων ολοκληρωμένης φροντίδας.

Στην ελληνική πραγματικότητα η ανάπτυξη των Νοσοκομείων μέσα από το ΕΣΥ διακρίνεται σε δύο στην ουσία διακριτές περιόδους.

Η πρώτη που χρονικά θα μπορούσαμε να την ορίσουμε ανάμεσα στο 1983 έως το 2001 χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη των δομών και την σταδιακή εξάπλωση του δικτύου των νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Το 2001 επιλέχθηκε λόγω των ιδιαιτεροτήτων που σχεδίαζόταν με τον Ν. 2889/2-3-01 (ΦΕΚ 37 Α') «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και άλλες διατάξεις» όπου έγινε εισαγωγή αρχών Μάνατζμεντ στην διοίκηση των Νοσοκομείων.

Με την ίδρυση του ΕΣΥ και την ενσωμάτωση των νοσοκομείων στον οργανισμό -αν και αναγκαία- η διαδικασία και η επακόλουθη εξάπλωση αυτή έγινε χωρίς να μελετηθούν με αυστηρότητα τα οικονομοτεχνικά και γεωγραφικά κριτήρια με συχνό φαινόμενο τις αλληλοεπικαλύψεις και υπέρβασης κόστους. Με δεδομένο ότι η οικονομική κατάσταση διακρινόταν από ραγδαία ανάπτυξη (αν και με υψηλό πληθωρισμό) και σταθερή ροή κοινοτικών κεφαλαίων η διοίκηση βάσει κόστους δεν αποτελούσε υψηλή προτεραιότητα. Ο οικονομικός έλεγχος και η σύνθεση του προϋπολογισμού ήταν βασισμένα σε απαρχαιωμένες νομοθεσίες που δεν ανταποκρινόταν στις ανάγκες ενός σύγχρονου οργανισμού, (πχ χρήση απλογραφικού λογιστικού συστήματος)

Η δεύτερη που θα μπορούσε να τοποθετηθεί ανάμεσα στο 2001 ως σήμερα χαρακτηρίζεται από τις προσπάθειες εισαγωγής οικονομοτεχνικών κριτηρίων στην διοίκηση των Δημοσίων Μονάδων Υγείας και την ορθολογική διαχείριση των προϋπολογισμών. Επιπλέον αναγνωρίστηκε ότι σοβαρός οικονομικός έλεγχος δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς αναμόρφωση του λογιστικού συστήματος κάτι που πραγματοποιήθηκε με την εισαγωγή του Κλαδικού Λογιστικού Συστήματος των ΔΜΥ βάση του ΠΔ 146/03.

Η αλλαγή στην φιλοσοφία είναι ότι ενώ η Υγεία παραμένει ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο πρέπει να είναι προσβάσιμο από όλους τους πολίτες ανεξάρτητα της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης το ίδιο σημαντικά είναι και η λογοδοσία και σύνεση στην διαχείριση του προϋπολογισμού. Πλέον η διοίκηση των ΔΜΥ αποτελεί μια πολυεπίπεδη διαδικασία που ενσωματώνει ειδικότητες από ένα εύρος επιστημών όπως η Οικονομική Διαχείριση, Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Εφοδιαστική και Λογιστική. Επιπλέον έχει χαθεί η έννοια της αποκλειστικής ειδικότητας με την έννοια ότι ο διευθυντής μιας κλινικής πέρα από γιατρός γίνεται και μάνατζερ ανθρώπων και πόρων με παράλληλη διάχυση ευθυνών σε όλο το προσωπικό.

2 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Ιστορικά Στοιχεία

Τα Κρατικά Νοσοκομεία της χώρας μετά τις αλλαγές στο ΕΣΥ το 1983 με τον νόμο Ν.1397/83 με τίτλο «Εθνικό Σύστημα Υγείας», όπως δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 143^Α/1983 την 7/10/1983, λειτουργούν ως ΝΠΔΔ, (με την εξαίρεση το διάστημα 2001-2005 που δημιούργησε ο ν. 2889/01 όπου και έχασαν το καθεστώς του ΝΠΔΔ) και αρχικά η χρηματοοικονομική τους διαχείριση βασιζόταν στο λογιστικό των ΝΠΔΔ το οποίο άνηκε στο Δημόσιο Λογιστικό και καθοριζόταν από το ΝΔ 496/74 «Περί λογιστικού των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου». Έτσι η τήρηση των λογιστικών βιβλίων γινόταν με βάση το απλογραφικό σύστημα. Ο καθορισμός του συστήματος είχε την βάση του στους Λογιστικούς Κανονισμούς του 1952 και ειδικά στο άρθρο 155. Παρ' όλα αυτά στο ίδιο άρθρο υπήρχε πρόβλεψη χρήσης του διπλογραφικού συστήματος μετά από απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιδρύματος και την έγκριση του τότε Υπουργού Κοινωνικής Προνοίας¹.

Η πρώτη αναφορά για την εισαγωγή του Διπλογραφικού Συστήματος στα Δημόσια Νοσοκομεία παράλληλα με το Δημόσιο Λογιστικό γίνεται στον Ν.2519/97, άρθρο 29, παράγραφος 3. Με βάση το ΠΔ 205/98 όπως δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 163^Α/98 «Περί του ορισμού του περιεχομένου και χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου» ως ημερομηνία

¹ «Δι αποφάσεως του ΔΣ Νοσηλευτικού Ιδρύματος, εγκεκριμένης υπό του Υπουργού Κοινωνικής Προνοίας δύναται να εφαρμοσθεί το διπλογραφικό σύστημα εις ιδρύματα, εν περιπτώσει καθ' ην το απλογραφικό σύστημα δεν παρέχει ευχέρειαν ενημερότητος των λογαριασμών...»

εφαρμογής οριζόταν η 1/1/2000, όμως αυτό άλλαξε με τον Ν.2778/99, άρθρο 36 όπως δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 295^Α/99 και μετατέθηκε για τις 1/1/2001.

2.2 Αναφορά στους υπάρχοντες νόμους που διέπουν την οικονομική λειτουργία των Δημόσιων Μονάδων Υγείας

2.2.1 Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του ΠΔ 146/03

Το ΠΔ 146/03 με τίτλο «Γενικό Λογιστικό Σχέδιο Μονάδων Υγείας», δημοσιεύθηκε στις 21/5/2003 με το ΦΕΚ 122^Α/2003 και καθόριζε τις βασικές αρχές λειτουργίας και οργάνωσης των Δημόσιων Μονάδων Υγείας ΔΜΥ στον τομέα της Λογιστικής, εισάγοντας ένα πλήρες Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο, θεσπίζοντας στις τότε Δημόσιες Μονάδες Υγείας (Πε.Σ.Υ. - Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα γενικής λογιστικής, αναλυτικής λογιστικής και λογιστικής του δημοσίου λογιστικού. Με τους όρους "Δημόσιες Μονάδες Υγείας" ή "Μονάδες Υγείας", στο Διάταγμα νοούταν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.), τα Δημόσια Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας. Καθώς το ΠΔ 146/03 αποτελεί τον κορμό του Λογιστικού Συστήματος για τις ΔΜΥ, θα περιγράψει αναλυτικά στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

2.2.2 Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του ΠΔ 113/10

Το ΠΔ 113/10 με τίτλο «Ανάληψη Υποχρεώσεων από τους Διατάκτες» δημοσιεύθηκε στις 22/11/2010 με το ΦΕΚ 194Α/2010 και καθόριζε τον τρόπο λειτουργίας της Γενικής Κυβέρνησης και των φορέων αυτής. Περιλαμβάνει την διαδικασία Ανάληψης Υποχρέωσης σε συνδυασμό με τον Ν.2362/95, τις πληρωμές (τμηματικές ή μη), δίνεται έμφαση στην σημασία του Μητρώου Δεσμεύσεων ως βασικού οργάνου παρακολούθησης των υποχρεώσεων με ακρίβεια και πειθαρχία, καθώς δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εξάλειψη ληξιπρόθεσμων οφειλών και εκκρεμοτήτων. Πρέπει να σημειωθεί σε περίπτωση απόκλισης του προγραμματισμού προβλέπονται πειθαρχικές ποινές τόσο για τις ΔΜΥ με στέρηση κονδυλίων όσο και στους χειριστές της εμπλεκόμενης υπόθεσης.

2.2.3 Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.2362/95

Ο Ν.2362/95 με τίτλο «Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις» δημοσιεύθηκε στις 27/11/1995 με το ΦΕΚ 247/1995. Ορίζει διατάξεις σχετικά με θέματα Προϋπολογισμού, Απολογισμού και Ισολογισμού του κράτους. Σε ότι αφορά τα Νοσοκομεία προχωρούσε στην σύσταση Υπηρεσιών

Δημοσιονομικού Ελέγχου για ΝΠΔΔ, επέτρεπε την χρήση μηχανογραφικών μέσων και συστημάτων πληροφορικής βάσει ειδικευμένων προγραμμάτων με τις ειδικευμένες λεπτομέρειες και απαιτήσεις να καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών. Επίσης με το άρθρο 110 εισήγαγε το Δημόσιο Λογιστικό Σχέδιο με σκοπό την καθιέρωση του διπλογραφικού συστήματος. Απώτερος στόχος ήταν η απλούστευση των διαδικασιών, η αξιοπιστία των στοιχείων, η αύξηση της παραγωγικότητας και η σύνδεση με τον ιδιωτικό τομέα. Οι λειτουργικές λεπτομέρειες του ΔΛΣ θα καθοριζόταν με Προεδρικό Διάταγμα. Αργότερα άρθρα του νόμου αντικαταστάθηκαν με τον 3871/10.

2.2.4 Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.3697/2008

Ο Νόμος Ν.3697/2008 με τον τίτλο «Ενίσχυση της διαφάνειας του Κρατικού Προϋπολογισμού, έλεγχος των δημοσίων δαπανών, μέτρα φορολογικής δικαιοσύνης και άλλες διατάξεις» δημοσιεύθηκε στις 25.9.2008 με το ΦΕΚ 194^Α/2008.

Σε ότι αφορά τις ΔΜΥ το άρθρο 11 προβλέπει μια σειρά διατάξεων. Το σημαντικό είναι ότι επιβάλλει την εγκατάσταση ειδικευμένου πληροφοριακού λογιστικού συστήματος για την εκτέλεση του διπλογραφικού συστήματος. Στο πληροφοριακό σύστημα καταγράφεται και παρακολουθείται και η διάθεση και διακίνηση του ιατροφαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού, κατά κλινική και κατά ασθενή. Το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο Δημοσίων Μονάδων Υγείας (Π.Δ. 146/2003 ΦΕΚ 122 Α') εφαρμόζεται υποχρεωτικά, έτσι όπως αυτό διαμορφώνεται με βάση τις λογιστικές αρχές και κανόνες σύμφωνα με τα Διεθνή Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Πληροφόρησης, προσαρμοσμένα για το δημόσιο τομέα, που εκδίδονται από την Επιτροπή Λογιστικής Τυποποίησης και Ελέγχων. Με βάση τις λογιστικές αυτές αρχές και κανόνες, συντάσσονται οι ετήσιες οικονομικές καταστάσεις. Οι ετήσιες οικονομικές καταστάσεις ελέγχονται ως προς την ορθότητά τους και την ακριβή τήρηση των λογιστικών αρχών και κανόνων από Ορκωτούς Ελεγκτές Λογιστές. Διαμορφώνεται εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας σε θέματα διοικητικά, διαχειριστικά και λογιστικά και παρακολουθείται από σύστημα εσωτερικού ελέγχου.

2.2.5 Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.3871/2010

Ο Ν.3871/2010 με τίτλο «Δημοσιονομική Διαχείριση και Ευθύνη» δημοσιεύθηκε στις 17/8/2010 με το ΦΕΚ 141^Α /2010. Αντικαθιστούσε άρθρα του 2362/95 και όριζε τους βασικούς κανόνες που αφορούσαν την χρηστή διαχείριση των Δημοσίων Οικονομικών. Η θεμελιώδης διαφορά με τον 2362/95 είναι ότι ενώ ο παλαιότερος είναι ένα καθαρά

τεχνικό κείμενο ο 3871/10 εισαγάγει και μια φιλοσοφία και κουλτούρα στην διαδικασία σύνταξης και εκτέλεσης του προϋπολογισμού. Οι αρχές αυτές αναφέρονται ήδη από το άρθρο 1 του νόμου, και συνοπτικά είναι οι εξής:

- Αρχή της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης, δηλαδή οι όλες δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με σύνεση και στόχο την οικονομική βιωσιμότητα του κράτους και των επιμέρους φορέων του. Η χρηστή διαχείριση επιτυγχάνεται με την εφαρμογή μίας σειράς από μέτρα που είναι:
 - Η Οικονομικότητα, που ορίζεται ως ο βέλτιστος συνδυασμός ποσότητας, ποιότητας και τιμής με την ελάχιστη χρήση διοικητικών πόρων προς επίτευξη των στόχων και επιτυχημένης υλοποίησης των δημοσίων πολιτικών.
 - Η Αποδοτικότητα, που ορίζεται ως η βέλτιστη σχέση μεταξύ των μέσων και των αποτελεσμάτων.
 - Η Αποτελεσματικότητα, που ορίζεται ως η βέλτιστη σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων και των αρχικών στόχων και επιδιώξεων (συνεπώς χρειάζεται να υπάρχει ρεαλιστική στοχοθεσία)
- Αρχή της υπευθυνότητας και της λογοδοσίας, δηλαδή όλες οι πράξεις υπόκεινται στον έλεγχο της Βουλής και λοιπών μηχανισμών.
- Αρχή της διαφάνειας, που εξασφαλίζει τον πλήρη έλεγχο των οικονομικών πεπραγμένων.
- Αρχή της ειλικρίνειας, δηλαδή την εξασφάλιση ότι τα στοιχεία και οι πληροφορίες που χρησιμοποιούνται είναι αληθείς.

Σε ότι αφορά τις ΔΜΥ (νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΔΔ) ο Ν3871/95 τοποθετεί αυτές στον τομέα της Γενικής Κυβέρνησης κάτω από την κατηγορία των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) και τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό. Επιπλέον επιβάλλεται αυστηρή πειθαρχία στην σύνταξη και την εκτέλεση του προϋπολογισμού με την εισαγωγή του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής υπό την απειλή κυρώσεων και πειθαρχικών ευθυνών.

2.2.6 Σύνομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.4270/14

Ο Ν.4270/14 με τίτλο «Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) - δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις» δημοσιεύθηκε στις 28/6/2014 με το ΦΕΚ 143^Α/2014 και αποτελεί την ενσωμάτωση της Κοινοτικής Οδηγίας

2011/85/EE. Ο νόμος αυτός σηματοδοτεί την σύσταση του Ελληνικού Δημοσιονομικού Συμβουλίου και ορίζει τα καθήκοντα και τις δικαιοδοσίες του. Συνεχίζει κάνοντας αναφορά στην δέσμευση ότι η σύνταξη του προϋπολογισμού είναι σε αρμονία με τις διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας, καθορίζει τις αρμοδιότητες των οργάνων που εμπλέκονται (Βουλή, Υπουργός Οικονομικών, Γενικό Λογιστήριο του Κράτους κτλ.)

Σε ότι αφορά τις ΔΜΥ ο νόμος καθορίζει τις διαδικασίες κατάρτισης των προϋπολογισμών των φορέων τη Γενικής Κυβέρνησης με έμφαση στην ανάγκη πειθαρχίας στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, ορίζει τις κυρώσεις σε περίπτωση απόκλισης. Επιπλέον στα άρθρα 25-26 καθορίζει τον ρόλο και τις υποχρεώσεις των Προϊσταμένων των Οικονομικών Υπηρεσιών των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης.

Σε ότι αφορά τους προϋπολογισμούς των ΔΜΥ ως ΝΠΔΔ ο ν. 4270/14 στο άρθρο 62 καθορίζει ότι ισχύουν:

- οι γενικές αρχές της ετήσιας διάρκειας (1/1-31/12), της ενότητας και της καθολικότητας δηλαδή ότι τα έσοδα και οι δαπάνες πρέπει να αντιστοιχούν σε συγκεκριμένο κωδικό αριθμό εσόδων-εξόδων (ΚΑΕ) και καμία δαπάνη δεν μπορεί να υπερβεί το εγκεκριμένο κονδύλιο που της έχει οριστεί.
- Οι αρχές της ειδίκευσης του προϋπολογισμού και της ειδικότητας των πιστώσεων, δηλαδή τα έσοδα και τα έξοδα κατηγοριοποιούνται σε προκαθορισμένες αναλυτικές ταξινομήσεις και ότι δεν επιτρέπεται μεταφορά πιστώσεων εκτός νομικά ορισμένων εξαιρέσεων.

Επίσης στο 6^ο Μέρος δίνει τις κατευθύνσεις για το εσωτερικό έλεγχο (ν. 3492/06-Υπηρεσίες Εσωτερικού Ελέγχου) και τον εξωτερικό έλεγχο (Ελεγκτικό Συνέδριο). Οι διαδικασίες αυτές αποτελούν την ενσωμάτωση του άρθρου 3 της Κοινοτική Οδηγίας 2011/85/EE. Το 7^ο μέρος αναφέρει τις κυρώσεις σε περιπτώσεις αποτυχίας ή απόκλισης συμμόρφωσης με τους δημοσιονομικούς κανόνες.

Το γενικό συμπέρασμα του νόμου είναι ότι διακρίνεται από τεχνοκρατική αυστηρότητα και περιορίζει τα πλαίσια δράσης του Κράτους και των επιμέρους μηχανισμών του στην διαχείριση και διαμόρφωση των δημοσιονομικών πολιτικών. Είναι φανερή η επιβολή της λιτότητας και της σύνεσης στην διαχείριση των διαθεσίμων πόρων.

2.2.7 Σύντομη περιγραφή των διατάξεων του Ν.4337/15

Ο νόμος Ν.4337/15 με τίτλο «Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων» δημοσιεύθηκε στις 17/10/2015 με το ΦΕΚ 129^Α/2015. Σε ότι αφορά τις ΔΜΥ με το άρθρο 10 γίνεται τροποποίηση σειράς άρθρων του 4270/14.

2.3 Το νοσοκομείο ως οργανισμός ΝΠΔΔ. Κανονισμός λειτουργίας. Οικονομική διοίκηση και διαχείριση. Διαδικασίες σύνταξης και έγκρισης προϋπολογισμών.

2.3.1 Οργανισμός του Νοσοκομείου

Ο Οργανισμός του Νοσοκομείου περιέχει την νομική μορφή του, το σκοπό του, τη διάρθρωση της διοίκησης των υπηρεσιακών μονάδων του και των παραρτημάτων του, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας, τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, δύναμη κλινών, τους πόρους, θέματα στελέχωσης και ανθρωπίνου δυναμικού όπως είναι τα προσόντα των προϊσταμένων οργανικών μονάδων Διεύθυνσης, υπηρεσιών και υπηρεσιακών μονάδων και παραρτημάτων, την κατανομή του προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες του νοσοκομείου και άρα καθορίζει και τα σχετικά με την διαβάθμιση και σύσταση των θέσεων, προβλέπει τη σύσταση νέων θέσεων, εφόσον διευρύνονται οι ανάγκες, τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τα απαιτούμενα για τη μετατροπή κατά κλάδο και κατηγορία θέσεων, τον καθορισμό των προσόντων πρόσληψης του προσωπικού και των αρμοδιοτήτων του και κάθε άλλο θέμα σχετικό με την οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Σύμφωνα με το άρθρο 11 ν. 3370/2005 η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας πέραν όλων των άλλων έχει την επίβλεψη και την καθοδήγηση δημιουργίας νέων οργανισμών ή επέκτασης των υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών στη δημόσια υγεία.

2.3.2 Όργανα και αρμοδιότητες

Τα Όργανα διοίκησης των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. είναι το Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής του Νοσοκομείου ο οποίος είναι και Πρόεδρος του Δ.Σ. Τα Νοσοκομεία με τετρακόσιες (400) και άνω οργανικές κλίνες μπορεί να έχουν και Αναπληρωτή Διοικητή ο οποίος είναι και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. οι αρμοδιότητες του οποίου ρυθμίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 7 , παρ. 9 του ν.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 81/Α). Σε ότι αφορά την οικονομική διαχείριση ο Διοικητής εισηγείται τα περί προϋπολογισμού, ισολογισμού και

απολογισμού. Επίσης έχει δικαίωμα να εγκρίνει μόνος του προμήθειες έως 20000 ευρώ ανά ΚΑΕ ετησίως, για μεγαλύτερα ποσά μεταφέρει εισήγηση στο ΔΣ.

Το ΔΣ ανάλογα με τον αριθμό κλινών (400) είναι είτε πενταμελές ή επταμελές και αποτελείται από άτομα διορισμένα από τον Υπουργό Υγείας (2 ή 3), εκπροσώπους από το ιατρικό προσωπικό και τους λοιπούς εργαζομένους (από έναν ανά κατηγορία), εκπρόσωπο ΔΕΠ στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές. Στα μέλη του ΔΣ περιλαμβάνεται ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος.

Ο ν.3329/05 ορίζει τις αρμοδιότητες του ΔΣ. Ειδικά σε ότι αφορά τα περί οικονομικής διαχείρισης το ΔΣ εγκρίνει τον προϋπολογισμό, ψηφίζει τυχόν αναδιαμορφώσεις και αλλαγές που προκύπτουν στην πορεία (πάντα με βάση τις δεσμεύσεις που ισχύουν), ψηφίζει τον Ισολογισμό και Απολογισμό του έτους, εγκρίνει το ύψος των υπερωριών και των εφημεριών και το ανάλογο κονδύλιο, ελέγχει τον προγραμματισμό των προμηθειών, εγκρίνει την διαχειριστική πολιτική των περιουσιακών στοιχείων του νοσοκομείου (αξιοποίηση ή εκποίηση, κληροδοτήματα), ενώ ανάλογα με το ύψος της δαπάνης ανά ΚΑΕ (45.000 ευρώ) είτε αποφασίζει ή εισηγείται στην ΥΠΕ για την εκτέλεση έργων, την προμήθεια εξοπλισμού ή αναλωσίμων καθώς και την αγορά υπηρεσιών.

2.3.3 Διάρθρωση και οργάνωση Νοσοκομείου

Η διάρθρωση του Νοσοκομείου καθορίζεται στον οργανισμό αυτού. Σε γενικές γραμμές απαρτίζεται από:

1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
 - i. Ιατρική
 - ii. Νοσηλευτική
 - iii. Διοικητική-Οικονομική
2. ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ
 - i. Πληροφορικής
3. ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ
 - i. Υποστήριξης του Πολίτη

Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην ανάλυση της Διοικητικής Οικονομικής Υπηρεσίας καθώς σχετίζεται άμεσα με την χρηματοοικονομική διαχείριση των ΔΜΥ ειδικά μετά την αναβάθμιση της σημασίας του ρόλου της.

2.3.3.1 Διοικητική Οικονομική Υπηρεσία

Η Διοικητική Οικονομική Υπηρεσία αποτελείται από υποδιευθύνσεις και τμήματα.

1. Υποδιεύθυνση Διοικητικού
 - i. Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
 - ii. Τμήμα Γραμματείας
 - iii. Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών.
 - iv. Τμήμα Κίνησης Ασθενών
2. Υποδιεύθυνση Οικονομικού
 - i. Τμήμα Οικονομικού
 - ii. Τμήμα Προμηθειών
 - iii. Τμήμα Επιστασίας και Ιματισμού
3. Υποδιεύθυνση Τεχνικού
 - i. Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
 - ii. Τμήμα Τεχνικού

Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού έχει μια σειρά από καθήκοντα που σχετίζονται άμεσα με την οικονομική διαχείριση των ΔΜΥ.

- Όλες τις λογιστικές δραστηριότητες την τήρηση της φορολογικής νομοθεσίας, την παρακολούθηση παγίων και αποσβέσεων.
- Την είσπραξη των ληξιπρόθεσμων χρεών.
- Την διατήρηση των αποδεικτικών στοιχείων της πιστωτικής πολιτικής.
- Τη διαχείριση των χρημάτων του Νοσοκομείου.
- Την έκδοση περιοδικών αναφορών της ταμειακής ρευστότητας του Νοσοκομείου, τα ισοζύγια εσόδων , εξόδων και υλικών.
- Τις πάσης φύσεως οικονομικές συναλλαγές με ασφαλιστικούς οργανισμούς, τράπεζες, προμηθευτές (πληρωμές, εισπράξεις, έκδοση επιταγών).
- Την προετοιμασία της μισθοδοσίας του προσωπικού, την έκδοση και τον έλεγχο των καταστάσεων μισθοδοσίας.
- Τη σύνταξη, τον έλεγχο παρακολούθησης του Προϋπολογισμού κατά μήνα και έτος, καθώς και του απολογισμού.
- Την κοστολόγηση ανά ιατρική πράξη και τη σύνταξη και παρακολούθηση των τμηματικών προϋπολογισμών.

- Τον έλεγχο των αναλώσεων και των αποθεμάτων των αναλώσιμων υλικών και των φαρμάκων.
- Την έκδοση μηνιαίων αναφορών για τα οικονομικά στοιχεία του Νοσοκομείου.
- Τη σύνταξη εκθέσεων με το λειτουργικό απολογισμό του Νοσοκομείου.
- Την εκπόνηση των μελετών επενδύσεων (οικονομικό μέρος)
- Την ευθύνη της παρακολούθησης όλων των προμηθειών αναλώσιμου και μη υλικού σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, της σύνταξης του ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών και της οργάνωσης και λειτουργίας των αποθηκών του Νοσοκομείου, γενικού, υγειονομικού, τεχνικού και άλλου υλικού.
- Της διεξαγωγής περιοδικών και ετήσιων απογραφών και παραλαβής και χρέωσης κάθε αναλώσιμου και μη υλικού.

2.3.4 Η Διαδικασία Σύνταξης Προϋπολογισμού

Ο προϋπολογισμός για το Δημόσιο Λογιστικό αποτελεί διοικητική πράξη και η ταμειακή διαχείριση του Νοσοκομείου απεικονίζεται με την υλοποίηση του κατά την διάρκεια του έτους (Ν.Δ.496/74 και Ν. 2362/95). Σύμφωνα με το κεφ. 3.3 του Π.Δ. 146/03 ο προϋπολογισμός, η εκτέλεση αυτού και ο απολογισμός συντάσσονται και παρακολουθούνται με την Διπλογραφική Λογιστική Μέθοδο μέσα σε ένα σύστημα λογαριασμών τάξεως στο οποία γίνεται αποτύπωση των εσόδων και καθορίζονται τα όρια εξόδων (πιστώσεων) του Νοσοκομείου για κάθε οικονομικό έτος. Σε ιδιαίτερο τμήμα εσόδων και εξόδων του προϋπολογισμού εγγράφονται οι εισροές από τον προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων. Με υπηρεσιακό σημείωμα η Υποδιεύθυνση Οικονομικού ζητά συνεργασία με τα τμήματα – κλινικές του Νοσοκομείου για προσδιορισμό των εσόδων και εξόδων του επόμενου έτους.

Η εκτέλεση του προϋπολογισμού ως προς τα έσοδα, προϋποθέτει τη βεβαίωση αυτών, δηλαδή την κατά την κείμενη νομοθεσία εκκαθάριση της απαιτήσεως, του ποσού αυτής, τον καθορισμό του οφειλέτη και της αιτίας της οφειλής και την είσπραξη των εσόδων. Είναι δυνατόν να εισπραχθούν έσοδα που δεν έχουν προηγουμένως βεβαιωθεί ή να εισπραχθούν ποσά μεγαλύτερα από τα βεβαιωθέντα, δεδομένου ότι ο προϋπολογισμός των ποσών των εσόδων γίνεται κατ' εκτίμηση. Για τον λόγο αυτό η τήρηση επικαιροποιημένων και αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων καθίσταται απαραίτητη. Τα Έσοδα των Δημοσίων Μονάδων Υγείας, ακολουθούν τα εξής στάδια:

-Προϋπολογίζονται

-Βεβαιώνονται

-Εισπράττονται

Σε ότι αφορά τον προσδιορισμό της προβλεπόμενης κίνησης κάθε νοσηλευτικού τμήματος για το επόμενο έτος η συνεργασία γίνεται με τους Διευθυντές των τμημάτων και γίνεται πρόβλεψη για αριθμό νοσηλευόμενων ασθενών, ημέρες νοσηλείας, αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων ανά κατηγορία και είδος, αριθμό επεμβάσεων με προσθετικά υλικά, αριθμό προσερχόμενων ασθενών στα Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων – Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και αριθμό εξετάσεων που αυτοί θα υποβληθούν. Η πρόβλεψη της νοσηλευτικής κίνησης αποτιμάται σε χρήμα με βάση το νόμο που ορίζει το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο (KEN-DRGs), τα υλικά επί χρεώσει ασθενών, κ.λπ. Με τον τρόπο αυτό προσδιορίζονται τα έσοδα που προβλέπεται να έχει το νοσοκομείο το επόμενο έτος. Προσδιορίζονται επίσης με στατιστικά στοιχεία τα διαφυγόντα έσοδα του νοσοκομείου από το κόστος της κοινωνικής πολιτικής που αφορά προσφορά υπηρεσιών υγείας σε απόρους, αλλοδαπούς κ.λπ. Επίσης αναδεικνύεται τόσο ο ρόλος της συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων όσο και της συνετής διαχείρισης των πόρων που είναι διαθέσιμοι και την αποφυγή σπατάλης.

Η εκτέλεση του προϋπολογισμού ως προς τα έξοδα, προϋποθέτει πλην της αναγραφής του ποσού των εξόδων στον εγκεκριμένο προϋπολογισμό και τα εξής:

α) Την ανάληψη δαπάνης (υποχρεώσεις). Η λήψη της απόφασης που θα καταστήσει το Νοσοκομείο οφειλέτη συνιστά το στάδιο της ανάληψης της δαπάνης (ή ορθότερο της ανάληψης της υποχρέωσης). Η ανάληψη της δαπάνης επιτρέπεται για ποσό που βρίσκεται μέσα στα όρια της διατεθείσης (χορηγηθείσας) πίστωσης.

β) Την έκδοση των ενταλμάτων πληρωμής. Η αναγνώριση και εκκαθάριση της δαπάνης συνεπάγεται την έκδοση του εντάλματος πληρωμής.

γ) Μετά ταύτα ακολουθεί η πληρωμή της δαπάνης, δηλ. η εξόφληση του εντάλματος πληρωμής, αφού προηγουμένως θεωρηθεί από τον αρμόδιο επίτροπο του ελεγκτικού συνεδρίου.

Έτσι τα Έξοδα των Δημοσίων Μονάδων Υγείας ακολουθούν τα παρακάτω στάδια:

-Προϋπολογίζονται

-Αναλαμβάνονται ως υποχρέωση

-Ενταλματοποιούνται

-Πληρώνονται

Σε ότι αφορά τον προσδιορισμό των εξόδων για την πραγματοποίηση των προαναφερόμενων υπηρεσιών η συνεργασία ξεκινά με την αποστολή στα τμήματα, κλινικές του νοσοκομείου καταστάσεων με καταγραφή των ειδών και των ποσοτήτων που καταναλώνουν ετησίως. Στα τμήματα – κλινικές συνεργάζεται νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και πρέπει με τη βοήθεια των συγκεντρωτικών καταστάσεων των ειδών, να καταγράψουν τις προβλέψεις τους για ανάγκες στο επόμενο έτος και να αιτιολογήσουν πιθανές μεταβολές σε ποσότητες και είδη. Η ενέργεια αυτή πρέπει να υλοποιείται τους μήνες Μάιο με Ιούνιο κάθε έτους. Ο ετήσιος προγραμματισμός των τμημάτων δίδεται προς έγκριση στους Διευθυντές των τμημάτων οι οποίοι προσυπογράφουν τον τμηματικό Π/Υ των δαπανών τους, και τον αποστέλλουν στον Διευθυντή Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Μετά τον έλεγχο των τμηματικών Π/Υ σε σύγκριση με τους στόχους της κάθε επιμέρους κλινικής και τους στόχους που έχει θέσει η Διοίκηση του Νοσοκομείου, οι τμηματικοί Π/Υ αποστέλλονται στο γραφείο Προϋπολογισμού / Λογιστήριο.

Γίνεται η επεξεργασία των καταστάσεων με τον προγραμματισμό των αναγκών που αποστέλλουν τα τμήματα. Ενοποιούνται οι καταστάσεις ανά είδος. Αποτιμούνται τα είδη σε κόστος για το νοσοκομείο. Εντάσσονται τα είδη σε μεγάλες κατηγορίες δαπανών (αναλώσιμα υλικά, υπηρεσίες, πάγια στοιχεία, κ.λπ.).

Καταρτίζονται οι τμηματικοί Π/Υ και ο ενιαίος αυτών. Προσδιορίζονται έτσι τα έσοδα και έξοδα κάθε κλινικής – τμήματος και με την μορφή αυτή υποβάλλονται στο Δ.Σ. για έγκριση.

Η έγκριση των τμηματικών Π/Υ του νοσοκομείου αποτελεί δέσμευση των τμημάτων για την υλοποίηση αυτών τόσο στα προβλεπόμενα έσοδα όσο και στα έξοδα.

Το γραφείο Π/Υ / Λογιστήριο συνεργάζεται με το Γραφείο Προμηθειών για την κατάρτιση εισήγησης στο Δ.Σ. προς έγκριση των δαπανών με ένταξη αυτών στο Πρόγραμμα Προμηθειών Υπουργείου Υγείας (Π.Π.Υ.Υ.)

Κατόπιν της εγκριτικής απόφασης του Δ.Σ. το Γραφείο Προϋπολογισμού / Λογιστήριο έχει την ευθύνη κατάρτισης του Π/Υ. Καταρτίζει τον Π/Υ ανά τμήμα και τον ενιαίο Π/Υ σε Κωδικούς με βάση το Δημόσιο Λογιστικό, με απεικόνιση αυτού σε λογαριασμούς

τάξεως (Ομάδα 10 του Π.Δ. 146/03). Συντάσσει όλους τους σχετικούς πίνακες που απαιτούν οι εκάστοτε οδηγίες από το Υπουργείο Οικονομικών (Γ.Λ.Κ.) για την σύνταξη του προϋπολογισμού.

Κάνει την τελική εισήγηση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου για έγκριση του Π/Υ του επόμενου έτους. Στο τελικό έντυπο του προϋπολογισμού θα πρέπει να εμφανίζονται (συγκριτικά) και στοιχεία τριετίας ανά ΚΑΕ.

Διαβιβάζει τον Π/Υ του επόμενου έτους στην Υ.Πε. για έγκριση, το αργότερο το Σεπτέμβριο κάθε έτους. Η τελική έγκριση του Π/Υ έρχεται από την αρμόδια Υ.Δ.Ε. και η εκτέλεση του Π/Υ του Νοσοκομείου είναι πλέον δυνατή.

Ακολουθεί η καταχώρηση στο σύστημα των πιστώσεων ανά Κ.Α.Ε. του Δημόσιου Λογιστικού του εγκεκριμένου Π/Υ. Η καταχώρηση του Π/Υ στο Δημόσιο λογιστικό δημιουργεί εγγραφές στο διπλογραφικό σύστημα λογιστικής παρακολούθησης σύμφωνα με το σύστημα των λογαριασμών τάξεως.

2.4 Οι Εξαιρέσεις - (Ιδιωτικά Νοσοκομεία, Ειδικές Περιπτώσεις)

2.4.1 Λογιστικές Μέθοδοι Ιδιωτικών Κλινικών

Οι ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα χρησιμοποιούν υποχρεωτικά τη διπλογραφική μέθοδο ή την μέθοδο της αναλυτικής λογιστικής, τα οποία εφαρμόζονται με τη βοήθεια της Γενικής Λογιστικής και σύμφωνα με τη θεμελιώδη αρχή της αυτοτέλειας των χρήσεων. Η λογιστική βάση, υπολογισμού των εσόδων και των εξόδων είναι η δεδουλευμένη βάση, ενώ στο τέλος της χρήσης συντάσσονται οι οικονομικές καταστάσεις (Ισολογισμός, Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσεως, Διάθεση Κερδών) που απεικονίζουν την περιουσιακή και κεφαλαιακή διάρθρωση, τις υποχρεώσεις και τα αποτελέσματα της εταιρίας. Στις ιδιωτικές μονάδες ισχύει ο Ν. 1041/1980 (άρθρα 47,48 και 49) του Ελληνικού Λογιστικού Σχεδίου.

Παράλληλα με την Γενική Λογιστική στον ιδιωτικό τομέα, παρακολουθούνται και οι λογαριασμοί της Αναλυτικής Λογιστικής (ομάδα 9, οποίοι βοηθούν στην σύνταξη προϋπολογισμών αφού αποτελούν βασικό εργαλείο κοστολόγησης. Το ΕΓΛΣ έχει ευρεία εφαρμογή στον Ιδιωτικό τομέα και σήμερα, εφαρμόζονται και τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα (International Accounting Standards) στις Ιδιωτικές μονάδες υγείας. Μάλιστα από το 2006 οι οικονομικές καταστάσεις συντάσσονται σύμφωνα με τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Πληροφόρησης (International Financial Reporting

Standards), όπως αυτά διατυπώνονται από το Διεθνές Συμβούλιο Λογιστικών Προτύπων. Όπως θα αναφερθεί αργότερα τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα είναι και η μέθοδος που χρησιμοποιείται και από τα βρετανικά νοσοκομεία.

2.4.2 Χαρακτηριστικές περιπτώσεις εξαιρέσεων εντός δημόσιου

Τα ελληνικά νοσοκομεία εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας λειτουργούν με το καθεστώς του ΝΠΔΔ και υπάγονται στο ανάλογο Δίκαιο. Όμως εντός του συστήματος υπάρχουν και ορισμένες εξαιρέσεις όπου εμφανίζεται να λειτουργούν ιδρύματα ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου ΝΠΙΔ. Ιστορικά αυτά προέρχονται από δωρεές Κοινοφελών Ιδρυμάτων που συχνά έχουν θέσει όρους και προϋποθέσεις στην λειτουργία τους. Η μελέτη αυτών των διαφορετικότητων σε θέματα χρηματοοικονομικής διοίκησης αλλά και γενικότερης λειτουργίας είναι πολλαπλά χρήσιμη. Κατά πρώτον εντοπίζει τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος αλλά και αναγνωρίζει τα θετικά του στοιχεία τα οποία πρέπει να προστατευτούν και να αναδειχθούν.

Η όποια άντληση στοιχείων και συμπερασμάτων βέβαια πρέπει να εντάσσεται εντός της επιθυμητής δημοσίας πολιτικής στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι συχνά αποκλίσεις από την νόρμα των κανόνων της ιδιωτικής ελεύθερης αγοράς είναι ένα τίμημα για τη πρόσβαση ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι δεν επιβάλλεται να υπάρχει και ένας αυστηρός έλεγχος και σύνεση στην δημοσιονομική διαχείριση. Σε μία εποχή όπου ο ελληνικός λαός δοκιμάζεται σκληρά και έχει πληγεί το εισόδημά του αυτή η στάση συνεπικουρούμενη από πνεύμα διαφάνειας και λογοδοσίας πρέπει να επικρατήσει.

2.4.2.1 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

Το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» αποτελεί μία χαρακτηριστικά ιδιάζουσα περίπτωση λειτουργίας Νοσοκομείου εντός του ΕΣΥ. Ο κανονισμός λειτουργίας του δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 711/τεύχος Β/1998 με την υπουργική απόφαση Α1α/8342. Το νοσοκομείο λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το νοσοκομείο αυτό ιδρύθηκε και υπάγεται στις διατάξεις του Ν. 1964/1991, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την από 3-11-97 κυρωθείσα σύμβαση με το Ν.2618/98, με το ΦΕΚ 128 Α/9Β, και καθώς αποτελεί ΝΠΙΔ, διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω Νόμου.

Η ιστορική πορεία του νοσοκομείου παρουσιάζει ενδιαφέρον αφού μπορούν να αντληθούν χρήσιμες πληροφορίες για την δυνατότητα συνεργασίας ιδιωτικού και δημοσίου τομέα χωρίς να αμφισβητηθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας και η προσιτότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σύμβαση ανέγερσης υπογράφηκε στις 24.5.1991 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος Παπαγεωργίου όπου προβλεπόταν η λειτουργία του Νοσοκομείου ως ΝΠΙΔ. Η κατασκευή ολοκληρώθηκε το 1997 με τις πρώτες κλινικές να λειτουργούν το 1999, ενώ από το 2000 εντάσσεται στο πρόγραμμα εφημεριών. Το 2004 στο Νοσοκομείο θα ενταχθούν και Πανεπιστημιακές Κλινικές της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ. Οι εργαζόμενοι ανέρχονται στους 1700 ενώ η δυναμικότητα του νοσοκομείου ανέρχεται στις 800 κλίνες σε όλες τις κλινικές.

Το εν λόγω νοσοκομείο απολαύει οικονομικής και διοικητικής αυτοτέλειας και λειτουργεί βάσει των αρχών της ιδιωτικής οικονομίας. Το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι κοινωφελές και δεν μπορεί να μετατραπεί σε κερδοσκοπική επιχείρηση που έχει σκοπό το κέρδος. Τα πάσης φύσεως έσοδά του διατίθενται για την κάλυψη των λειτουργικών του δαπανών, την συντήρηση, ανανέωση και εκσυγχρονισμό του ιατρικού και λοιπού εξοπλισμού. Τυχόν πλεόνασμα θα διατίθεται στο Ελληνικό Δημόσιο. Τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργού Υγείας ο οποίος ασκεί και τις αρμοδιότητες του αναγκαστικού νόμου 2039/39. Τα έσοδα του νοσοκομείου προέρχονται από τις ιατρικές του δραστηριότητες αλλά και δραστηριότητες όπως έρευνα και εκπαίδευση αλλά και επιχειρηματικές δραστηριότητες ή διαχείριση της ίδιας περιουσίας. Προβλέπεται επίσης κρατική επιχορήγηση το ύψος της οποίας είναι στην κρίση του υπουργού ο οποίος έχει δικαίωμα ελέγχου, η διαχείριση ελέγχεται από Ορκωτούς Λογιστές ενώ τα μέλη του ΔΣ έχουν ευθύνες δημοσίων υπόλογων.

Διοικείται υπό 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Η συγκρότησή του διέπεται από την εξής σύνθεση. Τρία μέλη ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, τρία μέλη υποδεικνύονται από το Ίδρυμα Παπαγεωργίου, ενώ ένα μέλος υποδεικνύεται από την Σύγκλητο του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης καθώς εντός του χώρου λειτουργούν και πανεπιστημιακές κλινικές. Η θητεία του ΔΣ έχει διάρκεια τριών ετών.

Σε ότι αφορά τον οικονομικό έλεγχο της λειτουργίας του νοσοκομείου το ΔΣ έχει μια σειρά από αρμοδιότητες.

- Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις και μέτρα για την εκπλήρωση των σκοπών και των στόχων του νοσοκομείου , που τίθενται είτε από το ίδιο είτε από το Υπουργείο.
- Καταρτίζει τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Νοσοκομείου. ο οποίος εγκρίνεται από τους Υπουργούς Οικονομικών Και Υγείας. Προτείνει την αναμόρφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του Εσωτερικού Κανονισμού όταν το κρίνει απαραίτητο.
- Εγκρίνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου και τις αναγκαίες κατά την εκτέλεση του αναμορφώσεις και τροποποιήσεις, τον υποβάλλει μαζί με αναλυτικά στοιχεία πρόβλεψης των ιδίων εσόδων και λεπτομερή ανάλυση των δαπανών του , για έγκριση από τους Υπουργούς Οικονομικών και Υγείας. Εγκρίνει επίσης τον ετήσιο ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης.
- Αποφασίζει για την κατανομή των πόρων που προέρχονται από τα έσοδα του στα πλαίσια του εγκεκριμένου προϋπολογισμού
- Μεριμνά για την απρόσκοπτη χρηματοδότηση του νοσοκομείου, για την εγκατάσταση ενός αποτελεσματικού συστήματος οικονομικής διαχείρισης όπως σχετικά ορίζεται στη παρ.3 του άρθρου 29 του Ν 2519/97.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο τρόπος πρόσληψης του προσωπικού και το νομικό καθεστώς των εργασιακών σχέσεων εν γένει.

Για την πρόσληψη του πάσης φύσεως προσωπικού του νοσοκομείου απαιτείται προηγούμενη έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου και στη συνέχεια απόφαση του Υπουργού Υγείας. Για την πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά για την πλήρωση των θέσεων κλάδου γιατρών του Ε.Σ.Υ. Η επιλογή του λοιπού προσωπικού (νοσηλευτικού διοικητικού, παραϊατρικού και άλλων κατηγοριών προσωπικού) γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του Ν. 2190\94 ύστερα από προκήρυξη μέσω ΑΣΕΠ. Το ΔΣ διατηρεί το δικαίωμα απόλυσης εργαζομένου μετά από πρόταση του Προέδρου του ΔΣ.

Το προσωπικό του Νοσοκομείου διακρίνεται σε :

Προσωπικό, το οποίο προσλαμβάνεται με τριετή ή πενταετή σύμβαση, η οποία δύναται να ανανεώνεται ως ακολούθως.

α. Για τους γιατρούς έχουν εφαρμογή οι διατάξεις που ισχύουν για τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ

β. Για το λοιπό προσωπικό μετά από κρίση του ΔΣ.

Με πενταετή σύμβαση προσλαμβάνονται όλοι οι Διευθυντές γιατροί και οι Διευθυντές και οι Τομearχες των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Με τριετή σύμβαση προσλαμβάνεται όλο το υπόλοιπο προσωπικό.

Το πρώτο έτος της σύμβασης θεωρείται χρόνος δοκιμαστικής υπηρεσίας. Εφ' όσον ο χρόνος δοκιμαστικής υπηρεσίας δεν κριθεί ευδόκιμος, η σχέση εργασίας του εργαζομένου με το νοσοκομείο λύνεται.

Προσωπικό με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου για αντιμετώπιση εποχιακών, περιοδικών, ή πρόσκαιρων ή κατεπειγουσών αναγκών σύμφωνα με τις διατάξεις της κυρωθείσας σύμβασης 3.11.97(ΦΕΚ 128/Α/19998)

2.4.2.2 Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο ιδρύθηκε με τις διατάξεις Ν. 2012/1992 (ΦΕΚ 28Α) ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου κοινωφελούς χαρακτήρα με οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια και λειτουργεί βάσει των αρχών της ιδιωτικής οικονομίας, τελεί υπό την εποπτεία του Κράτους ασκούμενη από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης οργανώνεται δε και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας που συντάσσεται από το ΔΣ του νοσοκομείου και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας.

Η δημιουργία του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (ΩΚΚ), του οποίου η κατασκευή ξεκίνησε το 1987 και ολοκληρώθηκε το 1992 αποτελεί δωρεά του Κοινωφελούς Ιδρύματος «Αλέξανδρος Ωνάσης». Το ΩΚΚ κτίστηκε σε ιδιόκτητη έκταση οκτώ στρεμμάτων, επί της Λεωφόρου Συγγρού, με την επίβλεψη του Ιδρύματος. Στις 6 Οκτωβρίου 1992, μετά την ολοκλήρωσή του, το ΩΚΚ δωρήθηκε, πλήρως εξοπλισμένο, στο ελληνικό Δημόσιο. Έκτοτε λειτουργεί με την αποκλειστική ευθύνη του ελληνικού Κράτους.

Διαθέτει μονάδες εντατικής θεραπείας, ημιεντατικής θεραπείας, θεραπείας εμφραγμάτων, αιμοδυναμικά εργαστήρια, παιδοκαρδιοχειρουργική νοσηλευτική μονάδα, καρδιοχειρουργική νοσηλευτική μονάδα, καρδιολογική νοσηλευτική μονάδα και εργαστήριο ηλεκτροφυσιολογίας και βηματοδότησης. Επίσης, λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία, κλινικά εργαστήρια και διαγνωστικά τμήματα. Η δύναμη του ανέρχεται στις 130 κλίνες.

Ως ΝΠΙΔ οι εργασιακές συμβάσεις που συνάπτει με το προσωπικό διαφέρουν ανάλογα με το εάν είναι ιατρικό ή μη. Στην πρώτη περίπτωση προβλέπονται δύο διαδοχικές τριετείς συμβάσεις πριν την μετατροπή τους σε αορίστου που γίνεται με έγκριση του ΔΣ κατόπιν πρότασης του Προέδρου. Για το υπόλοιπο προσωπικό ο απαιτούμενος χρόνος δοκιμασίας είναι οι έξι μήνες πριν την μετατροπή της εργασιακής σχέσης σε αορίστου χρόνου.

2.5 Αναφορά στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής και πως Το Μνημόνιο Συνεργασίας μετέβαλλε την κατάσταση στο χώρο της υγείας

Το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής αποτέλεσε μια ριζική αλλαγή στον τρόπο κατάρτισης του Κρατικού Προϋπολογισμού αλλά κυρίως άλλαξε την φιλοσοφία και τον τρόπο σκέψης του προγραμματισμού και της οικονομικής διαχείρισης του Κράτους στην ολότητά του αλλά και στον τομέα της Υγείας συγκεκριμένα. Τα κυριότερα σημεία του, όπως αρχικά ορίζονται στους ν. 4270/14 και ν.3871/2001, Άρθρο 9 προσθέτουν στον ν.2362/1995 μια σειρά από διατάξεις που περιλαμβάνουν την οικονομική σχεδίαση με βάση τον απολογισμό των προηγούμενων δύο ετών και προέκταση στα τρία επόμενα, την συγκεκριμενοποίηση των στοιχείων αλλά και πρόβλεψη μελλοντικών κινδύνων. Επιπλέον εισάγεται η αυστηρότητα στην σύνταξη και την εκτέλεση των επιμέρους προϋπολογισμών αφού πλέον κάθε φορέας έχει την ρητή υποχρέωση να καταρτίζει, εγκρίνει και εκτελεί τις λειτουργίες του εντός των οδηγιών του ΜΠΔΣ. Παραβίαση της υποχρέωσης αυτής και υπέρβαση των δαπανών οδηγεί σε ανάλογη μείωση των επιχορηγήσεων ή μεταφορών πιστώσεων προς τους οργανισμούς αυτούς κατά τον επόμενο Κρατικό Προϋπολογισμό.

Στον χώρο της Υγείας η τάση αυτή έχει εκφραστεί με μία σταθερότητα στην χρηματοδότηση των δομών και αυστηροποίηση των προϋπολογισμών. Στόχος είναι η συγκράτηση των εξόδων και η διατήρηση βιώσιμων δομών. Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται οι εφαρμογές του clawback -rebate, η συστηματοποίηση και η διαύγεια στους διαγωνισμούς κτλ.

Η άποψη του συγγραφέα είναι ότι το ΜΠΔΣ προτάσσει την μακροχρόνια σχεδίαση πολιτικών έναντι εφήμερων σχεδιάσεων που ίσως και να εξυπηρετούν και μικροπολιτικές σκοπιμότητες. Είναι απλώς θλιβερό ότι αυτονόητες αρχές στην δημοσιονομική διαχείριση χρειάστηκαν να επιβληθούν τάχιστα και να λειτουργήσουν ως σοκ στην οικονομική ζωή και την καθημερινότητα των πολιτών.

3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΩΝ ΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

3.1 Το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα

Το διπλογραφικό σύστημα τελικά εισήχθη στα Δημόσια Νοσοκομεία με βάση το ΠΔ 146/2003, το οποίο εφάρμοζε το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα με βάση το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο (ΚΛΣ) των Δημοσίων Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ). (Πολύζος, 2007). Η εισαγωγή ενός νέου σύγχρονου και αποτελεσματικού Λογιστικού Συστήματος ήταν πλέον απαραίτητο στοιχείο για μία ολοκληρωμένη και αποδοτική Οικονομική Διαχείριση στον τομέα των δημοσίων νοσοκομείων καθιστώντας την αποκλειστική χρήση του Δημοσίου Λογιστικού Συστήματος παρωχημένη. Στην κατεύθυνση αυτή σημαντικό ρόλο είχε και η Υγειονομική Μεταρρύθμιση του ΕΣΥ μετά την ψήφιση του ν.2889/2001.

Το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο των Δημοσίων Μονάδων Υγείας αποτελείται από τρία επιμέρους λογιστικά κυκλώματα τα οποία λειτουργούν ταυτόχρονα και αυτόνομα και καλύπτουν το σύνολο των οικονομικών σχέσεων και δραστηριοτήτων ενός οργανισμού ΔΜΥ. (ΠΔ 146/03, 2003)

- Κύκλωμα Λογαριασμών Γενικής Λογιστικής
- Κύκλωμα Λογαριασμών Αναλυτικής Λογιστικής
- Κύκλωμα Λογαριασμών Δημόσιας Λογιστικής

Το ΚΛΣ βασίζεται στο Ελληνικό Λογιστικό Σχέδιο το οποίο περιγράφεται και αναλύεται στο ΠΔ 1123/1980. Με βάση τα ανωτέρω το ΚΛΣ διακρίνεται σε 10 κύριες ομάδες λογαριασμών οι οποίες διαμοιράζονται στα τρία λογιστικά κυκλώματα. Στην Γενική Λογιστική ανήκουν οι ομάδες 1-8 οι οποίες αναφέρονται στις χρηματοοικονομικές πράξεις μιας ΔΜΥ που επηρεάζουν την περιουσιακή του κατάσταση. Στην Αναλυτική Λογιστική ανήκει η ομάδα 9 η οποία αναφέρεται στην κοστολογική λειτουργία και οργάνωση των ΔΜΥ. Στην Δημόσια Λογιστική ανήκει η ομάδα 10 (ή 0) και η οποία καταγράφει τα περιουσιακά στοιχεία που διαθέτει η ΔΜΥ.

Οι δέκα κύριες ομάδες λογαριασμών του ΚΛΣ αποτελούνται η κάθε μία από δέκα επιμέρους πρωτοβάθμιους συγκεντρωτικούς λογαριασμούς. Σκοπό έχουν να καταγράψουν τα οικονομικά μεγέθη εντός κάθε βασικής δομής μιας ΔΜΥ. Με την σειρά του ο κάθε πρωτοβάθμιος λογαριασμός αναπτύσσεται με μορφή δέντρου σε αναλυτικότερους λογαριασμούς έχοντας όμως πάντα σαν αναφορά τον κύριο. Η κάθε

τάξη λογαριασμών αυξάνεται με βάση το δεκαδικό σύστημα επιτρέποντας αναλυτικότερες καταχωρίσεις.

3.2 Γενική Λογιστική

Η Γενική Λογιστική αφορά τις χρηματοοικονομικές δραστηριότητες της ΔΜΥ που μεταβάλλουν την περιουσιακή της κατάσταση δηλαδή περιγράφει την αλληλεπίδραση της με το εξωτερικό οικονομικό περιβάλλον. Όπως αναφέρθηκε περιλαμβάνει τις ομάδες 1-8 του ΚΛΣ σε δύο επιμέρους κατηγορίες.

- Λογαριασμοί Ισολογισμού (1-5)
- Λογαριασμοί Αποτελεσμάτων (6-8)

Οι επιμέρους ομάδες είναι οι εξής:

1. **Ομάδα 1. Πάγιο Ενεργητικό.** Περιλαμβάνει πληροφορίες για τα Πάγια Περιουσιακά Στοιχεία όπως είναι τα υλικά ή άυλα αγαθά, αξίες και δικαιώματα που αποκτάει η μονάδα υγείας με σκοπό την διαρκή και μόνιμη χρήση όπως είναι τα Στοιχεία Κτήσης, Αποσβέσεις, Τόπος Εγκατάστασης, Βελτιώσεις και Προσθήκες, ύπαρξη βαρών κτλ. Η παρακολούθηση των αλλαγών και των μεταβολών αυτών των κατηγοριών γίνεται μέσω της υποχρεωτικής της καταχώρισης στο Βιβλίο Μητρώων Παγίων όπως ορίζει το ΠΔ 146/2003.
2. **Ομάδα 2. Αποθέματα.** Περιλαμβάνει τα στοιχεία σχετικά με τα αποθέματα της ΔΜΥ, τα οποία προέρχονται από διάφορες πηγές όπως αγορά, δωρεά, εισφορά σε είδος, ανταλλαγή, ή παραγωγή εντός της ΔΜΥ. Τα αποθέματα καταχωρούνται σε μερίδες αποθήκης και ελέγχονται τόσο σε ποσότητα (στοκ) όσο και σε χρηματική αποτίμηση. Ο έλεγχος εισαγωγής και ανάλωσης γίνεται σε δύο επίπεδα, κατά είδος στην Γενική Λογιστική και κατά προορισμό στην Αναλυτική Λογιστική. Με τον τρόπο αυτό υπάρχει πλήρης εποπτεία των αναλώσεων αλλά και των αναγκών έτσι ώστε να γίνεται αποτελεσματικός προγραμματισμός των αναγκών αλλά και να εντοπίζονται ενδεχόμενες σπατάλες και υπερβάσεις.
3. **Ομάδα 3. Απαιτήσεις και Διαθέσιμα.** Περιλαμβάνει τα στοιχεία και τα δεδομένα για τις Απαιτήσεις και τα Χρηματικά Διαθέσιμα. Καταχωρούνται οι βραχυπρόθεσμες απαιτήσεις (ασφαλούς είσπραξης, επισφαλείς και επίδικες), τα αξιόγραφα, και τα διαθέσιμα περιουσιακά της ΔΜΥ. Η καταγραφή αυτή

επιτρέπει έτσι την λεπτομερή παρακολούθηση των βραχυπρόθεσμων απαιτήσεων ανά κατηγορίες πχ Ασφαλιστικά Ταμεία. Επιπλέον παρακολουθούνται και οι Μεταβατικοί Λογαριασμοί Ενεργητικού.

4. **Ομάδα 4. Καθαρή Θέση-Προβλέψεις-Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις.** Περιλαμβάνει τα στοιχεία και τα δεδομένα για την Καθαρή Περιουσία ή Καθαρή Θέση και τις μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις των ΔΜΥ. Επιπλέον περιέχει την σύνθεση και το ύψος των ιδίων κεφαλαίων, τις αναλυτικές καταστάσεις των ληφθέντων επιχορηγήσεων για επενδύσεις και τις προβλέψεις για ενδεχόμενη μελλοντική ζημία. Η Καθαρή Θέση ορίζεται από το κεφάλαιο και τα αποθεματικά κάθε είδους καθώς και από το αποτέλεσμα εις νέο (πλεονασματικό ή ελλειμματικό).
5. **Ομάδα 5. Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις.** Η επισκόπηση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων είναι σημαντική για τον καθορισμό των πληρωμών προς τρίτους, καθώς πλέον υπάρχει τάξη και διαφάνεια στην σειρά της εξόφλησης.
6. **Ομάδα 6. Οργανικά Έξοδα Κατ' Είδος.** Περιλαμβάνει τα κατ' είδος οργανικά έξοδα που σχετίζονται με την ομαλή δραστηριότητα της χρήσης. Καθώς επιπλέον και τις ετήσιες επιβαρύνσεις για την εκτέλεση αποσβέσεων και προβλέψεων ως μέρος του λειτουργικού κόστους. Η καταγραφή επιτρέπει την παρακολούθηση των εξόδων κατά είδος και κατά προορισμό.
7. **Ομάδα 7. Οργανικά Έσοδα Κατ' Είδος.** Τα έσοδα που πραγματοποιεί ο φορέας στη διάρκεια της χρήσης παρακολουθούνται στη κατηγορία αυτή και συγκρινόμενα με τα έξοδα διαμορφώνουν το οικονομικό αποτέλεσμα. Η συγκέντρωση των εσόδων γίνεται κατά είδος (έσοδα από παροχή υπηρεσιών, από εισπράξεις φόρων-τελών-δικαιωμάτων, από επιχορηγήσεις και πώληση αγαθών κλπ.) και προέλευση. Υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης των εσόδων ανά χρονική περίοδο (συνήθως μηνιαία), ανά τομέα ή τμήμα, ανά ασφαλιστικό ταμείο ακόμα και ανά ασθενή.
8. **Ομάδα 8. Λογαριασμοί Αποτελεσμάτων.** Στην ομάδα 8 περιλαμβάνονται οι λογαριασμοί προσδιορισμού των αποτελεσμάτων εκμεταλλεύσεως, μικτών και καθαρών, καθώς και οι λογαριασμοί συγκεντρώσεως των μη προσδιοριστικών των μικτών κερδών εξόδων και εσόδων εκμεταλλεύσεως. Στην ίδια ομάδα περιλαμβάνονται οι λογαριασμοί συγκεντρώσεως των έκτακτων και ανόργανων αποτελεσμάτων, των εξόδων και εσόδων προηγούμενων χρήσεων, των προβλέψεων για έκτακτους κινδύνους, των εσόδων από προβλέψεις

προηγούμενων χρήσεων και των μη ενσωματωμένων στο λειτουργικό κόστος αποσβέσεων παγίων στοιχείων, καθώς και οι λογαριασμοί προσδιορισμού και διαθέσεως των αποτελεσμάτων χρήσεως. Οι πρωτοβάθμιοι λογαριασμοί της ομάδας 8 αναπτύσσονται σε δευτεροβάθμιους υποχρεωτικούς λογαριασμούς και αυτοί αναπτύσσονται σε τριτοβάθμιους και αναλυτικότερους υπολογαριασμούς, σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε οικονομικής μονάδας, με τον περιορισμό να τηρούνται οι υποχρεωτικοί τριτοβάθμιοι λογαριασμοί που προβλέπονται από το Σχέδιο Λογαριασμών. Επιπλέον οι ΔΜΥ θα συντάσσουν και θα δημοσιεύουν Ισολογισμό (δευτεροβάθμια ομάδα 89) και Αποτέλεσμα Χρήσης (δευτεροβάθμια ομάδα 86).

3.3 Αναλυτική Λογιστική

Η Αναλυτική Λογιστική δημιουργήθηκε και εντάχθηκε στο ΚΛΣ για την παρακολούθηση των οικονομικών δραστηριοτήτων με σκοπό την εκτίμηση και προσδιορισμό του κόστους του συνόλου των δραστηριοτήτων μιας ΔΜΥ. Περιλαμβάνει το λειτουργικό κόστος, το κόστος των παραγόμενων υπηρεσιών και προϊόντων, το κόστος των ενσώματων και ασώματων ακινητοποιήσεων, και τον λογιστικό προσδιορισμό των μικτών και καθαρών αποτελεσμάτων βραχυχρόνια και σε ετήσια βάση.

Η Αναλυτική Λογιστική όπως αναφέρθηκε είναι σε θέση να λειτουργεί αυτόνομα αλλά και σε πλαίσιο συνεργασίας με τη Γενική Λογιστική, στην περίπτωση αυτή (Συλλειτουργία) απαιτεί συμβατότητα στην κωδικοποίηση κάτι που πλέον γίνεται αυτόματα χάρη στην μηχανογράφηση του όλου συστήματος.

Η Αναλυτική Λογιστική χρησιμοποιεί την Ομάδα 9, Λογαριασμοί Εκμετάλλευσης η οποία καταγράφει το κόστος και το επιμερίζει ανάλογα την επιθυμητή ανάλυση πχ Τομέα, Τμήμα ή ακόμα και ασθενή. Ειδικά στην κοστολόγηση ανά ασθενή τονίζεται η σημασία που έχει η ολοκληρωμένη και ακριβής ανάλυση και καταχώριση των DRGs. Τα κύρια γνωρίσματα της Αναλυτικής Λογιστικής είναι.

- Αυτονομία
- Χρήση και Ανάλυση των ομάδων 2, 6,7, 8 που θα επιτρέψει την ακριβή κοστολόγηση και τον προσδιορισμό των αποτελεσμάτων.
- Χαρακτηρίζεται από τρεις κατηγορίες λογαριασμών (έσοδα, έξοδα και αποθέματα)

- Χαρακτηρίζεται από αδυναμία ανάπτυξης μεγάλου αριθμού πρωτοβάθμιων λογαριασμών, άρα οι βασικοί λογαριασμοί αρχίζουν σε χαμηλότερο επίπεδο.
- Κατηγοριοποίηση εξόδων γίνεται ανά λειτουργία ενώ στην Γενική κατά είδος.

Ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους λειτουργίας μιας ΔΜΥ είναι πλέον κρίσιμο στοιχείο στην βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε μια εποχή περιορισμένων και αυστηρά καθορισμένων προϋπολογισμών που βρίσκονται υπό την αυστηρή εποπτεία όχι μόνο του ΥΠΟΙΚ αλλά και των μηχανισμών της ΕΕ.

3.4 Δημόσιο Λογιστικό

Σύμφωνα με το ΠΔ146/03 το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο των Μονάδων Υγείας έπρεπε να είναι εφαρμοστέο από 1/1/2004, στην πράξη όμως το Δημόσιο Λογιστικό Σύστημα όπως ορίζεται από τον ν.2365/95 χρησιμοποιείται ακόμα στην πράξη λειτουργώντας παράλληλα όπως επιτρέπει ο ν.2819/97 (άρθρο 29, παρ.3). Αυτό που άλλαξε είναι ότι πλέον η καταγραφή των καταχωρίσεων γίνεται και αυτή διπλογραφικά χρησιμοποιώντας τους λογαριασμούς τάξεων.

Το Δημόσιο Λογιστικό επομένως περιλαμβάνει την Ομάδα 10 ή (0) και περιέχει πληροφορίες για τη πορεία εκτέλεση του Προϋπολογισμού και του Απολογισμού χρησιμοποιώντας την διπλογραφική μέθοδο. Περιλαμβάνει Λογαριασμούς Εσόδων και Εξόδων ως εξής:

- i. Λογαριασμοί Εξόδων
 - a. Αγορά υλικών
 - b. Αγορά παγίων
 - c. Άλλες υποχρεώσεις (πχ λογαριασμοί ΔΕΚΟ)
 - d. Μεταβίβαση Πίστωσης σε δευτερεύοντα διατάκτη
 - e. Εξόφληση προμηθευτή
- ii. Λογαριασμοί Εσόδων
 - a. Έσοδα παροχής υπηρεσιών
 - b. Έσοδα επιχορηγήσεων
 - c. Έσοδα από τρίτες δραστηριότητες, δωρεές και κληροδοτήματα

Το ΠΔ 146/2003 και ο Κώδικας Κατάταξης Εσόδων και Εξόδων του Προϋπολογισμού καθορίζουν την κωδικοποίηση και ανάπτυξη των απαιτούμενων Λογαριασμών, στους

οποίους τα έσοδα και τα έξοδα αναλύονται σε τέσσερα επίπεδα. Για τις ΔΜΥ κάθε είδος εσόδων ή εξόδων κατηγοριοποιείται με τετραψήφιο κωδικό.

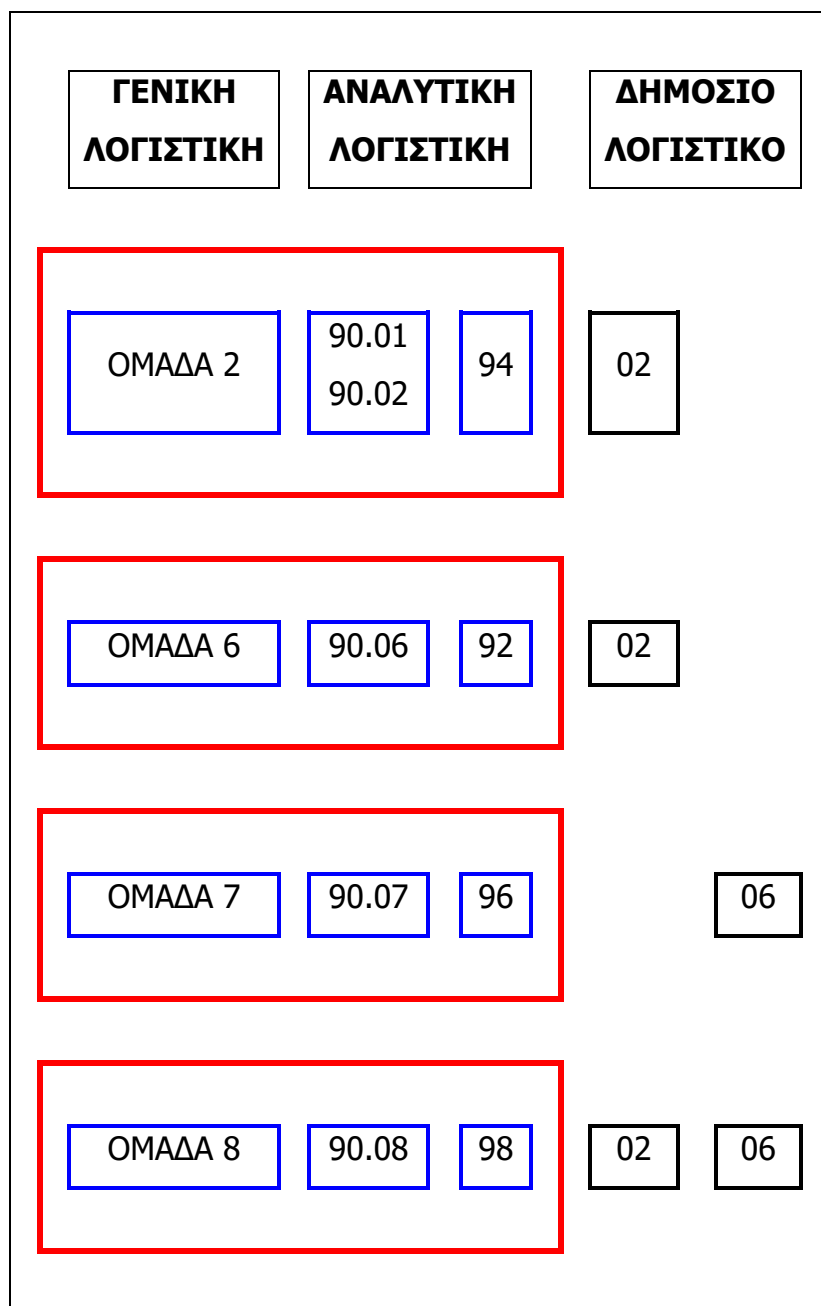
Η μορφή είναι ΑΒΓΔ ως εξής:

- Α= ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
- Β= ΟΜΑΔΑ
- Γ=ΕΙΔΟΣ
- Δ=ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η κίνηση προς κατώτερη κατηγορία γίνεται δεκαδικά και περιορίζει τις καταχωρήσεις ανάλογα.

3.5 Η ανάγκη για ομοιόμορφη καταγραφή καταχωρίσεων

Η αποτύπωση μεταξύ δημοσίου λογιστικού και γενικού λογιστικού δεν είναι άμεσα συμβατή, συνεπώς υπάρχει αδυναμία απ' ευθείας εφαρμογής του διπλογραφικού. Η λύση του 146/03 είναι η δημιουργία παράλληλων λογαριασμών. Ο 02 είναι ο λογαριασμός εξόδων ενώ ο 06 των εσόδων.



Εικόνα 1 Η διασύνδεση των Λογιστικών συστημάτων. (ΠΔ 146/03, 2003)

4 Η ΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Έλεγχος

Ο οικονομικός και δημοσιονομικός έλεγχος στις ΔΜΥ γίνεται σε πολλαπλά επίπεδα τόσο εντός της ΔΜΥ όσο και από τους εποπτεύοντες φορείς και έχει στόχο τόσο των εντοπισμό τυχόν λαθών σε κατασταλτικό επίπεδο αλλά και να λειτουργήσει πειθαρχικά εάν αυτό κριθεί αναγκαίο. Η πολυπλοκότητα αυτή είναι απαραίτητη και αναπόφευκτη λόγω της νομικής μορφής των ΔΜΥ που είναι ενταγμένες εντός μιας αυστηρής διοικητικής ιεραρχίας.

4.1.1 Εσωτερικός Έλεγχος ΔΜΥ

Σε πρώτο επίπεδο προβλέπονται διαδικασίες εσωτερικού ελέγχου σύμφωνα με το άρθρο 25 του νόμου 4025/11, ο οποίος έρχεται σε αντικατάσταση προγενέστερου νόμου, (παράγραφος 3, άρθρου 11 του ν. 3697/2008).

Ο νόμος επιβάλλει την σύνταξη και τήρηση ενός Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας των μονάδων υγείας, σε θέματα διοικητικά, διαχειριστικά και λογιστικά, η τήρηση του οποίου παρακολουθείται από σύστημα εσωτερικού ελέγχου. Στο πλαίσιο αυτό, σε κάθε δημόσια μονάδα υγείας ορίζεται από ένας μέχρι τρεις εσωτερικοί ελεγκτές, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της μονάδας, οι οποίοι επιλέγονται και από το Μητρώο Εσωτερικών Ελεγκτών του Υπουργείου Οικονομικών. Η παροχή των υπηρεσιών τους γίνεται με σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, η διάρκεια της οποίας δεν μπορεί να υπερβαίνει τα τρία έτη. Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους απολαμβάνουν πλήρους ανεξαρτησίας.

Με απόφαση του αρμόδιου Διοικητή Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται Επιτροπή Ελέγχου, η οποία αποτελείται από δύο (2) μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου και τον εσωτερικό ελεγκτή και η οποία, μεταξύ άλλων, παρακολουθεί τη διαδικασία της; χρηματοοικονομικής πληροφόρησης, την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος εσωτερικού ελέγχου και του συστήματος διαχείρισης κινδύνων, καθώς και την πορεία του υποχρεωτικού ελέγχου των οικονομικών καταστάσεων.

Ο εσωτερικός ελεγκτής οφείλει να αναφέρει στον Διοικητή της μονάδας και στην Επιτροπή Ελέγχου κάθε θέμα που έχει σχέση με την πορεία και τα αποτελέσματα του ελέγχου και να συντάσσει σχετικές εκθέσεις.

Κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά τις αρμοδιότητες του εσωτερικού ελεγκτή και της Επιτροπής Ελέγχου, καθώς και την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος εσωτερικού ελέγχου ρυθμίζεται από τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας.

4.1.2 Εξωτερικός Έλεγχος ΔΜΥ

Ο εξωτερικός έλεγχος των ΔΜΥ γίνεται από μια σειρά θεσμών που εξασφαλίζουν τον έλεγχο της οικονομικής δραστηριότητας της ΔΜΥ με στόχο την εξασφάλιση συνθηκών διαφάνειας και λογοδοσίας.

4.1.2.1 Η αρμόδια Υγειονομική Περιφέρεια ΥΠΕ

Τα ελληνικά νοσοκομεία εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ενταγμένα σε περιφερειακές δομές που λέγονται Υγειονομικές Περιφέρειες και εποπτεύονται από αυτές. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες δημιουργήθηκαν μέσω του Ν. 3329/2005 και στη συνέχεια, οι δεκαεπτά Υγειονομικές Περιφέρειες συγχωνεύθηκαν σε επτά, και μετά το Ν. 3527/2007, είναι ταυτιζόμενες με τις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις ως εξής:

1η Υ.ΠΕ. Αττικής

2η Υ.ΠΕ .Πειραιώς και Αιγαίου

3η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας

4η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης

5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδος

6η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

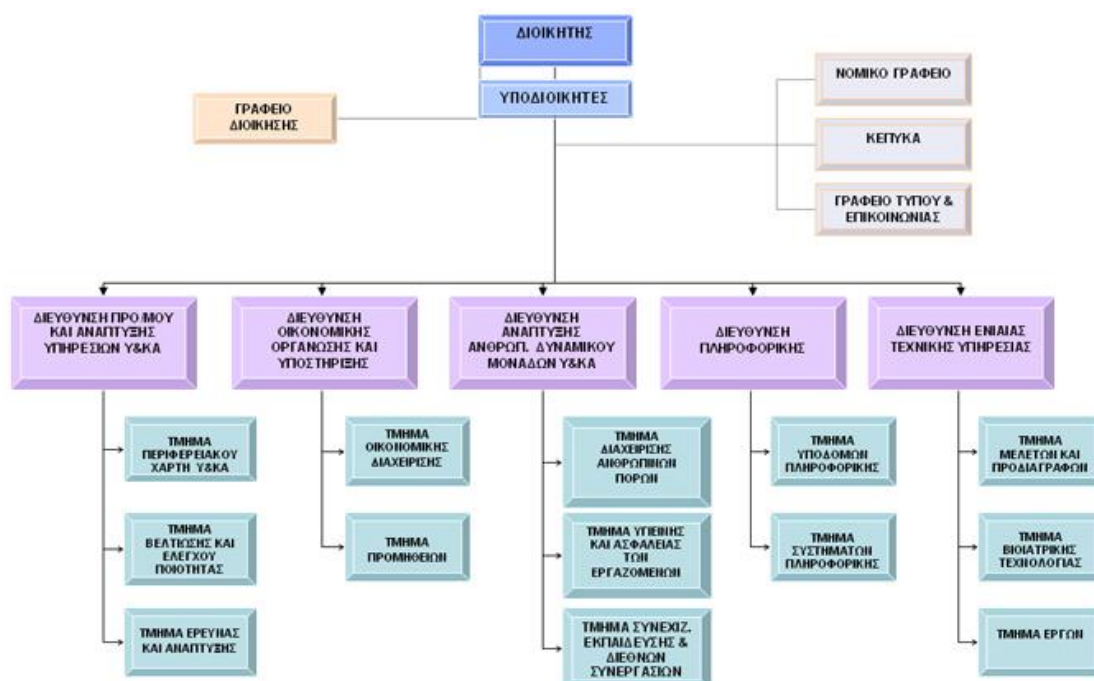
7η Υ.ΠΕ. Κρήτης

Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες της Υ.ΠΕ καθορίζεται από τον Ν. Ν.3527/2007. Σύμφωνα με αυτόν, η αποστολή και ο ρόλος της ΥΠΕ είναι:

1. Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ). Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται:
 - Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής φροντίδας
 - Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης

- Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
2. Η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.
 3. Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της πολιτικής που χαράσσεται από το ΥΥΚΑ.

Το τυπικό οργανόγραμμα μιας ΥΠΕ είναι ως εξής:



Εικόνα 2 Τυπικό Οργανόγραμμα ΥΠΕ (1η ΥΠΕ, 2017)

Σε ότι αφορά την οικονομική διαχείριση των εποπτευόμενων νοσοκομείων που ανήκουν στην Υγειονομική Περιφέρεια εντός της ΥΠΕ λειτουργούν οι εξής υπηρεσίες:

Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης, Η Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης είναι αρμόδια για την υποστήριξη και τον έλεγχο της οικονομικής λειτουργίας της Υ.ΠΕ και των εποπτευόμενων φορέων, περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης, το οποίο έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες

1. Συντάσσει τον Προϋπολογισμό, Απολογισμό, Ισολογισμό της Υ.ΠΕ. και έχει όλες τις αρμοδιότητες οικονομικής υποστήριξης των Διευθύνσεων της Υ.ΠΕ. Ειδικότερα: Είναι υπεύθυνη για την μισθοδοσία του προσωπικού της Υ.ΠΕ. και διενεργεί τις πάσης φύσεως πληρωμές, τηρεί τα προβλεπόμενα λογιστικά βιβλία, στοιχεία και λογαριασμούς και μεριμνά για την εκκαθάριση και καταβολή των λειτουργικών και λοιπών δαπανών της Υ.Π.Ε..
2. Παρακολουθεί και παρεμβαίνει στη σύνταξη των προϋπολογισμών και των τροποποιήσεων αυτών των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ) της Περιφέρειας και μεριμνά για τον έλεγχο της εκτέλεσης των ανωτέρω προϋπολογισμών σε μηνιαία και ετήσια βάση.
3. Ελέγχει τους Απολογισμούς και Ισολογισμούς των ΦΠΥΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
4. Αξιολογεί τη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων των ΦΠΥΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
5. Εποπτεύει την εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής από τους ΦΠΥΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
6. Διαχειρίζεται τη διαδικασία χορήγησης και πληρωμής των επιχορηγήσεων που δίνονται από τη Διοίκηση της ΥΠΕ στους εποπτευόμενους φορείς της.
7. Συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα οικονομικά στοιχεία των εποπτευόμενων φορέων.

β) Τμήμα Προμηθειών. Έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες που σχετίζονται με την οικονομική διαχείριση των ΔΜΥ.

1. Διεκπεραιώνει τις απαιτούμενες διαδικασίες για τις απαραίτητες προμήθειες.

2. Συγκεντρώνει τα Προγράμματα Προμηθειών όλων των ΦΠΥΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, καθώς και τις τροποποιήσεις τους, και τα αξιολογεί, ελέγχει και ενοποιεί. Επίσης, μπορεί να διενεργεί διαγωνισμούς κατά τις κείμενες διατάξεις.

4.1.2.2 Το Ελεγκτικό Συνέδριο

Το Ελεγκτικό Συνέδριο αποτελεί το Ανώτατο Δημοσιονομικό Δικαστήριο της χώρας. Αναφέρεται στο άρθρο 98 του Ελληνικού Συντάγματος και οι αρμοδιότητές του αναπτύσσονται στον νόμο ν.4129/2013 (ΦΕΚ52^Α/2013). Ασκεί προληπτικό και κατασταλτικό έλεγχο επί των ΝΠΔΔ και των υπόλογων χειριστών δημοσίου χρήματος. Ο έλεγχος γίνεται βάση των Διεθνών Ελεγκτικών Προτύπων και του Διεθνούς Οργανισμού Ανώτατων Ελεγκτικών Ιδρυμάτων.

4.1.2.3 Το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους

Το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους αποτελεί υπηρεσία υπαγόμενη στο Υπουργείο Οικονομικών. Η δομή του αποτελείται από τις Γενικές Διευθύνσεις Δημοσιονομικής Πολιτικής και Προϋπολογισμού, Θησαυροφυλακίου και Δημοσίου Λογιστικού, Δημοσιονομικών Ελέγχων και Χορήγησης Συντάξεων Δημοσίου Τομέα. Οι κύριες αρμοδιότητές του περιλαμβάνουν την κατάρτιση, παρακολούθηση και εκτέλεση του Κρατικού Προϋπολογισμού, τη σύνταξη Ισολογισμού και Απολογισμού, όπως και την διαχείριση των διατάξεων του Δημόσιου Λογιστικού. Έκτοτε και στο πλαίσιο εφαρμογής των πρόσφατων διατάξεων περί δημόσιου λογιστικού, οι Γενικές Διευθύνσεις του ΓΛΚ εξακολουθούν να «επικουρούν τον Υπουργό Οικονομικών στην εκτέλεση των καθηκόντων του» (ν.4270/14) και στις διαδικασίες εκτέλεσης και εποπτείας των μεγεθών του κρατικού προϋπολογισμού.

Σε ότι αφορά τις ΔΜΥ το ΓΛΚ έχει αποφασιστικές αρμοδιότητες επι της οικονομικής διαχείρισης. Έτσι εμπλέκεται στον συντονισμό της κατάρτισης του προϋπολογισμού τους, δίνει οδηγίες και κατευθύνσεις, εποπτεύει, ελέγχει και παρακολουθεί την πορεία εκτέλεσης και φροντίζει για το ενιαίο και ομοιόμορφο της καταγραφής, καταρτίζοντας ανάλογες μηνιαίες και τριμηνιαίες εκθέσεις. Σε περίπτωση εντοπισμού μη συμμόρφωσης στους δημοσιονομικούς κανόνες ενημερώνει το Ελεγκτικό Συνέδριο .

4.1.2.4 Το αρμόδιο υπουργείο Υγείας

Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας στην εποπτεία των ΔΜΥ καθορίζεται από το Π.Δ.106/14 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» όπως αυτό δημοσιεύθηκε στις 28/8/2014 με το ΦΕΚ 173^Α/14. Στην διάρθρωση (με έμφαση σε αυτή την εργασία) σε ότι

αφορά τον οικονομικό έλεγχο των Νοσοκομειακών Μονάδων προβλέπονται οι εξής δομές:

Γενική Διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων και Διοικητικής Υποστήριξης εντός της οποίας λειτουργεί

1. Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών και Υποστήριξης
2. Διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων Νομικών Προσώπων
3. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
4. Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης
5. Διεύθυνση Τεχνικής Υπηρεσίας
6. **Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας** με στόχο τον καθορισμό του θεσμικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων και Φορέων Υγείας, του τρόπου παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης, την άσκηση ελέγχου και εποπτείας αυτών καθώς και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Εντός της Διεύθυνσης συγκροτούνται τα Τμήματα:
 - Οργάνωσης Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών
 - Εποπτευομένων Φορέων και Λειτουργίας Νοσοκομείων, τονίζεται ιδιαίτερα η αρμοδιότητα για την κατανομή των πιστώσεων του Τακτικού Προϋπολογισμού στα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ για λειτουργικές δαπάνες, σε συνεργασία με τις λοιπές αρμόδιες Διευθύνσεις και Υπηρεσίες.
 - Παροχών Υπηρεσιών Υγείας και Οργάνωσης και Υποστήριξης των Υγειονομικών Περιφερειών, τονίζεται ιδιαίτερα η αρμοδιότητα για τον καθορισμό των νοσηλίων και των ιατρικών πράξεων στις ΔΜΥ.

Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών που έχει ως αρμοδιότητα τον σχεδιασμό, διαχείριση, συντονισμό και εποπτεία του υπουργείου και τον φορέων του. Διαρθρώνεται σε

- **Διεύθυνση Προϋπολογισμού και Δημοσιονομικών Αναφορών**, η οποία έχει στόχο την παρακολούθηση και εποπτεία των ενεργειών που έχουν επίπτωση στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής. Εδώ συντάσσεται ο Κοινωνικός Προϋπολογισμός.
- **Διεύθυνση Οικονομικής Εποπτείας Φορέων της Γενικής Κυβέρνησης**, η οποία έχει στόχο την παρακολούθηση και έλεγχο των εποπτευόμενων φορέων

ακολουθώντας τις οδηγίες του Υπουργείου Οικονομικών και του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους. Εντός λειτουργούν τα τμήματα

α) Οικονομικής Οργάνωσης και Προϋπολογισμού Φορέων Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο έχει αρμοδιότητα την έκδοση οδηγιών και κατευθύνσεων σε οικονομικά θέματα και θέματα διαχείρισης προς τους εποπτευόμενους φορείς με στόχο την υγιή και βιώσιμη λειτουργία τους, την έγκριση, τροποποίηση και παρακολούθηση των προϋπολογισμών με γνώμονα το ΜΠΔΣ και τις οδηγίες του ΓΛΚ και του Υπουργείου Οικονομικών καθώς και την τήρηση του Μητρώου Δεσμεύσεων το οποίο και παρακολουθούν.

β) Οικονομικής Οργάνωσης και Προϋπολογισμού ΕΟΠΥΥ

- Διεύθυνση Οικονομικής Διαχείρισης και Υπηρεσιών
- Διεύθυνση Προμηθειών και Διαχείρισης Υλικού

4.1.2.5 Το υπουργείο Οικονομίας

Έχει αποφασιστικό ρόλο όχι μόνο επί των ΔΜΥ αλλά και επί της συνολικής κρατικής δραστηριότητας σε συνεργασία με τα αρμόδια υπουργεία. Η δικαιοδοσία του περιλαμβάνει τόσο την τελική απόφαση επί της κατανομής των πιστώσεων αλλά και ευρύτερου ελέγχου έχοντας και την νομοθετική εξουσία επί θεμάτων που έχουν οικονομικό ενδιαφέρον.

4.1.2.6 Την Βουλή

Η Βουλή έχει το δικαίωμα ελέγχου επί του συνόλου των δραστηριοτήτων των Νοσοκομείων με την μορφή επερωτήσεων στον αρμόδιο υπουργό και την άσκηση ερευνών όπως είναι συνταγματικά καθορισμένο.

4.2 Ετήσιος Κοινωνικός Προϋπολογισμός

Ο ετήσιος Κοινωνικός Προϋπολογισμός αναφέρεται στον ν.3871/2011, άρθρο 8§3. Περιέχει προβλέψεις για το αντίστοιχο οικονομικό έτος των εσόδων, δαπανών, πλεονασμάτων ή ελλειμμάτων και ισολογισμών του ενοποιημένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, των ταμείων και των ομάδων νοσοκομείων.

Περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία.

- Ακαθάριστα Έσοδα, που περιλαμβάνουν τα ίδια έσοδα και τις χρηματοδοτήσεις από τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

- Ακαθάριστες Δαπάνες, ανά κύρια κατηγορία.
- Συνολικό Πλεόνασμα ή Έλλειμμα.
- Πηγές Χρηματοδότησης.
- Ισολογισμός Χρηματοοικονομικού ενεργητικού και παθητικού.
- Σύνολο δανειακών υποχρεώσεων.

5 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

5.1 Ο ρόλος Του National Health System. Κοινωνική Κάλυψη Και Χρηματοδότηση

5.1.1 Ιστορικά Στοιχεία

Αρχικά, στη Βρετανία μέχρι το 1900 δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση. Η ασφάλιση, με την έννοια της προστασίας του πληθυσμού, παρεχόταν μέσω της Εκκλησίας. Λίγα αργότερα, το 1911, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος χρηματοδοτείτο από εισφορές εργαζομένων, προκειμένου να επιτύχουν την ασφάλισή τους στο σύστημα υγείας (αυτή την περίοδο η χρηματοδότηση προς τον τομέα της υγείας ήταν ανύπαρκτη). Το 1911, η National Insurance Act κάλυψε πάνω από 13 εκατομμύρια εργαζόμενους και καθιέρωσε τα επιδόματα ασθενείας (sickness benefit) και την περιορισμένη ιατρική φροντίδα (limited medical care), η οποία παρεχόταν από τους γενικούς γιατρούς.

Λίγο αργότερα, το 1920, η έκθεση "Dawson" θα προτείνει ένα σύστημα υγείας, το οποίο θα βασιζόταν στη δημιουργία και λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου σχεδιάστηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η διαμόρφωση της έκθεσης του Beveridge το 1942 υπήρξε καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός συστήματος, σύμφωνα με τις βασικές αρχές του οποίου, η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει την προστασία των πολιτών απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας, του γήρατος. Η χρονική επιλογή δεν ήταν τυχαία αφού μετά τον πόλεμο αναμενόταν μια εποχή ανάπτυξης αλλά και με έναν πληθυσμό με αυξημένες κοινωνικές ανάγκες, πχ αύξηση σε χήρες και ορφανά, ανάπηροι πολέμου μη δυνάμενοι να εργαστούν κτλ, συνεπώς πέρα από την ανθρωπιστική της διάσταση εξασφάλιζε και την κοινωνική συνοχή.

Το 1942 λοιπόν, με την έκθεση Beveridge γίνεται προσπάθεια για μια κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που θα κάλυπτε εξ ολοκλήρου τον πληθυσμό της χώρας. Με τον τρόπο αυτόν, προωθήθηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας και το 1948 δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS).

ΤΟ σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας ιστορικά βασίζεται κατά κύριο λόγο στη δημόσια χρηματοδότηση η οποία προέρχεται από τη φορολογία των πολιτών. απ' όπου προέρχεται και ο χαρακτηρισμός ότι το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως «μοναδικός πληρωτής». Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά 90% από τον κρατικό προϋπολογισμό και μόνο κατά 10% από την κοινωνική ασφάλιση(κρατήσεις εργαζομένων) και τις Ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Ως το 1975 η χρηματοδότηση της υγείας στην Βρετανία καταμεριζόταν με βάση ιστορικά στοιχεία κάθε περιοχής και ολοκληρωνόταν με μικρές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τις περιστάσεις. Το 1975 συγκροτήθηκε η ομάδα RAWP (Resource Allocation Working Party). Στόχος ήταν ο εξορθολογισμός του συστήματος πληρωμών και δαπανών. Η RAWP διαμόρφωσε το μεθοδολογικό πλαίσιο για τη συσχέτιση των υπηρεσιών υγείας με τις ανάγκες του πληθυσμού. στηριγμένη πάντα στις κατευθυντήριες αρχές στην αρχή της ισότητας και της καθολικότητας στην πρόσβαση για το σύνολο του πληθυσμού, αλλά συνάμα εισήγαγε κριτήρια βαρύτητας στην αξιολόγηση βασισμένα σε παραμέτρους όπως την ηλικιακή σύνθεση, το φύλο, το επίπεδο νοσηρότητας.

Η εκλογική νίκη της Thatcher το 1979 έφερε το NHS σε μια καινούρια φάση όπου εισήχθησαν στοιχεία νεοφιλελευθερισμού και της ελεύθερης αγοράς και του ιδιωτικού χώρου καθώς και πρακτικών διοίκησης (new public management). Την μετάβαση αυτή οριοθετεί η εισήγηση Griffith το 1983. Η σημαντικότερη αλλαγή από πλευράς φιλοσοφίας ήταν η εγκατάλειψη της κεντρικής διοίκησης με έμφαση στις περιφέρειες ως τις κυρίαρχες μονάδες διαχείρισης και διοίκησης. Η στόχευση ήταν η μείωση της γραφειοκρατίας και η αλλαγή νοοτροπίας σε καταμερισμό ευθυνών αλλά και δικαιοδοσιών.

5.1.2 Το NATIONAL HEALTH SYSTEM σήμερα

Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό του NHS είναι πλέον η αποκέντρωση των δικαιοδοσιών και η ελευθερία στην διαχείριση των πόρων. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει αυστηρά ενιαίο NHS (κάτι που ισχύει από την ίδρυσή του) αλλά ανεξάρτητοι μεταξύ τους

οργανισμοί υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της κάθε μια χώρας που συγκροτούν το ΗΒ. (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, Βόρεια Ιρλανδία)

Το 2013, το NHS υπέστη θεμελιώδη αναδιάρθρωση. Σύμφωνα με το παλαιό σύστημα του NHS, υπήρχε ένα ευρύ φάσμα NHS Trusts (Acute Trusts, Ambulance Trusts, and Mental Health Trusts) που διαχειριζόταν τη νοσοκομειακή περίθαλψη του NHS στην Αγγλία, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας.

Σήμερα, οι περισσότερες από αυτές τις υπηρεσίες παρέχονται μέσω των Foundation Trusts NHS και οι NHS Trusts παρέχουν υπηρεσίες ασθενοφόρων, υπηρεσίες έκτακτης φροντίδας ή υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

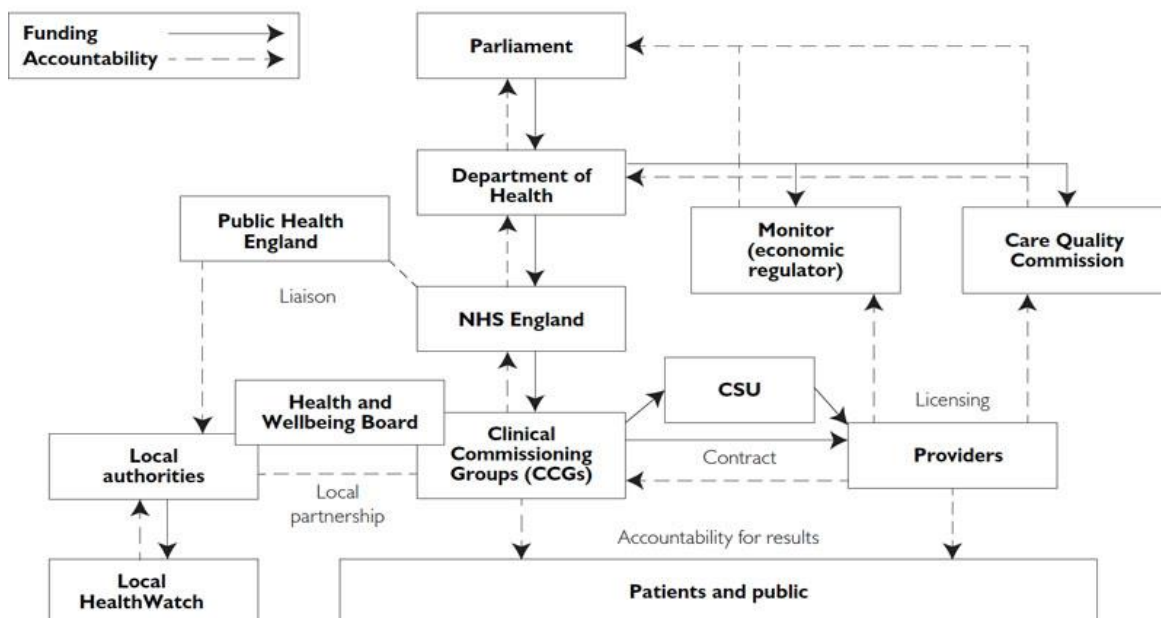
Η NHS Improvement , που ιδρύθηκε το 2016, είναι ένας οργανισμός που συγκεντρώνει το Monitor, την NHS Trust Development Authority (Αρχή Ανάπτυξης του NHS Trust), την Patient Safety (οργανισμός για θέματα Ασφάλειας των Ασθενών), το National Reporting and Learning System (Εθνικό Σύστημα Πληροφόρησης και Εκμάθησης), την Advancing Change Team Ομάδα Προώθησης Αλλαγής και τις Intensive Support Teams (Ομάδες Εντατικής Υποστήριξης). Επιτηρεί και υποστηρίζει τα NHS Trusts, NHS Foundation Trusts και τους ανεξάρτητους παρόχους που παρέχουν υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από το NHS. Εάν είναι απαραίτητο, τους υποχρεώνει να λογοδοτήσουν - για παράδειγμα, θέτοντας τους σε ειδικό καθεστώς επιτήρησης..

Το NHS England ανέλαβε όλες τις προβλεπόμενες ευθύνες τον Απρίλιο του 2013. Πριν από αυτό, ο σχεδιασμός και η παράδοση του NHS πραγματοποιούταν από το Υπουργείο Υγείας -Department of Health (DH), τις Strategic Health Authorities (SHA) και τη Primary Care Trust. Σε ότι αφορά τα νοσοκομεία είναι έμμεσα σχετιζόμενο καθώς είναι υπεύθυνο για την κατανομή των χρημάτων στα Clinical Commissioning Group.

Τα Clinical Commissioning Groups ιδρύθηκαν με τον Health and Social Care Act 2012, και είναι μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Απαρτίζονται από το σύνολο των γενικών ιατρών της καθορισμένης περιοχής, εκπρόσωπο των νοσοκομειακών ιατρών και των νοσοκόμων, κα των πολιτών. Δρουν ως πυλωροί (gate keepers) για την εισαγωγή στην δευτεροβάθμια φροντίδα, αποτελούν ταυτόχρονα και τον αγοραστή των απαιτούμενων υπηρεσιών για λογαριασμό των ασθενών. Την στιγμή αυτή υπάρχουν 211 δομές που έχουν στην ευθύνη τους 100.000-900.000 πολίτες με μέσο όρο τις 250.000. Λογοδοτούν στην κυβέρνηση μέσω του οργανισμού NHS England.

Η διασύνδεση των δομών εντός του βρετανικού συστήματος υγείας απεικονίζεται στο ακόλουθο διάγραμμα όπου αποτυπώνει τις ροές χρηματοδότησης και την εποπτεία-λογοδοσία. Η Monitor από το 2016 λειτουργεί εντός του NHS Improvement.

FIGURE 1. The NHS in England from April 2013



Εικόνα 3 Οργανωτική Δομή του NHS (Peckham, 2014)

5.2 Η Δομή των Νοσοκομείων ως Trust

Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Αγγλία διοικούνται τώρα από τα Foundation Trust του NHS. Πρώτα εισήχθησαν τον Απρίλιο του 2004, διαφέρουν από τις άλλες υπάρχουσες κατηγορίες Trust του NHS. Είναι ανεξάρτητες νομικές οντότητες δημοσίου συμφέροντος, μη κερδοσκοπικές (Public Corporations) και έχουν αυξημένες ρυθμίσεις στις δικαιοδοσίες διακυβέρνησης. Είναι επίσης υπεύθυνα για τους πολίτες της περιοχής τους, οι οποίοι μπορούν να γίνουν μέλη στα διοικητικά όργανα και να ψηφίσουν για την εκλογή των μελών του Συμβουλευτηρίου των Επιτρόπων (Council of Governors) (NHS, 2005)

Κάθε Foundation Trust NHS έχει δύο σώματα διοίκησης,

Διοικητικό Συμβούλιο (Board of Directors) το οποίο έχει τις αποφασιστικές αρμοδιότητες της διοίκησης και αποτελείται από εκτελεστικούς (executive) οι οποίοι είναι σε σχέση αορίστου χρόνου με το Νοσοκομείο και μη εκτελεστικούς διευθυντές (non-executive) που έχουν συμβόλαιο τεσσάρων ετών και ιδανικά προέρχονται από την αγορά και την πολιτική και δρουν συμβουλευτικά Το Διοικητικό Συμβούλιο έχει

καθήκον να συμβουλευέται και να εμπλέκει το συμβουλευτικό σώμα που λέγεται Council of Governors. Επιπλέον στο Διοικητικό Συμβούλιο υπάρχει θέση Οικονομικού Διευθυντή που έχει καθήκον να επιτηρεί τις οικονομικές συναλλαγές και πράξεις του νοσοκομείου.

Το συμβουλευτικό σώμα (Council of Governors) είναι εκλεγμένο από τους δημότες της περιφέρειας που ανήκει το Trust. Απαρτίζεται από τους εκπροσώπους των κοινωνικών εταίρων όπως τους ασθενείς, το προσωπικό (ιατρούς, νοσοκόμους και λοιπούς), τους πολίτες, ακαδημαϊκούς εάν το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι πανεπιστημιακό, και των αντιπροσώπων των οργανώσεων εταίρων κυρίως τη τοπική αυτοδιοίκηση - στο στρατηγικό σχεδιασμό της οργάνωσης.

Τα Trust λειτουργούν ανεξάρτητα από τον έλεγχο της κεντρικής κυβέρνησης και δεν ελέγχονται πλέον ούτε από τις υγειονομικές αρχές. Ως ανεξάρτητες, αυτοδιοικούμενες οντότητες, τα Foundation Trusts του NHS είναι ελεύθερα να καθορίσουν το δικό τους μέλλον. Έχουν οικονομική ελευθερία και μπορούν να αντλούν κεφάλαια τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα μέσα στα όρια δανεισμού, τα οποία καθορίζονται από τις προβλεπόμενες ταμειακές ροές και ως εκ τούτου βασίζονται οικονομικά και στην πιστοληπτική τους ικανότητα. Μπορούν να διατηρήσουν οικονομικά πλεονάσματα για να επενδύσουν στην παροχή νέων υπηρεσιών του NHS. Η ανεξαρτησία αυτή δίδεται υπό τον όρο της οικονομικής βιωσιμότητας. Σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας το Trust τίθεται υπό εποπτεία. Τα Foundation Trusts εποπτεύονται από το NHS Improvement, έναν εποπτεύοντα οργανισμό που ιδρύθηκε το 2016 και ο οποίος έχει στην δικαιοδοσία του με δυνατότητα παρέμβασης τα Trust αλλά και τους ανεξάρτητους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

5.3 Η εμφάνιση των δομών PFI (private finance initiative). Τρόπος λειτουργίας και οι αλλαγές και οι αντιδράσεις

Η κεντρική ιδέα πίσω από το PFI είναι η είσοδος ιδιωτικής χρηματοδότησης και συμμετοχής διαχείρισης σε δομές που παραδοσιακά ανήκαν στο κράτος πχ κατασκευή σχολείων, νοσοκομείων κτλ. Αποτελεί δηλαδή μια μορφή Συνεργασίας Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), η ειδοποιός διαφορά είναι ότι στην PFI το κράτος είναι ο αγοραστής των υπηρεσιών ενώ ο ιδιωτικός τομέας εξακολουθεί και είναι ο κάτοχος και ιδιοκτήτης των δομών. Η επένδυση του ιδιώτη εξασφαλίζεται με την μακροχρόνια

σύναψη συμβολαίων ενώ είναι δική του ευθύνη και η συντήρηση των δομών.² Στην Βρετανία εμφανίστηκε το 1992 υπό την κυβέρνηση των Συντηρητικών του J. Major, όμως και πάρα τις αντιδράσεις των Εργατικών όταν ήταν αντιπολίτευση ήταν επι δικής τους διακυβέρνησης και πρωθυπουργίας του Tony Blair που το φαινόμενο επεκτάθηκε.

Σε ότι αφορά τα νοσοκομεία διαπιστώθηκε ότι :

- Είχαν καλύτερες ξενοδοχειακές υποδομές
- Το προσωπικό είχε χαμηλότερες απολαβές και απώλειες δικαιωμάτων.
- Έμφαση στον προϋπολογισμό είχε η αποπληρωμή της επένδυσης των ιδιωτών επενδυτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κόστος αποπληρωμών φτάνει το 22% της επιπλέον συνολικής επιδότησης του NHS για το 2016-2021, ενώ και το κόστος δανεισμού αποδείχθηκε ψηλότερο³.
- Οι ανάγκες αποπληρωμής αναγκάζουν σε περικοπές των υπηρεσιών υγείας ακόμα και σε γειτονικά νοσοκομεία της ίδιας περιφέρειας.⁴

Ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων υπό καθεστώς PFI στηρίζεται και αυτός στα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα. Τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα χρησιμοποιούνται και από το NHS για να καταγράψουν τις οικονομικές συναλλαγές με τις δομές PFI. Για την καλύτερη λειτουργία του συστήματος το Υπουργείο Υγείας του ΗΒ εκδίδει ανά καιρούς επίκαιρες οδηγίες όπου περιγράφονται αναλυτικά οι απαιτούμενες διεργασίες (Accounting for PFI Under IFRS) .⁵

5.4 Η δομή ενός Προϋπολογισμού ενός τυπικού Νοσοκομείου

Τα βρετανικά νοσοκομεία είναι ανεξάρτητες οικονομικές οντότητες και έχουν πλήρη αυτονομία στις οικονομικές πράξεις τους.

Τα έσοδα του προϋπολογισμού τους προέρχονται από τις ακόλουθες πηγές:

- Παροχές υπηρεσιών υγείας σε βρετανούς πολίτες (και οποιονδήποτε άλλο έχει αυτό το δικαίωμα, πχ νόμιμα εργαζόμενο πολίτη τρίτης χώρας). Η πληρωμή

² <https://www.parliament.uk/documents/upload/0807pfi.pdf> Private Finance Initiative – its rationale and accounting treatment

³ <https://www.theguardian.com/society/2017/aug/30/private-companies-huge-profits-building-nhs-hospitals>

⁴ Timmins, Nicholas (11 September 2007), "PFI Hospitals Hit Services, Says Study", Financial Times

⁵ [http://www.info.doh.gov.uk/doh/finman.nsf/4db79df91d978b6c00256728004f9d6b/5c86c759beddaecf80257654003623c5/\\$FILE/Accounting%20for%20PFI%20under%20IFRS%20-%20Guidance%20v3.pdf](http://www.info.doh.gov.uk/doh/finman.nsf/4db79df91d978b6c00256728004f9d6b/5c86c759beddaecf80257654003623c5/$FILE/Accounting%20for%20PFI%20under%20IFRS%20-%20Guidance%20v3.pdf)

ακολουθεί την αρχή «το χρήμα ακολουθεί τον ασθενή» και προέρχεται από τα Clinical Commissioning Groups.

- Παροχές υπηρεσιών υγείας σε πολίτες τρίτων χωρών.
- Επιχειρηματική δραστηριότητα σχετιζόμενη με τον χώρο της υγείας, πχ προγράμματα εκπαίδευσης.
- Επιχειρηματική δραστηριότητα μέσω διαχείρισης περιουσιακών στοιχείων.
- Κρατικές επιχορηγήσεις σε μορφή δανείων.

Τα έσοδα είναι βασισμένα την Εθνική Κοστολόγηση (National Tariff System) που θέτει σταθερές τιμές για τις υπηρεσίες που θα χρεώνει το Νοσοκομείο λαμβάνοντας υπόψιν και τις τοπικές ιδιαιτερότητες και έτσι θα επιτρέπει τον καλύτερο προϋπολογισμό τόσο των προμηθευτών όσο και των αγοραστών. Υπεύθυνοι για την διαμόρφωση του συστήματος είναι το NHS England το οποίο εντοπίζει τους τομείς στους οποίους μια ενιαία τιμή θα ήταν προς όφελος των ασθενών και του συστήματος υγείας και του NHS Improvement το οποίο έχει την δικαιοδοσία να καθορίζει την ανάλογη τιμή (NHS England, 2017).

Τα έξοδα του προϋπολογισμού τους σε αντίθεση με το ελληνικό νοσοκομείο περιλαμβάνουν και την μισθοδοσία του προσωπικού το οποίο και αποτυπώνεται στην διαφορετική εξίσωση υπολογισμού των βρετανικών ενοποιημένων νοσηλίων (Healthcare Resource Group HRGs). Τα HRGs ανανεώνονται ετήσια και αποτυπώνουν τις αλλαγές στην αντιμετώπιση των ασθενειών.

Ο κανόνας αποτύπωσης του απολογισμού βασίζεται στην παράγραφο section 98(2) της νομοθεσίας National Health Service Act 1977 και επιπλέον το άρθρο 24(2), schedule 2 της νομοθεσίας National Health Service and Community Care Act 1990). Επιπλέον από το 2017/2018 έχει τεθεί σε ισχύ το Group Accounting Manual (GAM) το οποίο περιλαμβάνει τις υποχρεωτικές κατευθυντήριες οδηγίες για τους οργανισμούς εντός του χώρου της υγείας. Οι οδηγίες είναι εγκεκριμένες από το HM Treasury Financial Reporting Advisory Board, ειδικό σώμα του υπουργείου Οικονομικών με αντικείμενο την ορθή καταγραφή αναφορών. (Department of Health, 2017)

6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι τα δύο συστήματα εμφανίζουν τεράστιες διαφορές που έχουν σαν βάση τους την πολιτική ιστορία και παράδοση της κάθε χώρας. Έτσι διακρίνουμε

Beveridge εν. Bismarck

Το σύστημα οργανωτικής δομής καθορίζει εν πολλοίς και την λειτουργία των δομών. Το Βρετανικό Beveridge βασίζεται στην φορολόγηση των πολιτών για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Αντίθετα στο Bismarck με την μικτή μορφή που παρουσιάζεται στην Ελλάδα στην χρηματοδότηση εμπλέκεται και η κυβέρνηση και τα ασφαλιστικά ταμεία με διακριτούς ρόλους το καθένα. Για την αποδοτικότητα του συστήματος Beveridge απαιτούνται αποτελεσματικοί φοροληπτικοί μηχανισμοί από την κρατική μηχανή αλλά έχει το πλεονέκτημα ότι υπάρχει καλύτερος έλεγχος ροής καθώς τα απαιτούμενα κεφάλαια προέρχονται όλα από μία πηγή και κατανέμονται ανάλογα. Στο μικτό σύστημα η βιωσιμότητα των νοσοκομείων εξαρτάται και από την κατάσταση των Ασφαλιστικών Ταμείων, η οποία είναι επισφαλής σε περιπτώσεις που η κοινωνία μαστίζεται από ανεργία, ή μεγάλη εισφοροδιαφυγή. Επιπλέον δημιουργούνται επιπλέον γραφειοκρατικά προβλήματα στην διαχείριση των λογιστικών εγγραφών, αν και πλέον έχουν μειωθεί μετά τις συγχωνεύσεις των Ασφαλιστικών Ταμείων.

Κεντρική Κυβέρνηση εν. Αποκεντρωμένων Δομών

Παρά την λειτουργία των ελληνικών νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ με αυτόνομο ΑΦΜ ο κρατικός έλεγχος είναι διάχυτος και νομοθετικά κατοχυρωμένος με πολλαπλές μορφές και επίπεδα (διοικητικά-δικαστικά, εσωτερικά εξωτερικά, περιφερειακά-κεντρικά).

Το βρετανικό σύστημα μετά τις αλλαγές του 2013 ιδιαίτερα χαρακτηρίζεται από την θεωρητική αυτονομία του στην διαχειριστική οικονομική πολιτική. Στο πνεύμα της αποκέντρωσης (devolution) που οδήγησε στην δημιουργία των τοπικών Κοινοβουλίων και Κυβερνήσεων η διοικητική αλλαγή προχώρησε και στο σύστημα υγείας. Τόσο τα NHS Trust όσο και τα Clinical Commissioning Groups απολαμβάνουν διοικητικές ελευθερίες. Ένα στοιχείο που ταλανίζει την λειτουργία σε καθεστώς αυτονομίας είναι ο διοικητικός ανταγωνισμός ιδιαίτερα στον στόχο της μείωσης του κόστους που

εκδηλώνεται με περικοπή υπηρεσιών προς τους πολίτες ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους.

Πνεύμα κρατισμού εν. Ελεύθερης Αγοράς

Τα ελληνικά Νοσοκομεία δεσμεύονται στις οικονομικές κινήσεις τους σε θέματα επιχειρηματικότητας, ειδικά στα περί διαχείρισης της περιουσίας τους. Τα νοσοκομειακά Trust έχουν μεγαλύτερη αυτονομία με την εξαίρεση ότι δεν μπορούν να εκποιήσουν περιουσιακά στοιχεία που θα υπονομεύαν την καλή τους λειτουργία. Επιπλέον υπάρχει πλαφόν στις υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν για ασθενείς που είναι πολίτες τρίτων χωρών εκτός δηλαδή του NHS.

Ελληνικό Λογιστικό Πρότυπο σε Κλαδική Μορφή εν. Διεθνών Λογιστικών Προτύπων.

Το ΕΛΠ συμπεριλαμβανομένου του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου για τις ΔΜΥ αποτελεί ένα αυστηρά καθορισμένο σύστημα τόσο νομοθετικά με την έννοια της υποχρέωσης τήρησης όσο και λειτουργικά καθώς αναπτύσσεται ως ένα πλήρες υπόδειγμα. Τα ΔΛΠ αντίθετα αφήνουν μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων στην αποτύπωση των δραστηριοτήτων ορίζοντας μόνο ένα ελάχιστο πλαίσιο. Αυτό οφείλεται στην φύση του οργανισμού που εξυπηρετούσε το κάθε πρότυπο. Οι κρατικές δομές οφείλαν να λειτουργούν και να αποτυπώνουν τις καταστάσεις τους με ενιαίο τρόπο ενώ αντίθετα οι ιδιωτικές επιχειρήσεις ήταν υπόλογες μόνο στους μετόχους τους. Στο πλαίσιο εφαρμογής των προτύπων υπάρχει μεγάλη ελευθερία από τα Trust, παρά την ύπαρξη κατευθυντηρίων οδηγιών με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη απόκλιση στην ποιότητα των αναφορών. (Ellwood & Garcia Lacalle, 2012)

7 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η οικονομική διαχείριση και εποπτεία των Δημοσίων Μονάδων Υγείας στην Ελλάδα έχει βελτιωθεί με την εισαγωγή του Διπλογραφικού συστήματος. Εντούτοις κάποια επιπλέον βήματα και αλλαγές στην δομή τους θα βελτίωναν την κατάσταση.

7.1 Οργανωτική Δομή

Το διαχειριστικό σύστημα των νοσοκομείων είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την νομική μορφή και υπόσταση με την οποία αυτά λειτουργούν. Το καθεστώς με το οποίο λειτουργεί το νοσοκομειακό σύστημα είναι το ΝΠΔΔ καθώς την εποχή ίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξασφάλιζε την ένταξη των δομών υπό την ενιαία διοίκηση και κρατική εποπτεία.

Το 2001 με τον Ν. 2889/2-3-01 (ΦΕΚ 37 Α΄) «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», έγινε μία απόπειρα αλλαγής με την ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών και την ίδρυση ΝΠΔΔ με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρωνόταν από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα του νέου ΝΠΔΔ θα ήταν η πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και με έλεγχο και εποπτεία από τον Υπουργό Υγείας. Προέβλεπε ότι όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου Πε.Σ.Υ θα έχαναν την ιδιότητα του ΝΠΔΔ και θα μετατρεπόταν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αποκεντρωμένες μονάδες εξακολουθούσαν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Στο Πε.Σ.Υ. μεταφερόταν αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των μονάδων αυτών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων.

Το καθεστώς αυτό αναιρέθηκε με τον Ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81^Α/05) περί «Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπου ίδρυε τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) καταργώντας τα Πε.Σ.Υ και επανάφερε το καθεστώς του ΝΠΔΔ με αυτοτελές ΑΦΜ για τα νοσοκομεία. Οι ΔΥΠΕ είχαν την τελική έγκριση και εποπτεία των προϋπολογισμών των Νοσοκομείων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι την περίοδο συγγραφής της διπλωματικής αυτής γίνονται ζυμώσεις για ευρύτερες αλλαγές στον τομέα της Υγείας που περιλαμβάνουν τόσο διαρθρωτικές αλλαγές στις Υγειονομικές Περιφέρειες όσο και στο μοντέλο διοίκησης.

7.2 Πρόβλεψη των οικονομικών ροών και αξιολόγηση των αναγκών

Η πρόβλεψη των εσόδων είναι ουσιαστικής σημασίας για την σύνταξη του προϋπολογισμού των ΔΜΥ και συνεπώς πρέπει να δοθεί έμφαση στην λεπτομερή κατά τμήμα επισκόπηση των αναγκών του νοσοκομείου. Ο προγραμματισμός των αναγκών συνήθως βασίζεται σε ιστορικά και στατιστικά στοιχεία του προηγούμενου χρόνου. Συνεπώς απαιτούνται να υπάρχουν λεπτομερείς και αξιόπιστες καταγραφές των καταναλώσεων με πλήρη ιχνηλασιμότητα των ενεργειών και των διαδικασιών. Αυτό επίσης απαιτεί την ύπαρξη μίας λειτουργικής αποθήκης και εφοδιαστικής αλυσίδας που εξασφαλίζει και την ασφάλεια των υλικών από φθορές και κακόβουλες απώλειες.

Προς αυτήν την κατεύθυνση αποτελεσματική διαδικασία θα ήταν η εισαγωγή των τμηματικών προϋπολογισμών ως νομοθετικά προβλεπόμενης διαδικασίας των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Σύμφωνα με τον κατά Τμήμα Προϋπολογισμό, το Νοσοκομείο χωρίζεται σε Τμήματα-Κέντρα Κόστους, τα οποία με τη σειρά τους διακρίνονται σε κύρια ή τελικά (τμήματα αναφοράς για τον ασθενή) και δευτερεύοντα ή ενδιάμεσα (όσα τμήματα παρέχουν υπηρεσίες κατ' εντολή του κεντρικού σημείου αναφοράς και όλα τα υποστηρικτικά τμήματα). Στην ελληνική πραγματικότητα ο τμηματικός προϋπολογισμός δεν είναι διαδεδομένος και εφαρμόσιμος.

Το Ιπποκράτειο ΓΝΑ πρωτοποριακά ξεκίνησε να τον εφαρμόζει από την 1/6/2017 κατόπιν πρωτοβουλίας της Διοικήτριας κας. Μπαλασοπούλου.⁶ Στο πλαίσιο αυτό ζητήθηκε η σύνταξη των αναγκών ανά τμήμα και κωδικό και η καταγραφή τους σε ειδικό λογισμικό το οποίο ανέπτυξε η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΑΕ και το οποίο διαχειρίζεται αρμόδιο άτομο στο λογιστήριο. Με τον τρόπο αυτό είναι σε θέση η Διοίκηση του Νοσοκομείου να εντοπίζει τις αποκλίσεις στις καταναλώσεις που θέτουν το Τμήμα εκτός των στόχων του δικού του προϋπολογισμού και προβλημάτων να παίρνει διορθωτικά μέτρα. Η διαδικασία παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς φανέρωσε πλήθος ζητημάτων όπως την ανάγκη για ομοιόμορφη περιγραφή και καταχώριση του υλικού αλλά και την αλλαγή στην φιλοσοφία διαχείρισης αυτού σε πνεύμα αποτελεσματικότητας σε συνδυασμό με

⁶ Συνέντευξη με Υποδιευθύντρια Οικονομικού κα. Βαλσάμη.

την οικονομικότητα, περιορίζοντας τις σπατάλες και τις μη αναγκαίες καταναλώσεις με την επιλογή των βέλτιστων διαδικασιών. Το κύριο πρόβλημα που έχει να αντιμετωπιστεί είναι η ένταξη των διαδικασιών σε κύρια και δευτερεύοντα κέντρα κόστους, με τα δεύτερα λογιστικά ενταγμένα στα πρώτα. Με αυτήν την ομαδοποίηση υπάρχει άμεση εποπτεία και έλεγχος επί των δαπανών και των καταναλώσεων και εντοπίζονται τυχόν προκλητή ζήτηση εξετάσεων και παρεμβατικών πράξεων. (Μπαλασοπούλου, 2016)

Να σημειωθεί ότι παράλληλα με την αλλαγή στην νοοτροπία ανάλυσης στην προσπάθεια μείωσης του κόστους κινείται και ο νόμος Ν.4472/2017 «Ίδρυση της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας για την Κεντροποίηση Προμηθειών των εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας Φορέων», που δίνει στην ΕΚΑΠΥ το στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό των προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών των Νοσοκομείων – των ΥΠΕ – των εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας Φορέων, καθώς και την παρακολούθηση και τον έλεγχο των αναλώσεών τους. Το κυριότερο θέμα που έχει να αντιμετωπιστεί είναι η αναλυτική καταγραφή των υλικών σε βάση δεδομένων και η αντίστοιχη κωδικοποίηση όπως και η ανανέωση των κέντρων κόστους.

Επίσης στην ακριβή πρόβλεψη των εσόδων και στην κατεύθυνση της οικονομικής βιωσιμότητας παίζει και η ακριβής καταχώριση των ιατρικών πράξεων βάση των οδηγιών για τα ΚΕΝ. Αυτό απαιτεί διαρκή ανανέωση των καταλόγων που να λαμβάνει υπόψιν και τις προόδους στον τομέα της ιατρικής και της τεχνολογίας αλλά και δημιουργεί την ανάγκη για μια διαρκή και αποτελεσματική αξιολόγηση της ανάγκης εφαρμογής μιας νέας ακριβούς τεχνικής σε σχέση με την οικονομικότερη αλλά παλαιότερης (cost benefit analysis). (Ξένος, et al., 2014)

7.3 Αλλαγή στην Διοικητική Νοοτροπία

Σε κάθε περίπτωση είναι φανερό ότι η εμπλοκή των διευθυντών των τμημάτων ξεφεύγει από τον ρόλο του καταγραφέα αναγκών και εισέρχεται περισσότερο στον ρόλο του μάνατζερ διαχειριστή με την έννοια της ελεύθερης αγοράς. Η υπευθυνότητα και η σύνεση στην διαχείριση πρέπει να διαχυθεί σε όλη την ομάδα με την παροχή κινήτρων απόδοσης άρρηκτα συνδεδεμένη με προκαθορισμένους στόχους, ενώ αντίθετα αρνητική απόκλιση από την στοχοθέτηση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με την υποβολή κυρώσεων. Πέρα από την ευελπιστούμενη αύξηση της απόδοσης και μέσω της εύλογης μείωσης της σπατάλης το μέτρο θα λειτουργήσει θετικά και στην μείωση της διαφθοράς και της

συναλλαγής μεταξύ προσωπικού του νοσοκομείου και προμηθευτών. Το μεγαλύτερο πρόβλημα στην αλλαγή αυτή είναι οι ενδεχόμενες αντιδράσεις από το προσωπικό του νοσοκομείου ιδιαίτερα στις υψηλές διοικητικές θέσεις και η νοοτροπία της μη αλλαγής.

Στην απαιτούμενη επιμόρφωση πάντως αναμένεται να είναι σημαντικός ο ρόλος της Εθνικής Σχολής Δημοσίας Διοίκησης, του Εθνικού Κέντρου Δημοσίας Διοίκησης Αυτοδιοίκησης (ΕΚΔΔΑ) και του Ινστιτούτου Επιμόρφωσης (ΙΝΕΠ) και της αποκεντρωμένης δομής του στη Θεσσαλονίκη (ΠΙΝΕΠΘ), μέσω πιστοποιημένων προγραμμάτων ειδικά στοχευμένα στις ανάγκες της νοσοκομειακής Διοίκησης. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση της επιμόρφωσης αναμένεται να έχουν τα Αυτοτελή Τμήματα Εκπαίδευσης (ΑΤΕ) που λειτουργούν στις επτά Αποκεντρωμένες Διοικήσεις της χώρας.

7.4 Τα Ασφαλιστικά Ταμεία ως πηγή χρηματοδότησης

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν βασική πηγή χρηματοδότησης για τις ΔΜΥ, αφού μέσω αυτών καλύπτεται το κόστος νοσηλείας των ασφαλισμένων πολιτών. Το βασικό πρόβλημα εντοπίζεται στην διαχρονική αδυναμία των Ταμείων να καλύψουν τις υποχρεώσεις τους κάτι που όμως εξ ορισμού δημιουργεί θέμα με την αξιοπιστία των στοιχείων του προϋπολογισμού. Η λύση που διαχρονικά προκρίνεται είναι ο με νομοθετική διάταξη (ακόμα και εμβόλιμα σε άσχετα νομοσχέδια) συμψηφισμός των χρεών⁷. Έτσι στον 3301/04 προβλέπεται ότι: «Για την εξόφληση των κατά τα ανωτέρω ρυθμιζόμενων οφειλών το Ελληνικό Δημόσιο επιχορηγεί τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα με το ακριβές ποσό των χρηματικών ενταλμάτων που θα εκδοθούν και θα αφορά το πληρωτέο στο δικαιούχο προμηθευτή ποσό και τις υπέρ τρίτων κρατήσεις. οι επιχορηγήσεις αυτές κατατίθενται στην τράπεζα που ασκεί την ταμειακή διαχείριση των παραπάνω φορέων σε ειδικό τραπεζικό λογαριασμό. Οι λογαριασμοί αυτοί κινούνται με

⁷ Βλέπε σχετικά Ν.3301/04, ΦΕΚ263/23.12.2004, άρθρο 17.

Επίσης Ν.4384/2016 ΦΕΚ 78/Α/26-4-2016-"Αγροτικοί Συνεταιρισμοί, μορφές συλλογικής οργάνωσης του αγροτικού χώρου και άλλες διατάξεις".

Άρθρο 51παρ.6.γ. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, διαγράφονται, ισόποσα, οι απαιτήσεις των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του Ε.Σ.Υ. (ΝΠΙΔ) έναντι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που προέρχονται από υπηρεσίες παρασχεθείσες σε ασφαλισμένους αυτού (εισπρακτέα νοσήλια) στο ύψος των ετησίων χρηματοδοτήσεών τους από τον Κρατικό Προϋπολογισμό (Φ.210/ΚΑΕ 2325, 2326), για τα έτη 2012, 2013 και 2014, ανεξαρτήτου του χρόνου τιμολόγησής τους, με διαγραφή των αντίστοιχων υποχρεώσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς τα ανωτέρω Νοσηλευτικά Ιδρύματα, που προέρχονται από τις προαναφερόμενες υπηρεσίες.

Οι ως άνω φορείς υποχρεούνται να προβούν στην απεικόνιση του αποτελέσματος των αναφερομένων στην ανωτέρω παράγραφο διαγραφών απαιτήσεων και υποχρεώσεων, στις λογιστικές καταστάσεις (ισολογισμούς) της οικονομικής χρήσης του έτους 2016.

όρους και τις προϋποθέσεις των λογαριασμών ταμειακής διαχείρισης των εν λόγω φορέων και κλείνουν αμέσως με την ολοκλήρωση των πληρωμών στους δικαιούχους και την απόδοση των υπέρ τρίτων κρατήσεων. Το τυχόν υπόλοιπο και το προϊόν τόκων που θα προκύψει αποτελούν έσοδο του Ελληνικού Δημοσίου.»

Λογιστικά, οι παραπάνω ειδικές επιχορηγήσεις του Ελληνικού Δημοσίου προς τα νοσοκομεία αποτελούν αυτοδίκαια έσοδα των προϋπολογισμών τους, στους οποίους εγγράφονται και οι αντίστοιχες πιστώσεις σε ειδικούς κωδικούς αριθμούς (ΚΑΕ) για την εξόφληση των προμηθευτών της παρούσας ρύθμισης, χωρίς να απαιτείται πράξη τροποποίησης του προϋπολογισμού τους. Παρόμοια τακτική έχει ακολουθηθεί και για τα νοσήλια των ανασφάλιστων.

Σε ότι αφορά την μείωση των γραφειοκρατικών και οργανωτικών εξόδων του συστήματος υγείας έχει επέλθει βελτίωση με την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων κάτω από την ομπρέλα του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), όμως δεν έχει βέβαια λυθεί το πρόβλημα της βιωσιμότητας του Ταμείου καθώς δεν υπάρχει σταθερή και επαρκής ροή χρηματοδότησης από τους ασφαλισμένους (εισφοροδιαφυγή αλλά και μειωμένες εισφορές λόγω του είδους της εργασίας πχ εκ περιτροπής ή μειωμένου ωραρίου)

Η θέση του συγγραφέα είναι ότι αυτή η αντιμετώπιση δεν προσφέρεται για μακροχρόνιες προβλέψεις και ασφαλείς εξαγωγές συμπερασμάτων σε ότι αφορά την δημοσιονομική εποπτεία και διαχείριση των ΔΜΥ είναι αναγκαίο κακό εξαιτίας της κατάστασης της οικονομίας. Με δεδομένο ότι το κοινωνικό όραμα παραμένει αυτό του Κοινωνικού Κράτους Πρόνοιας πρακτικές που αφορούν την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με έμφαση στις αδύναμες κοινωνικές ομάδες θα συνεχιστούν. Όσο ο χώρος της εργασίας παραμένει σε κρίση (υψηλή ανεργία, παράνομη και αδήλωτη εργασία, εισφοροδιαφυγή κτλ.) τα ταμεία θα εμφανίζουν ελλείματα παρά τις πρόσκαιρες θετικές αποδόσεις άρα η συνεχιζόμενη κρατική παρέμβαση θα συνιστά δίχτυ προστασίας.

8 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η χρηματοοικονομική διαχείριση και έλεγχος των ΔΜΥ είναι πλέον ένα κρίσιμο ζήτημα με υψηλή θέση στην ατζέντα των δημοσίων πολιτικών στον τομέα της υγείας. Πέρα από την αναμφισβήτητα οικονομική του διάσταση από πλευράς εύρεσης και διαχείρισης χρηματικών πόρων περιλαμβάνει και κοινωνικές διαστάσεις στον σχεδιασμό του που συμπεριλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία όπως η γεωγραφία της περιοχής (νησιωτική,

παραμεθόριά κτλ.), η ηλικιακή κατανομή και η κατάσταση υγείας του πληθυσμού εντός μιας περιοχής που μπορεί να οδηγεί τις αποφάσεις να έχουν καθαρά πολιτικό κριτήριο.

Ο ορισμός του οικονομικού management, περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, την παρακολούθηση, την ανάλυση και αξιολόγηση των οικονομικών ροών και μεγεθών στην κατεύθυνση του ορθού σχεδιασμού. Πρακτικά, το χρηματοοικονομικό management περιλαμβάνει κάθε πτυχή της καθημερινής λειτουργίας του νοσοκομείου και εξειδικεύεται στη Λογιστική, τον Προϋπολογισμό, τη Χρηματοδότηση και το Σχεδιασμό.

Είναι σαφές ότι προκειμένου να επιτευχθεί εξορθολογισμός ώστε να βελτιωθεί ο βαθμός αξιοποίησης των σπανίων πόρων, απαιτείται να γίνουν αλλαγές στο σύστημα. Η δυνατότητα χρηματοδότησης στο Μακροεπίπεδο πρέπει να συνδεθεί πλήρως με το Μικροεπίπεδο (λογιστική αποτύπωση και τεκμηρίωση), ενώ επιπλέον η πληροφορία είναι απαραίτητο να μεταφράζεται τόσο σε έννοιες και μεγέθη που έχουν νόημα για τους λειτουργούς της πρώτης γραμμής από τους οποίους αναμένεται να επιτευχθεί περιστολή δαπανών, χωρίς εκπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών- όσο και σε γραμμές-οδηγούς για λήψη αποφάσεων και δράση.

Οι βασικοί πυλώνες του συστήματος KEN-DRG, είναι αφενός η προοπτική χρηματοδότηση, η οποία βασίζεται στη διαπραγμάτευση με κριτήρια την τιμή, την ποσότητα και την ποιότητα, αφετέρου η ακριβής κοστολόγηση με τη συλλογή κλινικών και οικονομικών δεδομένων. Το μείγμα των περιπτώσεων (case mix) των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο καθώς παρέχει πληροφόρηση τόσο σε κλινικό όσο και σε χρηματοοικονομικό επίπεδο. Πρόκειται για το μέσο όρο των συντελεστών βαρύτητας των ασθενών (συντελεστές των DRGs) μέσα ένα νοσοκομείο για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ουσιαστικά το Case Mix Index, ως δείκτης, απαντά στο ερώτημα που σχετίζεται με το πόσο «βαρέως πάσχοντες» είναι οι ασθενείς ενός νοσοκομείου, ώστε να συνδεθεί η βαρύτητα των περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση των νοσοκομειακών πόρων. Το Case Mix Index αποτελεί το ενοποιητικό στοιχείο μεταξύ προσδιορισμού ύψους χρηματοδότησης, προσδιορισμού ύψους προϋπολογισμού Νοσοκομείου και αντιστοίχισης με τον προϋπολογισμό του Τμήματος. Καθώς ο υπολογισμός των DRGs αποτελεί κρίσιμο εργαλείο για τον προσδιορισμό του προϋπολογισμού, δεν είναι δυνατός ο προϋπολογισμός κατά Τμήμα χωρίς DRGs. (Μπαλασοπούλου, 2016)

Ο έλεγχος του προϋπολογισμού δεν είναι δυνατός χωρίς Κλινική Διακυβέρνηση-Clinical Governance και τις τρεις βασικές συνιστώσες του: προϋπολογισμό Τμήματος με ανάλυση κόστους-οφέλους, στοχευμένη ανάπτυξη και έλεγχο του ανθρώπινου δυναμικού και ιστορικά ασθενών για στοχευμένη οικονομική και κλινική ανάλυση. Το πρόβλημα είναι η απουσία ενός σταθερού συστήματος DRG, ένα κενό που ασφαλώς δεν βοηθάει τη διαχείριση των νοσοκομείων.

Είναι γεγονός ότι στην ελληνική πραγματικότητα οι απαραίτητες αλλαγές στην δομή και λειτουργία των Δημοσίων Μονάδων Υγείας έγιναν με χαρακτηριστική καθυστέρηση και έδρασαν ως ένα καταλυτικό σοκ τόσο στους πολίτες όσο και στους εργαζόμενους αλλά και στους ίδιους τους χαρακτες και σχεδιαστές της Δημόσιας Πολιτικής σε κάθε επίπεδο.

Η σύγκριση των συστημάτων χρηματοδότησης, δείχνει ότι η μέτρηση των αποτελεσμάτων και η σύνδεση της χρηματοδότησης με την αποτελεσματικότητα είναι το βέλτιστο σύστημα. Ένα τέτοιο σύστημα απαιτεί ωστόσο ενιαίους κανόνες, οι οποίοι επί του παρόντος δεν εφαρμόζονται στη χώρα μας. Οι βασικές απαιτήσεις ενός τέτοιου συστήματος, είναι οι εθνικοί στόχοι, η εφαρμογή συστήματος DRGs, η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, η κατάρτιση, η έγκριση και εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων, η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων και η ανάπτυξη και λειτουργία ανεξάρτητων Αρχών / Ινστιτούτων για καθορισμό στόχων /δεικτών / κριτηρίων.

Στο πλαίσιο αυτό έχει συγκροτηθεί η Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ Α.Ε.) βάση του νόμου Ν.4286/14 (ΦΕΚ Α' 194/19-09-2014) με τίτλο «Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων - σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» - Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26ης Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις». Ο ρόλος της ΕΣΑΝ ΑΕ που λειτουργεί ως ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι η θέσπιση κανόνων σχετικά με την δημιουργία, διαχείριση και επικαιροποίηση, σε σταθερή ετήσια βάση, του Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων.

Από την άλλη όμως οι δύσκολες καταστάσεις αποτελούν όντως μια ευκαιρία για βελτίωση και απαγκίστρωσης από τα λάθη του παρελθόντος. Ζητήματα όπως η ύπαρξη υγειονομικού χάρτη, στρατηγικού σχεδιασμού και νοσοκομειακής κατανομής, η αξιολόγηση των ιατρικών τεχνολογιών και ο ορθολογικός της σχεδιασμός βάση κόστους

και καταναλώσεων, η συνετή διαχείριση πόρων και η παρακολούθηση αλλά και η λογοδοσία της κατανάλωσης ήταν θέματα που έπρεπε να ήταν αυτονόητα. Στο πλαίσιο αυτό έχουν γίνει συνεπώς βήματα προόδου. Αν και αποτελεσματικά προς τον σκοπό δηλαδή την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας με παράλληλη οικονομικότητα θέματα όπως η οργάνωση και η διοίκηση, το λογιστικό σύστημα κτλ δεν αποτελούν παρά τις εργαλειακές αποτυπώσεις του θέματος δημόσια υγεία.

Ο πυρήνας του ζητήματος ανάγεται στο δημόσιο όραμα και επιθυμία για το τι σύστημα υγείας επιθυμούμε ως πολίτες. Το ιδεατό του Κοινωνικού Κράτους Δικαίου που προσφέρει στους πολίτες του υπηρεσίες υγείας ως αυτονόητο κοινωνικό δικαίωμα βασισμένο στην αλληλεγγύη και στην ανάλογα με τις δυνάμεις του καθενός συνεισφοράς όπως είναι η συνταγματική επιταγή ή την υγεία ως εμπορεύσιμο αγαθό. Χωρίς να έχει γίνει αυτή η απόφαση οι όποιες πολιτικές είτε θα είναι ελλείψεις, είτε με εφαρμόσιμες ή ακόμα χειρότερα θα έχουν απωλέσει την λαϊκή νομιμοποίηση και αποδοχή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1η ΥΠΕ, 2017. *Ιστοσελίδα 1ης ΥΠΕ*. [Online]

Available at: http://www.1dype.gov.gr/?page_id=39

[Accessed 2017].

Department of Health, 2017. *Department of Health group accounting manual*, s.l.: s.n.

Ellwood, S. & Garcia Lacalle, X., 2012. IFRS adoption in NHS foundation trusts.

Public Money and Management, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, pp. 335-342.

Marriott, Neil & Haslam, Colin, 2006. Accounting for Reform: Funding and Transformation in the Four Nation's Hospital Services.. *Accounting Forum*. 30.

NHS England, 2017. *NHS England NHS payment system*. [Online]

Available at: <https://www.england.nhs.uk/resources/pay-syst/>

NHS, 2005. *A Short Guide to NHS Foundation Trusts*, London: NHS.

Peckham, S., 2014. Accountability in the UK Healthcare System: An Overview.

Healthcare Policy, Σεπτέμβριος, pp. 154-162.

Βαράκης, Χ., 2011. *Ανάλυση για την χρηματοδότηση των Δημόσιων Νοσοκομείων με τα KEN -DRG*. Αθήνα: ΕΔΟΕΑΠ.

Γούναρης, Χ., 2016. *Πληρωμές νοσοκομείων: Γιατί με DRG's;*. [Online]

Available at: <http://healthmag.gr/post/5069/plhrwmes-nosokomeiwn-giati-me-drg-rsquo-s>

Δαβαρίας, Α., 2004. *Λογιστικός Οδηγός Δημοσίων Μονάδων Υγείας*. Αθήνα:

Καινοτομία ΑΕ.

Μπαλασοπούλου, Α., 2016. *12ο Συνέδριο ΕΣΔΥ Παρουσιάσεις Ομιλητών*. [Online]

Available at:

<https://www.healthpolicycongress.gr/%cf%80%ce%b1%cf%81%ce%bf%cf%85%cf%83%ce%b9%ce%ac%cf%83%ce%b5%ce%b9%cf%82/>

Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι., 2014. Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, pp. 172-185.

ΠΔ 146/03, 2003. Γενικό Λογιστικό Σχέδιο Μονάδων Υγείας. *ΦΕΚ 122Α*.

Πολύζος, Ν., 2007. *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. Αθήνα: Διόνικος.

Χατζηπουλίδης, Γ., 2004. Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Issue 3.

ΝΟΜΟΛΟΓΙΕΣ

Ν.1397/83, «Εθνικό Σύστημα Υγείας», 7/10/1983, ΦΕΚ 143Α/1983, Εθνικό Τυπογραφείο 1983

Ν.2362/95, «Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις», 27/11/1995, ΦΕΚ 247/1995, Εθνικό Τυπογραφείο 1995

Ν. 2889/01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2/32001, ΦΕΚ 37Α, Εθνικό Τυπογραφείο 2001

Ν. 3329/05, «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ 81Α/05, Εθνικό Τυπογραφείο 2005

Ν.3697/08, «Ενίσχυση της διαφάνειας του Κρατικού Προϋπολογισμού, έλεγχος των δημοσίων δαπανών, μέτρα φορολογικής δικαιοσύνης και άλλες διατάξεις», 25.9.2008, ΦΕΚ 194Α/2008, Εθνικό Τυπογραφείο 2008

Ν.3871/2010, «Δημοσιονομική Διαχείριση και Ευθύνη», 17/8/2010, ΦΕΚ 141Α /2010, Εθνικό Τυπογραφείο 2010

Ν.4270/14, «Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) - δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις», 28/6/2014, ΦΕΚ 143Α/2014, Εθνικό Τυπογραφείο 2014

Ν.4337/15, «Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων», 17/10/2015, ΦΕΚ 129Α/2015, Εθνικό Τυπογραφείο 2015

Ν.4472/17, «Ίδρυση της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας για την Κεντροποίηση Προμηθειών των εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας Φορέων», 19/5/2017, ΦΕΚ 74^Α/2017, Εθνικό Τυπογραφείο 2017

ΠΔ 113/10, «Ανάληψη Υποχρεώσεων από τους Διατάκτες», 22/11/2010, ΦΕΚ 194Α/2010, Εθνικό Τυπογραφείο 2010

ΠΔ 146/03, «Γενικό Λογιστικό Σχέδιο Μονάδων Υγείας», 21/5/2003, ΦΕΚ 122Α/2003, Εθνικό Τυπογραφείο 2003



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**
ΥΠΟΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΤΩΝ Ε.Π.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr