



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ & ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ

Διπλωματική Εργασία:  
**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 2014-2016**  
του  
ΜΠΑΛΤΟΥΜΑ ΘΕΟΔΩΡΟΥ  
(ΑΜ 7116Μ027)

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
Αναπλ.Καθηγητής Ιωάννης Φίλος (Επιβλέπων)  
Ομότ.Καθηγητής Αναστάσιος Τσάμης  
Ομότ.Καθηγητής Απόστολος Αποστόλου

Αθήνα, Μάρτιος 2018

## Ευχαριστίες

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο των υποχρεώσεων μου για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Ελεγκτική και Φορολογία» του τμήματος Δημόσιας Διοίκησης του Παντείου Πανεπιστημίου με την πολύτιμη βοήθεια του επιβλέποντα καθηγητή μου Φίλου Ιωάννη, τον οποίο θα ήθελα να ευχαριστήσω όπως και τον καθηγητή Τσάμη Αναστάσιο για τις πολύτιμες υποδείξεις του.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Διοικητές των δύο Νοσοκομείων που ενέκριναν, μέσω των εκπαιδευτικών συμβουλίων, την διάθεση των οικονομικών και λοιπών στοιχείων καθώς και τους συναδέλφους που εργάστηκαν για την εξαγωγή τους.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου που με στήριξε καθ'όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών και ιδιαίτερα κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η σύγκριση των ετήσιων συνολικών λειτουργικών δαπανών των Στρατιωτικών Νοσοκομείων με τους αντίστοιχους λειτουργικούς δείκτες νοσηλευτικής κίνησης στα πλαίσια των νέων μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος προμηθειών και τη θέσπιση συστημάτων εσωτερικού ελέγχου στις μονάδες υγείας της χώρας. Εξετάστηκαν οι δαπάνες και η νοσηλευτική κίνηση σε δείγμα δύο στρατιωτικών Νοσοκομείων της Αττικής για χρονικό διάστημα από 2014 έως 2016, με στόχο την σύγκριση τους και την ανάδειξη του βαθμού αποτελεσματικότητας των μέτρων που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια της αναδιοργάνωσης των διαδικασιών προμηθειών για τη μείωση της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης στις δημόσιες μονάδες υγείας και της λειτουργίας Υπηρεσιών Εσωτερικού Ελέγχου (ΥΕΕ).

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τις Οικονομικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων του δείγματος. Η καταγραφή των δαπανών έγινε με βάση τις ετήσιες αναλώσεις του εγκεκριμένου κάθε φορά προϋπολογισμού (Π/Υ) των Νοσοκομείων ανά Κωδικό Αριθμό Εξόδου (ΚΑΕ). Η βασική κατηγορία λειτουργικών εξόδων αποτελεί ο ΚΑΕ 1211 (9121 παρελθόντων ετών) για το πρώτο Νοσοκομείο που ανήκει στους φορείς Κεντρικής Κυβέρνησης και οι ΚΑΕ 1311-1312-1313-1329 για το δεύτερο που αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Ως εκ τούτου τα φάρμακα, το υγειονομικό υλικό, το ορθοπεδικό υλικό, τα υλικά αιμοδοσίας, το ακτινολογικό υλικό, τα αντιδραστήρια και το λοιπό αναλώσιμο υλικό παρακολουθούνται συγκεντρωτικά για το πρώτο νοσηλευτικό ίδρυμα και με μικρή κατηγοριοποίηση για το δεύτερο. Τα υπόλοιπα έξοδα όπως τρόφιμα, αέρια, καύσιμα, τεχνικό υλικό, μηχανογραφικό υλικό, υπηρεσίες συντήρησης κτηρίων-εγκαταστάσεων, κοινής ωφέλειας και λοιπές υπηρεσίες παρακολουθούνται αναλυτικά στους Π/Υ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Για την απεικόνιση της λειτουργικής κίνησης χρησιμοποιήθηκαν έντεκα (11) δείκτες νοσηλευτικής δραστηριότητας :

- α. Ανεπτυγμένες κλίνες (Κ)
- β. Αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών (Α)

- γ. Αριθμός Επισκέψεων σε Εξωτερικά Ιατρεία
- δ. Ημέρες νοσηλείας (Η)
- ε. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
- στ. Ποσοστό Κάλυψης-Πληρότητας Κλινών (Π)
- ζ. Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Ρκ)
- η. Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (Ρε)
- θ. Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας περιστατικών Roemer (RCI)
- ι. Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας ανά Ασθενή
- ια. Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας ανά Ασθενή και Κλίνη

Η ανάλυση γίνεται για τα έτη 2014-2016 όπου η οικονομική ύφεση έχει παγιωθεί στην ελληνική οικονομία και υπάρχει έντονη μεταρρυθμιστική δραστηριότητα για την εξυγίανση του συστήματος προμηθειών στον δημόσιο τομέα και ειδικότερα στον τομέα της υγείας και καταβάλλεται σημαντική προσπάθεια εδραίωσης του εσωτερικού ελέγχου στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εξοικονόμηση πόρων μέσω της περιστολής των υγειονομικών δαπανών.

Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στην κατηγορία νοσηλευτικών ιδρυμάτων που ανήκουν (στρατιωτικά νοσοκομεία) λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος της παρατήρησης, έδειξαν όμως σταθεροποιητικές τάσεις τόσο των επιμέρους, όσο και των συνολικών δαπανών με αντίστοιχα σταθερή προς μειούμενη τη λειτουργική κίνηση των Νοσοκομείων. Από τα στοιχεία των δεικτών εμφανίζεται ότι το ύψος των ετήσιων λειτουργικών δαπανών των νοσοκομειακών μονάδων κινήθηκε στα ίδια επίπεδα με μια μικρή μείωση, με εξαίρεση το 2015 που μειώθηκε θεαματικά (31,84% και 35,80%) που δεν οφείλεται στη μείωση της νοσηλευτικής κίνησης ούτε στις μεταρρυθμίσεις που τέθηκαν σε ισχύ (Σύστημα Δημοσίων Προμηθειών & Εσωτερικός Έλεγχος στο Δημόσιο Τομέα ) αλλά στην αναμονή έκδοσης της από 30-12-2015 νομοθετικής ρύθμισης για την τακτοποίηση – εξόφληση των, κατά παρέκκλιση των κειμένων διατάξεων, δαπανών προμήθειας σε φαρμακευτικό –αναλώσιμο- ορθοπεδικό υλικό και αντιδραστήρια των στρατιωτικών νοσοκομείων.

Συμπεραίνουμε βέβαια ότι το πρώτο από τα δύο υπό εξέταση νοσοκομεία παρουσιάζει καλύτερους ποσοτικούς δείκτες στο σύνολό τους αποδεικνύοντας ότι επιτυγχάνει οικονομίες κλίμακας εκμεταλλευόμενο με καλύτερο δυνατό τρόπο τις κτηριακές του υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό του παρέχοντας τις υγειονομικές του υπηρεσίες σε περισσότερους δικαιούχους.

**Λέξεις-κλειδιά:** Εσωτερικός Έλεγχος, Διαδικασίες προμηθειών, Δαπάνες Υγείας, Νοσοκομειακές Δαπάνες, Δείκτες Νοσηλευτικής Δραστηριότητας.

## **Abstract**

### **“The Role of Internal Audit in the Management of Pubic Hospitals: Analysis of Expenditure & Indicators of Military Hospitals 2014-2016”**

The purpose of the present study is to compare the annual total operating costs of the Military Hospitals with the corresponding operational indicators of nursing movement under the new rationalization measures of the procurement system and the establishment of internal control systems in the country's health units. Expenditure and nursing training on a sample of two Military Hospitals in Attica for the period from 2014 to 2016 with a view to comparing them and highlighting the effectiveness of the measures implemented in the context of the reorganization of procurement procedures to reduce healthcare expenditure in public health units and the operation of Internal Audit Services (IAS).

Data were collected from the Sample Hospitals' Financial Services. The expenditure was recorded on the basis of the annual dismantling of the approved budget of the Hospitals per Exit Code (CDE). The main category of operating expenses is code 1211 (9121 past years) for the first Hospital belonging to the Central Government bodies and codes 1311-1312-1313-1329 for the second one, which is a Legal Entity of Public Law. Therefore, drugs, sanitary material, orthopedic material, blood donation materials, radiological material, reagents and other consumable material are monitored centrally for the first nursing institution and with little categorization for the second. Other expenses such as food, gas, fuel, technical equipment, computer hardware, building-maintenance services, utilities and other services are monitored in the budgets of the hospitals.

Eleven (11) indicators of nursing activity were used to visualize functional movement:

- a. Available beds
- b. Number of hospitalized patients
- c. Number of Visits to Outpatient Clinics
- d. Nursing days
- e. Average Nursing Duration
- f. Coverage-Occupancy Rate
- g. Patient Inflow Rate (Pk)

- h. Switching interval (Pε)
- i. Roemer Incidence Complexity and Ratio Index (RCI)
- j. Daily Cost of Nursing per Patient
- k. Daily Cost of Nursing per Patient and Bed

The analysis is made for the years 2014-2016 where the economic downturn is steady and there is a strong reforming activity for the consolidation of the procurement system in the public sector and in particular in the health sector and a significant effort to consolidate the internal control in the Public Health Units for the upgrading of the services provided and the saving of resources through the reduction of health costs.

The results can not be generalized in the category of hospitals (military hospitals) due to the short period of observation, but they have shown stabilizing trends of both individual and total expenditures with correspondingly constant to decreasing the operational movement of Hospitals. Indicator data shows that the annual operating costs of hospital units moved to the same level as a small decrease, with the exception of 2015, which declined spectacularly (31.84% and 35.80%) not due to the reduction of the nursing movement or to the reforms that have come into force (Public Procurement System & Internal Audit in the Public Sector), but pending the adoption of the legislation of 30-12-2015 for the settlement - payment of, by way of derogation from the relevant provisions , costs of supply to pharmaceutical - consumable - orthopedic material and reagents of military hospitals.

We conclude, of course, that the first of the two hospitals in question presents better quantitative indicators as a whole, demonstrating that it achieves economies of scale, making the most of its building infrastructure and human resources by providing its health services to more beneficiaries.

**Keywords:** Internal Audit, Procurement Procedures, Health Expenditures, Hospital Expenses, Nursing Activity Indicators.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	2
Περίληψη.....	3
Abstract .....	6
Ευρετήριο Πινάκων.....	10
Ευρετήριο Γραφημάτων .....	11
<b>Μέρος Α΄ .....</b>	<b>12</b>
Εισαγωγή.....	12
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> .....</b>	<b>15</b>
1.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας .....	15
1.2 Η Έννοια του Συστήματος Υγείας.....	15
1.3 Η δομή των δημόσιων νοσοκομείων .....	16
1.4 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	24
1.5 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας .....	26
1.6 Η Διάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	28
1.7 Η χρηματοδότης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας .....	32
1.7.1 Η Χρηματοδότηση των Κρατικών Νοσοκομείων .....	34
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> .....</b>	<b>35</b>
<b>Κρατικές Προμήθειες .....</b>	<b>35</b>
2.1 Το Σύστημα Προμηθειών των Κρατικών Νοσοκομείων.....	35
2.2 Το ισχύον νομικό πλαίσιο των προμηθειών.....	36
2.3 Οι Διαδικασίες Προμηθειών στα Δημόσια Νοσοκομεία .....	38
2.4 Προβλήματα στις Προμήθειες των Δημόσιων Νοσοκομείων .....	42
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> .....</b>	<b>45</b>
<b>Εσωτερικός Έλεγχος Μονάδων Υγείας.....</b>	<b>45</b>
3.1 Ο ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου .....	45
3.2 Θεσμικό Πλαίσιο Εσωτερικού Ελέγχου Επιχειρήσεων και Νοσοκομείων .....	49
3.4 Το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου.....	55



3.5 Η Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου.....	63
3.6 Ο Εσωτερικός Έλεγχος των Στρατιωτικών Μονάδων Υγείας.....	65
3.6.1. Οργανωτική Δομή Στρατιωτικών Μονάδων Υγείας .....	65
3.6.2. Βασικές Διαφορές Στρατιωτικών και Δημοσίων Μονάδων Υγείας.....	67
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> .....</b>	<b>69</b>
<b>Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....</b>	<b>69</b>
4.1 Έρευνες και Διαπιστώσεις σχετικά με τα συστήματα προμηθειών .....	69
<b>Μέρος Β' .....</b>	<b>72</b>
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> .....</b>	<b>72</b>
<b>Ερευνητική Ανάλυση .....</b>	<b>72</b>
5.1 Μεθοδολογικό Πλαίσιο Έρευνας.....	72
5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα .....	72
5.3 Περιγραφή – Επιλογή Δείγματος.....	73
5.4 Ερευνητικό Πλαίσιο – Ερωτηματολόγιο -Αριθμοδείκτες .....	74
5.5 Μέθοδος Συλλογής Στοιχείων .....	77
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> .....</b>	<b>77</b>
<b>Στατιστική Ανάλυση .....</b>	<b>77</b>
6.1 Ευρήματα Προσωπικών Συνεντεύξεων στους Τμηματάρχες Προμηθειών των Νοσοκομείων .....	77
6.2 Στατιστική Ανάλυση των Νοσοκομειακών Δεικτών και των Λειτουργικών Δαπανών των Νοσοκομείων .....	81
<b>Μέρος Γ' .....</b>	<b>91</b>
<b>Κεφάλαιο 7ο.....</b>	<b>91</b>
<b>Συμπεράσματα -Προτάσεις .....</b>	<b>91</b>
7.1 Συμπεράσματα .....	91
7.2 Προτάσεις.....	93
Βιβλιογραφία .....	95
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	95
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία .....	98
Παραρτήματα.....	99

## Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους 2011-2015 .....	31
Πίνακας 2: Αριθμός Επισκέψεων σε Εξωτερικά Ιατρεία .....	82
Πίνακας 3: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.).....	84
Πίνακας 4: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας και Δείκτης Roemer .....	87
Πίνακας 5: Αναλώσιμο - Φαρμακευτικό Υλικό σε Σχέση με τις Συνολικές Δαπάνες 251 ΓΝΑ .....	89
Πίνακας 6: Αναλώσιμο - Φαρμακευτικό Υλικό σε Σχέση με τις Συνολικές Δαπάνες ΝΙΜΤΣ.....	89
Πίνακας 7: Συνολικές Δαπάνες 251 ΓΝΑ .....	90
Πίνακας 8: Συνολικές Δαπάνες ΝΙΜΤΣ.....	90

## Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1: Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ 2016(ή κοντινότερο έτος) .....	20
Γράφημα 2: Νοσοκομειακές Κλίνες ανά 1000 κατοίκους, 2000 - 2015 .....	30
Γράφημα 3: Αριθμός Ιατρών ανά 1000 Κατοίκους 2015 .....	30
Γράφημα 4: Αριθμός Νοσηλευτών ανά 1000 Κατοίκους 2015 .....	31
Γράφημα 5: Η Χρηματοδότηση των Δαπανών υγείας 4 <sup>ο</sup> Τρίμηνο 2017 .....	33
Γράφημα 6: Αριθμός Συνολικών Εισαγωγών .....	81
Γράφημα 7: Εισαγωγές Ασθενών σε Εξωτερικά Ιατρεία .....	82
Γράφημα 8: Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική 251 ΓΝΑ .....	83
Γράφημα 9: Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική ΝΙΜΤΣ .....	83
Γράφημα 10: Συνολικές Ετήσιες Ημέρες Νοσηλείας .....	84
Γράφημα 11: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) .....	85
Γράφημα 12: Ποσοστό Κάλυψης Κλινών (%) .....	85
Γράφημα 13: Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Ρκ) .....	86
Γράφημα 14: Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (Ρε) .....	87
Γράφημα 15: Συνολικές Δαπάνες Νοσοκομείων ανά Έτος .....	88
Γράφημα 16: % Αναλώσιμου Υγειονομικού & Φαρμακευτικού Υλικού Επί Συνολικών Δαπανών ..	89

## Μέρος Α΄

### Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συγκριτική μελέτη των ετήσιων συνολικών δαπανών για την προμήθεια υλικών και ανάθεσης υπηρεσιών των Ελληνικών δημόσιων Νοσοκομείων από την αρχή της λήψης μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος προμηθειών και μετέπειτα ως συνέπεια της πρόσφατης οικονομικής κρίσης. Η έρευνα εστιάζει στην παρατήρηση του ετήσιου λειτουργικού κόστους δύο (2) Στρατιωτικών Νοσοκομείων στο λεκανοπέδιο Αττικής με στόχο την ανάδειξη του βαθμού αποτελεσματικότητας τόσο των μέτρων που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια της αναδιοργάνωσης του συστήματος προμηθειών για τη μείωση των υγειονομικών δαπανών όσο και της θέσπισης Μονάδων ή Τμημάτων εσωτερικού ελέγχου με απώτερο στόχο την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών των Νοσοκομείων υιοθετώντας μια συστηματική , επαγγελματική προσέγγιση και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των διαδικασιών αντιμετώπισης κινδύνου , των συστημάτων εσωτερικού ελέγχου και της εταιρικής διακυβέρνησης.

Αποτελεί μια μελέτη στην οποία γίνεται αναδρομική καταγραφή στοιχείων που αφορούν, τις ετήσιες λειτουργικές δαπάνες ανά κατηγορία και τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας των αντίστοιχων ιδρυμάτων υπό το πρίσμα του εσωτερικού ελέγχου που αξιολογεί τις διαδικασίες διαχείρισης κινδύνων υλοποίησης των ως άνω δαπανών. Η μελέτη γίνεται σε χρονικό ζετίας, (έτη 2014 έως 2016) λόγω δυσκολίας εξεύρεσης αξιόπιστων στοιχείων προηγούμενων ετών και στα δύο ιδρύματα.

Η διάρθρωση της διπλωματικής εργασίας έχει ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, ξεκινώντας με την αναφορά στη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, καθώς και την εννοιολογική προσέγγιση του συστήματος υγείας. Ακολουθεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας κάνοντας αναφορά στις κυριότερες νομοθετικές ρυθμίσεις που σημάδεψαν την εξέλιξή του και παρουσιάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και η διάρθρωσή του,

όπως αυτή ισχύει σήμερα. Επίσης γίνεται αναφορά στο σύστημα χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και περιγράφονται οι πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων Ελληνικών Νοσοκομείων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το σύστημα προμηθειών καθώς και η σημασία του στην οικονομική διαχείριση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Περιγράφονται οι θεσμοθετημένες διαδικασίες που ακολουθούνται για την προμήθεια ειδών και υπηρεσιών, το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο που διέπει τις δημόσιες προμήθειες καθώς και οι σοβαρότερες αδυναμίες του συστήματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη έννοια του Εσωτερικού Ελέγχου` και των βασικών χαρακτηριστικών του ώστε να επιτυγχάνεται η αδιάκοπη και απρόσκοπτη λειτουργία του με ανεξαρτησία και αντικειμενικότητα. Επιχειρείται η παρουσίαση των σημαντικότερων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων που έγιναν για την προσαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας στις απαιτήσεις της εποχής για συνεχής και αμερόληπτη ενημέρωση των διοικήσεων των Νοσοκομείων μέσω του συστήματος εσωτερικού ελέγχου με άμεσο ή έμμεσο στόχο την περιστολή των δαπανών των δημόσιων Νοσοκομείων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται επισκόπηση της βιβλιογραφίας, παρουσιάζοντας μελέτες και παρατηρήσεις σχετικά με τα προβλήματα του συστήματος προμηθειών στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζουν την λειτουργική τους αποτελεσματικότητα.

Με το πέμπτο κεφάλαιο ξεκινά το δεύτερο μέρος της εργασίας, όπου αναπτύσσεται το μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας. Αναλυτικότερα παρουσιάζονται, τα ερευνητικά ερωτήματα, το δείγμα, οι μέθοδοι συλλογής και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων.

Στο έκτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης των λειτουργικών δαπανών και των δεικτών νοσηλευτικής κίνησης των Νοσοκομείων του δείγματος για την υπό εξέταση περίοδο, καθώς και οι δικλείδες ασφαλείας για την άμβλυνση των κινδύνων κατά τη διαδικασία υλοποίησης των προμηθειών.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο, που αποτελεί το τρίτο μέρος της εργασίας, γίνεται

σύντομη ανασκόπηση των ερευνητικών στοιχείων και παρατίθενται τα συμπεράσματα από τη παρατήρηση της μεταβολής των στοιχείων στη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου και παρουσιάζονται οι προτάσεις σχετικά με τη συνέχιση της μελέτης και περαιτέρω διερεύνησης που θα μπορούσε να υλοποιηθεί σε μελλοντικό διάστημα.

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### 1.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Η προστασία της υγείας του πληθυσμού αποτελεί ηθική υποχρέωση κάθε οργανωμένης κοινωνίας και για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο οφείλει να προσφέρει δωρεάν και ισότιμες υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

Στην Ελλάδα, όπως και στις άλλες χώρες, η ανάπτυξη του συστήματος υγείας έχει επηρεαστεί και διαμορφωθεί από μια σειρά ιστορικών, γεωγραφικών, ιδεολογικών και πολιτικών παραμέτρων, που χαρακτήρισαν την πορεία και την εξέλιξη της Ελληνικής κοινωνίας. Οι στρεβλώσεις και οι παθογένειες της Ελληνικής δημόσιας διοίκησης δεν άφησαν ανεπηρέαστη κάθε προσπάθεια σχεδιασμού της εθνικής πολιτικής υγείας, επιβραδύνοντας τον ρυθμό εξέλιξης και εκσυγχρονισμού του Ελληνικού συστήματος υγείας.

### 1.2 Η Έννοια του Συστήματος Υγείας

Σύστημα Υγείας ορίζεται ένα σύνολο στοιχείων τα οποία συνδέονται μεταξύ τους. Κατά έναν άλλον περισσότερο εξειδικευμένο ορισμό, ως σύστημα ορίζεται μία ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε μία δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007). Σήμερα η αντίληψη αυτή είναι αρκετά ξεπερασμένη και η σύγχρονη εκδοχή στηρίζεται στην συστημική αντίληψη, σύμφωνα με την οποία το σύστημα δεν αποτελεί μόνο άθροισμα στοιχείων, αλλά μια ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου σκοπού (Λιαρόπουλος, 2007).

Αξιοποιώντας τους παραπάνω ορισμούς, πολλοί συγγραφείς καταλήγουν να ορίζουν το σύστημα υγείας ως ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση, τόσο μεταξύ τους όσο και με το περιβάλλον, με σκοπό τη διατήρηση και τη προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007). Ένας άλλος πιο περιγραφικός ορισμός, ορίζει το σύστημα υγείας ως «έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και

υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας» (Λιαρόπουλος, 2007). Κατά μία άλλη εκδοχή, ως σύστημα υγείας θεωρείται «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεργασία και αλληλεξάρτηση με κύριο σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Θεοδώρου και άλλοι, 2001).

Κατά συνέπεια το σύστημα υγείας μπορεί να προσδιοριστεί ως ένα σύστημα τριών υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση τόσο μεταξύ τους όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον.

Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007):

- ✓ Το υποσύστημα που σχετίζεται με τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού
- ✓ Το υποσύστημα που σχετίζεται με την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας
- ✓ Το υποσύστημα που σχετίζεται με τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Το υποσύστημα που σχετίζεται με την παραγωγή υπηρεσιών υγείας θα αποτελέσει το επίκεντρο της παρούσας μελέτης, χωρίς ωστόσο να αγνοούνται τα άλλα δύο υποσυστήματα, τα οποία επηρεάζουν και επηρεάζονται άμεσα από την παραγωγική διαδικασία των υπηρεσιών υγείας.

### **1.3 Η δομή των δημόσιων νοσοκομείων**

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα προσφέρονται από το ΕΣΥ, από τα ασφαλιστικά ταμεία (με κυρίαρχο τον ΕΟΠΠΥ – Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και από τον ιδιωτικό τομέα. Το Ε.Σ.Υ. θεσμοθετήθηκε το 1982 και έχει ως σκοπό την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά (Ν. 1397/Φ. 143<sup>Α</sup>/7.10.83). Τα πρώτα διαθέτουν χειρουργικό και παθολογικό τομέα κατ' ελάχιστο. Τα δεύτερα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και



νομαρχιακά.

Τα νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου υπάγονται στο ΕΣΥ και ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα. Λειτουργούν ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική αυτοτέλεια. Τα όργανα διοίκησης ενός τέτοιου νοσοκομείου

είναι το συμβούλιο διοίκησης και ο διοικητής. Το συμβούλιο διοίκησης συγκροτείται από:

- Τον διοικητή του νοσοκομείου ως πρόεδρο
- Τον διευθυντή της διοικητικής υπηρεσίας
- Τον διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας
- Τον διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας
- Τον πρόεδρο του επιστημονικού συμβουλίου.

Αρμοδιότητες της διοικητικής, οικονομικής και πληροφορικής υπηρεσίας είναι η διαχείριση κάθε διοικητικού και οικονομικού θέματος του Νοσοκομείου. Είναι αρμόδια για την εξυπηρέτηση των ασθενών και προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και την υποστήριξη των εξωτερικών ιατρείων. Διαρθρώνεται σε τρεις υποδιευθύνσεις: την υποδιεύθυνση Διοικητικού, την υποδιεύθυνση Οικονομικού και την υποδιεύθυνση Πληροφορικής.

Υποδιεύθυνση Διοικητικού – Τμήματα:

- Γραμματεία εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών
- Κίνησης ασθενών
- Γραμματείας
- Διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού

Υποδιεύθυνση Οικονομικού – Τμήματα

- Οικονομικού
- Προμηθειών – αποθήκη
- Αυτοτελή γραφεία επιστασίας
- Αυτοτελή γραφεία ιματισμού

Υποδιεύθυνση Πληροφορικής – Τμήματα

- Λειτουργίας και διαχείρισης λογισμικών εφαρμογών
- Λειτουργίας και διαχείρισης δικτύων και υπολογιστών

Με τη ψήφιση του πολυνομοσχεδίου του Υπουργείου Υγείας «*Διαθρωτικές*

αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις» Ν.3918/2011, επικυρώνεται το φιλόδοξο εγχείρημα. Πρόκειται για τη συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων Ελληνικών ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό. Στόχος του εγχειρήματος ήταν η καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και η ανάδειξη του νέου οργανισμού ως μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη απέναντι στους προμηθευτές, επιδιώκοντας τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Ακολουθεί ο Ν.4052/2012 σύμφωνα με τον οποίο η Επικράτεια διαιρείται σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες κατά τα γεωγραφικά όρια των επτά Αποκεντρωμένων διοικήσεων της χώρας, ενώ το σύνολο των Νοσοκομείων του ΕΣΥ ενοποιούνται σε 82 Ν.Π.Δ.Δ.. Στόχος των αλλαγών είναι η διευκόλυνση της χωρικής προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των λειτουργιών των δημόσιων Νοσοκομείων. Επιπλέον, ο νόμος περιλαμβάνει αρκετές από τις ρυθμίσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω και σχετίζονται με την τιμολόγηση των φαρμάκων και γενικότερα τη φαρμακευτική πολιτική.

Μία ακόμα σημαντική μεταρρύθμιση που σχετίζεται με τη μέθοδο αποζημίωσης με βάση τις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενών, ξεκίνησε με την απόφαση (ΦΕΚ 2150/τ.Β'/27.09.2011) με την οποία ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπερνά τις μέρες νοσηλείας των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων και ολοκληρώθηκε με τον Ν.4118/2012 με τον οποίο μετονομάζονται τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN). Με την εφαρμογή των KEN ή διεθνώς DRGs, επιδιώκεται η δημιουργία κινήτρων για αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη φροντίδα υγείας αποτρέποντας ακούσιες συμπεριφορές, όπως η παροχή περιττής περίθαλψης ή η πρόωρη έξοδος των ασθενών. Ωστόσο η εισαγωγή τους στο Ελληνικό σύστημα υγείας έγινε κατά τα πρότυπα συστημάτων υγείας άλλων χωρών χωρίς να ληφθούν υπόψη οι οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες του Ε.Σ.Υ.. Αποτέλεσμα της επιπόλαιης εφαρμογής του συστήματος ήταν η άμεση αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, αντί της επιδιωκόμενης συγκράτησής τους, με τον ιδιωτικό τομέα να καρπώνεται τεράστια οικονομικά οφέλη εις βάρος των ασφαλιστικών ταμείων. Βέβαια, παρά τις διορθωτικές παρεμβάσεις, ερώτημα αποτελεί

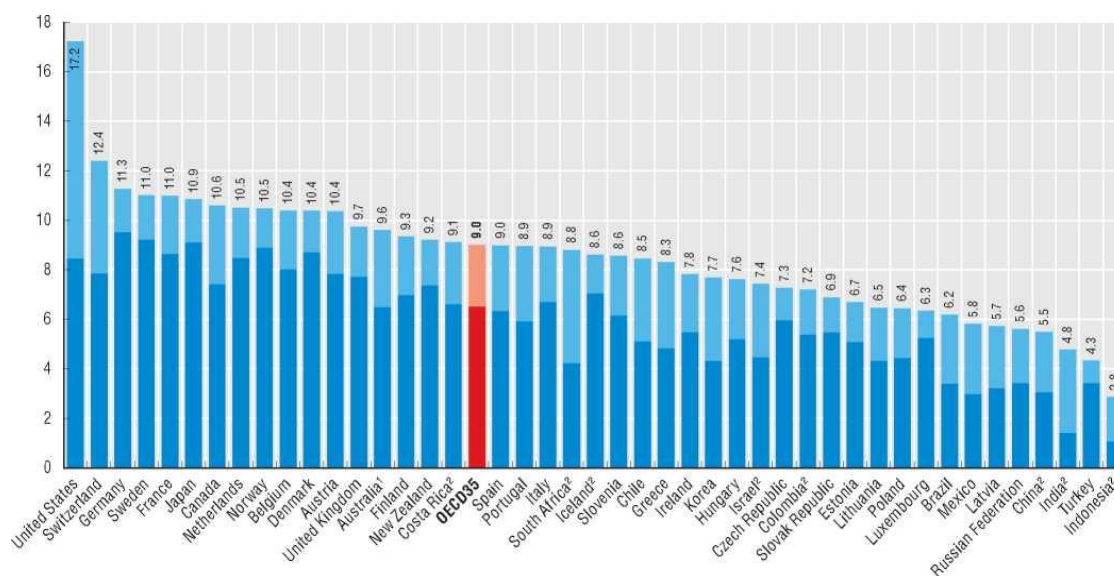
ακόμη και σήμερα η χρησιμότητα των DRGs-KEN όταν ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας ο ΕΟΠΥΥ, λόγω οικονομικής αδυναμίας, αδυνατεί να εκπληρώσει τις οφειλές του προς τα δημόσια νοσοκομεία, μεταβιβάζοντας στην ουσία την υποχρέωση χρηματοδότησης στον κρατικό προϋπολογισμό (Νιάκας, 2014).

Δύο χρόνια μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, με τον Ν.4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», αποφασίζεται καθυστερημένα η διοικητική ανεξαρτητοποίηση των δομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και ιδρύεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) οι δομές του οποίου υπάγονται διοικητικά στις οικείες Υγειονομικές Περιφέρειες. Στόχοι της μεταρρύθμισης είναι, η μετατροπή του ΕΟΠΥΥ αποκλειστικά σε χρηματοδότη χωρίς να προσφέρει υπηρεσίες υγείας, η αντιμετώπιση της έλλειψης συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και η αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, παρά την ορθότητα της απόφασης για τη σύσταση μιας ανεξάρτητης πρωτοβάθμιας φροντίδας, το εγχείρημα δοκιμάζεται από την έλλειψη οργάνωσης στις διαδικασίες μετάβασης στο νέο καθεστώς και την υποστελέχωση των δομών του. Υπό τη μορφή την οποία έχει λάβει σήμερα η οργανωτική δομή του ΠΕΔΥ, αμφισβητείται τόσο η αποτελεσματικότητά της στη μείωση των συνολικών δαπανών υγείας, όσο και στη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (Νιάκας, 2014).

Άλλες σημαντικές αλλαγές που στόχευαν στην μείωση των δημοσίων δαπανών αποτελούν, η επιβολή αυθαίρετων περιορισμών στους ετήσιους οικονομικούς προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, η μείωση των αποδοχών όλων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα συμπεριλαμβανομένου των υπηρεσιών υγείας, το πάγωμα των μισθολογικών ωριμάνσεων, οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις και η αναστολή κάθε είδους προσλήψεων. Άμεση και σημαντική ήταν η εξοικονόμηση πόρων που εξασφαλίστηκε από την μείωση της μισθολογικής δαπάνης, αναφέροντας ενδεικτικά ότι μόνο οι περικοπές των αποδοχών στο ΕΣΥ επέφεραν εξοικονόμηση πάνω από 460 εκατ. € για το έτος 2011 (Στουρνάρας, 2011). Ωστόσο, παρά την αποτελεσματικότητά τους στη συγκράτηση των δαπανών, επικρίθηκαν για τη συμβολή τους στην επιδείνωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Kentikelenis et al., 2011).

Ενδεικτικό αποτελεί το γεγονός ότι οι σχετικές κρατικές δαπάνες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιστοιχούν ετησίως στο 9,9% του Α.Ε.Π. της (IOBE, 2015-16), ενώ ο μέσος όρος των υπόψη δαπανών για τις χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχεται σε ποσοστό 9,0% του Α.Ε.Π.

Γράφημα 1: Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ 2016(ή κοντινότερο έτος)



Πηγή: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

Η αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου εξαρτάται αναμφίβολα από το επίπεδο οργάνωσης της εφοδιαστικής λειτουργίας του ιδρύματος. Επιπλέον, ο χώρος των προμηθειών αποτέλεσε πεδίο σφοδρών επικρίσεων για τη δημιουργία των υψηλών ελλειμμάτων των Νοσοκομείων, μέσα από παρατυπίες, υπερβάσεις και αλόγιστες σπατάλες. Για το λόγο αυτό ελήφθησαν μέτρα τα οποία κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά στην προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής, καθώς το σύνολο των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων που σχετίζονται με το σύστημα προμηθειών στοχεύει άμεσα ή έμμεσα στην περιστολή των δημοσίων δαπανών.

Η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) θεσμοθετήθηκε με το Ν.3580/2007 και τέθηκε υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργού Υγείας. Με πρόσθετες νομοθετικές ρυθμίσεις που ελήφθησαν το 2010 οι προμήθειες όλων των φορέων υγείας προγραμματίζονται και υλοποιούνται, από την ΕΠΥ, χωρίς την εμπλοκή του Υπουργείου Ανάπτυξης. Ο πρωταρχικός στόχος της ΕΠΥ είναι να επιθεωρήσει και να διασφαλίσει ένα αποδεκτό επίπεδο προϊόντων και υπηρεσιών, άλλα και να μειώσει το

υπερβολικό κόστος που δημιουργείται από τα δημόσια Νοσοκομεία. Αποστολή της Επιτροπής είναι να μειωθεί το κόστος των προμηθειών στην υγεία και να επιταχυνθούν οι διαδικασίες προμήθειας και αποπληρωμής των προμηθευτών (Kastanioti et al., 2013). Το νέο μοντέλο προμηθειών που προσπαθεί να καθιερωθεί με την ίδρυση της ΕΠΥ στόχευε στον πλήρη έλεγχο της κατάστασης στο χώρο των προμηθειών και τη δημιουργία ενός συστήματος μηχανογράφησης των διαδικασιών τυποποίησης και κωδικοποίησης όλων των προμηθευτών, προϊόντων και υπηρεσιών.

Οι σημαντικότερες αλλαγές που εισήχθησαν άμεσα στο σύστημα προμηθειών μέσω της ΕΠΥ αφορούσαν (Kastanioti et al., 2013):

- Την ενσωμάτωση των διατάξεων της Ευρωπαϊκής οδηγίας ΕΚ / 2004/18 περί συντονισμού των διαδικασιών για τη σύναψη δημοσίων συμβάσεων
- Τη θεσμοθέτηση των συμφωνιών-πλαίσιο, δηλαδή συμφωνίες μεταξύ ενός ή περισσοτέρων αναθετουσών αρχών και ενός ή περισσοτέρων προμηθευτών προκειμένου να καθορίσει τους όρους των συμβάσεων, ιδιαίτερα σε σχέση με τις τιμές και τις ποσότητες για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που συνήθως καθορίζεται για τρία έως τέσσερα έτη.
- Την εφαρμογή κοινού λεξιλογίου για τις δημόσιες συμβάσεις (CPV), δηλαδή καθιερώνεται η αναφορά κοινής ονοματολογίας στις δημόσιες συμβάσεις, με παράλληλη εξασφάλιση της ισοδυναμίας με τις άλλες υπάρχουσες ονοματολογίες
- Τον έλεγχο και την έγκριση των ετήσιων προγραμμάτων προμηθειών ΠΠΥΥ όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων
- Τη συλλογή και έγκριση των τεχνικών προδιαγραφών όλων των φορέων αρμοδιότητας της Επιτροπής.

Πλέον, με το Ν.4472/2017, η ΕΠΥ αντικαθίσταται από την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) η οποία εξοπλίζεται με την αρμοδιότητα υλοποίησης της κεντροποίησης των προμηθειών μέσω κεντρικού στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του οικονομικού και εφοδιαστικού κύκλου προμήθειας προϊόντων και υπηρεσιών, παρακολουθώντας και ελέγχοντας την ανάλωση στον τομέα της Δημόσιας

Υγείας. Μόλις πρόσφατα ορίστηκε 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο με την ΚΥΑ Γ4β/ΓΠοικ94552/19-12-2017 το οποίο θα πρέπει με τη σειρά του να προβεί στην κατάρτιση και υλοποίηση του Επιχειρησιακού Σχεδίου Κεντροποίησης Προμηθειών (ΕΣΚΠ), σύμφωνα με το άρθρο 26 του υπόψη νόμου.

Δεύτερη σημαντική μεταρρύθμιση αποτελεί η ίδρυση του Παρατηρητηρίου Τιμών με το Ν.3846/2010 , το οποίο υπάγεται στην αρμοδιότητα της ΕΠΥ (πλέον ΕΚΑΠΥ) και έχει σκοπό του τη δημιουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων στην οποία θα εμπεριέχονται τόσο οι τιμές, όσο και οι ποιοτικές και τεχνικές προδιαγραφές των προϊόντων, συμπεριλαμβανομένου και των φαρμάκων. Ειδικότερα, η λειτουργία του Παρατηρητηρίου Τιμών προβλέπει την συνεχή καταχώρηση προϊόντων που συνοδεύονται από συγκεκριμένη τεχνική περιγραφή και την επικαιροποίηση της τιμής προμήθειας βάση παραστατικών, από όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, τα οποία αποκτούν πρόσβαση στην ηλεκτρονική διαδικτυακή βάση μέσω μοναδικών κωδικών πρόσβασης. Ιδιαίτερη αξία στην προσπάθεια περιστολής των δαπανών αποκτά το γεγονός ότι, η καταχώρηση των ειδών στο Παρατηρητήριο Τιμών αποκτά υποχρεωτικό χαρακτήρα για όλα τα δημόσια Νοσοκομεία, αλλά και η συμμόρφωση των αγορών στις αναρτημένες τιμές αποτελεί προϋπόθεση για την νομιμοποίηση της δαπάνης. Η αλλαγή στον τρόπο προμήθειας των νοσηλευτικών μονάδων εκπλήρωσε το σκοπό της μείωσης των δαπανών για φάρμακα και λοιπά υλικά σε ποσοστό 80% κατά το πρώτο έτος εφαρμογής της και κατά 53% κατά μέσο όρο για τα υπόλοιπα έτη (Kontodimopoulos et al., 2013).

Μια ακόμη σημαντική μεταρρύθμιση που έγινε προς την κατεύθυνση αναδιάρθρωσης των φορέων δημοσίων προμηθειών, με σκοπό τη συνολική εποπτεία των διαδικασιών σύναψης δημοσίων συμβάσεων και τη διαμόρφωση κατάλληλου νομικού πλαισίου για αυτές, ήταν η σύσταση, συγκρότηση και λειτουργία της Ενιαίας Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Συμβάσεων (Ε.Α.Α.ΔΗ.ΣΥ.) που συστάθηκε με το Ν.4013/2011 σε αντικατάσταση του έκτου κεφαλαίου του Ν.3588/2007. Με τη λειτουργία της Αρχής επιδιώκεται αφενός η διασφάλιση ενός διαφανούς και αποτελεσματικού συστήματος προμηθειών και αφετέρου η ενίσχυση του ανταγωνισμού για την υλοποίηση των δημοσίων συμβάσεων.

Ένα ακόμη μέτρο της ευρύτερης αναδιάρθρωσης του συστήματος προμηθειών

αποτελεί η προσπάθεια κεντροποίησης των διαγωνιστικών διαδικασιών από τις αναθέτουσες αρχές για την αξιοποίηση οικονομιών κλίμακας. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού ανατίθεται στην ΕΠΥ (πλέον ΕΚΑΠΥ) και στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου ο ρόλος των Κεντρικών Αναθετουσών Αρχών, για τη σύναψη δημοσίων συμβάσεων κυρίως με τη μορφή συμφωνιών πλαίσιο, για λογαριασμό όλων των δημόσιων φορέων υγείας. Επιπλέον, θεσμοθετείται η έννοια των ενιαίων διαγωνισμών με σκοπό την ενοποίηση των κατακερματισμένων αναθετουσών αρχών ανά περιφέρεια. Απώτερο στόχο αποτελεί η μείωση των αναθετουσών αρχών κατά 90% (IOBE, 2014).

Σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα αποτέλεσε η εφαρμογή του Ν.4155/2013 «Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων και άλλες διατάξεις» με τον οποίο θεσπίζεται το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων (Ε.Σ.Η.ΔΗ.Σ.). Το Ε.Σ.Η.ΔΗ.Σ. αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, με δυνατότητα διενέργειας όλων των διαδικασιών δημοσίων συμβάσεων με ηλεκτρονικό τρόπο. Αργότερα η διενέργεια των ηλεκτρονικών διαγωνισμών λαμβάνει υποχρεωτικό χαρακτήρα για όλες τις αναθέτουσες αρχές και όλες τις δημόσιες συμβάσεις άνω των 60.000€. Παράλληλα δημιουργείται το Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων (Κ.Η.Μ.ΔΗ.Σ.) ως τμήμα του Ε.Σ.Η.ΔΗ.Σ., όπου καταχωρούνται τα στοιχεία όλων των δημοσίων συμβάσεων για προϊόντα, υπηρεσίες και δημόσια έργα με αξία άνω των 1.000€. Με τις αλλαγές αυτές ενισχύεται η διαφάνεια και η αποτελεσματική διαχείριση των κρατικών πόρων για δημόσιες συμβάσεις (IOBE, 2014).

Η εισαγωγή του δυναμικού συστήματος αγορών, δηλαδή μια ευέλικτη τεχνική ηλεκτρονικού διαγωνισμού που επιτρέπει στους οικονομικούς φορείς να παρακολουθούν ηλεκτρονικά τη διαδικασία και να βελτιώνουν την προσφορά τους, δεν έχει λάβει ακόμη ευρεία εφαρμογή. Ωστόσο, η διαδικασία υπόσχεται ότι μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του ανταγωνισμού και στον εξορθολογισμό των δημοσίων προμηθειών (Kastanioti et al., 2013). Τα ίδια αποτελέσματα επιδιώκονται με την απόφαση της ΕΠΥ (πλέον ΕΚΑΠΥ) το 2015 για δημόσια διαβούλευση των τεχνικών προδιαγραφών όλων των υλικών και υπηρεσιών από τις αναθέτουσες αρχές, πριν από την προκήρυξη κάθε διαγωνισμού.

Αξίζει να αναφερθούν τα ιδιαίτερα αποτελεσματικά μέτρα που ελήφθησαν τη

δύσκολη αυτή περίοδο της οικονομικής κρίσης και αφορούν τη προμήθεια φαρμάκων. Η διενέργεια κεντρικών ηλεκτρονικών διαγωνισμών με βάση τη φαρμακευτική ουσία, οι αλλαγές στην τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων και η διεύρυνση στη χρήση γενόσημων φαρμάκων, φαίνεται πως συνέβαλαν θεαματικά από τα πρώτα χρόνια εφαρμογής τους, στη μείωση της δημόσια φαρμακευτικής δαπάνης.

#### 1.4 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Πριν από τη δεκαετία '80 ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα παρέμενε σχετικά ανύπαρκτος και ανοργάνωτος. Αποτελούσε ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα κοινωνικοοικονομικά συστήματα, με τεράστια προβλήματα στην χρηματοδότησή του και εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Μόλις στα μέσα της δεκαετίας του '80 δημιουργούνται οι προϋποθέσεις και γίνονται οι πρώτες σοβαρές προσπάθειες για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας (Θεοδώρου και Μητροσύλη, 1999).

Κομβικό σημείο για την ιστορία του Ελληνικού συστήματος υγείας αποτέλεσε ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), ο Ν.1397/1983. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο, τέσσερις είναι οι βασικές αρχές που διέπουν το ΕΣΥ, η δωρεάν, πλήρης, ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Οι παραπάνω αρχές αναλύονται στις παρακάτω υποχρεώσεις:

- Η ευθύνη για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών προς τους πολίτες ανήκει στο Κράτος
- Η παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών αφορά το σύνολο των πολιτών
- Η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική του κατάσταση
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.

Σε εκτέλεση της τελευταίας υποχρέωσης, προβλέπεται από τον ίδιο νόμο, η διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και η σύσταση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ). Τη διάταξη του νόμου συμπληρώνει το Π.Δ. 31/1986,



σύμφωνα με το οποίο η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε 9 Υγειονομικές Περιφέρειες, χωρίς ωστόσο να εφαρμοστεί ποτέ, με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να συνεχίσει να διατηρεί το συγκεντρωτικό του χαρακτήρα (Κακαλέτσης και άλλοι, 2013).

Με τον νόμο Ν.2889/2001 γίνεται η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια ανάπτυξης και αποκέντρωσης του ΕΣΥ, με την διαίρεση της χώρας σε 17 Υγειονομικές Περιφέρειες και την ίδρυση 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) με τη μορφή ΝΠΔΔ. Όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας και τα Κέντρα Υγείας, αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες ενός Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Την προσπάθεια αποκέντρωσης του ΕΣΥ συμπληρώνει ο νόμος Ν.3106/2003 ο οποίος διευρύνει τις αρμοδιότητες των Πε.Σ.Υ., αναλαμβάνοντας την εποπτεία όλων των Ιδρυμάτων της Πρόνοιας, με αποτέλεσμα τα Πε.Σ.Υ. να μετονομαστούν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Τα ιδρύματα της Πρόνοιας τελούν υπό την εποπτεία του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες αυτών όπως και τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Αργότερα με τον νόμο Ν.3329/2005 καταργούνται τα Πε.Σ.Υ.Π. και μετονομάζονται σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) υπό το ίδιο νομικό καθεστώς με τα Πε.Σ.Υ.Π.. Τα νοσοκομεία διατηρούν την διοικητική, οικονομική και νομική τους αυτοτέλεια, τίθενται όμως υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Διοικητή της αντίστοιχης Δ.Υ.ΠΕ.. Θεωρητικά τα νοσοκομεία με το νόμο αυτό αποκτούν μεγαλύτερη ευελιξία και δυνατότητα στρατηγικής ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού. Στη συνέχεια, δύο χρόνια αργότερα, ο νόμος 3527/2007 περιορίζει τον αριθμό των Δ.Υ.ΠΕ. από δεκαεπτά σε επτά, με απώτερο σκοπό να καταργηθούν στα επόμενα έτη.

Τέλος ο νόμος Ν.4052/2012, αλλάζει την χωροταξική δομή των Δ.Υ.ΠΕ. και την ταυτίζει με τα γεωγραφικά όρια των επτά (7) Αποκεντρωμένων Διοικήσεων του Προγράμματος Καλλικράτη, με στόχο την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας από του πολίτες της εκάστοτε Περιφέρειας.

Η τελευταία καθοριστική αλλαγή για το ΕΣΥ, έρχεται με τον νόμο 4238/2014 σύμφωνα με τον οποίο στις Διοικήσεις των Δ.Υ.ΠΕ. συστήνεται και λειτουργεί Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Για πρώτη φορά γίνεται μια ουσιαστική προσπάθεια διοικητικής και οργανωτικής αυτοτέλειας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταφέροντας και εντάσσοντας στις Δ.Υ.ΠΕ. όλα τα Κέντρα Υγείας

με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους καθώς και όλες οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τη μελέτη του ΟΟΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητήριου για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας (Προφίλ Υγείας στην ΕΕ, Ελλάδα 2017) , το πλέον πρόσφατο σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που ξεκίνησε το 2017, στοχεύει στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας πρώτης επαφής και στη δημιουργία δεύτερης βαθμίδας υποδομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης, θα ενισχυθούν οι δραστηριότητες πρωτοβάθμιας πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές αναμένεται να συντονίζουν τις υπηρεσίες. Θα υπάρξει ένα σύστημα παραπομπών (gatekeeping) και θα ζητείται από τους ασθενείς να εγγράφονται στην τοπική τους μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι μονάδες αυτές θα στελεχωθούν με διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες θα συμπεριλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, με στόχο την καθιέρωση πιο ολοκληρωμένης περίθαλψης. Η επιτυχία της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξαρτάται από την επάρκεια των πόρων, το επίπεδο στελέχωσης και την ικανότητα των περιφερειακών αρχών να ενεργούν ως συντονιστές.

## 1.5 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν αποτελεί ξεκάθαρη μορφή αλλά χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Κατά κύριο λόγο βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, καθώς η χρηματοδότηση του γίνεται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές (μοντέλο Bismarck), ωστόσο όμως ένα μεγάλο μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τη φορολογία των πολιτών μέσω κρατικών επιχορηγήσεων. Επίσης, το σύστημα χαρακτηρίζεται από αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στη χρηματοδότηση, όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η ευθύνη για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας, ενώ η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τα Νοσοκομεία, και τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αποτελούν εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας. Οι εργαζόμενοι στα δημόσια Νοσοκομεία και τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αμείβονται με μισθό μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ οι λειτουργικές δαπάνες των Νοσοκομείων

καλύπτονται από τις πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων σύμφωνα με τις προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Τα βασικά λοιπόν χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- Αποτελεί μεικτό σύστημα
- Κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας
- Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες (ΔΥΠε)
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και από ιδιώτες ιατρούς
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία
- Οι αμοιβές των εργαζομένων στους δημόσιους φορείς υγείας είναι με μισθό, ενώ των συμβεβλημένων ιδιωτών είναι κατά υπηρεσία
- Η χρηματοδότηση των Νοσοκομείων γίνεται από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης, από τη φορολογία και από πληρωμές ιδιωτών.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνθέτουν την συνολική του εικόνα, η οποία συγκρινόμενη με άλλα συστήματα υγείας εμφανίζει τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας
  - Υπάρχει πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
  - Δίνεται έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
  - Η άμεση συμμετοχή των πολιτών στο κόστος είναι περιορισμένη
  - Σημαντική ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας
- Ωστόσο, αρκετά είναι και τα βασικά μειονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό

μας Σύστημα Υγείας:

- Χαρακτηρίζεται από υψηλές δαπάνες υγείας
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι σημαντικά χαμηλή
- Η ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς είναι περιορισμένη
- Διαπιστώνονται προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

## 1.6 Η Διάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Τα Νοσοκομεία και οι λοιπές δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συνθέτουν τον κύριο κορμό του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Έχουν την ευθύνη της καθολικής περίθαλψης των πολιτών, με τα δημόσια Νοσοκομεία να αποτελούν τον σκελετό του συστήματος, παρέχοντας φροντίδα υγείας σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης, πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.

Διοικητικά το Ε.Σ.Υ. θεωρείται πολυδιασπασμένο, με το Υπουργείο Υγείας που έχει και την κύρια ευθύνη για την προάσπιση της υγείας των πολιτών, να προσπαθεί να σχεδιάσει, να οργανώσει και να συντονίσει τη λειτουργία των αποκεντρωμένων διοικήσεων, όπως τις Δ.Υ.Πε., τις διοικήσεις των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και άλλους ανεξάρτητους διοικητικά φορείς.

Σήμερα η επικράτεια διαιρείται με γεωγραφικά κριτήρια, σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ.), ως εξής:

- 1η Δ.Υ.ΠΕ. Αττικής, έχοντας υπό την εποπτεία της 25 συνολικά Νοσοκομειακές Μονάδες
- 2η Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου, έχοντας υπό την εποπτεία της 22 συνολικά Νοσοκομειακές Μονάδες
- 3η Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, έχοντας υπό την εποπτεία της 16 συνολικά

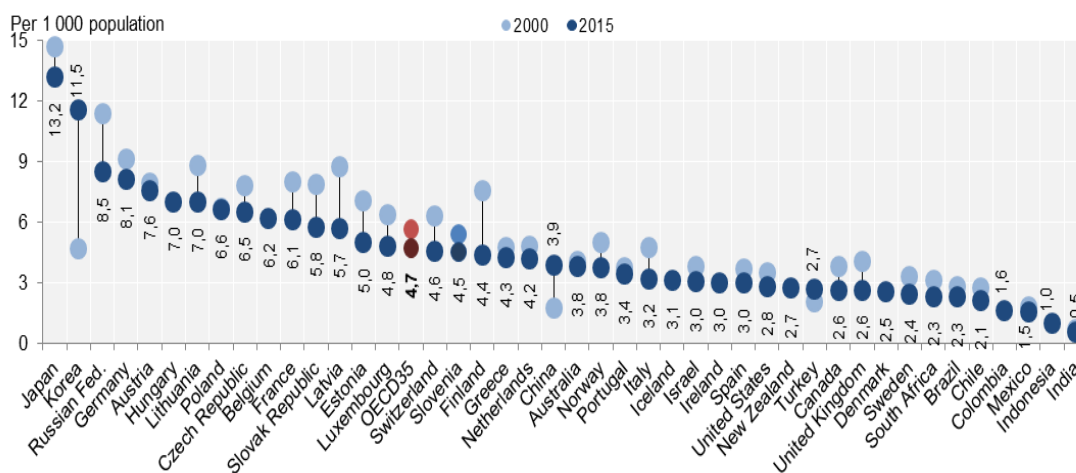
#### Νοσοκομειακές Μονάδες

- 4η Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης, έχοντας υπό την εποπτεία της 14 συνολικά Νοσοκομειακές Μονάδες
- 5η Δ.Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, έχοντας υπό την εποπτεία της 13 συνολικά Νοσοκομειακές Μονάδες
- 6η Δ.Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, έχοντας υπό την εποπτεία της 29 συνολικά Νοσοκομειακές Μονάδες
- 7η Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης, έχοντας υπό την εποπτεία της 8 συνολικά Νοσοκομειακές Μονάδες.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω νοσοκομειακές μονάδες παρέχουν δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης και είναι μεσαίου μεγέθους με δυναμικότητα κλινών 251 – 400 κλίνες. Αρκετά λιγότερες είναι οι νοσοκομειακές μονάδες μεγάλης δυναμικότητας, με πάνω από 400 κλίνες, οι οποίες παρέχουν τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, με αρκετές εκ αυτών να αποτελούν Πανεπιστημιακά Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Εκτός των νοσοκομειακών μονάδων, η κάθε Δ.Υ.ΠΕ. έχει τη διοικητική ευθύνη των δομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας της περιοχής ευθύνης της.

Η παραπάνω κατάσταση διαμορφώθηκε μετά την απόφαση του Υπουργείου Υγείας για συγχώνευση των νοσοκομειακών μονάδων, την περίοδο 2010 – 2012, απόφαση η οποία είχε σαν αποτέλεσμα τη συνολική μείωση των νοσοκομειακών κλινών κατά 3.000, περίπου. Σημαντικά στοιχεία για τη λειτουργική επάρκεια των νοσηλευτικών μονάδων αντλούνται από τους δείκτες αναλογίας κλινών και υγειονομικού προσωπικού ανά κάτοικο. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (OECD, 2017), η Ελλάδα διαθέτει 4,3 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, αριθμός που βρίσκεται πολύ κοντά στο μέσο όρο των χωρών μελών του οργανισμού που είναι 4,7 (Γράφημα 2).

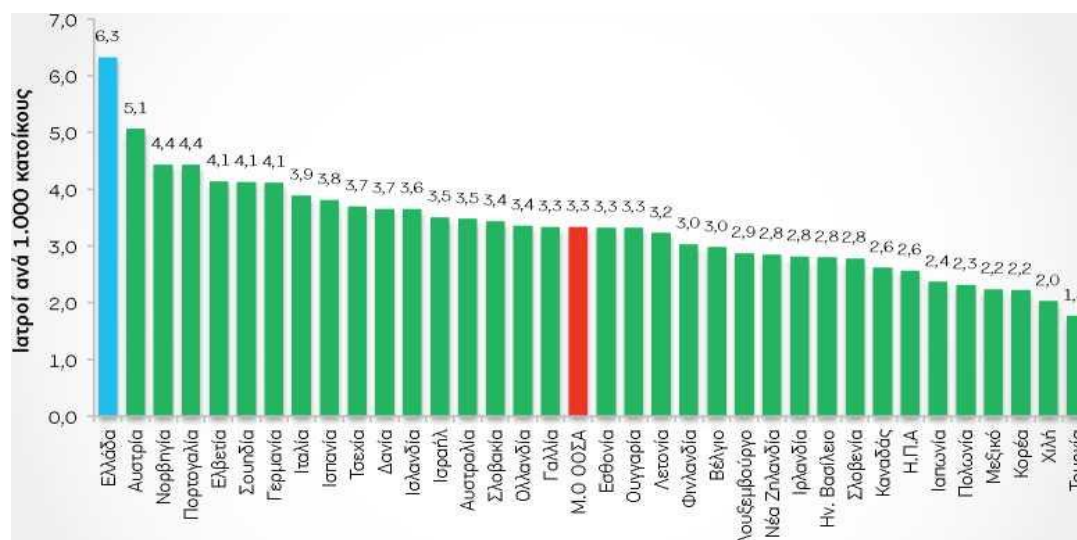
Γράφημα 2: Νοσοκομειακές Κλίνες ανά 1000 κατοίκους, 2000 - 2015



Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Ωστόσο, δεν είναι ίδια η εικόνα που δίνουν τα στοιχεία του οργανισμού όσον αφορά τον αριθμό του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετεί στις υγειονομικές μονάδες. Η χώρα μας φαίνεται να κατέχει την πρώτη θέση σε ιατρούς, με αναλογία 6,3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους το έτος 2015, αριθμός σχεδόν διπλάσιος από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. που φτάνει τους 3,4 (Γράφημα 3).

Γράφημα 3: Αριθμός Ιατρών ανά 1000 Κατοίκους 2015



Πηγή: Μελέτη ΣΦΕΕ για τη «Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015-2016» OECD Health Statistics 2016

Ποιο αναλυτικά τα στοιχεία ανα ειδικότητα ιατρών φαίνονται στον επόμενο Πίνακα από την

τριμηνιαία έκθεση της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για το 4<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2017.

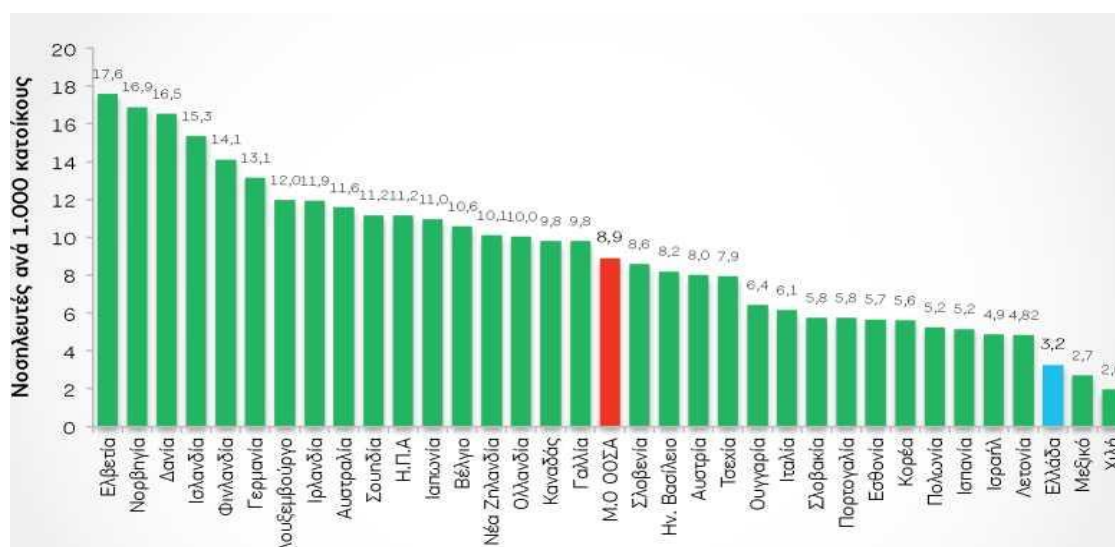
Πίνακας 1: Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους 2011-2015

<b>Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους, κατά κατηγορία ειδικοτήτων 2011 – 2015</b>					
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Σύνολο</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>
<b>Γενική Ιατρική</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Παιδιατρική</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Μαιευτική – Γυναικολογία</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Ψυχιατρική</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>Νοσοκομειακές ειδικότητες</b>	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>
<b>Χειρουργική</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>
<b>Λοιπές ειδικότητες</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>
<b>Οδοντίατροι</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ: Η Ελλάδα με αριθμούς Οκτ-Δεκ 2017

Δεν συμβαίνει το ίδιο βέβαια με τον αριθμό των νοσηλευτών ο οποίος αγγίζει τους 3,2 ανά 1.000 κατοίκους, αναλογία εξαιρετικά χαμηλή σε σχέση με τον μέσο όρο του συνόλου των χωρών του οργανισμού που κυμαίνεται στους 9 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (Γράφημα 4).

Γράφημα 4: Αριθμός Νοσηλευτών ανά 1000 Κατοίκους 2015



Πηγή: Μελέτη ΣΦΕΕ για τη «Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015-2016» OECD Health Statistics 2016

## 1.7 Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί μια πολύπλοκη και δύσκολη διαδικασία από την οποία εξαρτάται η ανάπτυξη και η βιωσιμότητα του συστήματος. Είναι γεγονός πως η εξεύρεση των οικονομικών πόρων για την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί σήμερα μια από τις δυσκολότερες εξισώσεις που καλούνται να λύσουν οι κυβερνήσεις. Βιβλιογραφικά συναντώνται πολλά διαφορετικά μοντέλα χρηματοδότησης, άλλα λιγότερο και άλλα περισσότερο επιτυχημένα, ωστόσο είναι κοινά αποδεκτό ότι ένα επιτυχημένο σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να σχεδιάζεται λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές ιδιαιτερότητες της κοινωνίας στην οποία εφαρμόζεται, αλλά και να διέπεται από τρεις βασικές αρχές, την αρχή της μακροοικονομικής αποδοτικότητας, την αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, και την αρχή της ισότητας στην κατανομή των οικονομικών βαρών (Θεοδώρου και άλλοι, 1997).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα στηρίχθηκε από τα τέλη της δεκαετίας του '70 στη κοινωνική ασφάλιση, κατά το Γερμανικό μοντέλο τύπου Bismarck. Το μοντέλο αυτό κατά την αμιγή του μορφή, απαιτούσε την ανάπτυξη μιας συμμετοχικής οικονομικής σχέσης μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου στα πλαίσια της εξαρτημένης εργασίας, όπου κυρίαρχος είναι ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης ενώ απουσιάζει η κρατική παρέμβαση στην κοινωνική προστασία. Ωστόσο, στο Ελληνικό σύστημα υγείας η δημιουργία πληθώρας ασφαλιστικών φορέων με ασθενή λειτουργική δομή και χωρίς σαφή χρηματοδοτική πολιτική, οδήγησε στην αναγκαστική εμπλοκή του κρατικού φορέα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

Η επιβολή της καθολικότητας και της υποχρεωτικότητας στην κοινωνική ασφάλιση από την Ελληνική νομοθεσία, είχε σαν αποτέλεσμα την πλήρη υγειονομική κάλυψη, όχι μόνο των άμεσα εργαζόμενων αλλά και των εξαρτημένων από αυτούς ατόμων. Αυτό οδήγησε την κοινωνική ασφάλιση υπό τον έλεγχο του κράτους. Η συνεχής κρατική παρέμβαση, κυρίως στην κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (νοσήλια και ιατρικές πράξεις), περιόρισε σημαντικά τη δυνατότητα άσκησης τιμολογιακής πολιτικής, τόσο στα Νοσοκομεία, όσο και στα ασφαλιστικά ταμεία. Το

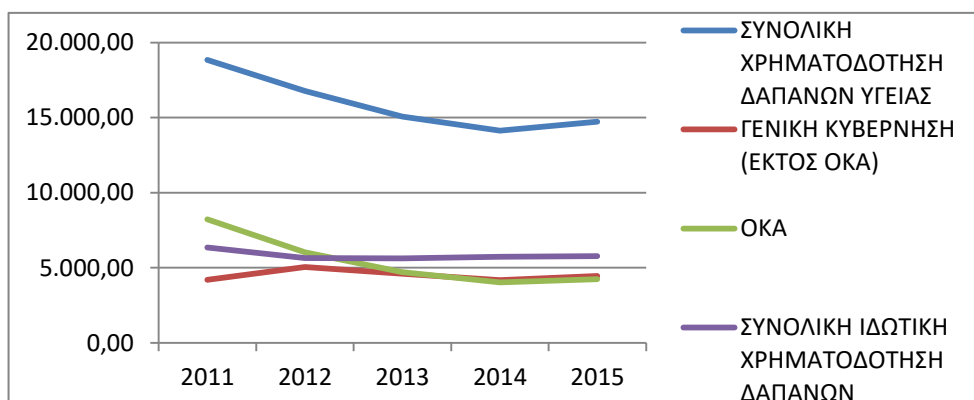


αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής ήταν η απουσία της διαπραγματευτικής δύναμης και του ανταγωνισμού μεταξύ των φορέων, ενώ ο κρατικός φορέας καθίσταται πλέον ως ο κύριος παράγοντας καθορισμού του ύψους, της προέλευσης και του τρόπου κατανομής των οικονομικών πόρων προς τους προμηθευτές υγειονομικών υπηρεσιών.

Η έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των δημόσιων φορέων υγείας, η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, αλλά και η ταχύτατη εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, βοήθησαν στην ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Υπό αυτές τις συνθήκες, εμφανίζεται έντονα το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και εδραιώνεται ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας, καθιστώντας τις ιδιωτικές πληρωμές μια από τις σημαντικότερες πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Στην ουσία καθιερώνεται ένα μεικτό σύστημα τριμερούς χρηματοδότησης με τη συμμετοχή του κράτους, των ασφαλιστικών ταμείων και των πολιτών. Κατάσταση η οποία διήρκεσε πολλές δεκαετίες και χαρακτηρίζει ακόμη και σήμερα το Ελληνικό σύστημα υγείας. Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ καταγράφουν τη συμμετοχή των φορέων στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας για το έτος 2017, σε 28,82% για την κοινωνική ασφάλιση, σε 30,27% την κρατική συμμετοχή και σε 39,13% την συνολική ιδιωτική συμμετοχή (ΕΛΣΤΑΤ: Η Ελλάδα με αριθμούς, 4<sup>ο</sup> Τρίμηνο 2017).

Γράφημα 5: Η Χρηματοδότηση των Δαπανών υγείας 4<sup>ο</sup> Τρίμηνο 2017



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ: Η Ελλάδα με αριθμούς Οκτ-Δεκ 2017

### 1.7.1 Η Χρηματοδότηση των Κρατικών Νοσοκομείων

Οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες αποτελούν τον κορμό του Ελληνικού συστήματος υγείας, απορροφώντας το μεγαλύτερο μέρος των διαθέσιμων πόρων για την υγεία που προέρχονται από τις τρεις βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος: τον κρατικό προϋπολογισμό που αντλεί πόρους από τη φορολογία, την κοινωνική ασφάλιση που αντλεί πόρους από τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών και τις ιδιωτικές πληρωμές.

Η κρατική συμμετοχή μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων Νοσοκομείων και του συνόλου των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από τον κρατικό προϋπολογισμό καλύπτεται άμεσα το σύνολο του κόστους μισθοδοσίας των υπαλλήλων των δημόσιων Νοσοκομείων, το κόστος περίθαλψης των ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων και το μεγαλύτερο μέρος του κόστους υποδομών και εξοπλισμού των Νοσοκομείων.

Επίσης, σύμφωνα με το σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, τα έσοδα των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων προέρχονται κυρίως από τις πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων με τη μορφή κλειστού νοσηλίου (KEN) βάση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, η αποτυχία του συστήματος να ενσωματώσει το πραγματικό κόστος στην προσυμφωνημένη αξία του νοσηλίου, αλλά και η οικονομική αδυναμία των ασφαλιστικών ταμείων να αποπληρώσουν τις οφειλές τους, είχαν σαν αποτέλεσμα τη συνεχή διόγκωση των ελλειμμάτων των Νοσοκομείων και κατέστησαν υποχρεωτική την περαιτέρω εμπλοκή της κρατικής συμμετοχής με τη μορφή επιχορηγήσεων για δαπάνες λειτουργίας. Έτσι, κατά παρέκκλιση του συστήματος, ο ρόλος του κράτους στη χρηματοδότηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει κατά πολύ διευρυνθεί και ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί σήμερα την κύρια πηγή κάλυψης των χρηματοδοτικών αναγκών των δημόσιων Νοσοκομείων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία λοιπόν, καθίστανται η δεύτερη μεγάλη πηγή εσόδων για τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Η εξόφληση των βεβαιωμένων νοσηλίων για τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν στους ασφαλισμένους των φορέων κοινωνικής ασφάλισης δεν γίνεται πλέον σε τακτική βάση, αλλά έχει λάβει τη μορφή άτακτων πληρωμών στα πλαίσια της οικονομικής δυνατότητας του εκάστοτε ασφαλιστικού

ταμείου. Η ενοποίηση όλων των ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία ενός διευρυμένου φορέα κοινωνικής ασφάλισης, αποτελεί την τελευταία αισιόδοξη προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση του συστήματος πληρωμών προς τα Νοσοκομεία.

Μικρότερα είναι σε ποσοστό τα έσοδα των δημόσιων Νοσοκομείων από ιδιωτικές πληρωμές που προέρχονται, είτε άμεσα από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, είτε από τις πληρωμές ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Οι άμεσες πληρωμές προέρχονται από την κάλυψη του συνόλου της δαπάνης στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη (ανασφάλιστοι, απογευματινά ιατρεία) και από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος περίθαλψης για τους έχοντες ασφαλιστική κάλυψη. Οι πληρωμές από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες γίνονται ως αποζημίωση για υπηρεσίες που προσφέρθηκαν σε συμβεβλημένους πελάτες των εταιρειών αυτών.

Τέλος αξίζει να αναφερθούν, τόσο η περίπτωση της είσπραξης εσόδων από την εκμετάλλευση ιδίων περιουσιακών στοιχείων (κυλικεία, τηλεοράσεις, κλπ) των Νοσοκομείων που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελούν σημαντικό έσοδο, όσο και η εκμετάλλευση κοινοτικών κονδυλίων, κυρίως για την ολοκλήρωση έργων στελέχωσης και υποδομών.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>**

### **Κρατικές Προμήθειες**

#### **2.1 Το Σύστημα Προμηθειών των Κρατικών Νοσοκομείων**

Ως προμήθεια θεωρείται «το σύνολο των συντονισμένων ενεργειών που απαιτούνται για τον εφοδιασμό ενός οργανισμού με υλικά που χρειάζεται ώστε να επιτελέσει το σκοπό του» (Waters, 2003). Η λειτουργία των προμηθειών ενός οργανισμού είναι από τα πιο σημαντικά μέρη όλων των λειτουργιών του. Ειδικότερα στο χώρο της υγείας, οι προμήθειες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποτελούν μια κρίσιμη και σπουδαία λειτουργία που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα. Το αντικείμενο τους δεν περιορίζεται μόνο στη λειτουργία της προμήθειας υλικών και υπηρεσιών, αλλά περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που καλύπτουν το φάσμα

δραστηριοτήτων που ξεκινά από την έρευνα αγοράς μέχρι την ανάλωσή τους.

Οι νοσοκομειακές προμήθειες παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες που σχετίζονται, τόσο με την φύση και τον όγκο των υλικών, όσο και την αναγκαιότητα και αμεσότητα στη χρήση τους. Σύμφωνα με μελέτες, ένα Νοσοκομείο πιθανόν να χρειάζεται πάνω από 100.000 διαφορετικά προϊόντα από ένα σύνολο 800.000 για να λειτουργήσει (Bums & Wharton, 2002). Η ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, η αγορά εξειδικευμένου ιατρικού εξοπλισμού, η ανάγκη διατήρησης αποθεμάτων ασφαλείας, το υψηλό κόστος των υλικών και η αδυναμία ακριβούς πρόβλεψης των μελλοντικών αναγκών, αποτελούν μερικές μόνο από τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει το σύστημα προμηθειών ενός δημόσιου Νοσοκομείου (Κουτσούρης και άλλοι, 2006).

## **2.2 Το ισχύον νομικό πλαίσιο των προμηθειών**

Το νομικό πλαίσιο των προμηθειών, με τους πολυάριθμους κανόνες και ρυθμίσεις που το διέπουν, επηρεάζει σημαντικά τη σχέση μεταξύ των οικονομικών φορέων και των φορέων υγείας και καθορίζει την ομαλή έκβαση των διαδικασιών. Η αστάθεια στο θεσμικό πλαίσιο και η πολυνομία αποτέλεσαν τροχοπέδη του Ελληνικού συστήματος προμηθειών. Μια σειρά από νόμους, προεδρικά διατάγματα και άλλες νομοθετικές διατάξεις και οδηγίες, συνθέτουν το θεσμικό πλαίσιο των δημοσίων συμβάσεων. Ειδικότερα από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. και μετά, έχουν θεσμοθετηθεί πολλά διαφορετικά συστήματα προμηθειών στα δημόσια Νοσοκομεία (Τούντας και άλλοι, 2011). Παρακάτω περιγράφονται οι σημαντικότερες από τις διατάξεις αυτές, ξεκινώντας από τις πρώτες σοβαρές προσπάθειες που έγιναν τα νεότερα χρόνια.

Ο Νόμος 2286/1995 «Προμήθειες του δημοσίου τομέα και ρυθμίσεις συναφών θεμάτων», αποτελεί την πρώτη σοβαρή προσπάθεια οργάνωσης και ελέγχου των δημοσίων προμηθειών. Με το νόμο αυτό οι φορείς οφείλουν να εντάσσουν τις ανάγκες τους στα ετήσια Ενιαία Προγράμματα Προμηθειών υπό τον έλεγχο και την έγκριση της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Ακολούθησε μια σειρά από διατάξεις και οδηγίες όπως, το Π.Δ.370/95/1995 «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας περί Προμηθειών στο Κοινοτικό Δίκαιο», ο Ν.2362/1995 «Διατάξεις του Δημοσίου Λογιστικού περί Συνάψεως Συμβάσεων του

Δημοσίου», το Π.Δ.394/1996 «Κανονισμός Προμηθειών Δημοσίου», ο Ν.2522/1999 «περί Δικαστικής Προστασίας κ.λπ.», ο Ν.2920/2001 «Περί Συστάσεως Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας – Σ.Ε.Υ.Υ.Π.» και ο Ν.3580/2007 «Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και άλλες διατάξεις», με σκοπό να καλύψουν και να συμπληρώσουν τις αδυναμίες των διαδικασιών προμηθειών.

Το Π.Δ.60/2007 «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2004/18/ΕΚ περί συντονισμού των διαδικασιών σύναψης δημοσίων συμβάσεων έργων, προμηθειών και υπηρεσιών», εκδόθηκε με σκοπό την ενσωμάτωση της Κοινοτικής οδηγίας στην Ελληνική νομοθεσία. Ωστόσο, οι διατάξεις του αφορούσαν μόνο τις δημόσιες συμβάσεις προμηθειών και υπηρεσιών, που ήταν ανώτερες του καθορισμένου ορίου των 211.000€.

Ακολούθησε το Προεδρικό Διάταγμα 118/2007 «Κανονισμός προμηθειών δημοσίου», το οποίο αποτέλεσε μέχρι πρόσφατα τον βασικό κανονισμό προμηθειών, περιγράφοντας με λεπτομέρεια όλα τα στάδια των διαγωνισμών, από την προκήρυξη του μέχρι την παραλαβή των υλικών. Εξαιρούνταν από την εφαρμογή του Διατάγματος οι προμήθειες που υπάγονταν στις διατάξεις του Π.Δ.60/2007.

Με το Ν.3846/2010 θεσμοθετήθηκε το Παρατηρητήριο Τιμών Υγείας με σκοπό τη δημιουργία μίας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων, η οποία ανήκει στην αρμοδιότητα της ΕΠΥ και θα εμπεριέχονται τόσο οι τιμές των προϊόντων όσο και οι ποιοτικές και τεχνικές τους προδιαγραφές. Ο νόμος είχε ιδιαίτερη αξία καθώς οι τιμές των καταχωρημένων προϊόντων αποτέλεσαν το ανώτατο όριο για την νομιμότητα της δαπάνης.

Το έτος 2011, υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης, ψηφίστηκε ο Ν.3918/2011 για τη βελτίωση των διαδικασιών του μοντέλου των προμηθειών και την εξυγίανση του συστήματος προμηθειών υγείας. Κύριος σκοπός του νόμου ήταν, οι προμήθειες των Νοσοκομείων να διενεργούνται μέσω κεντρικών διαγωνισμών κυρίως με συμφωνίες – πλαίσιο, με μικρή χρονική διάρκεια (IOBE, 2011).

Ακολούθησε και πάλι μια σειρά από νομοθετικές παρεμβάσεις για τον εκσυγχρονισμό των διαδικασιών προμηθειών όπως, ο Ν.4013/2011 «Σύσταση ενιαίας

Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Συμβάσεων (ΑΑΔΗΣΥ) και Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων (ΚΗΜΔΗΣ) και άλλες διατάξεις», ο Ν.4038/2012 «Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής, ο Ν.4155/2013 «Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων και άλλες διατάξεις» και η Υπουργική Απόφαση 2390/16.10.2013 «Τεχνικές λεπτομέρειες και διαδικασίες λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων (Ε.Σ.Η.ΔΗ.Σ.)».

Υπό την πίεση των Μνημονίων Συνεννόησης, γίνεται εμφανής η ανάγκη ώστε η πρωτογενής νομοθεσία για τον τομέα δημόσιων συμβάσεων να κωδικοποιηθεί και να απλοποιηθεί δημιουργώντας ένα νόμο που να καλύπτει όλες τις μορφές δημόσιων συμβάσεων που διεξάγονται από όλες τις αναθέτουσες αρχές. Στην κατεύθυνση αυτή δημιουργήθηκε ο Ν.4281/2014 «Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας, οργανωτικά θέματα Υπουργείου Οικονομικών και άλλες διατάξεις» η ισχύς του οποίου αναβλήθηκε δύο φορές και τελικά δεν εφαρμόστηκε ποτέ.

Σε συνέχεια της παραπάνω προσπάθειας ψηφίστηκε ο Ν.4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)», ο οποίος συγκεντρώνει όλη την εθνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία Δημοσίων Συμβάσεων, για προμήθειες, έργα και υπηρεσίες, και καταργεί πλήθος διατάξεων της μέχρι πρότινος κατακερματισμένης νομοθεσίας περί προμηθειών. Ο νόμος ισχύει από τον Αύγουστο του 2016 και διέπει τις διαδικασίες δημοσίων συμβάσεων με ημερομηνία έναρξης μετά την ισχύ του νόμου. Αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη προσπάθεια για τη θωράκιση του συστήματος προμηθειών, η επάρκεια του οποίου μένει να κριθεί κατά τη διάρκεια του χρόνου.

Είναι προφανές ότι ειδικότερα στις κρίσιμες περιόδους όπου οι οικονομικοί πόροι είναι εξαιρετικά περιορισμένοι, η αποτελεσματικότητα του συστήματος προμηθειών θα κρίνει την βιωσιμότητα των νοσηλευτικών μονάδων και όλου του συστήματος υγείας.

### **2.3 Οι Διαδικασίες Προμηθειών στα Δημόσια Νοσοκομεία**

Ο ακριβής προσδιορισμός των διαδικασιών προμηθειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτέλεσε ένα σοβαρό και δυσεπίλυτο πρόβλημα. Όπως αναφέρθηκε

παραπάνω, πλήθος νομοθετικών παρεμβάσεων εφαρμόστηκαν προκειμένου να καθοριστεί ένα δίκαιο και αξιόπιστο πλαίσιο για τη σύναψη των συμβάσεων του δημοσίου. Κάθε οργανωτική προσπάθεια στηρίχθηκε σε τρεις θεμελιώδεις αρχές που διέπουν τις δημόσιες προμήθειες:

- ✓ Την αρχή της δημοσιότητας, η εφαρμογή της οποίας επιβάλλει τη γνωστοποίηση σε κάθε ενδιαφερόμενο, μέσω του εθνικού τύπου, της εφημερίδας των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, του Φ.Ε.Κ. και του προγράμματος ΔΙΑΥΓΕΙΑ (ανάλογα με την αξία της σύμβασης), της πρόθεσης των φορέων να προβούν στην προμήθεια αγαθών ή την ανάθεση υπηρεσιών.
- ✓ Την αρχή της διαφάνειας των διαδικασιών, για την εφαρμογή της οποίας όλη η διαδικασία της διακήρυξης πρέπει να βασίζεται σε κανόνες που είναι γνωστοί εκ των προτέρων και ισχύουν για όλους τους συμμετέχοντες και για όλη τη διάρκεια του διαγωνισμού. Επίσης οι όροι πρέπει να διακρίνονται από σαφήνεια και να μην τροποποιούνται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, παρά μόνο στην περίπτωση που αμφισβητηθούν μετά από προσφυγές ή ενστάσεις των διαγωνιζομένων.
- ✓ Την αρχή της ίσης μεταχείρισης, αποφεύγοντας όρους που εισάγουν πολιτικές διακρίσεων και αποκλείουν άδικα έναν ή περισσότερους υποψήφιους προμηθευτές.

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία οι αναθέτουσες αρχές για την σύναψη δημοσίων συμβάσεων μπορούν να εφαρμόσουν, σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια, τις εξής διαδικασίες:

α. Ανοιχτό διαγωνισμό. Στη διαδικασία αυτή η αναθέτουσα αρχή απευθύνεται σε κάθε πιθανό προμηθευτή, δημοσιεύοντας πλήρη διακήρυξη. Η διαδικασία ακολουθεί όλα τα διακριτά στάδια (έλεγχος δικαιολογητικών, τεχνική αξιολόγηση, οικονομική αξιολόγηση) και ολοκληρώνεται με την απόφαση κατακύρωσης και την υπογραφή της σύμβασης. Ο ανοιχτός διαγωνισμός μπορεί να συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη συμμετοχή υποψήφιων προμηθευτών και αποτελεί την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη διαδικασία προμηθειών.

β. Κλειστό διαγωνισμό. Σε αυτή τη διαδικασία η αναθέτουσα αρχή απευθύνεται σε συγκεκριμένο αριθμό προμηθευτών οι οποίοι έχουν την ικανότητα να συμμετάσχουν και έχουν επιλεγεί μετά από προκαταρκτική διαδικασία. Αποτελεί τη λιγότερη χρησιμοποιούμενη διαδικασία προμηθειών στο χώρο της υγείας.

γ. Διαδικασία διαπραγμάτευσης. Με τη διαδικασία αυτή οι φορείς έχουν την δυνατότητα να διαπραγματεύονται άμεσα τους όρους σύναψης σύμβασης με τους προμηθευτές της επιλογής τους. Μπορεί να γίνει είτε με, είτε χωρίς, δημοσίευση διακήρυξης. Η διαδικασία ωστόσο φαίνεται πως περιορίζει τον ανταγωνισμό και για αυτό επιτρέπεται μόνο για εξαιρετικές περιπτώσεις που προβλέπονται από τον νόμο όπως, μετά από άγονο διαγωνισμό, για την κάλυψη επείγουσας ανάγκης μη οφειλόμενης σε υπαιτιότητα του φορέα, για συμπληρωματικές προμήθειες και άλλες ειδικές περιπτώσεις.

δ. Συνοπτικό διαγωνισμό. Η διαδικασία του συνοπτικού χρησιμοποιείται υπό την προϋπόθεση η αξία της προμήθειας να είναι μέχρι το ποσό των 60.000€ μη συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ. Ακολουθούνται συνοπτικές διαδικασίες γνωστοποίησης και αξιολόγησης των προσφορών επιτυγχάνοντας συντόμευση του χρόνου ολοκλήρωσης της προμήθειας.

ε. Απευθείας ανάθεση. Η διαδικασία αυτή επιτρέπεται σε συμβάσεις των οποίων η εκτιμώμενη αξία είναι ίση ή κατώτερη των 20.000€ (χωρίς ΦΠΑ). Η ανάθεση γίνεται με απόφαση του αρμόδιου οργάνου σε συγκεκριμένο οικονομικό φορέα, με κριτήρια τη δυνατότητα καλής και έγκαιρης εκτέλεσης της σύμβασης.

Αρμόδιο για την εκτέλεση των παραπάνω διαδικασιών στα δημόσια Νοσοκομεία είναι το Γραφείο ή Τμήμα Προμηθειών. Αυτό έχει την ευθύνη για την κατάρτιση των ετήσιων Προγραμμάτων Προμηθειών Υπηρεσιών και Φαρμάκων Υγείας (Π.Π.Υ.Φ.Υ.) του φορέα και τη διαβίβασή τους στην αρμόδια ΥΠΕ και στη συνέχεια για έγκριση στην Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (πλέον ΕΚΑΠΥ). Προϋπόθεση για την ένταξη μιας ανάγκης στο Π.Π.Υ.Φ.Υ. αποτελεί η εξασφάλιση της χρηματοδότησής της μέσω των εγκεκριμένων πιστώσεών του.

Αναλυτικότερα, τα στάδια για την οργάνωση των διαδικασιών προμηθειών ακολουθούν την εξής σειρά:



- Κατ' αρχήν συλλέγονται οι καταγεγραμμένες ανάγκες που έχουν υποβάλλει οι Διευθύνσεις και τα τμήματα του Νοσοκομείου και οι οποίες έχουν ελεγχθεί από την Οικονομική Υπηρεσία.
- Συστήνονται επιτροπές με εισήγηση προς το Διοικητή ή το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.), που θα καταρτίσουν τις τεχνικές προδιαγραφές των υπό ένταξη ειδών ή υπηρεσιών και θα τα κωδικοποιήσουν σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες της ΕΠΥ (Κωδικοποίηση ΕΚΕΒΥΛ).
- Συλλέγονται οι Τεχνικές Προδιαγραφές από τις αρμόδιες επιτροπές και υποβάλλονται για έγκριση στο Διοικητικό Συμβούλιο. Οι τεχνικές προδιαγραφές αποτελούν προϋπόθεση για υλοποίηση προμήθειας μέσω του Π.Π.Υ.Φ.Υ. και είναι αναπόσπαστο συνοδευτικό για όσα είδη εντάσσονται.
- Το Π.Π.Υ.Φ.Υ. μετά από την έγκρισή του από το Δ.Σ. του Νοσοκομείου, υποβάλλεται στην αρμόδια ΥΠΕ για έγκριση και η ΥΠΕ υποβάλλει στην Ε.Π.Υ. (πλέον ΕΚΑΠΥ) το συγκεντρωτικό Π.Π.Υ.Φ.Υ. για τελική έγκριση.
- Μετά την έγκριση του Π.Π.Υ.Φ.Υ. από την ΕΠΥ (πλέον ΕΚΑΠΥ) και ενημέρωση του Νοσοκομείου ξεκινάει η υλοποίηση του προγράμματος προμηθειών μέσω του φορέα ή μέσω άλλων φορέων, εφόσον έχει εκχωρηθεί προς τούτο εξουσιοδότηση.
- Η υλοποίηση του προγράμματος προμηθειών ξεκινάει με την εκτέλεση των διαγωνισμών σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπονται για κάθε τύπο διαγωνισμού. Σε γενικές γραμμές τα διακριτά στάδια που ακολουθούνται είναι, η δημοσίευση διακήρυξης στο ΚΗΔΜΗΣ (Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων) και στο διαδικτυακό χώρο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, η υποβολή των προσφορών, η αποσφράγιση του φακέλου των δικαιολογητικών συμμετοχής, η τεχνική αξιολόγηση, η οικονομική αξιολόγηση, η κατακύρωση και η υπογραφή της σύμβασης. Την ίδια σχεδόν σειρά ακολουθεί και η διενέργεια διαγωνισμών με την μέθοδο ηλεκτρονικών διαγωνισμών και ηλεκτρονικών δημοπρασιών.
- Επόμενο και τελευταίο στάδιο, εκτός από την παρακολούθηση εκτέλεσης της σύμβασης, αποτελεί η αποστολή απολογιστικών καταστάσεων στην ΕΠΥ (πλέον

ΕΚΑΠΥ) σχετικά με τον τρόπο υλοποίησης των προμηθειών του ετήσιου Π.Π.Υ.Φ.Υ..

Η παραπάνω διαδικασία ακολουθείται σύμφωνα με τον τελευταίο χρονικά νόμο (Ν.4412/2016) και αφορά όλο το Δημόσιο Τομέα που αποτελείται από την Κεντρική και τη Γενική Κυβέρνηση όπου ανήκουν τα δημόσια και στρατιωτικά Νοσοκομεία της χώρας.

## 2.4 Προβλήματα στις Προμήθειες των Δημόσιων Νοσοκομείων

Το σύστημα προμηθειών στο χώρο της υγείας επικρίθηκε σφοδρά στο παρελθόν για φαινόμενα σπατάλης, διαφθοράς και αδιαφάνειας. Σύμφωνα με αναφορές, το σύστημα προμηθειών των δημόσιων Νοσοκομείων βρίσκεται εδώ και πολλά χρόνια σε μια διαρκή κρίση ακαταλληλότητας και λειτουργικής αποδιοργάνωσης. Οι διαδικασίες προμηθειών αμφιταλαντεύονται μεταξύ νομιμότητας και παρανομίας. Υπό αυτές τις συνθήκες, φαινόμενα όπως αυτά της πρόσκλησης και της υπερβάλλουσας ζήτησης ευδοκιμούν, προκαλώντας τεράστια σπατάλη οικονομικών πόρων και απαξιώνοντας το σύστημα υγείας (Βασιλόπουλος, 2010).

Σε γενικές γραμμές, οι ακολουθούμενες διαδικασίες προμηθειών θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως:

- ✓ **Χρονοβόρες**, καθώς απαιτείται η τήρηση προθεσμιών μεγάλης διάρκειας όπως, δημοσίευση, διενέργεια, αξιολόγηση, υποβολή ενστάσεων, υποβολή ασφαλιστικών μέτρων, κατακύρωση κ.α.. Τα Νοσοκομεία προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα στους χρόνους ολοκλήρωσης των διαδικασιών προμήθειας, αναγκάζονται να διατηρούν μεγάλο όγκο αποθεμάτων, με συνέπεια την αύξηση του κόστους φύλαξης, τη δέσμευση πόρων και τον κίνδυνο απαξίωσης των υλικών.
- ✓ **Δαπανηρές**, καθώς το οργανωτικό έλλειμμα του συστήματος ευνοεί τη γραφειοκρατία σπαταλώντας πόρους, για αμοιβές απασχολούμενου προσωπικού, για έξοδα δημοσίευσης, για νομική υποστήριξη κ.α.. Επιπλέον, οι χρονοβόρες διαδικασίες επιβαρύνουν με το έμμεσο κόστος της πιθανής έλλειψης υλικών ή υπηρεσιών και εμποδίζουν την εξασφάλιση οικονομικών κλίμακας.
- ✓ **Αναποτελεσματικές**, καθώς εξαιτίας των κριτηρίων κατακύρωσης ευνοείται η

πρακτική της προσφοράς φθηνότερων προϊόντων ή υπηρεσιών κατώτερης ποιότητας, χωρίς αυτό να μπορεί να αξιολογηθεί από τον φορέα διενέργειας, καταλήγοντας πολύ συχνά στη διακρίβωση ότι το φθηνό τελικά στοιχίζει ακριβότερα.

Τα κυριότερα επιμέρους προβλήματα στις διαδικασίες προμηθειών των δημόσιων Νοσοκομείων συνοψίζονται στα εξής:

- ✓ **Εμφανίζονται μεγάλοι χρόνοι ανοχής:** Για την διεκπεραίωση μιας διαδικασίας αγοράς απαιτούνται εξαιρετικά λεπτομερείς διαδικασίες. Η έλλειψη αρχείου υλικών και προμηθευτών, η απουσία ηλεκτρονικού ιστορικού συμβάσεων, η απουσία αυτοματοποιημένων αγοραστικών διαδικασιών, η περιορισμένη χρήση των ηλεκτρονικών διαδικασιών και η έλλειψη ενιαίου συστήματος μηχανοργάνωσης, συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των χρόνων ανοχής, δηλαδή τον χρόνο που μεσολαβεί από την αναγνώριση της αγοραστικής ανάγκης έως την παραλαβή του υλικού.
- ✓ **Κατακερματισμός των προμηθειών:** Οι διαγωνιστικές διαδικασίες πραγματοποιούνται από κάθε Νοσοκομείο ξεχωριστά. Με μικρή αγοραστική δύναμη το κάθε Νοσοκομείο στερείται της ευκαιρίας να πετύχει χαμηλότερες τιμές και να εκμεταλλευτεί οικονομίες κλίμακας. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο, το ίδιο υλικό να πωλείται μεταξύ Νοσοκομείων σε διαφορετικές τιμές.
- ✓ **Απαιτείται μεγάλος όγκος εγγράφων και γραφειοκρατικές διαδικασίες:** Η κάθε διαγωνιστική διαδικασία απαιτεί την έκδοση και κατάθεση από τους υποψήφιους προμηθευτές μεγάλου όγκου δικαιολογητικών που σχετίζονται, τόσο με την ικανότητα της εταιρείας όσο και με την καταλληλότητα των προσφερόμενων ειδών. Η επαναλαμβανόμενη απαιτητική διαδικασία σύνταξης των προσφορών από τους υποψήφιους προμηθευτές περιορίζει τον ανταγωνισμό και επιβραδύνει τη διαδικασία αξιολόγησης.
- ✓ **Ελλειψές ή στοχευμένες τεχνικές προδιαγραφές:** Σοβαρή αιτία καθυστερήσεων και αγοράς ακατάλληλων υλικών, είναι οι ασαφείς και μη τεκμηριωμένες τεχνικές προδιαγραφές. Η απουσία εγκεκριμένου αρχείου τεχνικών

προδιαγραφών και η ευχέρεια του κάθε φορέα να συντάσσει και να χρησιμοποιεί με βάση τις δικές του ανάγκες τεχνικές προδιαγραφές, δημιουργεί καθυστερήσεις και φαινόμενα αμφισβήτησης της αξιοπιστίας των διαδικασιών.

- ✓ **Έλλειψη διαφάνειας:** Η ελλιπής ενημέρωση των προμηθευτών και η έλλειψη εργαλείων αξιολόγησης προσφορών και προμηθευτών και μηχανισμών κοστολογικού ελέγχου, δεν βοηθούν στην ενίσχυση της διαφάνειας του συστήματος προμηθειών.
- ✓ **Ανεπαρκής προγραμματισμός των αγοραστικών διαδικασιών:** Η αδυναμία καταγραφής και παρακολούθησης των αναγκών δεν διευκολύνει την ανάλυση και τον σωστό προγραμματισμό των προμηθευτικών δαπανών (Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2017).
- ✓ **Μη τελεσφόρηση των διαγωνιστικών διαδικασιών:** Η μη κατακύρωση και γενικά ολοκλήρωση των διαγωνιστικών διαδικασιών οδηγούν τα νοσοκομεία, λόγω της φύσης των προμηθειών, να αγοράζουν τις αναγκαίες για την εύρυθμη λειτουργία τους ποσότητες σε ακριβότερες τιμές
- ✓ **Δημιουργία ληξιπρόθεσμων οφειλών:** Φυσικό επακόλουθο της μη τελεσφόρησης των διαγωνιστικών διαδικασιών είναι η αγορά των αναγκαίων ποσοτήτων χωρίς την ύπαρξη ικανού υπολοίπου στον εγκεκριμένο Π/Υ τους, δηλαδή χωρίς την ύπαρξη Απόφασης Ανάληψης Υποχρέωσης (ΑΑΥ) που με τη σειρά του οδηγεί στην δημιουργία ληξιπρόθεσμων οφειλών προς τους προμηθευτές αναλωσίμων υλικών.

Αδιαμφισβήτητα λοιπόν το σύστημα προμηθειών εξυπηρετεί το μεγαλύτερο μέρος της ροής του κόστους των δημόσιων Νοσοκομείων. Ο βαθμός οργάνωσης του συστήματος κρίνει σε μεγάλο βαθμό τη βιωσιμότητα των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας στο σύνολο του.

Το ευρύ θεσμικό πλαίσιο του συστήματος προμηθειών στην υγεία περιλαμβάνει αναρίθμητες νομοθετικές διατάξεις που θεσπίστηκαν σταδιακά με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του συστήματος και την εξυγίανσή του από φαινόμενα σπατάλης και αδιαφάνειας. Τα προβλήματα αυτά ωστόσο, δεν θεραπεύτηκαν με την πολυνομία η

οποία συνέβαλε στη διαίωνιση των χρόνιων προβλημάτων και στρεβλώσεων. Η ανάγκη συγκέντρωσης της κατακερματισμένης νομοθεσίας περί προμηθειών δημιούργησε τους τελευταίους σε ισχύ νόμους 4412/2016 και 4472/2017 τα αποτελέσματα των οποίων μένει να αξιολογηθούν.

Ο ακριβής προσδιορισμός των διαδικασιών προμηθειών και η εναρμόνισή τους με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες αποδείχθηκε μια δύσκολη και κρίσιμη διαδικασία σε κάθε νέα νομοθετική παρέμβαση. Οι θεμελιώδεις αρχές της δημοσιότητας, της διαφάνειας και της ίσης μεταχείρισης, αποτέλεσαν τη βάση κάθε οργανωτικής παρέμβασης. Ωστόσο, παρά τις συνεχείς προσπάθειες αναδιοργάνωσης του συστήματος προμηθειών, φαίνεται να αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα, με τις διαδικασίες προμήθειας στα δημόσια Νοσοκομεία να χαρακτηρίζονται μέχρι σήμερα, χρονοβόρες, δαπανηρές και αναποτελεσματικές.

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>**

### **Εσωτερικός Έλεγχος Μονάδων Υγείας**

#### **3.1 Ο ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου**

Οι ραγδαίες αλλαγές τόσο στην τεχνολογία όσο και στο επιχειρηματικό περιβάλλον έχουν καταστήσει τον ρόλο του εσωτερικού ελέγχου όχι απλά χρήσιμο αλλά άκρως απαραίτητο. Τα πρώτα χρόνια εφαρμογής του, ο εσωτερικός έλεγχος συνδεόταν με τις λογιστικές πράξεις και την έννοια της «αστυνόμευσης»

Αντίθετα σήμερα ο Εσωτερικός Έλεγχος εξετάζει και αξιολογεί (Βαρβατσουλάκης, κ.ά., 2013, Τσιμάρας, 2016):

- Το συνολικό και επιμέρους κόστος των τμημάτων και τη σύγκριση αυτού με το προϋπολογισθέν, όπως επίσης και με τη σχέση κόστους – οφέλους.
- Τη διαδικασία τήρησης των προδιαγραφών του ποιοτικού ελέγχου, δηλαδή, το κατά πόσο η παραγωγική δραστηριότητα και οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στα καθορισμένα πρότυπα.
- Τα μέσα προστασίας για την επαρκή φύλαξη των περιουσιακών στοιχείων μιας

επιχείρησης ή ενός οργανισμού από κλοπές, απώλειες και φθορές.

- Το βαθμό συνεργασίας του φορέα με τρίτους και γενικά το ανταγωνιστικό περιβάλλον στο οποίο δρα και αναπτύσσεται ο φορέας.
- Την αξιοποίηση των μέσων παραγωγής και την αποδοτικότητα αυτών, τη συντήρηση του μηχανολογικού εξοπλισμού, τα προγράμματα παραγωγής, το ύψος και τη διαχείριση των αποθεμάτων, καθώς τη διάθεση των προϊόντων.
- Την ύπαρξη κλίματος αποδοχής και διάθεση συνεργασίας των ελεγχόμενων με τον εσωτερικό έλεγχο και τους ελεγκτές.
- Την τήρηση πολιτικής πωλήσεων και εισπράξεων, δηλαδή, τη διαχείριση των διαθεσίμων, τις αποδόσεις τους, τους όρους δανεισμού και πληρωμής των υποχρεώσεων αυτών, καθώς επίσης την αξιολόγηση των οικονομικών αποτελεσμάτων.
- Τον τρόπο επικοινωνίας και συνεργασίας των εργαζομένων τόσο σε επίπεδο τμήματος, όσο και μεταξύ των τμημάτων. Τις αδυναμίες και τα προβλήματα του προσωπικού (απώλεια ηθικού, συνεχείς αποχωρήσεις, δυσφορία για παραγωγή έργου κλπ), τα οποία οδηγούν σε δυσάρεστα αποτελέσματα και για τα δύο μέρη.
- Την εικόνα που έχει η επιχείρηση στην αγορά – ανταγωνισμό, καθώς και την εικόνα που έχει το καταναλωτικό κοινό για την επιχείρηση και τα προϊόντα της. Επίσης, την εικόνα του φορέα που παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι προς τα έξω.
- Τη διαπίστωση το κατά πόσο οι υπηρεσίες – τμήματα έχουν σαφή αντίληψη της αποστολής του οράματος και της κουλτούρας της επιχείρησης, καθώς και των αρμοδιοτήτων που τους έχουν εκχωρηθεί. Αν είναι κατάλληλα στελεχωμένες και αν αξιοποιείται κατά άριστο τρόπο το ανθρώπινο δυναμικό.
- Το βαθμό συμμόρφωσης των εργαζομένων στις αποφάσεις της διοίκησης, τους κανόνες λειτουργίας και τις παρεχόμενες εξουσιοδοτήσεις με τρίτους.
- Την αξιολόγηση απόδοσης των επενδύσεων σύμφωνα με το αρχικό σχεδιασμό αυτών.
- Την τήρηση της πολιτικής προσωπικού, πολιτικής προαγωγών, αξιολογήσεων και αξιοποιήσεων των στελεχών. Την τήρηση των κανόνων επαγγελματικής συμπεριφοράς, νομοθεσίας και διαδικασιών, καθώς και την απονομή ευθυνών και επιβραβεύσεων.
- Τη συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση του επιχειρηματικού κινδύνου,

καθώς και την αποτελεσματική διαχείρισή του. Η επιτυχία του εσωτερικού ελέγχου είναι να επισημάνει τις περιοχές υψηλών κινδύνων, να αξιολογήσει τον κίνδυνο (πιθανότητες να μην πραγματοποιηθούν οι ευκαιρίες), να επισημάνει τις γενεσιουργούς αιτίες και να εισηγηθεί στη διοίκηση για τη λήψη διορθωτικών μέτρων.

- Την ύπαρξη συστήματος οργάνωσης και την επάρκεια αυτού σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, καθώς επίσης και την ύπαρξη κατάλληλων διαδικασιών και απαραίτητων εξουσιοδοτήσεων που να ρυθμίζουν τη σωστή θεμελίωση των σχέσεων συναλλαγών – συνεργασίας με τρίτους.
- Την περιοδική επιβεβαίωση και με αντικειμενικό τρόπο πιστοποίηση της λειτουργίας της επιχείρησης και τη σύγκριση των αρχικά καθορισμένων στόχων – προτύπων με το αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με το Φίλο I.(2004) σύστημα εσωτερικού ελέγχου (internal controls) είναι το σύνολο των μέτρων ελέγχου (controls) εκείνων που έχουν επινοηθεί και χρησιμοποιούνται σε μια επιχείρηση για να προωθήσουν, να κατευθύνουν, να περιορίσουν, να διοικήσουν και να ελέγξουν τις διάφορες δραστηριότητες αποβλέποντας στην ικανοποίηση των στόχων της επιχείρησης. Τέτοια μέτρα ελέγχου, αλλά όχι και τα μοναδικά, είναι ο τρόπος οργάνωσης, οι πολιτικές, τα συστήματα, οι διαδικασίες, οι εντολές, τα πρότυπα, οι επιτροπές, τα λογιστικά σχέδια, οι προϋπολογισμοί, τα χρονοδιαγράμματα, οι εκθέσεις, η τεκμηρίωση της εργασίας και η υπηρεσία εσωτερικού ελέγχου (internal audit).

Το σύστημα του εσωτερικού ελέγχου μαζί με τα υποσυστήματά του είναι αρμόδιο για:

- Την τήρηση των σκοπών του Καταστατικού του Οργανισμού.
- Την ύπαρξη συστημάτων εσωτερικού ελέγχου (Κανονισμός Λειτουργίας της Επιχείρησης).
- Την επάρκεια εφαρμογής και αποτελεσματικότητας του Κανονισμού Λειτουργίας – Συστήματος Διαδικασιών σε όλα τα επίπεδα.
- Την επιβεβαίωση του βαθμού συμμόρφωσης με τις καθιερωμένες στρατηγικές, πολιτικές, νόμους, αποφάσεις και σχέδια της Διοίκησης που έχουν θεσμοθετηθεί.
- Την τήρηση εφαρμογής διαδικασιών και εξουσιοδοτήσεων που ρυθμίζουν τις σχέσεις συναλλαγών – συνεργασίας με τρίτους.

- Τη μέτρηση απόδοσης της διοίκησης σε όλα τα επίπεδα.
- Τις επικερδείς και μη δραστηριότητες μέσω αξιολογήσεων και αναλύσεων για τον εντοπισμό αδυναμιών και λήψη διορθωτικών μέτρων βελτίωσης.
- Την περιοδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του φορέα σε σχέση με τα πρότυπα που θέτει η Διοίκηση.
- Την αξιολόγηση απόδοσης επενδύσεων σύμφωνα με τον αρχικό στρατηγικό σχεδιασμό.
- Τον τρόπο άσκησης αποτελεσματικής διοίκησης και εποπτείας από τα στελέχη όλων των βαθμίδων και τις συγκρούσεις και συμπεριφορά των εργαζομένων.
- Την αξιολόγηση του συνολικού και επιμέρους κόστους λειτουργίας των τμημάτων και τη σύγκρισή του με το προϋπολογισθέν.
- Την αποφυγή ατασθαλιών, καταχρήσεων, κλοπών, διαφθοράς, απόκρυψης στοιχείων, αδιαφορίας.
- Τη διαπίστωση κατά πόσο οι υπηρεσίες έχουν ακριβή αντίληψη της αποστολής και των αρμοδιοτήτων τους.
- Τον έλεγχο και εκτίμηση της ορθότητας, της ακρίβειας, της επάρκειας, της πληρότητας και της αξιοπιστίας των οικονομικών καταστάσεων και βιβλίων.
- Τη λειτουργία και επάρκεια των πληροφοριακών συστημάτων και των δικλείδων ασφαλείας τους.
- Την επιβεβαίωση αξιοπιστίας και επικαιρότητας των πληροφοριών προς το Δ.Σ.
- Τον συντονισμό εργασιών εσωτερικού ελέγχου με τις εργασίες του εξωτερικού ελέγχου.

Ο Εσωτερικός Ελεγκτής πραγματοποιεί τους στόχους του εσωτερικού ελέγχου. Αυτός είναι σε θέση να δώσει σχετικές συμβουλές ώστε η Διοίκηση να είναι κατά το δυνατόν πιο αποτελεσματική με το ελάχιστο δυνατό κόστος και με παράλληλο περιορισμό των επιχειρηματικών κινδύνων. Οι εσωτερικοί ελεγκτές έχουν ως έργο τους την κατάστροφη, τον προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση της ελεγκτικής διαδικασίας. Το Ελληνικό Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών, το οποίο αποτελεί το συλλογικό επαγγελματικό όργανο των εσωτερικών ελεγκτών, ιδρύθηκε το 1985 στην Αθήνα με παραπάνω από 650 ενεργά μέλη πανελλαδικά.



### 3.2 Θεσμικό Πλαίσιο Εσωτερικού Ελέγχου Επιχειρήσεων και Νοσοκομείων

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται καταγραφή της υπάρχουσας νομολογίας η οποία αφορά στην εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, επεξηγείται το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου που εφαρμόζεται στην χώρα μας, καθώς και οι αρμοδιότητες της Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου.

Στην Ελλάδα ο εσωτερικός έλεγχος παρουσιάζεται τη δεκαετία του '90. Το 1985 ιδρύεται το Ελληνικό Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών, ο μόνος πιστοποιημένος φορέας στην Ελλάδα από το Διεθνές Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών και την Ευρωπαϊκή Συνομοσπονδία Ινστιτούτων Εσωτερικού Ελέγχου. Στόχος του είναι η στήριξη, η παροχή πληροφοριών και τεχνικής βοήθειας, η επιμόρφωση και η επαγγελματική οργάνωση των εσωτερικών ελεγκτών.

Με τα Προεδρικά Διατάγματα 350/1985, 360/1985 και 51/1992 θεσπίζονται κανόνες που αφορούν τις εισηγμένες στο χρηματιστήριο εταιρίες για θέματα πληροφόρησης και ενεργειών της διοίκησης προς τους μετόχους, τον χρόνο δημοσίευσης των ενδιάμεσων και ετήσιων λογιστικών καταστάσεων, καθώς και κανόνες γνωστοποίησης προς το επενδυτικό κοινό. Το 1999 η Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς συνέστησε μια επιτροπή φορέων με τη συμμετοχή του Ελληνικού Ινστιτούτου Εσωτερικών Ελεγκτών η οποία εξέδωσε συστάσεις για εθελοντική εφαρμογή από τις εισηγμένες ή προς εισαγωγή στο Χρηματιστήριο σε θέματα που αφορούν στην διαφάνεια, τον τρόπο διοίκησης των εταιριών, την κοινωνική ευθύνη και την μονάδα εσωτερικού ελέγχου.

Στην Ελλάδα η Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς με τις αποφάσεις της (Απόφαση 5/204/14.11.2000, ΦΕΚ 1487/Β/12.12.2000, ΦΕΚ 110Α/17.5.2002) ανάγκασε τις εισηγμένες στο ΧΑΑ εταιρίες να έχουν ξεχωριστό τμήμα ελέγχου. Ο εσωτερικός έλεγχος, όμως, καθιερώθηκε στην Ελλάδα με το Νόμο 3016/2002 (ΦΕΚ Α' 110/17.05.2002). Όλες οι εισηγμένες υποχρεούνται να έχουν υπηρεσία εσωτερικού ελέγχου.

Πιο αναλυτικά, το Νομικό πλαίσιο το οποίο διέπει τον Εσωτερικό Έλεγχο περιλαμβάνει την εξής νομολογία:

- Ν.3016/2002 (ΦΕΚ Α'110/17.5.2002): Πρόκειται για τον πρώτο νόμο ο οποίος καθιερώνει τον εσωτερικό έλεγχο στην Ελλάδα. Όλες οι εισηγμένες εταιρίες υποχρεωτικά πια τηρούν υπηρεσία εσωτερικού ελέγχου, με ελεγκτές διορισμένους από το Δ.Σ. με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση. Ακόμη, κατοχυρώνεται η ανεξαρτησία των ελεγκτών και η υποχρέωσή τους να αναφέρονται απευθείας στην

ανώτερη διοίκηση και στο Δ.Σ., ενώ εποπτεύονται από ένα έως τρία μη εκτελεστικά μέλη του Δ.Σ.. Ταυτόχρονα, προβλέπεται η πρόσβασή τους σε βιβλία, έγγραφα, αρχεία, τραπεζικούς λογαριασμούς και χαρτοφυλάκια και σε κάθε λειτουργική μονάδα του Οργανισμού που ελέγχουν για την ορθή εκτέλεση των καθηκόντων τους. Για αυτό, προβλέπεται η διοίκηση της εταιρίας να έχει στενή συνεργασία μαζί τους για διευκόλυνση του έργου τους. Απαγορεύεται εσωτερικοί ελεγκτές να είναι μέλη του Δ.Σ., διευθυντικά στελέχη ή συγγενείς αυτών. Επίσης, οι εσωτερικοί ελεγκτές έχουν υποχρέωση ενημέρωσης του Δ.Σ. ανά τρίμηνο με γραπτή αναφορά και υποχρέωση παράστασης στις γενικές συνελεύσεις των μετόχων.

- Ν.3091/2002 : Οι εισηγμένες και οι υπό ένταξη στο χρηματιστήριο εταιρίες υποχρεώνονται να έχουν τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου.
- Ν. 3156/2003: Εταιρίες μη εισηγμένες στο χρηματιστήριο στις οποίες το κράτος κατέχει το 50% του μετοχικού τους κεφαλαίου έχουν υποχρέωση να οργανώνουν Εσωτερικό Έλεγχο.
- Ν.3429/2005 (ΦΕΚ Α'314/27.12.2005): Σύμφωνα με αυτό το νόμο, όλες οι Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί (ΔΕΚΟ) υποχρεώνονται να οργανώσουν μια υπηρεσία εσωτερικού ελέγχου, η οποία έχει ως υποχρέωσή της με τη σειρά της να ενημερώνει εγγράφως μία φορά το τρίμηνο το Δ.Σ. και τη γενική συνέλευση των μετόχων για τους ελέγχους που διενεργεί (άρθρο 4, παράγραφος 3). Η διαφορά σε σχέση με τους εσωτερικούς ελεγκτές στις εισηγμένες είναι ότι οι ελεγκτές στις ΔΕΚΟ διορίζονται από τη γενική συνέλευση των μετόχων και όχι από το Δ.Σ.. Ακόμη, παρέχουν υπηρεσίες με έμμισθη εντολή χωρίς σχέση εξαρτημένης εργασία και χωρίς την απόκτηση ιδιότητας υπαλλήλου, καθώς είναι ανεξάρτητοι και δεν υπάγονται σε κάποια υπηρεσιακή μονάδα της δημόσιας επιχείρησης. Από την άλλη, στις εισηγμένες είναι υπάλληλοι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Στο άρθρο 4 παράγραφος 2<sup>α</sup> του Ν. 3429/2005 ορίζεται ότι μεταξύ των υπηρεσιών της εταιρίας πρέπει να προβλέπεται υποχρεωτικά και Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου.
- Ν.3492/2006 (ΦΕΚ Α'210/5.10.2006): Με το σχετικό νόμο ορίζεται η έννοια του εσωτερικού ελέγχου καθώς επίσης της μονάδας εσωτερικού ελέγχου και του συστήματος εσωτερικού ελέγχου. Ο νόμος αυτός προβλέπει τη σύσταση μονάδων εσωτερικού ελέγχου σε όλα τα Υπουργεία, τις Περιφέρειες της χώρας και στους εποπτευόμενους από αυτά φορείς με προϋπολογισμό άνω των 3.000.000 ευρώ, στο

πλαίσιο προστασίας των οικονομικών τους συμφερόντων.

- Με την πράξη 2438/6-8-1998 και την τροποποίησή της με τη νέα πράξη 2577/2006 του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος, καθιερώνεται η λειτουργία της Επιτροπής Ελέγχου και η ανεξαρτησία του εσωτερικού ελέγχου.
- Ν.3693/2008: Ο νόμος αυτός ορίζει ποιες εισηγμένες στο Χρηματιστήριο υποχρεούνται να τηρούν Επιτροπή Ελέγχου. Τα μέλη της Επιτροπής ορίζονται από τη Γ.Σ. των μετόχων ή εταίρων.
- Ν.3871/2010 (ΦΕΚ Α'141/17.8.2010): Με αυτόν το νόμο, προβλέπεται καθολική διενέργεια εσωτερικού ελέγχου σε όλους τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης. Με άλλα λόγια, όλος ο ελληνικός δημόσιος τομέας υπόκειται σε εσωτερικό έλεγχο. Το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους καθοδηγεί και επιβλέπει τις μονάδες εσωτερικού ελέγχου και πιο συγκεκριμένα, η αρμόδια Γενική Διεύθυνση Δημοσιονομικών ελέγχων.
- Ν. 4025/2011: Εισάγεται η τήρηση Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας σε θέματα διοικητικά, διαχειριστικά και λογιστικά με συστήματα εσωτερικού ελέγχου στα Νοσοκομεία. Η επιλογή των εσωτερικών ελεγκτών γίνεται από το Μητρώο Εσωτερικών Ελεγκτών του Υπουργείου Οικονομικών. Η διάρκεια της σύμβασής τους δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 3 χρόνια. Ορίζεται ότι η Επιτροπή Ελέγχου έχει ως σκοπό την παρακολούθηση της διαδικασίας της χρηματοοικονομικής πληροφόρησης, της αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος εσωτερικού ελέγχου και του συστήματος διαχείρισης των κινδύνων, αλλά και την ευθύνη του υποχρεωτικού ελέγχου των οικονομικών καταστάσεων.
- Γενικός Κανονισμός Διπλογραφικής Λογιστικής Στρατιωτικών Νοσοκομείων των Ενόπλων Δυνάμεων (ΦΕΚ Β'1205/23.6.2015): Με αυτή την Υπουργική Απόφαση επιβάλλεται η σύσταση Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία η οποία θα υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του Νοσοκομείου και θα είναι εντελώς ανεξάρτητη από τη Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών, για την εξασφάλιση της τήρησης των εσωτερικών διαδικασιών και την κατάρτιση οικονομικών καταστάσεων, απαλλαγμένων από ουσιώδη ανακρίβεια, που οφείλεται σε απάτη ή σφάλμα. Επίσης είναι δυνατή η ανάθεση υπηρεσιών εσωτερικού ελεγκτή (outsourcing), κατ' αναλογία των αναφερομένων στο άρθρο 25 του Ν.4025/2011 (Α' 228) για την ενίσχυση της Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου του Νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΙΕΕ (2017) ο έλεγχος αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της καλής διακυβέρνησης του δημόσιου τομέα. Παρέχοντας απροκατάληπτες, αντικειμενικές αξιολογήσεις του βαθμού στον οποίο η διαχείριση των δημοσίων πόρων γίνεται με υπευθυνότητα και αποτελεσματικότητα, έτσι ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα, οι Ελεγκτές βοηθούν τους οργανισμούς του δημόσιου τομέα να πετύχουν λογοδοσία και ακεραιότητα, να βελτιώσουν τις λειτουργίες τους και να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των πολιτών και των ενδιαφερομένων μερών (stakeholders).

Επειδή η επιτυχία του δημόσιου τομέα μετράται πρωτίστως από την ικανότητά του να παρέχει υπηρεσίες αποτελεσματικά και να υλοποιεί προγράμματα με δικαιοσύνη και ακεραιότητα, ο έλεγχος στον δημόσιο τομέα θα πρέπει να έχει την εξουσία και την επάρκεια ώστε να αξιολογεί τη νομιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την οικονομικότητα των δράσεων και της χρήσης των πόρων. Επιπλέον, οι Ελεγκτές πρέπει να διαφυλάσσουν τις θεμελιώδεις αξίες του δημόσιου τομέα, καθώς αυτός υπηρετεί όλους τους πολίτες.

Μονάδα εσωτερικού ελέγχου είναι η ανεξάρτητη ελεγκτική – συμβουλευτική υπηρεσία, η οποία παρέχει διαβεβαίωση για την επάρκεια των συστημάτων διαχείρισης και ελέγχου ενός φορέα.

Σύστημα εσωτερικού ελέγχου είναι το συνολικό σύστημα διαχειριστικών και άλλων ελέγχων, συμπεριλαμβανομένων των ελέγχων της οργανωτικής δομής, των μεθοδολογιών, των διαδικασιών και του εσωτερικού ελέγχου που έχει εφαρμόσει η διοίκηση στις λειτουργίες του φορέα, για την υποστήριξη της επίτευξης των στόχων του με αποδοτικό, αποτελεσματικό και οικονομικό τρόπο. Το σύστημα αυτό διασφαλίζει τη συμμόρφωση στις πολιτικές της διοίκησης, τα περιουσιακά στοιχεία και τους πόρους του φορέα μέσω πιστοποίησης πληρότητας και ακρίβειας των λογιστικών εγγραφών και καταστάσεων και παρέχει επίκαιρες και αξιόπιστες δημοσιονομικές και διαχειριστικές πληροφορίες». Ο εσωτερικός ελεγκτής συντάσσει μηνιαίες εκθέσεις ελέγχου τις οποίες γνωστοποιεί στον Διοικητή της Μονάδας και στην Επιτροπή Ελέγχου. Όλες οι λεπτομέρειες σχετικά με τις αρμοδιότητες του εσωτερικού ελεγκτή και της Επιτροπής Ελέγχου ορίζονται από το Καταστατικό Εσωτερικού Ελέγχου το οποίο εγκρίνει το Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 3016/2002 η Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Την παρακολούθηση της εφαρμογής και της τήρησης του Εσωτερικού Κανονισμού

Λειτουργίας και της νομοθεσίας στην οποία εμπίπτει η δράση της επιχείρησης.

- Την παράθεση στο Δ.Σ. των περιπτώσεων σύγκρουσης των συμφερόντων των στελεχών με τα συμφέροντα της επιχείρησης.
- Την έγγραφη ενημέρωση ανά τρίμηνο τουλάχιστον μία φορά για την πορεία των ελέγχων.
- Την παράσταση στις γενικές συνελεύσεις των μετόχων.
- Την παροχή μετά από έγκριση του Δ.Σ. όλων των πληροφοριών που θα ζητηθούν για τη διευκόλυνση του έργου εποπτείας και ελέγχου.

Η υπηρεσία εσωτερικού ελέγχου (Ν. 3429/2005, ΦΕΚ Α' 314/27.12.2005) παρακολουθεί την εφαρμογή και τήρηση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας και του καταστατικού της δημόσιας επιχείρησης, αναφέρει στο Δ.Σ. της δημόσιας επιχείρησης και στη γενική συνέλευση των μετόχων, περιπτώσεις σύγκρουσης των ιδιωτικών συμφερόντων των μελών του Δ.Σ., με τα συμφέροντα της επιχείρησης ή παράβασης των διατάξεων του νόμου αυτού, από μέλη του Δ.Σ., συμπεριλαμβανομένου του προέδρου και του διευθύνοντος συμβούλου, ενημερώνει εγγράφως μία φορά τουλάχιστον κάθε τρίμηνο το Δ.Σ., καθώς και τη Γενική Συνέλευση των μετόχων για τους ελέγχους που διενεργεί και είναι υπεύθυνη για την παροχή και την ακρίβεια οποιασδήποτε πληροφορίας ζητηθεί από την Ειδική Γραμματεία Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών.

Σύμφωνα με τη Συμβουλευτική Οδηγία 2060-2 του Διεθνούς Ινστιτούτου Εσωτερικών Ελεγκτών, η Επιτροπή Ελέγχου (Audit Committee) έχει την ευθύνη εποπτείας των λειτουργιών του εσωτερικού ελέγχου και της επιθεώρησης των συστημάτων εσωτερικού ελέγχου. Ελέγχει την ορθή εφαρμογή των αρχών, κανόνων και διαδικασιών του οργανισμού με βάση το στόχο και τα συμφέροντα του οργανισμού.

Σύμφωνα με την οδηγία της Ε.Ε. 2006/43/ΕΚ, έργο της Επιτροπής Ελέγχου είναι η επίβλεψη και παρακολούθηση της συνολικής επίδοσης του οργανισμού ειδικά όταν πρόκειται για την προετοιμασία των βασικών χρηματοοικονομικών καταστάσεων, των εκθέσεων των διευθύνσεων και τον υπολογισμό κόστους, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης των συστημάτων εσωτερικού ελέγχου, των εσωτερικών και εξωτερικών ελεγκτών.

Η Επιτροπή Ελέγχου είναι εκπρόσωπος του Δ.Σ. από το οποίο λαμβάνει την εξουσία άσκησης των καθηκόντων της. Κάνει συστάσεις και παρέχει συμβουλές στο Δ.Σ. για

συμμόρφωση με τους κανονισμούς, τις ηθικές αρχές και τα πρότυπα. Επίσης, είναι αρμόδια για τη διασφάλιση της ανεξαρτησίας των εσωτερικών ελεγκτών. Με βάση τις απαιτήσεις της Ε.Ε. η Επιτροπή Ελέγχου πρέπει να αποτελείται από 3-6 μέλη και τουλάχιστον ένα από αυτά πρέπει να είναι ανεξάρτητο από την εταιρία και με εμπειρία στη λογιστική και τον εσωτερικό έλεγχο. Η Επιτροπή Ελέγχου συζητά με το Δ.Σ. τις πολιτικές και τη μεθοδολογία που θα χρησιμοποιεί ο Οργανισμός και ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ των εσωτερικών ελεγκτών και του Οργανισμού.

Αν η Επιτροπή δεν υπάρχει, οι εσωτερικοί ελεγκτές δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν πιθανές απάτες και από πού αυτές προέρχονται. Οι ελεγκτές όταν έχουν υποψίες για απάτη δεν έχουν πλεονέκτημα, καθώς από τη μια δεν έχουν αρμοδιότητα εφαρμογής της νομοθεσίας και από την άλλη, δεν έχουν αποδείξεις και κινδυνεύουν με δυσφήμιση. Επειδή στα καθήκοντα των ελεγκτών είναι και η εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια απέναντι στον Οργανισμό, δεν έχουν δικαίωμα να ενημερώσουν τις αρχές παρά μόνο αν τίθεται θέμα δημόσιου συμφέροντος (Νεγκάκης & Ταχυνάκης, 2013).

Όπου αποφασιστεί η σύσταση επιτροπής ελέγχου, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του τομέα ευθύνης του δημόσιου οργανισμού (ΕΙΕΕ 2017), αυτή θα πρέπει:

1. Να λειτουργεί με επίσημη εντολή, κατά προτίμηση με νομοθετική ρύθμιση, με επαρκή εξουσία για να εκπληρώνει την αποστολή της.

2. Να περιλαμβάνει ανεξάρτητα μέλη τα οποία, συλλογικά, διαθέτουν επαρκείς γνώσεις ελεγκτικής, οικονομικών, διαχείρισης κινδύνων και μηχανισμών ελέγχου.

3. Να έχει ως πρόεδρο μέλος το οποίο δεν είναι το άτομο στο οποίο αναφέρεται ο επικεφαλής του Εσωτερικού Ελέγχου διοικητικά.

4. Να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της διακυβέρνησης του οργανισμού, της διαχείρισης κινδύνων και των μηχανισμών ελέγχου, καθώς και τη συμμόρφωση προς το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο.

5. Να εποπτεύει τις λειτουργίες εξωτερικού και Εσωτερικού Ελέγχου του οργανισμού, διασφαλίζοντας, μεταξύ άλλων, ότι οι λειτουργίες αυτές καλύπτουν το σύνολο του οργανισμού. Επιπλέον, να εγκρίνει τον κανονισμό Εσωτερικού Ελέγχου και το πρόγραμμα ελέγχων, να αξιολογεί την απόδοση της λειτουργίας του Εσωτερικού Ελέγχου και να εγκρίνει την πρόσληψη ή την απόλυση εσωτερικών και εξωτερικών Ελεγκτών.

6. Να επιβλέπει την τήρηση των προτύπων του οργανισμού για τις χρηματοοικονομικές αναφορές και τη λογιστική.

7. Να έχει άμεση σύνδεση με το διοικητικό συμβούλιο ή το ανώτατο όργανο διοίκησης του οργανισμού, προς το οποίο και να υποβάλλει τακτικές αναφορές.

### **3.4 Το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου**

Η ελεγκτική είναι ένας από τους πιο σημαντικούς στις μέρες μας κλάδους της οικονομικής διαχείρισης των επιχειρήσεων. Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ορκωτών Λογιστών (American Institute of Certified Public Accountants – A.I.C.P.A., 1983), ο εσωτερικός έλεγχος είναι το σχέδιο οργάνωσης και όλες οι προσπάθειες, μέθοδοι και μέτρα που υιοθετούνται στο πλαίσιο μιας επιχείρησης, για τη διαφύλαξη και προστασία των περιουσιακών της στοιχείων, τον έλεγχο της ακρίβειας και αξιοπιστίας των λογιστικών στοιχείων, την προώθηση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας και την ενθάρρυνση της διατήρησης της προδιαγεγραμμένης επιχειρηματικής πολιτικής.

Σύμφωνα με το Ελληνικό Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών (2013), **ο εσωτερικός έλεγχος είναι μια ανεξάρτητη και συμβουλευτική λειτουργία, πλήρως αντικειμενική, η οποία σχεδιάζεται και εφαρμόζεται με στόχο την αύξηση της αξίας και τη βελτίωση των λειτουργιών του οργανισμού. Με την εφαρμογή του βελτιώνονται η αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης κινδύνων (risk management), του συστήματος εσωτερικών ελέγχων (internal audit) και των διαδικασιών της διοίκησης (governance procedures).** Με άλλα λόγια, ο εσωτερικός έλεγχος περιλαμβάνει τόσο λογιστικές και οικονομικές λειτουργίες όσο και διαδικασίες εκχώρησης ευθυνών και αρμοδιοτήτων.

Το Σώμα Ορκωτών Ελεγκτών Λογιστών (Σ.Ο.Ε.Λ., 1991) ορίζει ως εσωτερικό έλεγχο τον έλεγχο «που έχει οργανωθεί μέσα σε μια επιχείρηση και ασκείται από τους υπαλλήλους της». Με τον ορισμό αυτό δεν εννοείται μόνο η ιδιαίτερη υπηρεσία ελέγχου, αλλά όλο το σύστημα οργάνωσης των διαδικασιών εκτέλεσης των διαχειριστικών πράξεων και της λογιστικής τους απεικόνισης.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών, οι αρμοδιότητες του εσωτερικού ελέγχου είναι :

- Να επαληθεύει την αξιοπιστία και την ακεραιότητα των δημοσιονομικών και επιχειρησιακών πληροφοριών, καθώς και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση, την ποσοτικοποίηση, την ταξινόμηση και την γνωστοποίηση αυτών των πληροφοριών.
- Να επαληθεύει ότι τα συστήματα ελέγχου να είναι σε θέση να διασφαλίσουν τη συμμόρφωση με τις πολιτικές, τα σχέδια, τις διαδικασίες, τους νόμους, τους κανόνες

και τις συμβάσεις, καθώς επιδρούν σημαντικά στις διαδικασίες, τις εκθέσεις και στη συμμόρφωση του οργανισμού με όλες τις νομικές και συμβατικές διατάξεις.

- Να επαληθεύει την ύπαρξη και προστασία των περιουσιακών στοιχείων.
- Να αξιολογεί την οικονομικότητα και την αποτελεσματικότητα της χρήσης των πόρων.
- Να ελέγχει τις διαδικασίες ή τα προγράμματα και να διαπιστώνει αν τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με τους καθορισμένους στόχους και τους σκοπούς και αν οι διαδικασίες ή τα προγράμματα υλοποιούνται σύμφωνα με το σχέδιο.

Ο εσωτερικός έλεγχος αποτελεί μια απαραίτητη διαδικασία σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, δεν αφορά μόνο λογιστικές και οικονομικές λειτουργίες ,αλλά περιλαμβάνει μέτρα τα οποία εξασφαλίζουν την καλή λειτουργία και την προστασία της περιουσίας και των συμφερόντων της επιχείρησης (Τσιμάρας, 2016). Είναι έτσι σχεδιασμένος ώστε να αντλεί πληροφορίες από όλα τα μέρη της επιχείρησης, να προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού και τη μεγιστοποίηση του κέρδους. Σε κάθε περίπτωση, όμως, λειτουργεί συμπληρωματικά και δεν αντικαθιστά τους διοικητές.

Είναι σε όρους εταιρικής διοίκησης μια μέθοδος εξακρίβωσης της διαφάνειας και του αποτελεσματικού τρόπου λειτουργίας του οργανισμού, η οποία προσδίδει αξία σε αυτόν και θωρακίζει τα συμφέροντα των εργαζομένων, των πελατών, των μετόχων και συνολικά της οντότητας.

Ο εσωτερικός έλεγχος παρακολουθεί, ελέγχει και αξιολογεί τις δραστηριότητες του λειτουργικού και χρηματοοικονομικού τομέα και μέσω των εκθέσεων και των αναφορών που υποβάλλει προς τη διοίκηση, αναδεικνύει τις δυνάμεις και τις αδυναμίες του οργανισμού, τους τρόπους βελτίωσης και αύξησης της αποδοτικότητάς του. Σημαντική λειτουργία του είναι το ότι καταφέρνει εντοπίζει και αντιμετωπίζει πιθανούς κινδύνους ,ενώ παράλληλα οδηγεί σε συμμόρφωση με τα συστήματα εσωτερικού ελέγχου, διεθνή και εγχώρια.

Η ανάγκη για την ύπαρξη του εσωτερικού ελέγχου προέκυψε από τις ανθρώπινες αδυναμίες που ισχύουν σε κάθε επιχείρηση και οργανισμό (κλοπές, απάτες). Πολλές φορές η διοίκηση μπορεί να παραμελεί κυρίως λόγω χρόνου να εντοπίσει και να μάθει έγκαιρα τέτοια περιστατικά και έτσι προκύπτει ανάγκη δημιουργίας ενός ξεχωριστού τμήματος το οποίο θα ελέγχει και θα εμποδίζει τέτοια φαινόμενα.



Η αποτελεσματική χρήση των πόρων ενός Οργανισμού είναι εξαιρετική σημασίας για τη βιωσιμότητά του και την επιτυχία της οικονομικής του πορείας. Τα κονδύλια συνήθως είναι περιορισμένα και πρέπει να προσδιοριστεί το κατάλληλο μείγμα χρήσης των διαθέσιμων πόρων χωρίς να τεθεί υπό αμφισβήτηση η απόδοση και η ανάπτυξη. Η βελτίωση του εσωτερικού ελέγχου μπορεί να επιτευχθεί με μια δομή που συμβάλει στην εύρεση στοιχείων, τα οποία έχουν σχέση με την απόδοση, τις δυνάμεις και τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τις απειλές, την κουλτούρα του οργανισμού.

Ο εσωτερικός ελεγκτής θα πρέπει να έχει πλήρη και απεριόριστη πρόσβαση σε όλες τις δράσεις, τα αρχεία, τις εγκαταστάσεις και το προσωπικό που σχετίζονται με τις λειτουργίες του οργανισμού. Ο ρόλος του εσωτερικού ελεγκτή είναι να εντοπίζει έγκαιρα τις αδυναμίες του Συστήματος Εσωτερικού Ελέγχου της επιχείρησης. Να αναγνωρίζει, δηλαδή, τους κινδύνους που τυχόν έχει ο οργανισμός και η διοίκηση δεν αντιμετωπίζει επαρκώς ή πιο αποτελεσματικά.

Το επάγγελμα του εσωτερικού ελεγκτή διέπεται από πρότυπα, κανόνες και συγκεκριμένη δεοντολογία. Εκτός από τεχνικά χαρακτηριστικά τα άτομα που στελεχώνουν μια Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου πρέπει να διέπονται και από ποιοτικά χαρακτηριστικά. Η ανεξαρτησία του ελεγκτή (objectivity) πρέπει, επίσης, να καθορίζεται από σαφείς γραμμές ειδικά μέσω της Επιτροπής Ελέγχου που θα αποτελείται αποκλειστικά από ανεξάρτητα και μη εκτελεστικά μέλη του Δ.Σ..

Τα εμπόδια τα οποία συνήθως αντιμετωπίζουν οι εσωτερικοί ελεγκτές σχετίζονται με περιορισμούς από τη Διοίκηση του Οργανισμού σε θέματα εύρους του ελέγχου (π.χ. απαγόρευση εισόδου σε συγκεκριμένες περιοχές ή δραστηριότητες εμπιστευτικού χαρακτήρα). Οι εσωτερικοί ελεγκτές έχουν ανεξαρτησία και είναι σε θέση να ζητήσουν οποιοδήποτε αρχείο ή έγγραφο ακόμη και πρόσβαση σε στοιχεία τραπεζικών λογαριασμών. Η δουλειά τους πρέπει να γίνει αμερόληπτα και ποιοτικά ενώ παράλληλα είναι σε θέση να βοηθήσουν σημαντικά το έργο των διοικήσεων για πιο αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού.

Το ελεγκτικό έργο πρέπει να υποστηρίζεται και από τον αντίστοιχο αριθμό ελεγκτών. Το Δ.Σ. πρέπει να συνεργάζεται με το τμήμα εσωτερικού ελέγχου και να διατηρεί εγχειρίδιο προτύπων και διαδικασιών ελέγχου. Μέσα στα καθήκοντα του εσωτερικού ελέγχου είναι η διασφάλιση της συμμόρφωσης με τα πρότυπα και τις διαδικασίες στο εσωτερικό του οργανισμού, η αποφυγή λαθών, η βελτίωση της διαχείρισης του οργανισμού μέσω της

παροχής πληροφοριών χρήσιμων στη λήψη αποφάσεων, μέσω του εντοπισμού δυνατών και αδύνατων σημείων, με τη βελτίωση της κοινωνικής ευθύνης του οργανισμού, με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και την πρόληψη ζημιών και με τη βελτίωση της επίδοσης και της εξοικονόμησης πόρων. Στην Ελλάδα τηρείται Μητρώο Εσωτερικών Ελεγκτών από το 1985 στο Υπουργείο Οικονομικών από το οποίο επιλέγονται οι εσωτερικοί ελεγκτές των ΔΕΚΟ, των ΟΤΑ, των ΝΠΔΔ και των δημοσίων υπηρεσιών (Παπαστάθης, 2014).

Όταν μιλάμε για σύστημα εσωτερικού ελέγχου αναφερόμαστε σε όλα τα μέτρα και τις διαδικασίες που εφαρμόζονται στην επιχείρηση για να αποφευχθούν καταδολιεύσεις των υπαλλήλων της και τα οποία καλύπτουν όλο το εύρος δραστηριοτήτων μιας σύγχρονης επιχείρησης (Τσακλάγκανος, 1997). Τα συστήματα εσωτερικού ελέγχου είναι ο κύριος άξονας της εργασίας των εσωτερικών ελεγκτών. Οι διαδικασίες που ακολουθούνται εμπειρικά καταγράφονται, ελέγχονται, αναθεωρούνται και βελτιώνονται καθώς προκύπτουν νέα δεδομένα και όλη αυτή η διαδικασία κωδικοποιείται.

Ο εσωτερικός έλεγχος αποτελεί απαραίτητο συστατικό στοιχείο στο πλαίσιο της εταιρικής διοίκησης. Το Δ.Σ. και η ομάδα που διοικεί τις Μονάδες Υγείας (Διοικητής, Υποδιοικητής, Διοικητικός Διευθυντής, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας και Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας) οργανώνουν το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου το οποίο περιέχει πολιτικές, διαδικασίες, οδηγίες και κανονισμούς και αποσκοπεί στην εξάλειψη των κινδύνων που αφορούν στην δραστηριότητα των Μονάδων Υγείας.

Η Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου αξιολογεί και συμβουλεύει την Διοίκηση της Μονάδας Υγείας σε θέματα σχετικά με το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου. Ακόμη, αναγνωρίζει κινδύνους που ίσως απειλούν την ορθή λειτουργία της και συμβουλεύει τους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Η ανεξαρτησία δίνει στο Διευθυντή και στο προσωπικό της Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου την ευκαιρία να δώσουν αμερόληπτες κρίσεις για την ορθή διεξαγωγή των ελέγχων. Το περίεργο είναι ότι ο Νόμος δεν προβλέπει αξιολόγηση του έργου των Εσωτερικών Ελεγκτών γεγονός που αντιβαίνει στη λογική των Διεθνών Επαγγελματικών Προτύπων Εσωτερικού Ελέγχου.

Για την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος εσωτερικού ελέγχου απαιτείται αρχικά ορθολογική λογιστική οργάνωση ,τόσο από άποψη δημόσιου λογιστικού ,όσο και από άποψη διπλογραφικού συστήματος γενικής και αναλυτικής λογιστικής. Χρειάζεται

έπειτα να καθοριστούν οι διαδικασίες, τα παραστατικά και τα δικαιολογητικά στοιχεία που επισυνάπτονται σε αυτά. Όλα τα συστήματα πρέπει να διαθέτουν μηχανοργανωμένη υποστήριξη και το προσωπικό να έχει σαφείς αρμοδιότητες και πεδία ευθύνης. Ο Προϊστάμενος του Γραφείου εσωτερικού ελέγχου απευθύνεται στο Διοικητή για να εξασφαλιστεί η απρόσκοπτη και ανεμπόδιστη πρόσβαση του Γραφείου εσωτερικού ελέγχου σε όλα τα αρχεία και τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Σε συνεργασία με τη διοίκηση καταρτίζεται ένα πρόγραμμα τακτικών εσωτερικών ελέγχων ή ειδικών ελέγχων. Καθιερώνονται πρότυπα και διαδικασίες εσωτερικών ελέγχων και παρακολουθείται η τήρησή τους. Πριν την έναρξη του ελέγχου το αρμόδιο τμήμα ή γραφείο ειδοποιείται ότι θα αποτελέσει αντικείμενο εσωτερικού ελέγχου. Στα νοσοκομεία διανέμεται και σχετικό ερωτηματολόγιο για τη συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών. Γίνονται οι έλεγχοι, λαμβάνονται τα δεδομένα και οι πληροφορίες και εξακριβώνεται η εφαρμογή των κανόνων και των διαδικασιών που έχει καθιερώσει η Διοίκηση. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώνεται αν οι συναλλαγές (εσωτερικές και εξωτερικές) έγιναν με βάση την πολιτική του νοσοκομείου

και τις εξουσιοδοτήσεις της διοίκησης, αν έχουν καταχωρηθεί στο πληροφοριακό σύστημα και αν έγιναν με βάση τις διαδικασίες και μεθόδους που έχει θεσπίσει η διοίκηση για τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Ο έλεγχος είναι δειγματοληπτικός και στο τέλος του καταρτίζονται οι αντίστοιχες εκθέσεις που περιέχουν τα αποτελέσματά του. Οι εκθέσεις υποβάλλονται στην διοίκηση και προτείνονται βελτιώσεις – τροποποιήσεις στις διαδικασίες και αναλαμβάνονται δραστηριότητες από τη διοίκηση για αύξηση της παραγωγικότητας.

Η COSO (Committee of Sponsoring Organizations) εξέδωσε το 1992 μια ολοκληρωμένη δομή εσωτερικού ελέγχου η οποία αναγνωρίζεται ως μία από τις κορυφαίες στο σχεδιασμό και υλοποίηση του εσωτερικού ελέγχου και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος εσωτερικού ελέγχου.

Το πλαίσιο αυτό περιέχει τρεις κατηγορίες στόχων (Internal Control, Integrated Framework):

- ❖ Τους λειτουργικούς στόχους οι οποίοι σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των δράσεων του οργανισμού, δηλαδή τη λειτουργική και χρηματοοικονομική απόδοση και τη διαφύλαξη των στοιχείων του ενεργητικού από πιθανή απώλεια

- ❖ Τους στόχους αναφορών οι οποίοι σχετίζονται με τις εσωτερικές και εξωτερικές χρηματοοικονομικές και μη αναφορές που διακρίνονται από αξιοπιστία, επικαιρότητα, διαφάνεια όπως ορίζονται από τους φορείς καθορισμού προτύπων
- ❖ Τους στόχους συμμόρφωσης οι οποίοι σχετίζονται με την τήρηση και εφαρμογή των νόμων και των κανονισμών τους οποίους καλείται ο οργανισμός να εφαρμόσει.

Τα 5 απαραίτητα συστατικά του ελέγχου είναι :

1. Ο έλεγχος περιβάλλοντος δηλαδή οι κανόνες, οι διαδικασίες και οι δομές και ο έλεγχος προτύπων συμπεριφοράς, ακεραιότητας, ηθικών αξιών και η εκχώρηση εξουσίας.
2. Εκτίμηση κινδύνων η οποία διεκπεραιώνεται με έλεγχο εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, σαφή διατύπωση των στόχων σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, υποβολή αναφορών και τελικά προσδιορισμό των κινδύνων.
3. Οι δραστηριότητες του ελέγχου οι οποίες καθορίζονται από τις πολιτικές και τις διαδικασίες του οργανισμού. Γίνονται έλεγχοι σε όλα τα επίπεδα, σε όλα τα στάδια. Η μορφή των ελέγχων μπορεί να είναι προληπτική ή ερευνητική ή διαδικαστική. Απαραίτητος είναι ο διαχωρισμός αρμοδιοτήτων και ευθυνών.
4. Οι πληροφορίες και η επικοινωνία η οποία γίνεται από την διοίκηση μέσω του περιβάλλοντος (εσωτερικό και εξωτερικό) και υπάρχει συνεχής ροή πληροφοριών.
5. Παρακολούθηση δραστηριοτήτων με αξιολογήσεις για την εξακρίβωση της ορθής λειτουργίας όλων των επιπέδων και τμημάτων του οργανισμού.

Σε όλα τα παραπάνω, ωστόσο, υπάρχουν και περιορισμοί που έχουν να κάνουν με την καταλληλότητα των στόχων, την ανθρώπινη φύση και κρίση που πολλές φορές είναι ελαττωματική, προβλήματα και λάθη από ανθρώπινες αδυναμίες, την δυνατότητα παράκαμψης του εσωτερικού ελέγχου από την πλευρά της διοίκησης, εξωτερικά γεγονότα που επηρεάζουν τον οργανισμό και είναι πολλές φορές και απρόβλεπτα.

Για να είναι αποτελεσματικό ένα σύστημα εσωτερικού ελέγχου απαιτείται να διακρίνεται από ακεραιότητα, διαφάνεια, να στοχεύει στην βελτίωση της επίδοσης του οργανισμού, να διασφαλίζει την εφαρμογή των πολιτικών και των διαδικασιών, να έχει ως στόχο την αξιοπιστία των οικονομικών και μη αναφορών, την τήρηση των νόμων και κανονισμών και να περιλαμβάνει όλους τους κανόνες, τις διαδικασίες και τις πολιτικές εσωτερικού ελέγχου, να εκτιμά και να λαμβάνει υπόψη τους κινδύνους.

Η διαφορά εσωτερικού ελέγχου και συστήματος εσωτερικού ελέγχου είναι ότι το δεύτερο περιλαμβάνει τις λειτουργικές διαδικασίες και ελέγχους οι οποίες περιορίζουν τους κινδύνους ενώ ο εσωτερικός έλεγχος έχει να κάνει με την Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου μέσα στον οργανισμό η οποία αξιολογεί με βάση τα Διεθνή Πρότυπα Εσωτερικού Ελέγχου την εφαρμογή των διαδικασιών του συστήματος εσωτερικού ελέγχου.

Ο Εσωτερικός Ελεγκτής χρειάζεται την υποστήριξη της Διοίκησης της Μονάδας Υγείας και της Επιτροπής Ελέγχου για να έχει ελεύθερη πρόσβαση στα αρχεία της και σε βοηθητικό υλικό που θα φανεί χρήσιμο στην αξιολόγηση του Συστήματος Εσωτερικού Ελέγχου. Οι όποιες προτάσεις της Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου θα πρέπει να απευθύνονται στη Διοίκηση με τη μορφή γραπτών αναφορών σε τακτά χρονικά διαστήματα και αφού έχουν συζητηθεί και συμφωνηθεί με τους ελεγχόμενους. Από την άλλη μεριά, η Διοίκηση αναλαμβάνει να υλοποιήσει τις προτάσεις της Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου.

Η διαχείριση κινδύνων είναι ευθύνη και επιλογή της Διοίκησης όσον αφορά στον σχεδιασμό, την παρακολούθηση και τις διαδικασίες ελέγχου. Η μεθοδολογία ERM (Κουτούπης 2009, Λουμιώτης, 2013) θεωρείται από τις καλύτερες στη συστηματική προσέγγιση των κινδύνων που απειλούν ένα Νοσοκομείο και περιέχει τα εξής:

- Αναγνώριση και αξιολόγηση εσωτερικού περιβάλλοντος
- Καθορισμός και καταγραφή επιχειρησιακών στόχων
- Αναγνώριση γεγονότων με θετική ή αρνητική επίδραση στην επίτευξη στόχων
- Αξιολόγηση των κινδύνων που σχετίζονται με τους επιχειρησιακούς στόχους
- Αντιμετώπιση των κινδύνων με βάση το αποδεκτό επίπεδο αποδοχής συνεπειών των κινδύνων που μπορεί να αντέξει το Νοσοκομείο
- Δικλείδες ασφαλείας για την αντιμετώπιση των κινδύνων
- Εφαρμογή διαδικασιών, πρακτικών πληροφόρησης και επικοινωνίας στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του Νοσοκομείου
- Επισκόπηση διαδικασιών διαχείρισης κινδύνων από τη διοίκηση ή την Επιτροπή Διαχείρισης Κινδύνων ή την Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου
- Χρήση ειδικών τεχνικών, νομικών και συμβούλων για τον εντοπισμό και την εξειδίκευση των κινδύνων.
- Επιστημονική μέτρηση πιθανότητας εμφάνισης κινδύνων, καταγραφή των επιπτώσεών τους και του κόστους αυτών για το Νοσοκομείο

- Καθορισμός τρόπων αντιμετώπισης των κινδύνων.

Μερικές στρατηγικές τις οποίες μπορεί το Νοσοκομείο να ακολουθήσει είναι οι εξής (Κουτούπης, 2009, Λουμιώτης, 2013):

- Αποφυγή κινδύνων με την ανάπτυξη – υιοθέτηση εναλλακτικών πρακτικών
- Μείωση κινδύνων με την απαλοιφή των αιτιών δημιουργίας τους ή με τον περιορισμό εμφάνισής των κινδύνων ή των συνεπειών τους ή με την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού εσωτερικού ελέγχου
- Μεταβίβαση κινδύνων μέσω ασφαλιστικών συμβολαίων ή μέσω σύναψης παραγώγων για αντιστάθμιση των κινδύνων
  - Αποδοχή κινδύνων.

Οι Επιτροπές Ελέγχου αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην εταιρική διοίκηση (Pridgen & Wang, 2012). Η σημασία τους είναι ιδιαίτερη, καθώς αποτελούν το μέσο βελτίωσης της ποιότητας του εσωτερικού ελέγχου σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Η επίδοσή τους εξαρτάται από το εξωτερικό περιβάλλον και την εσωτερική διαδικασία διεκπεραίωσης καθιστώντας εξαιρετικά δύσκολο το έργο τους.

Οι περισσότερες Διοικήσεις Μονάδων Υγείας και έμπειροι εσωτερικοί ελεγκτές ακολουθούν το γράμμα του νόμου σχετικά με τους οικονομικούς ελέγχους που ορίζει, αλλά εκτελούν και ειδικά έργα έπειτα από απαίτηση της Διοίκησης. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να συντελέσουν στη μείωση κόστους, σε ξαφνικούς ελέγχους σε Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, έκτακτες απογραφές σε διαχειρίσεις και κλινικές, έκτακτες καταμετρήσεις ταμείων, επιβεβαιώσεις ότι οι συμβάσεις με τις διαφορετικές συνεργαζόμενες εταιρίες εκτελούνται καλώς, επιβεβαίωση μη πλασματικών εφημεριών και υπερωριών, παρακολούθηση ωρών εργασίας του προσωπικού μέσω ξαφνικών ελέγχων, επισκόπηση των διαδικασιών προμηθειών, οργάνωση γραμμής καταγγελιών και άλλα έργα.

Τα μηχανογραφικά συστήματα των νοσοκομείων παρουσιάζουν δυσλειτουργίες ή ελλείψεις και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η παρακολούθηση των οικονομικών στοιχείων και δεδομένων, η αξιόπιστη υποβολή αναφορών μέσω του Esynet και η εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης. Δυστυχώς, ακόμη και σήμερα οι συμβάσεις καθυστερούν να ανανεωθούν ή δεν λαμβάνουν τα νοσοκομεία τις υπηρεσίες που πρέπει.

Εκτός από την έλλειψη πόρων, υπάρχει και ανεπαρκής παρακολούθηση των αναλώσεων στα εργαστήρια, τις κλινικές και τα χειρουργεία, καθώς οι αντίστοιχες αποθήκες

σε πολλά νοσοκομεία δεν τηρούνται μηχανογραφικά. Επιπλέον, δεν τηρείται ιατρονοσηλευτικός φάκελος ανά ασθενή ο οποίος θα έπρεπε να ενημερώνεται με όλο το ιστορικό και τις εξετάσεις που έχει κάνει και τα φάρμακα τα οποία του έχουν χορηγηθεί. Στους φακέλους αυτούς κατά πλειοψηφία απουσιάζουν τα ιατρικά πρωτόκολλα και έτσι δεν τεκμηριώνονται κατάλληλα οι αγωγές που ακολουθούνται με την αντίστοιχη χρήση φαρμάκων και λοιπού υγειονομικού υλικού. Υπάρχει περίπτωση ακόμη και να διαθέτουν τα νοσοκομεία και συγκεκριμένα τα τμήματα προμηθειών τις κατάλληλες μηχανογραφικές εφαρμογές, αλλά τελικά να μην τις χρησιμοποιούν.

Σε αρκετές Μονάδες Υγείας δεν έχει γίνει κωδικοποίηση των προμηθειών τους και έτσι ένα υλικό μπορεί να καταχωρηθεί με διαφορετικούς κωδικούς. Δεν υπάρχει τυποποιημένη και συστηματική παρακολούθηση της απόδοσης των προμηθευτών. Ούτε τηρούνται λίστες με τους εγκεκριμένους προμηθευτές για τα εξωσυμβατικά υλικά και έτσι δεν εξασφαλίζεται η σωστή επιλογή τους. Προβλήματα υπάρχουν και με τις εκκαθαρίσεις των νοσηλίων εξαιτίας του νέου τρόπου τιμολόγησης και της σχετικής υποβολής των νοσηλίων στον ΕΟΠΠΥ.

Τέλος η καθημερινή πρακτική στις μονάδες δημόσιας υγείας δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις ή πλήρης απουσία ελέγχων σε βασικούς τομείς κινδύνου (Kanellou A. 2017). Τέτοιες απουσίες ή ελλείψεις δίνουν χώρο για παρατυπίες, παραβιάσεις και ανθρώπινα λάθη. Επιπλέον, ακόμη και όταν συμβαίνουν τέτοιες ενέργειες ή / και λάθη, ενδέχεται να μην εντοπιστούν έγκαιρα, προκειμένου να διορθωθούν, για τον ίδιο ακριβώς λόγο. Όλα αυτά οδηγούν σε αναποτελεσματικές διαδικασίες και, τέλος, σε ανεπαρκή (ή και ανεπαρκή) παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Επιπλέον, ένα γεγονός που θεωρήθηκε αρχικά ως παράδοξο δεδομένου ότι όλα τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν σύμφωνα με τους ίδιους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στον τομέα του εσωτερικού ελέγχου και των ελέγχων που σημειώνονται μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων. Το συμπέρασμα αυτό είναι ένας δείκτης δύο παραγόντων: πρώτον, ότι η ίδια η ισχύουσα νομοθεσία είναι αρκετά αόριστη, αφήνοντας περιθώριο στους διοικητές νοσοκομείων να εφαρμόζουν τα πράγματα πολύ διαφορετικά, και δεύτερον, ότι η απλή εφαρμογή μιας τέτοιας νομοθεσίας δεν μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη.

### **3.5 Η Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου**

Σύμφωνα με την Επαγγελματική Ένωση των Εσωτερικών Ελεγκτών των ΗΠΑ, η Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου περιλαμβάνει τις δράσεις που υιοθετούνται από τη διοίκηση

προκειμένου να σχεδιαστεί, οργανωθεί και κατευθυνθεί η απόδοση των ικανοποιητικών ενεργειών, που στόχο έχουν την επαρκή ασφάλεια πραγματοποίησης των σκοπών.

Η υπηρεσία εσωτερικού ελέγχου μιας επιχείρησης μπορεί να έχει τις εξής αρμοδιότητες (Δήμου, 2010):

- Εξετάζει και ελέγχει αν η οργανωτική δομή είναι αποτελεσματική και αν υπάρχουν διαδικασίες εξουσιοδοτήσεων μέσα στην επιχείρηση και με τρίτους.
- Ελέγχει την πληρότητα, ακρίβεια και αξιοπιστία των οικονομικών καταστάσεων.
- Αξιολογεί και αναπροσαρμόζει το σύστημα εσωτερικού ελέγχου.
- Προβαίνει σε αξιολόγηση των κινδύνων και προσαρμόζει το πρόγραμμά της αναλόγως με την ένταση του κινδύνου σε κάθε τομέα.
- Παρακολουθεί την εφαρμογή και την τήρηση του Εσωτερικού Κανονισμού λειτουργίας και του καταστατικού της εταιρίας, καθώς και της εν γένει νομοθεσίας που αφορά στην Εταιρία και ιδιαίτερα της νομοθεσίας των Α.Ε. και της χρηματιστηριακής.
- Προγραμματίζει και τεκμηριώνει κάθε έλεγχο σύμφωνα με το επαγγελματικό πρότυπο 2200.
- Παρακολουθεί τις διαδικασίες του τμήματος προσωπικού.
- Εξετάζει τις μετρήσεις των επιδόσεων των διευθυντικών στελεχών όλων των βαθμίδων της ιεραρχίας πλην της ανώτατης διοίκησης με απώτερο σκοπό τη συνεχή βελτίωση της διαχείρισης των παραγωγικών μονάδων και πόρων.
- Διαπιστώνει την κατανόηση των αρμοδιοτήτων και της αποστολής από τις διάφορες υπηρεσίες της επιχείρησης και ελέγχει κατά πόσο είναι άρτια στελεχωμένες, καθώς και αν αξιοποιείται κατάλληλα το ανθρώπινο δυναμικό τους.
- Αξιολογεί την απόδοση των επενδύσεων με βάση τον αρχικό σχεδιασμό τους.
- Εκτιμά το συνολικό αλλά και το επιμέρους κόστος των τμημάτων, το οποίο συγκρίνει με το προϋπολογισθέν και από τη σύγκρισή του με το αντίστοιχο όφελος προσδιορίζει επικερδείς ή ζημιογόνες δραστηριότητες. Εντοπίζει τα σημεία που επιδέχονται βελτίωση με άμεσα αποτελέσματα.
- Εξετάζει την αποτελεσματικότητα της εποπτείας από τα στελέχη όλων των επιπέδων της ιεραρχίας.
- Αξιολογεί τις πολιτικές για αποθάρρυνση και αποτροπή καταχρήσεων της απάτης, τον προσπορισμό οικονομικών ωφελειών εις βάρος της επιχείρησης, των φθορών και



κλοπών, καθώς και το γενικότερο κλίμα αφοσίωσης των εργαζομένων στους κανόνες επιχειρησιακής ηθικής.

- Εξετάζει την αξιοποίηση και την αποδοτικότητα των μέσων παραγωγής, τα προγράμματα παραγωγής και τη συντήρηση του μηχανολογικού εξοπλισμού, τη διάθεση των προϊόντων, καθώς και το ύψος και τη διαχείριση αποθεμάτων.
- Αξιολογεί τον τρόπο επικοινωνίας και συνεργασίας των εργαζομένων τόσο εντός των τμημάτων όσο και στο σύνολο της επιχείρησης γενικότερα. Και οι ίδιοι οι εσωτερικοί ελεγκτές, όμως, οφείλουν να κατανοούν τις ανθρώπινες σχέσεις και να διατηρούν ικανοποιητικές σχέσεις με τους ελεγχόμενους. Πρέπει να διαθέτουν δεξιότητες στην προφορική και γραπτή επικοινωνία, έτσι ώστε να μπορούν να διαβιβάσουν ξεκάθαρα και αποτελεσματικά τέτοια θέματα όπως είναι οι αντικειμενικοί σκοποί του ελέγχου, οι αξιολογήσεις, τα συμπεράσματα, και οι συστάσεις του ελέγχου.

### **3.6 Ο Εσωτερικός Έλεγχος των Στρατιωτικών Μονάδων Υγείας**

#### **3.6.1. Οργανωτική Δομή Στρατιωτικών Μονάδων Υγείας**

Τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία (Σ.Ν.) είναι οργανωμένα ανάλογα με το μέγεθός τους, την αποστολή που τους έχει ανατεθεί τόσο σε ειρηνική περίοδο όσο και σε περίοδο επιχειρήσεων, και το γεωγραφικό διαμέρισμα στο οποίο είναι εγκατεστημένα (Μάνος 2014).

Η συνηθέστερη οργανωτική δομή συνίσταται σε μία κάθετη οργάνωση με δύο Υποδιευθυντές –Υποδιοικητές και την Διευθύνουσα νοσηλευτικών υπηρεσιών οι οποίοι υπάγονται απευθείας στον Διοικητή -Διευθυντή του Νοσοκομείου. Συγκεκριμένα:

1. Ο Α΄ Υποδιευθυντής είναι υπεύθυνος για το προσωπικό και τις διοικητικές υπηρεσίες. Σε αυτόν υπάγονται το Επιτελείο, η Διεύθυνση Οικονομικών υπηρεσιών και ορισμένα ανεξάρτητα τμήματα με σημαντικότερο τον Λόχο Διοικήσεως και τα τμήματα και συνεργεία τεχνικών υπηρεσιών.

2. Ο Β΄ Υποδιευθυντής είναι υπεύθυνος για τις ιατρικές υπηρεσίες, και σε αυτόν υπάγονται όλοι οι ιατρικοί τομείς όπως ο παθολογικός, ο χειρουργικός, ο διατομεακός, ο φαρμακευτικός, ο εργαστηριακός, και ο οδοντιατρικός.

3. Η Διευθύνουσα νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι υπεύθυνη για τις

νοσηλευτικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου, και σε αυτήν υπάγονται όλοι οι νοσηλευτικοί τομείς.

Η Διεύθυνση που είναι επιφορτισμένη με τη λειτουργία και την εποπτεία των περισσότερων οικονομικών και διαχειριστικών δραστηριοτήτων είναι αυτή των οικονομικών υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα σε αυτή υπάγονται τα παρακάτω τμήματα:

1. Το τμήμα Διαχειρίσεων: στο οποίο υπάγονται όλες οι διαχειρίσεις μέσω των οποίων διακινούνται και παρακολουθούνται όλα τα περιουσιακά στοιχεία του Σ.Ν. . Στο τμήμα σύμφωνα με το οργανόγραμμα υπάγονται οι παρακάτω διαχειρίσεις:

α. Η διαχείριση εφοδίων, η οποία διαχειρίζεται τα εφόδια που έχουν να κάνουν με την σίτιση των νοσηλευομένων.

β. Η διαχείριση γενικού υλικού, η οποία διαχειρίζεται όλο το γενικό υλικό του νοσοκομείου εκτός από το υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό.

γ. Η διαχείριση υγειονομικού υλικού , η οποία διαχειρίζεται το υγειονομικό υλικό του νοσοκομείου.

δ. Η διαχείριση φαρμακοεπιδεσμικού υλικού, η οποία διαχειρίζεται το φαρμακοεπιδεσμικό υλικό του νοσοκομείου.

2. Το Λογιστήριο: μέσω του οποίου παρακολουθούνται λογιστικά όλες οι λειτουργίες του Σ.Ν., και το οποίο για την εκτέλεση της αποστολής του έχει τα παρακάτω γραφεία:

α. Το γραφείο προληπτικού ελέγχου, και κοστολόγησης, το οποίο αυτή την περίοδο δεν λειτουργεί, διότι ο σκοπός του θα είναι μέσω της αναλυτικής λογιστικής να ασχολείται με το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

β. Το γραφείο περίθαλψης, που παρακολουθεί την νοσηλεία των ασθενών είτε είναι στρατιωτικοί είτε πολίτες που έχουν δικαίωμα νοσηλείας στα στρατιωτικά νοσοκομεία.

γ. Το γραφείο Π/Υ-Μισθοδοσίας ,το οποίο ασχολείται με την μισθοδοσία του προσωπικού του Σ.Ν.

δ. Το γραφείο λογιστικής, το οποίο έχει ως έργο την τήρηση του λογιστικού συστήματος του νοσοκομείου.

ε. Το γραφείο σύνταξης & απόδοσης δαπανών ,το οποίο έχει ως έργο την σύνταξη και απόδοση στο ελεγκτήριο δαπανών του ΓΕΣ-ΓΕΑ, των πραγματοποιηθεισών δαπανών για την αγορά όλων των περιουσιακών στοιχείων του

Σ.Ν., προκειμένου να ελεγχθούν και να εκκαθαριστούν και στη συνέχεια να αποδοθούν στο ελεγκτικό συνέδριο για τελικό έλεγχο και απαλλαγή.

3. Το Ταμείο, που εκτελεί όλες τις ταμειακές λειτουργίες του Σ.Ν.

4. Το γραφείο ή τμήμα προμηθειών, το οποίο διενεργεί όλες τις προμήθειες που είναι απαραίτητες για την λειτουργία του Σ.Ν. Στο γραφείο σύμφωνα με το οργανόγραμμα και για την εκτέλεση της αποστολής του υπάγονται τα παρακάτω:

α. Το γραφείο προδιαγραφών το οποίο έχει ως έργο την σύνταξη των προδιαγραφών των κάθε είδους υλικών που πρόκειται να προμηθευτεί το Σ.Ν. με την διενέργεια διαγωνισμών.

β. Το γραφείο διακηρύξεων-διαγωνισμών το οποίο ασχολείται με την διενέργεια των διαγωνισμών.

γ. Το γραφείο παρακολούθησης συμβάσεων-παραγγελιών, το οποίο έχει ως έργο την παρακολούθηση των συμβάσεων και παραγγελιών του Σ.Ν.

δ. Τις επιτροπές παραλαβών υλικών, οι οποίες έχουν ως έργο την σωστή παραλαβή των υλικών από τις συμβάσεις του Σ.Ν.

Όσον αφορά στις αρμοδιότητες, ο Διευθυντής, οι Υποδιευθυντές, οι Διευθυντές και οι προϊστάμενοι Τμημάτων και Γραφείων του νοσοκομείου, είναι υπεύθυνοι για την εύρυθμη λειτουργία των περιοχών που εποπτεύουν, καθώς και για την αποτελεσματική διοίκηση του προσωπικού που υπάγεται σε αυτούς. Επιπλέον ο Διευθυντής, Διευθυντής Οικονομικών Υπηρεσιών, οι Γενικοί και Μερικοί Διαχειριστές, αποτελούν τα Οικονομικά Όργανα του Σ.Ν.

Ειδικότερα ο Διευθυντής Οικονομικών Υπηρεσιών ασκεί τα καθήκοντα του Επόπτη Οικονομικών Υπηρεσιών (όταν δεν στελεχώνεται η θέση) και του Προϊσταμένου Εφοδιασμού και Διαχειρίσεων, έχοντας την κύρια ευθύνη για την ομαλή και αποτελεσματική λειτουργία όλων των οικονομικών, διαχειριστικών και εφοδιαστικών υπηρεσιών του νοσοκομείου .

### **3.6.2. Βασικές Διαφορές Στρατιωτικών και Δημοσίων Μονάδων Υγείας**

Τα Σ.Ν. έχουν σοβαρές ιδιαιτερότητες στη λειτουργία τους σε σχέση με τα Δημόσια Νοσοκομεία οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων τους σε σχέση με τον εσωτερικό έλεγχο και το λογιστικό σύστημα. Οι κυριότερες διαφορές είναι οι παρακάτω:

1. Τα Σ.Ν. δεν είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (με εξαίρεση των

NIMITΣ), όπως τα Δημόσια Νοσοκομεία, αλλά είναι Στρατιωτικές Μονάδες και επομένως δεν έχουν αυτονομία και αυτοδιαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα:

α. Σε ότι αφορά την Διοίκηση δεν υπάρχει Διοικητικό Συμβούλιο, αλλά υπάγονται στο Γενικό Επιτελείο Στρατού ή Αεροπορίας (ΓΕΣ-ΓΕΑ) μέσω της Ανωτάτης Στρατιωτικής Διοίκησης Υποστήριξης Στρατού ή της Διοίκησης Αεροπορικής Υποστήριξης (ΑΣΔΥΣ-ΔΑΥ) και διοικούνται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου, ο οποίος είναι μέρος της Διοικητικής ιεραρχίας και οι αρμοδιότητές του είναι περιορισμένες.

β. Ο Προϋπολογισμός του δεν είναι αυτοτελής, αλλά εντάσσεται στον Π/Υ του ΓΕΣ-ΓΕΑ. Επιπλέον τα Σ.Ν. υποβάλλουν μόνο Π/Υ εξόδων (πλην του NIMITΣ που αποτελεί ΝΠΔΔ), ο οποίος περιλαμβάνει τις ανάγκες για την λειτουργία του, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια των νοσηλευομένων από άλλους ασφαλιστικούς φορείς πέραν του ΥΠ.ΕΘ.Α/ΓΕΣ-ΓΕΑ , καταλήγουν ως «ίδιοι πόροι» σε λογαριασμό του Νοσοκομείου. Οι εν λόγω πόροι χρησιμοποιούνται από το Σ.Ν. για λειτουργικές του ανάγκες με έγκριση του ΓΕΣ-ΓΕΑ ,πέραν των προβλεπομένων στον εγκεκριμένο Π/Υ, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει πλήρη εικόνα για τα συνολικά έξοδα του μέσα στο οικονομικό έτος.

γ. Οι προμήθειες και οι πληρωμές δεν γίνονται στο σύνολό τους από την Οικονομική Υπηρεσία του Σ.Ν., αλλά όπως συμβαίνει και για τις υπόλοιπες Μονάδες του ΓΕΣ-ΓΕΑ, γίνονται σε μεγάλο βαθμό από τις προβλεπόμενες υπηρεσίες του κλάδου και συγκεκριμένα:

(1) Οι προμήθειες του Π/Υ που απαιτούν Δημόσιο Διαγωνισμό διεκπεραιώνονται από την Διεύθυνση Προμηθειών της ΑΣΔΥΣ (ΓΕΑ-ΥΠ.ΠΑ), ενώ από το Σ.Ν. γίνονται οι πρόχειροι διαγωνισμοί και οι απευθείας αναθέσεις. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μεγαλύτερη γραφειοκρατία και καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των προμηθειών.

(2) Οι πληρωμές των εξόδων του Π/Υ που αφορούν Τακτικά Χρηματικά Εντάλματα γίνονται από τα Ελεγκτήρια Δαπανών κατόπιν τυπικού ελέγχου των δαπανών, με αποτέλεσμα την μη έγκαιρη ενημέρωση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου για τα υπόλοιπα των προμηθευτών.

2. Στα Σ.Ν. ο εσωτερικός έλεγχος δεν έχει ενταχθεί επίσημα στους οργανισμούς – οργανογράμματα τους παρόλο που έχει θεσμοθετηθεί στο Παράρτημα

ΠΓ του Γενικού Κανονισμού Διπλογραφικής Λογιστικής Στρατιωτικών Νοσοκομείων των Ενόπλων Δυνάμεων (ΦΕΚ Β' 1205/23.6.2015), αλλά εξασφαλίζεται στη παρούσα χρονική στιγμή μόνο με τον λειτουργικό μηνιαίο έλεγχο των διευθύνσεων , των προϊσταμένων των τμημάτων, των υπηρεσιών από το Διοικητή , τους Υποδιοικητές και τους Διευθυντές καθώς και με τον ετήσιο εξωτερικό έλεγχο οικονομικών διαχειρίσεων, αποθηκών-υλικών, τροφοδοσίας, κανόνων ασφαλείας και διοικητικών διαδικασιών.

Επίσης το Νοσοκομείο εφαρμόζει σύστημα HACCP για την προετοιμασία- παρασκευή των γευμάτων των ασθενών καθώς και ISO 9001/2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

3. Το λογιστικό Σύστημα του 251 ΓΝΑ σήμερα είναι το διπλογραφικό αλλά ταμειακής βάσης δηλαδή δεν περιλαμβάνονται τα αποθέματα των αποθηκών και τα πάγια περιουσιακά στοιχεία των Νοσοκομείων παρά μόνο τα ταμειακά διαθέσιμα. Έχει συνάψει σχετική σύμβαση και από 01/06/2018 θα ξεκινήσει η καθολική εφαρμογή και λειτουργία της μηχανογραφικής εφαρμογής του SAP όπως στο ΝΝΑ και το ΝΙΜΤΣ. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην έχουμε οικονομικές καταστάσεις του Σ.Ν., να μην υπάρχει απολογισμός για τα πεπραγμένα στο οικονομικό έτος. Η κοστολόγηση είναι αδύνατη και τα στοιχεία που μπορούν να δοθούν είναι μόνο συνολικών εξόδων κατά κατηγορίες. Επιπλέον και το διπλογραφικό σύστημα που πρόκειται να εφαρμοστεί θα έχει ιδιαιτερότητες καθ' όσον για παράδειγμα τα ενσώματα πάγια όπως οι κτηριακές εγκαταστάσεις δεν πρόκειται να απεικονιστούν στο λογιστικό σχέδιο (Π.Δ.146/03) διότι ανήκουν στην περιουσία του Ταμείου Εθνικής Άμυνας, όπως και όλων των Μονάδων και υπηρεσιών του ΓΕΣ, και δεν είναι περιουσιακό στοιχείο των Νοσοκομείων.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>**

### **Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

#### **4.1 Έρευνες και Διαπιστώσεις σχετικά με τα συστήματα προμηθειών**

Μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες, αλλά και πρόκληση ταυτόχρονα, που αντιμετωπίζει η παρούσα μελέτη, αφορά τη δυσκολία στην ανεύρεση βιβλιογραφικών αναφορών και επιστημονικών μελετών που να εξετάζουν θέματα συσχέτισης των

μεταρρυθμιστικών μέτρων περί προμηθειών με τις δαπάνες των δημόσιων Νοσοκομείων. Εξετάζεται η πιθανότητα μείωσης των μεταβλητών λειτουργικών δαπανών των Νοσοκομείων ως συνέπεια της μετάβασης από μια περίοδο σαθρού νομικού πλαισίου προμηθειών στην υγεία, σε μια εποχή όπου η ανάγκη θωράκισης της διαφάνειας και ο εξορθολογισμός του συστήματος, αντιμετωπίστηκαν με το γνωστό για την Ελληνική δημόσια διοίκηση τρόπο, τον καταγιγισμό νομοθετικών αλλαγών και την αύξηση της γραφειοκρατίας.

Σύμφωνα με δημοσιεύματα του τύπου (Μάρδας 2014) το σύστημα προμηθειών των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων βρίσκεται σε διαρκή κρίση ακαταλληλότητας και λειτουργικής αποδιοργάνωσης, για περισσότερες από δύο δεκαετίες. Η τροφοδοσία των Νοσοκομείων με υλικά και υπηρεσίες πραγματοποιούνταν εδώ και αρκετά χρόνια με αδιαφανείς διαδικασίες που βρίσκονταν στο μεταίχμιο μεταξύ παρανομίας και νομιμότητας. Το 2007 η Ελλάδα καταδικάστηκε από το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων για τον τρόπο με τον οποίο οι φορείς του Ε.Σ.Υ. προμηθεύονταν ακριβά υγειονομικά υλικά, όπως φίλτρα αιμοκάθαρσης, βηματοδότες και υλικά οστεοσύνθεσης. Αφορμή για την καταδίκη αποτέλεσε η νομιμοποίηση των απευθείας αναθέσεων και η καθιέρωση της προμήθειας υγειονομικών υλικών χωρίς τη διενέργεια διαγωνισμών, κατ' εφαρμογή των Ν.2286/95 και Ν.2955/01 (Βασιλόπουλος, 2010).

Σύμφωνα με το άρθρο του Βασιλόπουλου, διαπιστώνεται σοβαρό διοικητικό και οργανωτικό έλλειμμα στο σύστημα προμηθειών των δημόσιων Νοσοκομείων με τις δυσλειτουργίες να μην είναι εύκολα θεραπεύσιμες εξαιτίας του ευρύτερου εκσυγχρονιστικού ελλείμματος που χαρακτηρίζει την διοικητική λειτουργία και οριοθετεί την αναποτελεσματικότητα της κρατικής μηχανής.

Έλεγχοι που έχουν διενεργηθεί σε δημόσιο Νοσοκομείο κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα στην κατάλληλη διαχείριση των διαδικασιών προμηθειών που οδηγεί σε κινδύνους που αφορούν τη νομιμότητα και την κανονικότητα των διαδικασιών, με αρνητικές συνέπειες στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Ελεγκτικό Συνέδριο, 2013).

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων οργανωσιακής κουλτούρας στα

γραφεία προμηθειών των δημόσιων Νοσοκομείων διαπιστώθηκε ότι, το υπάρχον σύστημα προμηθειών είναι εξαιρετικά γραφειοκρατικό σε βαθμό που η πιστή εφαρμογή των διαδικασιών δημιουργεί μείωση της αποδοτικότητας του συστήματος, ενώ αυτό που θα επιθυμούσαν τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι διοικήσεις των Νοσοκομείων, είναι αυστηρά τυποποιημένες διαδικασίες (Καπετανέας, 2016).

Άλλη μελέτη σε ξένα συστήματα προμηθειών υγείας διαπιστώνει ότι, εάν οι διοικήσεις και οι εργαζόμενοι στις προμήθειες θέσουν από κοινού το νομικό και θεσμικό πλαίσιο των δημοσίων συμβάσεων, θα μπορούσε η διαδικασία σύναψης δημοσίων συμβάσεων να γίνει μια οργανωτική διαδικασία μάθησης η οποία θα αυξήσει την αίσθηση συνοχής και την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος προμηθειών (Lagrosen and Lagrosen, 2011).

Σε μελέτη που εκπονήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για τα έτη 2010 και 2011, προέκυψε ότι παρότι έχει επιτευχθεί σημαντική μείωση των δαπανών υγείας, το κόστος λειτουργίας των δημόσιων Νοσοκομείων συνεχίζει να παραμένει αρκετά υψηλό. Στην ίδια μελέτη επίσης, διαπιστώθηκαν τεράστιες διαφορές, στους δείκτες νοσηλείας, στους οικονομικούς δείκτες και στους δείκτες αποδοτικότητας, μεταξύ των δημόσιων Νοσοκομείων. Ειδικότερα τα Νοσοκομεία εμφανίζουν βελτιωμένα οικονομικά αποτελέσματα στις δαπάνες τους, κυρίως στο φαρμακευτικό υλικό αλλά και στο ορθοπεδικό και υγειονομικό υλικό, ωστόσο όμως φαίνεται πως υπάρχουν πολλά περιθώρια για περαιτέρω βελτίωση (Ε.Σ.Δ.Υ., 2012).

Σύμφωνα με Έκθεση του Υ.Υ.Κ.Α. μετά από μελέτη οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων των μονάδων υγείας για το έτος 2011, παρατηρήθηκε ότι αυξήθηκε περαιτέρω η δραστηριότητά τους έναντι του προηγούμενου έτους. Αναλυτικά καταγράφεται, αύξηση 6% του ετήσιου αριθμού νοσηλευθέντων, αύξηση 5% του ποσοστού κάλυψης, αύξηση 18% του ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων και αύξηση 8% του ετήσιου αριθμού των χειρουργείων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Παράλληλα, την ίδια περίοδο διαπιστώνεται σημαντική μείωση στις συνολικές δαπάνες των Νοσοκομείων κατά 6,56%, με τη μεγαλύτερη μείωση να οφείλεται στις δαπάνες για υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό, φάρμακο, και αντιδραστήρια, κατά μέσο όρο σε 21,25%. Το γενικότερο συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι όλοι οι φορείς υγείας πέτυχαν το έτος 2011 μια σημαντική μείωση των δαπανών τους, η οποία βοήθησε στην

ορθή διαχείριση των οικονομικών τους αποτελεσμάτων. Στην ίδια Έκθεση επισημαίνεται ότι, ο έγκαιρος προγραμματισμός των προμηθειών, η μηχανοργάνωση των υπηρεσιών, η σωστή καταγραφή των αναγκών, η εξασφάλιση αποδεκτών προδιαγραφών των υλικών που χρησιμοποιούνται στις προκηρύξεις των διαγωνισμών, η σωστή τήρηση και συνεχής επιτήρηση των διαγωνιστικών διαδικασιών, αποτελούν βασικές μεταβλητές για ένα υγιές και λειτουργικό σύστημα προμηθειών (ΥΥΚΑ, 2012).

## **Μέρος Β΄**

### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

#### **Ερευνητική Ανάλυση**

##### **5.1 Μεθοδολογικό Πλαίσιο Έρευνας**

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει την εξέλιξη των ετήσιων συνολικών δαπανών για την προμήθεια υλικών και ανάθεση υπηρεσιών των Στρατιωτικών Νοσοκομείων υπό το πρίσμα του εσωτερικού ελέγχου. Ειδικότερος στόχος της μελέτης είναι η ανάδειξη του βαθμού αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων μέσω των δεικτών νοσηλευτικής κίνησης τους σε σύγκριση με το σύνολο των λειτουργικών τους δαπανών αξιολογώντας παράλληλα τις ανεπτυγμένες δικλείδες ασφαλείας για την εξάλειψη των κινδύνων κατά την διαδικασία υλοποίησης των υπόψη δαπανών.

Συγκεκριμένα αν η λήψη των μέτρων στα πλαίσια της προσπάθειας αναδιοργάνωσης του συστήματος προμηθειών των δημόσιων Νοσοκομείων και δημιουργίας Υπηρεσιών Εσωτερικού Ελέγχου για τη μείωση των υγειονομικών δαπανών και τον περιορισμό της σπατάλης και κατάχρησης, οδήγησε σε περιορισμό της νοσηλευτικής δραστηριότητας ή πέτυχε οικονομίες κλίμακας, καθιστώντας αποδοτικότερη την αξιοποίηση των δημόσιων οικονομικών πόρων.

##### **5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα**

Οι δημόσιες μονάδες υγείας αποτελούν τον πυρήνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας απορροφώντας το μεγαλύτερο μέρος των οικονομικών πόρων που δαπανώνται



για την υγεία. Ως εκ τούτου η παρακολούθηση των ετήσιων δαπανών και η σχέση τους, τόσο με τη λειτουργική κίνηση, όσο και με την εφαρμογή μέτρων εκσυγχρονισμού του συστήματος, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την ανάπτυξη ορθών πρακτικών προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της λειτουργικής αποτελεσματικότητας των δημοσίων Νοσοκομείων.

Οι μοναδικοί παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην μεταβολή της ετήσιας μεταβλητής δαπάνης των Νοσοκομείων είναι, η λειτουργική κίνηση (εκροές) κατά τρόπο ανάλογο, και η λήψη μέτρων που εστιάζουν στο σύστημα προμηθειών και εσωτερικού ελέγχου.

Σύμφωνα λοιπόν με όσα αναφέρθηκαν, η παρούσα έρευνα προσπαθεί να απαντήσει στο ερώτημα αν υπάρχει πιθανότητα μεταβολής (μείωσης) των ετήσιων μεταβλητών δαπανών, με επίκεντρο τη βασική κατηγορία αναλώσιμο υγειονομικού- ορθοπεδικού και φαρμακευτικού υλικού, την περίοδο της 3ετίας 2014 – 2016 σε σχέση με τη λειτουργική νοσηλευτική κίνηση των Νοσοκομείων του δείγματος την ίδια περίοδο εκμεταλλευόμενα τις νομοθετικές ρυθμίσεις περί προμηθειών και εσωτερικού ελέγχου των υγειονομικών μονάδων της χώρας.

### 5.3 Περιγραφή – Επιλογή Δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν δύο (2) Στρατιωτικά Νοσοκομεία που εδρεύουν στο Λεκανοπέδιο Αττικής, εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και υποχρεούνται στη συμμόρφωση με τη νομοθεσία και τις οδηγίες περί προμηθειών στην υγεία.

Δεν συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα και τα πέντε (5) Στρατιωτικά Νοσοκομεία που εδρεύουν στην Περιφέρεια Αττικής λόγω δυσκολίας συλλογής των στοιχείων δαπανών και νοσηλευτικής κίνησης για το ελεγχόμενο χρονικό διάστημα.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά με βάση τα οποία επιλέχθηκε και κατηγοριοποιείται το δείγμα είναι:

- *Το μέγεθος του Νοσοκομείου:* Μικρό, μεσαίο, μεγάλο ανάλογα με τον αριθμό των ανεπτυγμένων κλινών .
- *Το είδος της προσφερόμενης φροντίδας:* Πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο

Νοσοκομείο.

- *Η εποπτεία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων: Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων*
- *Η νομική μορφή των Νοσοκομείων: Κεντρική – Γενική Κυβέρνηση, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ.*
- *Οι δικαιούχοι νοσηλευτικής φροντίδας :εε & εα στρατιωτικό & πολιτικό προσωπικό, μέλη των οικογενειών τους, απλοί πολίτες*

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα Νοσοκομεία του δείγματος με βάση τις ανεπτυγμένες κλίνες αποτελούν μεσαίου μεγέθους δευτεροβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα (οι κλίνες των μεσαίου μεγέθους ιδρυμάτων κυμαίνονται από 251 έως 400) που ως προς το χαρακτήρα λειτουργίας τους το μεν πρώτο αποτελεί Φορέα Κεντρικής Κυβέρνησης το δε δεύτερο είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου ενώ και τα δύο εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και λειτουργούν ως μη κερδοσκοπικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι δικαιούχοι και των δύο ιδρυμάτων αποτελούν το εν ενεργεία και εν αποστρατεία πολιτικό και στρατιωτικό προσωπικό των ενόπλων δυνάμεων καθώς και των οικογενειών αυτών.

#### **5.4 Ερευνητικό Πλαίσιο – Ερωτηματολόγιο -Αριθμοδείκτες**

Σε πρώτη φάση θα παρατεθούν οι δικλίδες ασφαλείας για την αντιμετώπιση των κινδύνων κατά τη διαδικασία προμηθειών με τη βοήθεια ερωτημάτων- συνεντεύξεων στους δύο Τμηματάρχες Προμηθειών των δύο νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Σε δεύτερη φάση θα χρησιμοποιηθούν δύο βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία των Νοσοκομείων για τον υπολογισμό των αριθμοδεικτών αποδοτικότητας των ιδρυμάτων που είναι :

- α. Οι ετήσιες συνολικές δαπάνες τους για τα έτη 2014 έως και 2016.
- β. Τα στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης τους για τα αντίστοιχα έτη.

Σύμφωνα με τους Πολύζο και άλλοι (2000) περνώντας από τις δαπάνες και τη χρηματοδότηση στους γενικούς δείκτες χρησιμοποίησης των νοσοκομείων από όπου αξιολογείται και η οικονομική αποδοτικότητα τους πρέπει αρχικά να αναφερθεί ότι οι

διεθνείς συγκρίσεις γίνονται και πάλι από τις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ, του ΠΟΥ , της Eurostat κλπ. Οι δείκτες της νοσοκομειακής δραστηριότητας συνήθως ταξινομούνται ανάλογα με το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας του οποίου το αποτέλεσμα μετρούν (εισροές, ενδιάμεσες εισροές ή εκροές, εκροές, τελική ποιοτική εκροή, τελική ποσοτική εκροή).

Αναλυτικότερα τα νοσοκομεία όλων των τύπων και μορφών διακρίνονται και προσδιορίζονται από μια σειρά δεικτών που χαρακτηρίζουν σε γενικές γραμμές τον τρόπο λειτουργίας και αποδοτικότητας τους, όπως:

(1) οι κλίνες (Κ) : Προσδιορίζει το μέγεθος και τις δυνατότητες του νοσοκομείου στην παροχή υπηρεσιών , ως εισροή αλλά και έμμεσα ως εκροή.

(2) ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών (Α) : Προσδιορίζεται από τις εξόδους των ασθενών (discharges) ή τα επεισόδια νοσηλείας , ενώ το μεθολογικό πρόβλημα που ανακύπτει για να εξομοιωθεί με την ιατρική περίπτωση είναι η συνολική νοσηλεία του ίδιου ασθενούς (συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς του σε άλλο τμήμα ή και νοσοκομείο).

(3) Οι ημέρες νοσηλείας (Η) : η αναφορά γίνεται στις ημέρες νοσηλείας μια ιατρικής περίπτωσης ή συνολικά ενός νοσοκομείου ή τμήματος.

(4) Η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ): μετρά ίσως τον ουσιαστικότερο παράγοντα λειτουργίας του νοσοκομείου αντανακλώντας στη οργάνωση και την ποιότητα των υπηρεσιών

$$\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)} = \frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους (Η)}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών Έτους (Α)}}$$

Παρουσιάζει το μέσο όρο του χρόνου που νοσηλεύθηκαν οι ασθενείς του νοσοκομείου κατά το έτος αναφοράς

(5) Η πληρότητα ή κάλυψη (Π) : μετράται τη δεδομένη στιγμή ή ημέρα ή συνολικά ετησίως και χρησιμοποιείται ως βασικός δείκτης αξιολόγησης και σύγκρισης της απόδοσης των νοσοκομείων

$$\text{Ποσοστό Κάλυψης Κλινών (Π)} = \frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους (Η)} * 100}{\text{Αριθμός Κλινών Έτους (Κ)} * 365}$$

Παρουσιάζει το ποσοστό των πραγματικών ημερών νοσηλείας (ημερών κατά τις οποίες οι κλίνες του νοσοκομείου ήταν κατειλημμένες) προς τις συνολικές διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας και δείχνει εν μέρει το βαθμό αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων του νοσοκομείου.

(6) Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη (Pk) :μετρά τον ρυθμό χρησιμοποίησης μιας κλίνης και εκφράζεται σε αριθμό ασθενών ανά μονάδα χρόνου.

$$\text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Pk)} = \frac{365 \text{ (ημέρες)} * \% \text{ κάλυψης (Π)}}{100 * \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)}}$$

Ο ρυθμός εισροής ασθενών παρουσιάζει την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής.

(7) Το διάστημα εναλλαγής ή χρόνος αδράνειας κλίνης (Ρε): μετρά τον ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή τον αριθμό των ημερών που μένει κενή μια κλίνη (οι κλίνες ενός νοσοκομείου συνολικά) είναι δηλαδή ο δείκτης έντασης αξιοποίησης των νοσοκομειακών υποδομών.

$$\text{Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (Ρε)} = \frac{365}{\text{Pk}} - \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)}$$

(8) Ο δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI) : μετράται τη δεδομένη στιγμή ή ημέρα ή συνολικά ετησίως και χρησιμοποιείται ως βασικός δείκτης αξιολόγησης και σύγκρισης της απόδοσης των νοσοκομείων

$$\text{RCI} = \text{ΜΔΝ} * \frac{\text{Ποσοστό Κάλυψης Κλινών (Π)}}{\text{Μέσο Ποσοστό Κάλυψης Κλινών (ΜΠ)}}$$

(9) Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας ανά Ασθενή : Παρουσιάζει πόσο κόστισε μεσοσταθμικά στο Νοσοκομείο ο κάθε ασθενής ανεξαρτήτως της ιατρικής περίπτωσης.

$$\text{Ημερήσιο Κόστος ανά Ασθενή} = \frac{\text{Σύνολο Δαπανών Έτους του Νοσοκομείου}}{\text{Αριθμός Νοσηλευθέντων (Α)}}$$

(10) Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας ανά Ασθενή και Κλίνη: Παρουσιάζει πόσο κόστισε μεσοσταθμικά στο Νοσοκομείο η κάθε ημέρα νοσηλείας ανεξαρτήτως της ιατρικής περίπτωσης

$$\text{Ημερήσιο Κόστος ανά Ασθενή και Κλίνη} = \frac{\text{Σύνολο Δαπανών Έτους του Νοσοκομείου}}{\text{Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας (Η)}}$$

## 5.5 Μέθοδος Συλλογής Στοιχείων

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας (τόσο των δαπανών όσο και των λειτουργικών στοιχείων νοσηλευτικής κίνησης) και για την εξασφάλιση της ακρίβειας τους, αντλήθηκαν από τα επίσημα απολογιστικά στοιχεία εκτέλεσης των ετήσιων οικονομικών προϋπολογισμών και ενημέρωσης για την νοσηλευτική τους κίνηση για τα έτη 2014-2016 των δύο Νοσοκομείων ύστερα από αίτημα που κατατέθηκε για το σκοπό αυτό και σχετική έγκριση από τα αντίστοιχα Εκπαιδευτικά Συμβούλια καθώς και από τη διπλωματική εργασία στελέχους του ΝΙΜΤΣ (Πλαστάρας Γ, 2017) με θέμα «Επιχειρησιακό Σχέδιο Δημοσίου Νοσοκομείου, η περίπτωση του ΝΙΜΤΣ» της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.).

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Στατιστική Ανάλυση

### 6.1 Ευρήματα Προσωπικών Συνεντεύξεων στους Τμηματάρχες Προμηθειών των Νοσοκομείων

Η προσωπική συνέντευξη με τους Τμηματάρχες Προμηθειών των Στρατιωτικών Νοσοκομείων περιλάμβανε 4 ερωτήσεις οι απαντήσεις των οποίων παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Η 1<sup>η</sup> ερώτηση αφορά στην διαδικασία που τηρείται για την προμήθεια ειδών που καλύπτουν τις ανάγκες του Νοσοκομείου.

Η απάντηση δεν διέφερε σημαντικά για τα δύο τμήματα προμηθειών και έχει ως εξής:

- α. Αίτημα χορήγησης υλικού από το εκάστοτε Τμήμα ή Κλινική.
- β. Έλεγχος στις αποθήκες των νοσοκομείων:
  - Χορήγηση υλικού αν υπάρχει απόθεμα αλλιώς
  - Έκδοση Εντολής αγοράς (πρωτογενές αίτημα στο ΚΗΜΔΗΣ)
- γ. Συγκέντρωση πρωτογενών αιτημάτων στη ΔΟΥ
- δ. Ομαδοποίηση και συγκέντρωση ανά είδος υλικού (CPV)
- ε. Διενέργεια :

- Απευθείας ανάθεση (εγκεκριμένο αίτημα ΚΗΜΔΗΣ) για κόστος υλικού κάτω από 20.000,00€ (άνευ ΦΠΑ) με τη λήψη μόνο τριών προσφορών > υπογραφή ιδιωτικού συμφωνητικού.
- Διενέργεια συνοπτικού διαγωνισμού (εγκεκριμένο αίτημα ΚΗΜΔΗΣ) για ποσό μέχρι τις 60.000,00€ (άνευ ΦΠΑ) από τα Τμήματα Προμηθειών και των δύο Νοσοκομείων > υπογραφή Σύμβασης.
- Διενέργεια από το ΝΙΜΤΣ ή την Υπηρεσία Προμηθειών της Πολεμικής Αεροπορίας (για λογαριασμό του 251 ΓΝΑ) ανοικτού διαγωνισμού για ποσό από 60.000,00€ (άνευ ΦΠΑ) και άνω > υπογραφή Σύμβασης.

ζ. Η αρμόδια επιτροπή παραλαμβάνει το υλικό και βεβαιώνει την ποσότητα και την ποιότητα βάσει των προδιαγραφών που έχουν συμφωνηθεί (σύμβαση ή ιδιωτικό συμφωνητικό)

η. Η επιτροπή παραδίδει τα υλικά στις κεντρικές αποθήκες οι οποίες εκδίδουν ειδικά τριπλότυπα γραμμάτια με τα οποία χρεώνεται το αντίστοιχο Τμήμα-Κλινική.

θ. Το τμήμα οικονομικού συγκεντρώνει τα παραστατικά, τα πρωτόκολλα παραλαβής και τα γραμμάτια προβαίνοντας:

- είτε στην εξόφληση του προμηθευτή (όταν πρόκειται για χρηματοδότηση από παγία προκαταβολή ή έσοδα του νοσοκομείου) βάσει των απαραίτητων δικαιολογητικών που απαιτούνται και συντάσσεται λογαριασμός ο οποίος αποστέλλεται στον αρμόδιο ελεγκτικό φορέα για έλεγχο νομιμότητας.
- είτε στη σύνταξη λογαριασμού με όλα τα παραστατικά και τα απαραίτητα δικαιολογητικά προς το αρμόδιο ελεγκτικό φορέα για κατασταλτικό έλεγχο και εκκαθάριση (όταν δεν πρόκειται για χρηματοδότηση από παγία προκαταβολή ή έσοδα του νοσοκομείου) από το δημόσιο στρατιωτικό ταμείο.

2. Η 2<sup>η</sup> ερώτηση αφορά την προμήθεια των απαιτούμενων ειδών μέσω διενέργειας διαγωνιστικών διαδικασιών και σε ποιο ποσοστό.

Η απάντηση είναι ότι δεν καλύπτονται όλες οι ανάγκες των νοσοκομείων από τη διενέργεια συνοπτικών διαγωνισμών. Μόνο το 30% με 35% περίπου των υλικών προμηθεύονται με διαγωνιστική διαδικασία και τη σύναψη σχετικής σύμβασης γιατί:

α. Οι διαγωνισμοί είναι χρονοβόροι και πολλές φορές δεν τελεσφορούν με αποτέλεσμα να γίνονται παραγγελίες μικρότερων ποσοτήτων για κάλυψη των τρεχουσών αναγκών.

β. Δεν δίνονται τεχνικές προδιαγραφές (ΠΕΔ) για όλα τα υπο προμήθεια υλικά.

γ. Δεν γίνεται σωστή και έγκαιρη εκτίμηση των απαιτούμενων ετήσιων απαιτήσεων σε υλικά και λόγω μετακινήσεων του προσωπικού και λόγω μη σταθερής κίνησης των εξωτερικών ιατρείων και κλινικών.

δ. Δεν υπάρχουν επαρκείς πιστώσεις για όλους τους κωδικούς εξόδων με αποτέλεσμα να παραγγέλλονται οι απαραίτητες ποσότητες και μετέπειτα να αναμένονται συμπληρωματικές πιστώσεις.

3. Η 3<sup>η</sup> ερώτηση αφορά τις δικλίδες ασφαλείας κατά την ανωτέρω διαδικασία των προμηθειών.

Η απάντηση έχει αναλυτικά ως κατωτέρω:

α. Το αίτημα για αγορά υλικού παίρνει μοναδικό αύξων αριθμό (Εντολή Αγοράς).

β. Όλα τα αιτήματα περνούν από το προϊστάμενο των γενικών αποθηκών για τον έλεγχο αν το υλικό υπάρχει στις αποθήκες. Αν δεν υπάρχει καταχωρείται στο ΚΗΜΔΗΣ (για ποσά άνω των 1.000,00€) και εν συνεχεία μεταβιβάζεται αρμοδίως.

γ. Για ποσά άνω των 20.000,00 € η εντολή αγοράς παραλαμβάνεται από το Τμήμα Προμηθειών για την διενέργεια διαγωνιστικής διαδικασίας μετά από έκδοση σχετικής ΑΑΥ με μοναδικό αύξων αριθμό και ανάρτηση στο «ΔΙΑΥΓΕΙΑ».

δ. Για ποσά κάτω των τω 20.000,00€ η εντολή αγοράς παραλαμβάνεται από την αρμόδια επιτροπή αγορών για την απευθείας αγορά (αναζήτηση μέσω του Παρατηρητηρίου Τιμών) μετά από έκδοση σχετικής ΑΑΥ με μοναδικό αύξων αριθμό και ανάρτηση στο «ΔΙΑΥΓΕΙΑ».

ε. Η διαγωνιστική διαδικασία παίρνει μοναδικό αύξων αριθμό ανά έτος και αναρτάται στη σελίδα της «ΔΙΑΥΓΕΙΑ» παίρνοντας από κει μοναδικό αριθμό ΑΔΑ.

στ. Με την κατακύρωση του διαγωνισμού συντάσσεται Σύμβαση με το μειοδότη με μοναδικό αύξων αριθμό σύμβασης για κάθε έτος.

ζ. Η σύμβαση διαβιβάζεται:

- στο υπεύθυνο τμήμα της αποθήκης που θα προβεί στην παραλαβή του υλικού
- στον υπεύθυνο διαχειριστή του τμήματος οικονομικού που θα μεριμνήσει για την εξόφληση των παραστατικών.

- στην επιτροπή που θα προβεί στην ποιοτική και ποσοτική παραλαβή του υλικού και θα εκδώσει το πρωτόκολλο

η. Το αρμόδιο τμήμα της αποθήκης που παρακολουθεί την υλοποίηση της παραλαβής (απευθείας ή τμηματικά) της συμφωνηθείσας ποσότητας. Δεν παραλαμβάνεται μεγαλύτερη ποσότητα και όταν η ποσότητα (τελική) είναι μικρότερη της συμβατικής το αναφέρει στο τμήμα προμηθειών για τυχόν επιβολή κυρώσεων στον προμηθευτή αν αυτό έχει συμφωνηθεί στην σύμβαση.

θ. Στο τέλος της παραλαβής συντάσσεται πρωτόκολλο οριστικής παραλαβής που μαζί με υπογεγραμμένα τα παραστατικά διαβιβάζονται στον αρμόδιο διαχειριστή του οικονομικού που θα ξεκινήσει τη διαδικασία τακτοποίησης τους.

ι. Τα παραστατικά καταχωρούνται στη μηχανογραφική εφαρμογή (sap ή mis) με αδυναμία καταχώρησης περισσότερων της μίας φορές του ίδιου αριθμού παραστατικού και χωρίς την ύπαρξη της αντίστοιχης ΑΑΥ.

ια. Συντάσσεται λογαριασμός με την εν λόγω δαπάνη και αποστέλλεται στο αρμόδιο ελεγκτικό όργανο.

ιβ. Το δημόσιο στρατιωτικό ταμείο (ή το ταμείο του ΝΙΜΤΣ) εξοφλεί τη δαπάνη εκδίδοντας χρηματικό ένταλμα με μοναδικό αριθμό.

4. Η **4<sup>η</sup> ερώτηση** αφορά αν οι ανωτέρω δικλείδες ασφαλείας έχουν αξιολογηθεί και αναθεωρηθεί από τον εσωτερικό ή των εξωτερικό έλεγχο.

Η απάντηση είναι ότι στη διάρκεια των ετών (αλλά και προηγουμένως της υπο εξέταση τριετίας) έχουν γίνει κάποιες παρεμβάσεις υποδείξεις για την ενίσχυση των δικλείδων ασφαλείας και την καλύτερη αντιμετώπιση και διαχείριση των κινδύνων που ελλοχεύουν στη διαδικασία υλοποίησης των καθημερινών προμηθειών λόγω του τεράστιου όγκου των υλικών.

α. Δεν υπάρχει δυνατότητα καταχώρησης τιμολογίου στη μηχανογραφική εφαρμογή χωρίς τη σύνδεση του με μοναδικό αριθμό Απόφασης Ανάληψης Υποχρέωσης (ΑΑΥ).

β. Εκδίδονται δύο κατηγορίες μοναδικών αριθμών εντολών αγοράς μία για τα αναλώσιμα –φαρμακευτικά υλικά και μία για όλα τα υπόλοιπα.

γ. Αναλόγως έχουν ορισθεί δύο επιτροπές παραλαβών για την καλύτερη παρακολούθηση και υλοποίηση των προμηθειών. Μια για τα αναλώσιμα –φαρμακευτικά υλικά και μία για όλα τα υπόλοιπα.



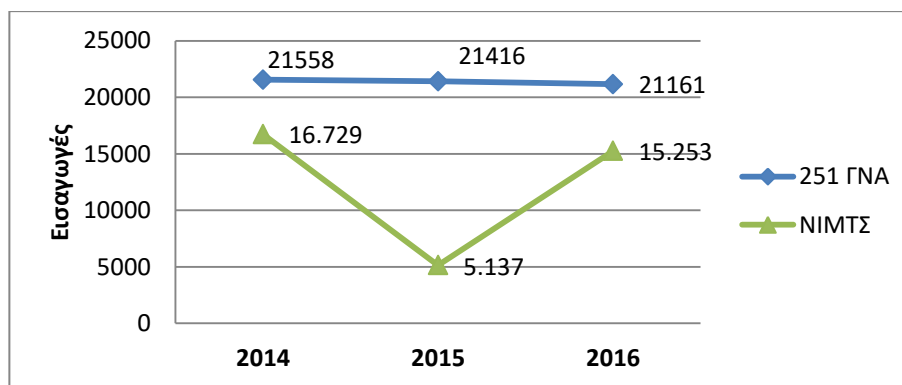
δ. Στο τέλος κάθε χρόνου το Τμήμα προμηθειών ενημερώνει όλα τα τμήματα –κλινικές του νοσοκομείου για την υποβολή των ετήσιων απαιτήσεων σε υλικά για την επόμενη χρονιά έτσι ώστε να προβεί στην ομαδοποίηση των αναγκών και να προκηρύξει έγκαιρα διαγωνισμούς.

## 6.2 Στατιστική Ανάλυση των Νοσοκομειακών Δεικτών και των Λειτουργικών Δαπανών των Νοσοκομείων

Ξεκινώντας από τη νοσηλευτική δυνατότητα των δύο Νοσοκομείων βλέπουμε ότι αποτελούν ιδρύματα με παρόμοια δυναμικότητα αφού το 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας έχει ανεπτυγμένες 372 κλίνες και το Νοσηλευτικό Ίδρυμα του Μετοχικού Ταμείου Στρατού (NIMΤΣ) έχει ανεπτυγμένες 354 κλίνες.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών για το χρονικό διάστημα 2014 έως 2016 παρουσιάζεται στο επόμενο διάγραμμα για τα δύο Νοσοκομεία που αντλούνται από τα παραρτήματα της παρούσας μελέτης.

Γράφημα 6: Αριθμός Συνολικών Εισαγωγών



Από το διάγραμμα προκύπτει ότι το πρώτο νοσοκομείο έχει μια μικρή αλλά σταθερή πτωτική τάση στις ετήσιες εισαγωγές ασθενών ενώ το δεύτερο παρουσιάζει μια μεγάλη αυξομείωση στον αριθμό των εισαγωγών καθώς το σύνολο των ασθενών του έτους 2015 ανέρχεται σε 5.137 ενώ το έτος 2016 σχεδόν τριπλασιάζεται στους 15.253 ενώ οι αντίστοιχες ημέρες νοσηλείας, όπως θα δούμε πιο κάτω, δεν παρουσιάζουν τόσο μεγάλη διαφορά αλλά μια σταθερή μείωση. Κατόπιν επικοινωνίας με το αρμόδιο προσωπικό του NIMΤΣ το γεγονός αυτό οφείλεται σε αστοχία της μηχανογραφικής εφαρμογής (είτε αυτό προέκυψε από λανθασμένη χρήση παραμέτρων κατά την εισαγωγή των στοιχείων είτε λόγω bug της ίδιας της εφαρμογής δεδομένου μάλιστα ότι για το ίδιο έτος διαφορετικά δεδομένα πχ ημέρες νοσηλείας,

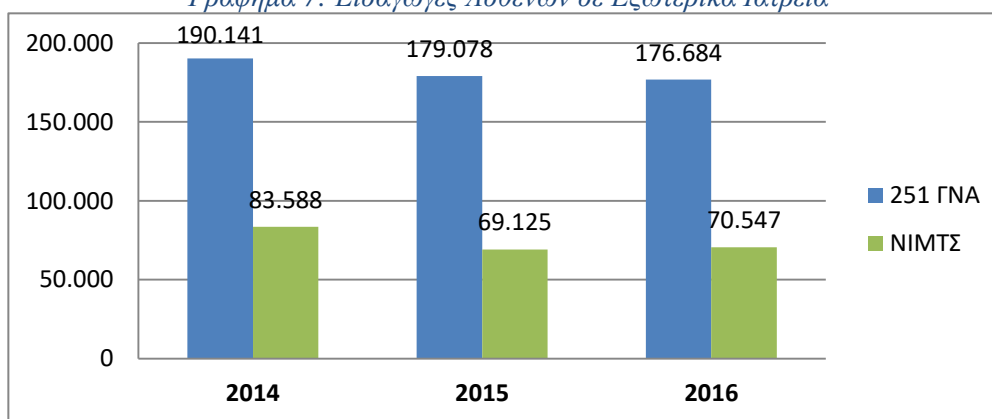
απεικονίζονται ρεαλιστικά).

Συμπληρωματικά παρατίθεται ο επόμενος πίνακας με τις συνολικές επισκέψεις ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δύο νοσηλευτικών ιδρυμάτων που αφορά στην παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης των δύο νοσοκομείων.

*Πίνακας 2: Αριθμός Επισκέψεων σε Εξωτερικά Ιατρεία*

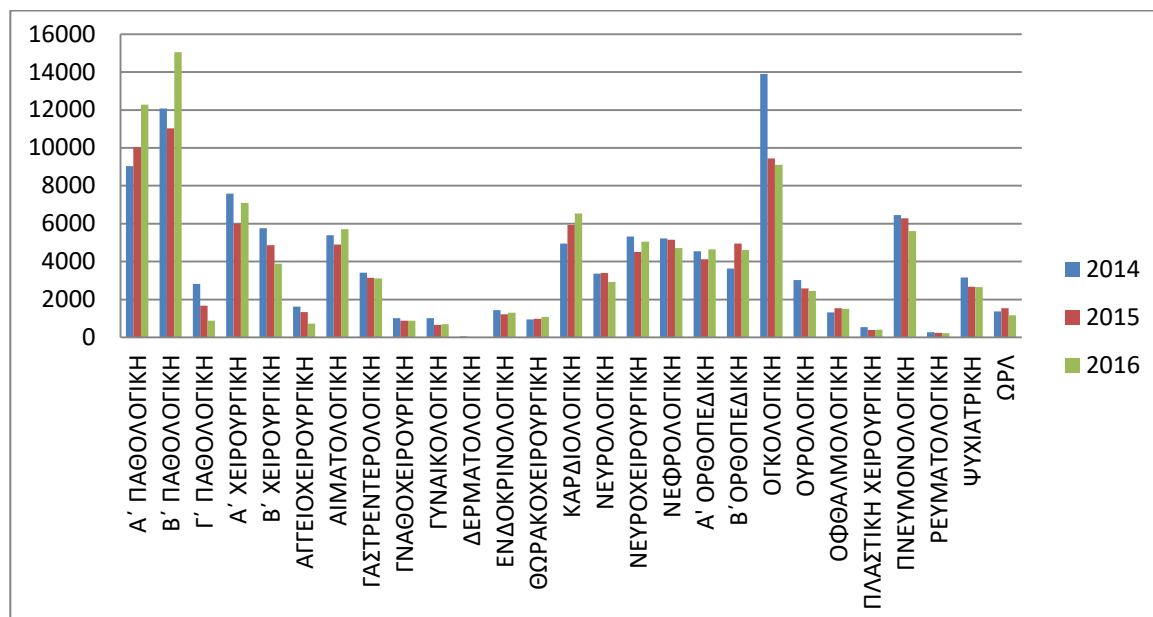
ΕΤΗ	251 ΓΝΑ	ΝΙΜΙΤΣ
	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
2014	190.141	83.588
2015	179.078	69.125
2016	176.684	70.547

*Γράφημα 7: Εισαγωγές Ασθενών σε Εξωτερικά Ιατρεία*

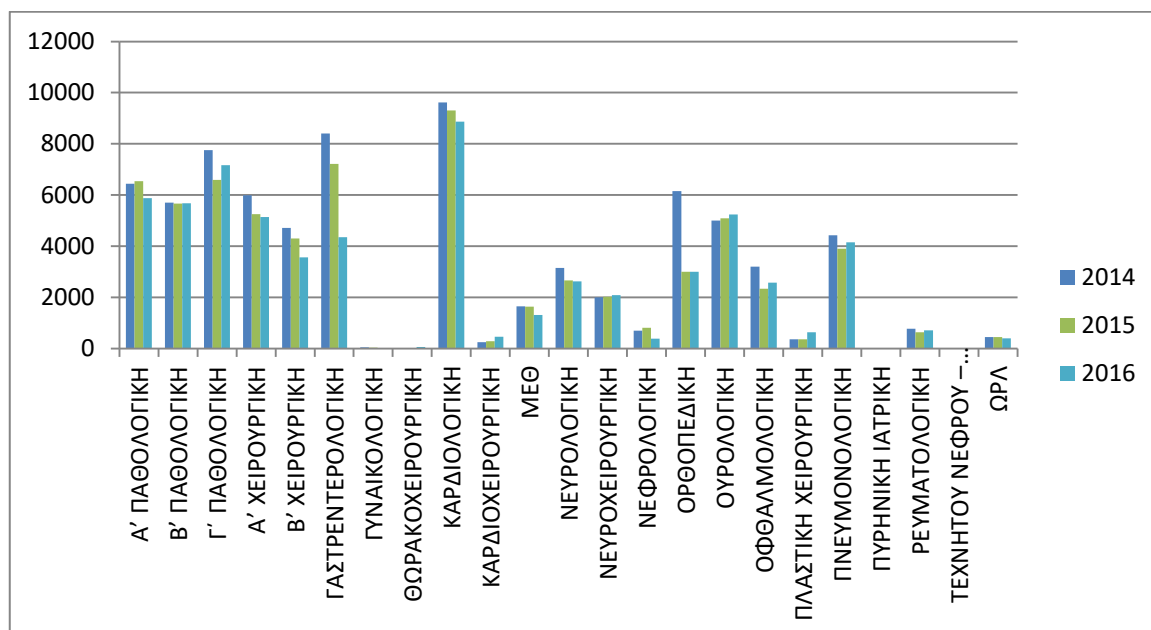


Οι ημέρες νοσηλείας ανά κλινική για το 251 ΓΝΑ εμφανίζονται στο κατωτέρω γράφημα 8 από όπου μπορούμε να διακρίνουμε ότι τον κύριο όγκο νοσηλείας επωμίζονται οι παθολογικές κλινικές (κυρίως Α' και Β') καθώς και η ογκολογική κλινική. Αντίθετα για το ΝΙΜΙΤΣ η Γ' παθολογική κλινική μαζί με την καρδιολογική και τη γαστρεντερολογική κλινική έχουν τον μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας όπως φαίνεται στο γράφημα 9.

Γράφημα 8: Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική 251 ΓΝΑ

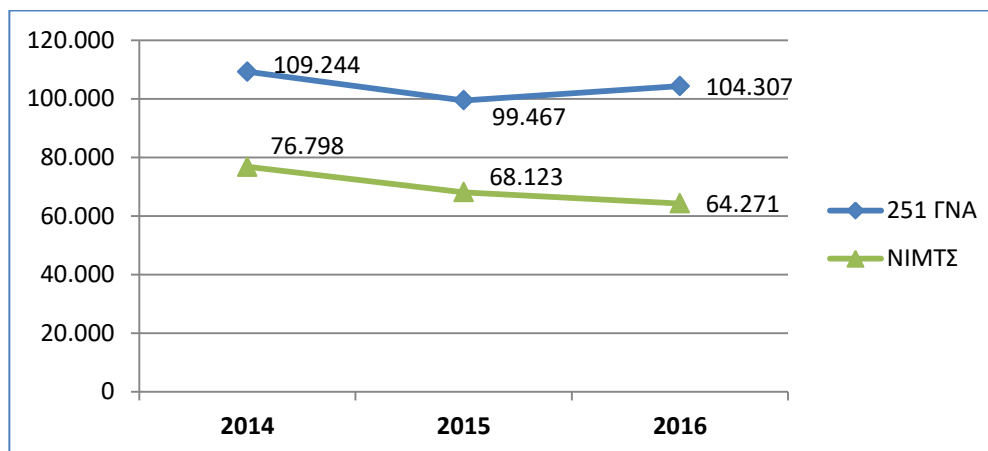


Γράφημα 9: Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική ΝΙΜΤΣ



Παραθέτοντας τα δύο προηγούμενα γραφήματα (γράφημα 8 & 9) σε ένα νέο με τις συνολικές ημέρες νοσηλείας (γράφημα 10) για τα δύο Νοσοκομεία βλέπουμε ότι το 251 ΓΝΑ και για τα τρία έτη έχει σταθερά αυξανόμενα ποσοστά (28,81%,30,44% και 37,68%) ημερών νοσηλείας στις κλινικές του.

Γράφημα 10: Συνολικές Ετήσιες Ημέρες Νοσηλείας

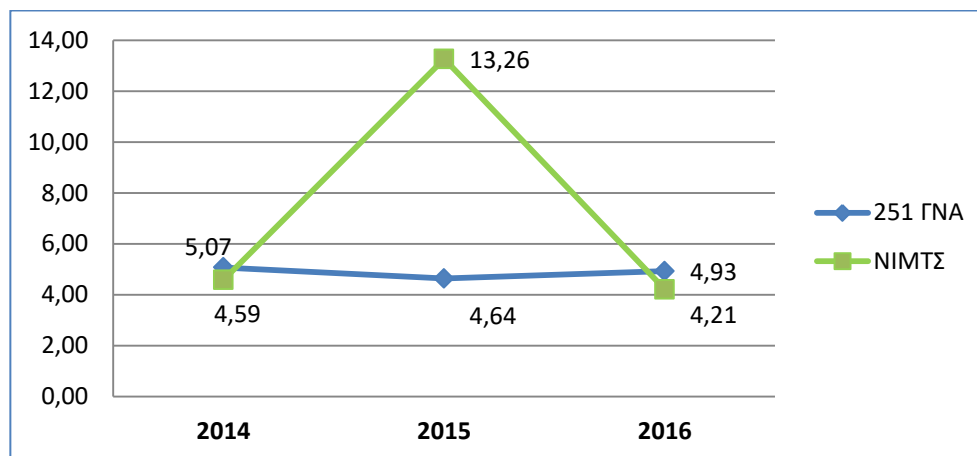


Πίνακας 3: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

ΕΤΗ	251 ΓΝΑ			ΝΙΜΤΣ		
	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΜΔΝ)	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΜΔΝ)
2014	21.558	109.244	5,07	16.729	76.798	4,59
2015	21.416	99.467	4,64	5.137	68.123	13,26
2016	21.161	104.307	4,93	15.253	64.271	4,21

Έχοντας τα δεδομένα των συνολικών εισαγωγών και των ετήσιων ημερών νοσηλείας (πίνακας 2) υπολογίζουμε τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας που μας δείχνει πόσες ημέρες κατά μέσο όρο διήρκεσε η κάθε νοσηλεία στις κλινικές των νοσοκομείων. Από το γράφημα 10 παρατηρούμε ότι η ΜΔΝ νοσηλείας των δύο Νοσοκομείων κινείται περίπου στα ίδια επίπεδα για τα έτη 2014 ,2016 με εξαίρεση το έτος 2015 που οφείλεται σε αστοχία της μηχανογραφικής εφαρμογής σχετικά με τον αρκετά χαμηλό αριθμό των εισαγωγών όπως διευκρινίστηκε προηγουμένως και με δεδομένο ότι οι ημέρες νοσηλείας κινήθηκαν μειούμενες αλλά σε ορθές τιμές η ΜΔΝ έλαβε τιμές πολύ πιο πάνω από τις συνηθισμένες.

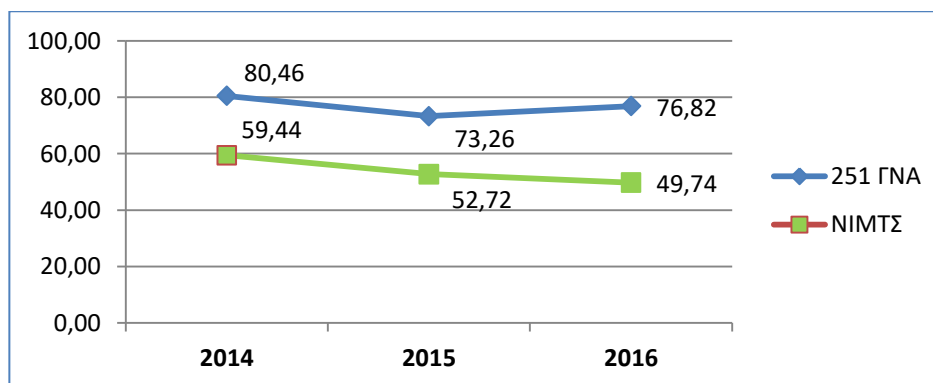
Γράφημα 11: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)



Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για το NIMITS παρουσίασε μείωση την τριετία 2014 - 2016 κατά 8,27%. Η μείωση της ΜΔΝ είναι θετική όμως θα πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω κατά πόσο αντικατοπτρίζει μία αποδοτικότερη λειτουργία ή απλώς είναι αποτέλεσμα της μείωσης των εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα. Η μείωση των εισαγωγών ανήλθε σε 8,82%. Αντίθετα στο 251 ΓΝΑ παρόλο που οι εισαγωγές μειώθηκαν κατά 1,84% για την υπό εξέταση τριετία η ΜΔΝ μειώθηκε από το 2014 στο 2015 αλλά αυξήθηκε από το 2015 στο 2016.

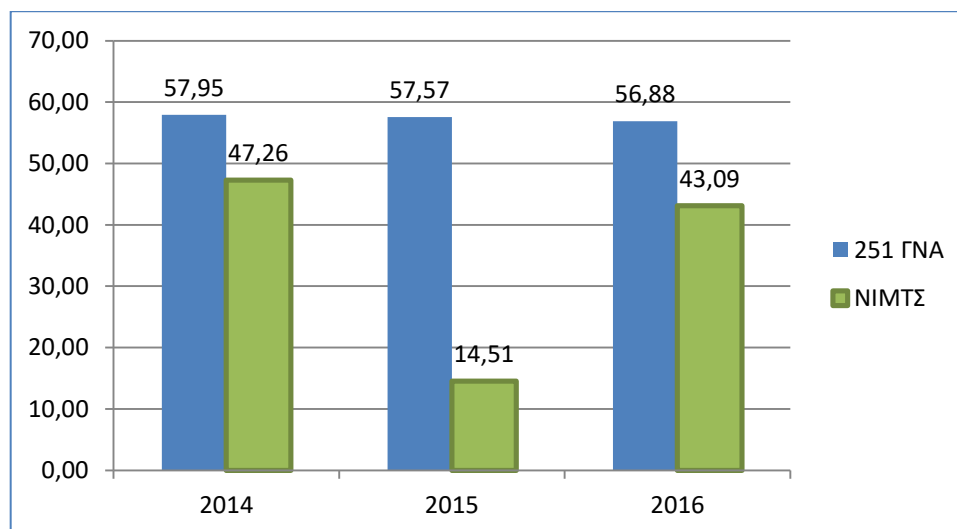
Όσον αφορά τα ποσοστά πληρότητας των κλινικών των δύο Νοσοκομείων παρατηρούμε ότι το 251 ΓΝΑ λειτούργησε και τα τρία χρόνια με μεγαλύτερη συνολική πληρότητα των κλινικών- τμημάτων του σε σύγκριση με την αντίστοιχη του NIMITS. Η πληρότητα για το δεύτερο νοσοκομείο έχει πτωτική τάση στην εν λόγω τριετία ενώ για το δεύτερο ακολουθεί την πορεία της ΜΔΝ, δηλαδή μειώνεται από το 2014 στο 2015 και αυξάνεται από το 2015 στο 2016.

Γράφημα 12: Ποσοστό Κάλυψης Κλινών (%)



Ο επόμενος δείκτης που θα συγκριθεί είναι ο ρυθμός εισροής ασθενών που δείχνει τη συχνότητα που χρησιμοποιούνται οι κλίνες ενός Νοσοκομείου σε μια χρονική περίοδο.

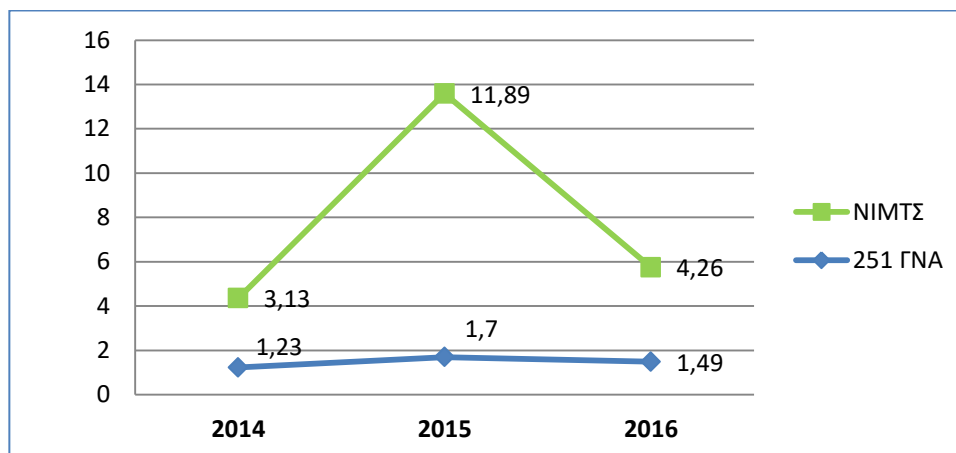
Γράφημα 13: Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Ρκ)



Είναι εμφανές ότι ο ρυθμός εισροής είναι ανάλογος του ποσοστού κάλυψης των κλινών κάθε Νοσοκομείου και αντιστρόφως ανάλογος της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας. Άρα από τη στιγμή που το πρώτο ίδρυμα έχει μεγαλύτερη πληρότητα κλινών από το δεύτερο με παρόμοιες τιμές μέσης διάρκειας νοσηλείας ήταν αναμενόμενο να παρουσιάζει μεγαλύτερο ρυθμό εισροής ασθενών. (Οι υπολογισμοί για το δείκτη τη χρονιά 2015 δεν είναι αξιόπιστοι λόγω της προηγούμενης αναφοράς σε μηχανογραφική αστοχία αυξάνοντας έτσι την μέση διάρκεια νοσηλείας για το 2015 και εν συνεχεία μειώνοντας κατά πολύ το ρυθμό εισροής ασθενών της εν λόγω χρονιάς). Ο ρυθμός εισροής για το πρώτο νοσοκομείο κυμαίνεται σταθερά μέσα στα τρία χρόνια από 58 ασθενείς ανά κλίνη σε 57, ενώ για το δεύτερο από 47 σε 43 (μείωση κατά 8,83%) ασθενείς ανά κλίνη δείχνοντας σαφώς καλύτερη αξιοποίηση των κλινικών του πρώτου.

Στο επόμενο γράφημα απεικονίζεται σχηματικά το διάστημα εναλλαγής των κλινών των δύο ιδρυμάτων που μας δείχνει τον ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή τον αριθμό των ημερών που μένει κενή μια κλίνη.

Γράφημα 14: Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (Ρε)



Όπως παρατηρούμε και εδώ η πορεία των δύο καμπυλών είναι αντιστρόφως ανάλογη του ρυθμού εισροής των κλινών . Για μεγαλύτερο λοιπόν ρυθμό εισροής ασθενών έχουμε μικρότερο διάστημα εναλλαγής των κλινών του πρώτου νοσοκομείου που θεωρείται αρκετά ικανοποιητικός για τη δυναμικότητα του. Δεν ισχύει τα ίδιο για το δεύτερο Νοσοκομείο που έχει αντίστοιχη ανάπτυξη κλινών.

Ο δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer προσαρμόζει τη μέση διάρκεια νοσηλείας των συνολικών περιστατικών κάθε νοσοκομείου στο ποσοστό κάλυψης κλινών , ώστε αυτή να μην επηρεάζεται από την επίδραση των άλλων προσδιοριστικών παραγόντων (Αλετράς και άλλοι 2002).

Πίνακας 4: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας και Δείκτης Roemer

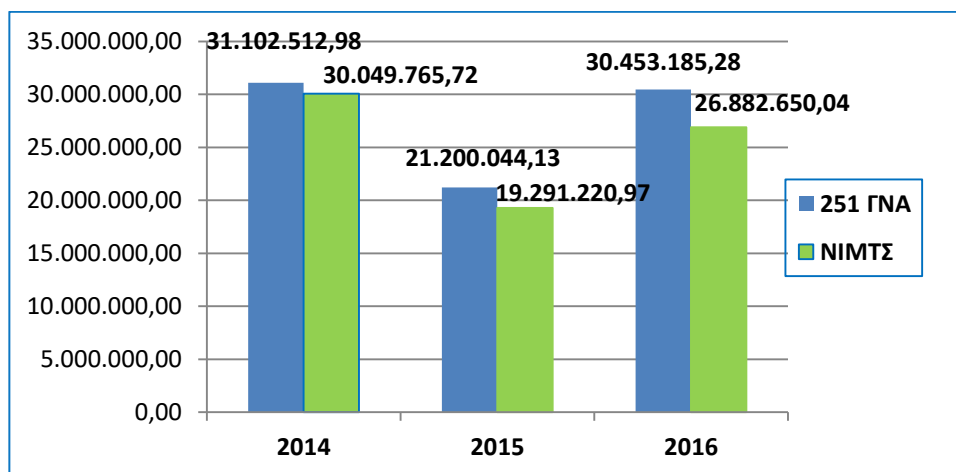
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	2014			2015			2016		
	Μέσο Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΔΝ	RCI	Μέσο Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΔΝ	RCI	Μέσο Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΔΝ	RCI
251 ΓΝΑ	69,95	5,07	<b>5,83</b>	62,99	4,64	<b>5,40</b>	63,28	4,93	<b>5,98</b>
NIMITS	69,95	4,59	<b>3,90</b>	62,99	13,26	<b>11,10</b>	63,28	4,21	<b>3,31</b>

Η μέθοδος προσαρμογής συνίσταται επομένως στην αύξηση (για το 251 ΓΝΑ) της μέσης διάρκειας νοσηλείας κατά το ποσοστό το οποίο η κάλυψη των κλινών υπερβαίνει τη μέση κάλυψη των δύο νοσοκομείων του δείγματος και αντίστοιχα στη μείωση (για το NIMITS) της μέσης διάρκειας νοσηλείας κατά το ποσοστό το οποίο η κάλυψη των κλινών υπολείπεται από τη μέση κάλυψη των δύο νοσοκομείων.

Για το νοσοκομείο με κάλυψη κλινών πάνω από τον μέσο όρο, η ΜΔΝ προσαρμόζεται ανοδικά ώστε να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι ενδεχομένως θα νοσήλευαν τους ασθενείς περισσότερο χρόνο αν δεν δέχονταν πιέσεις από τους περιορισμένους διαθέσιμους χώρους. Εξισορροπείται έτσι η τάση της ΜΔΝ να υποεκτιμά την πολυπλοκότητα και σοβαρότητα των περιστατικών όταν το νοσηλευτικό ίδρυμα λειτουργεί υπό πίεση για χορήγηση πρόωρου εξιτηρίου. Αντίθετα επιχειρήματα ισχύουν στην περίπτωση νοσοκομειακών μονάδων με κάλυψη κάτω από το μέσο όρο. (Αλετράς και άλλοι 2002).

Οι συνολικές δαπάνες και των δύο νοσοκομείων παρουσιάζουν μια πτώση στο μέσο της υπόψη τριετίας που οφείλεται κυρίως στην μη ύπαρξη νομοθετικής ρύθμισης για την πληρωμή και τον καταλογισμό δαπανών που πραγματοποιήθηκαν χωρίς την προηγούμενη διενέργεια της προβλεπόμενης διαγωνιστικής διαδικασίας. Η νομοθετική ρύθμιση δημοσιεύτηκε σε ΦΕΚ 30/12/2015 και έτσι δεν κατέστη δυνατή η τακτοποίηση αυτών των δαπανών με αποτέλεσμα να δοθεί έκτακτη χρηματοδότηση (για το 251 ΓΝΑ) την επόμενη χρονιά ποσού 15,5 εκ περίπου.

Γράφημα 15: Συνολικές Δαπάνες Νοσοκομείων ανά Έτος



Στους επόμενους πίνακες παρουσιάζονται οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων, με την ανάλυση ανά κωδικό αριθμό εξόδου στα παραρτήματα, χωρίς το κόστος μισθοδοσίας το οποίο καταβάλλεται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας όπως και για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ καταβάλλεται από το Υπουργείο Υγείας. Στην αρχή παρουσιάζεται το ποσοστό που αποτελούν, επί των συνολικών δαπανών των δύο νοσοκομείων, τα έξοδα σε αναλώσιμο και φαρμακευτικό υλικό και στη συνέχεια το κόστος ανά ασθενή καθώς και το κόστος ανά ασθενή και κλίνη δηλαδή ανά ημέρα νοσηλείας.



Πίνακας 5: Αναλώσιμο - Φαρμακευτικό Υλικό σε Σχέση με τις Συνολικές Δαπάνες 251 ΓΝΑ

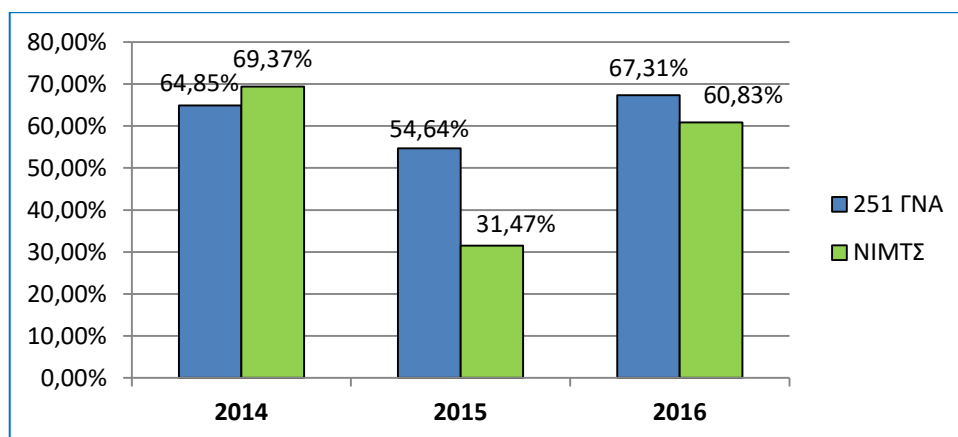
ΕΤΗ	251 ΓΝΑ		
	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
2014	31.102.512,98	20.170.906,47	<b>64,85</b>
2015	21.200.044,13	11.584.571,18	<b>54,64</b>
2016	30.453.185,28	20.497.167,60	<b>67,31</b>

Πίνακας 6: Αναλώσιμο - Φαρμακευτικό Υλικό σε Σχέση με τις Συνολικές Δαπάνες ΝΙΜΙΤΣ

ΕΤΗ	ΝΙΜΙΤΣ		
	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
2014	30.049.765,72	20.846.447,60	<b>69,37</b>
2015	19.291.220,97	6.071.357,35	<b>31,47</b>
2016	26.882.650,04	16.353.354,33	<b>60,83</b>

Γνωρίζοντας ότι το αναλώσιμο υγειονομικό –ορθοπεδικό και φαρμακευτικό υλικό συμπεριλαμβανομένων και των υλικών αιμοδοσίας αποτελούν το κυριότερο και πιο καίριας σημασίας έξοδο για την εύρυθμη και απρόσκοπτη λειτουργία όλων των κρατικών και μη νοσηλευτικών ιδρυμάτων, από τους πίνακες 5 και 6 παρατηρούμε ότι αυτό δεν θα μπορούσε να μην ισχύει και για τα νοσοκομεία που αναλύονται στην παρούσα μελέτη. Μάλιστα κινούνται αρκετά πάνω από το μισό των ετήσιων λειτουργικών δαπανών των δύο ιδρυμάτων που αν εξαιρέσουμε τη χρονιά του 2015, το μ.ο. των ποσοστών είναι σχεδόν ομοειδή με τιμές 66,08% για το 251 ΓΝΑ και 65,10% για το ΝΙΜΙΤΣ.

Γράφημα 16: % Αναλώσιμου Υγειονομικού & Φαρμακευτικού Υλικού Επί Συνολικών Δαπανών



Πίνακας 7: Συνολικές Δαπάνες 251 ΓΝΑ

251 ΓΝΑ					
ΕΤΗ	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ & ΚΛΙΝΗ
2014	31.102.512,98	21.558	109.244	1.442,74	284,71
2015	21.200.044,13	21.416	99.467	989,92	213,14
2016	30.453.185,28	21.161	104.307	1.439,12	291,96

Πίνακας 8: Συνολικές Δαπάνες ΝΙΜΤΣ

ΝΙΜΤΣ					
ΕΤΗ	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ & ΚΛΙΝΗ
2014	30.049.765,72	16.729	76.798	1.796,27	391,28
2015	19.291.220,97	5.137	68.123	3.755,35	283,18
2016	26.882.650,04	15.253	64.271	1.762,45	418,27

Οι δύο τελευταίοι δείκτες μας δείχνουν πόσο στοιχίζει στα νοσοκομεία ο κάθε ασθενής που εισέρχεται για νοσηλεία στις κλινικές-τμήματα του καθώς και πόσο κοστίζει η κάθε μέρα παραμονής του σε αυτά. Συγκρίνοντας το μέσο κόστος ανά ασθενή (εκτός του 2015 λόγω της μηχανογραφικής αστοχίας για το ΝΙΜΤΣ στον αριθμό των εισαγωγών αλλά και των μειωμένων συνολικών δαπανών λόγω αναμονής νομοθετικής ρύθμισης) βλέπουμε ότι το 251 ΓΝΑ έχει μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή 1.440,93€ ενώ το ΝΙΜΤΣ 1.779,63 € διαφορά της τάξης του 19,03% και αντιστοίχως βελτιωμένο μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας των ασθενών του ποσού 288,34 € χαμηλότερο κατά 28,77% από το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για το ΝΙΜΤΣ που ανέρχεται σε ποσό των 404,78€.

## Μέρος Γ'

### Κεφάλαιο 7ο Συμπεράσματα -Προτάσεις

#### 7.1 Συμπεράσματα

Τα συστήματα υγείας εκφράζουν τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται, κυρίως σε εθνική κλίμακα, οι διαθέσιμοι πόροι του τομέα υγείας, με σκοπό τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Λόγω της ιδιομορφίας του αγαθού της υγείας, τα συστήματα υγείας εμφανίζουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την προσπάθεια σχεδιασμού και οργάνωσής τους.

Από το έτος 2010 μέχρι και σήμερα, τα νοσοκομειακά ιδρύματα έχουν προσαρμοστεί σε μεγάλο βαθμό στο νέο οικονομικό περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από περιστολή των ετήσιων δαπανών και του κόστους λειτουργίας τους, σε συνδυασμό με την ανάγκη για υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας με συνθήκες της ισότητας στην πρόσβαση.

Στην παρούσα εργασία αντικείμενο παρατήρησης είναι δύο στρατιωτικά νοσοκομεία ίδιας δυναμικότητας κλινών που εδρεύουν στην Αττική και εποπτεύονται από το ίδιο Υπουργείο. Η ανάλυση των νοσοκομειακών δεικτών τους μέσα από τους πίνακες και τα σχετικά γραφήματα μας δείχνει τη σταθερή πορεία τους στην εξεταζόμενη τριετία.

Οι ετήσιες λειτουργικές δαπάνες των δύο νοσηλευτικών ιδρυμάτων κυμαίνονται κατά μέσο όρο στα 27,5εκ και 25,4εκ αντίστοιχα με το μέσο όρο των ετήσιων εισαγωγών να βρίσκεται πάνω από τις 21.000 για το πρώτο και στις 16.000 για το δεύτερο. Λαμβάνοντας υπόψη και τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία που κατά μέσο όρο είναι 2,5 σχεδόν φορές πάνω για το πρώτο νοσοκομείο συμπεραίνουμε ότι το δεύτερο νοσοκομειακό ίδρυμα δεν διαχειρίζεται τις κτηριακές υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό του στο βέλτιστο δυνατό σημείο.

Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στην κατηγορία νοσηλευτικών ιδρυμάτων όπου ανήκουν (στρατιωτικά νοσοκομεία) λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος της παρατήρησης, έδειξαν όμως σταθεροποιητικές τάσεις τόσο των επιμέρους, όσο και των συνολικών δαπανών με αντίστοιχα σταθερή προς μειούμενη τη λειτουργική κίνηση των Νοσοκομείων. Από τα στοιχεία των δεικτών εμφανίζεται ότι το ύψος των ετήσιων λειτουργικών δαπανών των νοσοκομειακών μονάδων κινήθηκε στα

ίδια επίπεδα με μια μικρή μείωση, με εξαίρεση το 2015 που μειώθηκε θεαματικά (31,84% και 35,80%) που δεν οφείλεται στη μείωση της νοσηλευτικής κίνησης ούτε στις μεταρρυθμίσεις που τέθηκαν σε ισχύ (Σύστημα Δημοσίων Προμηθειών & Εσωτερικός Έλεγχος στο Δημόσιο Τομέα ) αλλά στην αναμονή έκδοσης της από 30-12-2015 νομοθετικής ρύθμισης για την τακτοποίηση – εξόφληση των, κατά παρέκκλιση των κειμένων διατάξεων, δαπανών προμήθειας σε φαρμακευτικό –αναλώσιμο-ορθοπεδικό υλικό και αντιδραστήρια των στρατιωτικών νοσοκομείων.

Συμπεραίνουμε βέβαια ότι το πρώτο από τα δύο υπό εξέταση νοσοκομεία παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα στους δείκτες εκροών που αναλύονται, συγκρινόμενο με το δεύτερο, αποδεικνύοντας ότι επιτυγχάνει οικονομίες κλίμακας εκμεταλλεύόμενο με καλύτερο δυνατό τρόπο τους διατιθέμενους πόρους, τις κτηριακές του υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό του παρέχοντας έτσι περισσότερες, σε πλήθος τουλάχιστον, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε περισσότερους δικαιούχους.

Τα στοιχεία βέβαια που συλλέχτηκαν και αναλύθηκαν δεν μπορούν να μας αναδείξουν το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρουν τα δύο ιδρύματα καθιστώντας τη μελέτη περισσότερο ποσοτικής και λιγότερο ποιοτικής σύγκρισης.

Τα δύο στρατιωτικά νοσοκομεία της μελέτης εφαρμόζουν αυστηρά και απαρέγκλιτα τις νέες διατάξεις περί προμηθειών με το νομικό πλαίσιο που τις υποστηρίζει καταβάλλοντας όσον το δυνατόν μεγαλύτερη προσπάθεια για ομαδοποίηση των απαιτήσεων τους και σύναψη περισσότερων συμβάσεων για την επίτευξη συμφερότερων τιμών και την εξοικονόμηση πόρων.

Επιτακτικό βέβαια είναι τα στρατιωτικά νοσοκομεία να προβούν άμεσα στη σύσταση Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου (υπαγόμενης απευθείας στον Διοικητή του Νοσοκομείου και εντελώς ανεξάρτητης από τη Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών, για την εξασφάλιση της τήρησης των εσωτερικών διαδικασιών και της κατάρτισης οικονομικών καταστάσεων, απαλλαγμένων από ουσιώδη ανακρίβεια, που οφείλεται σε απάτη ή σφάλμα σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό Διπλογραφικής Λογιστικής Στρατιωτικών Νοσοκομείων των Ε.Δ. (ΦΕΚ Β΄1205/23.6.2015- Παράρτημα «ΙΓ»).

Η υπηρεσία αυτή θα έρθει να συμπληρώσει το υπάρχων πλαίσιο ελέγχων από τα ήδη υφιστάμενα όργανα ελέγχου, λειτουργώντας ως «σύμβουλος» της Διοίκησης, που αφού προβαίνει στην εκτίμηση των πιθανών κινδύνων, θα σχεδιάζει και θα υλοποιεί ένα πρόγραμμα ελέγχων επί όλων των λειτουργιών και διαδικασιών, για την αξιολόγηση των

εσωτερικών δικλίδων ασφαλείας ,και την υποβολή προτάσεων προς την Διοίκηση για την βελτίωση-αναθεώρησή τους.

Τα τελευταία χρόνια οι διοικήσεις των νοσοκομείων έχουν πλήρη επίγνωση των προβλημάτων του κλάδου της υγείας και έχουν καταφέρει να ανταπεξέλθουν, στις περισσότερες τουλάχιστον απαιτήσεις του εσωτερικού, όσο και εξωτερικού περιβάλλοντος τους επιτυχώς ταυτόχρονα με την συμβολή των εσωτερικών ελεγκτών. Ο περιορισμός της βασικής κατηγορίας εξόδου (ΚΑΕ) που είναι το αναλώσιμο υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό θα μπορέσει να επιτευχθεί μόνο με τη συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για ομαδοποίηση των υπόψη απαιτήσεων και τη κεντρική διενέργεια δημοσίων διαγωνισμών (πλαίσιο) για την επίτευξη συμφερότερων τιμών σε καλύτερης ποιότητας νοσοκομειακά υλικά.

Η συνεισφορά των εσωτερικών ελεγκτών, είναι ουσιαστική τόσο σε λειτουργικό όσο και σε μεθοδολογικό επίπεδο καθώς και στον τομέα της λήψης καίριων αποφάσεων και υλοποίησης καλών πρακτικών. Φυσικά ο θεσμός του Εσωτερικού Ελέγχου στις μονάδες υγείας παρουσίασε ως προς την εφαρμογή του προβλήματα, λόγω της λανθασμένης Νομοθετικής Περιγραφής του και της ανωριμότητας των οργανισμών να τον αφομοιώσουν άμεσα.

## **7.2 Προτάσεις**

Η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να επεκταθεί και στα υπόλοιπα στρατιωτικά νοσοκομεία που δραστηριοποιούνται στο λεκανοπέδιο Αττικής αλλά και γενικά στον ελλαδικό χώρο για μεγαλύτερο φυσικά χρονικό διάστημα που θα μπορούσε να αφορά την τρέχουσα χρονική περίοδο συγκρινόμενη με μελλοντικό χρονικό διάστημα που ο εσωτερικός έλεγχος θα έχει θεσμοθετηθεί στα οργανογράμματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και θα έχει καθιερωθεί στο σύνολο των διαδικασιών και όχι μόνο στον τομέα υλοποίησης των προμηθειών.

Επιπρόσθετα μπορούν να προστεθούν δείκτες εκροών μέτρησης της αποδοτικότητας, του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που εξυπηρετούνται στην εν λόγω κατηγορία νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Επίσης για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων θα μπορούσε να εφαρμοστεί και η μέθοδος των Βέλτιστων Προτύπων (DEA) και, συγκεκριμένα, το μοντέλο

γραμμικού προγραμματισμού για την ελαχιστοποίηση των εισροών, που εκτιμά το βαθμό στον οποίο κάθε μονάδα του δείγματος μπορεί να μειώσει την ποσότητα των εισροών του ώστε να παράγει μια συγκεκριμένη ποσότητα εκροών, και το μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού για τη μεγιστοποίηση των εκροών, που εκτιμά το βαθμό στον οποίο κάθε μονάδα του δείγματος είναι δυνατόν να αυξήσει την ποσότητα των εκροών, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη ποσότητα εισροών. Η εφαρμογή της μπορεί να υλοποιηθεί και για τη σύγκριση με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ που εδρεύουν στην Αττική. Η μέθοδος αυτή απαιτεί βέβαια μεγάλο αριθμό ιδρυμάτων όπως εφαρμόστηκε και από το Υ.Υ.Κ.Α. το 2011 στην ετήσια έκθεσή του για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Τέλος ο έλεγχος των φορέων του δημοσίου, τόσο ο εσωτερικός όσο και ο εξωτερικός, ενισχύει τη δημόσια διακυβέρνηση, μέσω της πρόβλεψης για λογοδοσία και της προστασίας των θεμελιωδών αξιών του κράτους, καθώς και μέσω της διασφάλισης του ότι οι δημόσιοι λειτουργοί επιτελούν το έργο τους με διαφάνεια, δικαιοσύνη, εντιμότητα και ακεραιότητα..

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

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

Βαρβατσουλάκης Ι., Κουφοπούλου Π. Αντώνογλου Δ. (2013), «Ο εσωτερικός έλεγχος στα Δημόσια Νοσοκομεία: 2 χρόνια από την πρώτη εφαρμογή», 5ο Συνέδριο Διοικητικών Επιστημόνων «Αναδιοργάνωση της Διοίκησης και του Κράτους στη μετά το Μνημόνιο εποχή» Πανεπιστήμιο Θράκης.

Βασιλόπουλος, Α. (2010). «Προμήθειες Δημόσιων Νοσοκομείων. Διαφθορά; Οργανωτικό-Διοικητική Ανεπάρκεια; Ή και τα δύο μαζί;», *Διοικητική Ενημέρωση (Τριμηνιαία επιθεώρηση για την διοικητική επιστήμη)*, Τεύχος 53, Ειδική Εκδοτική.

Δήμου Α. (2010), «Εσωτερικός έλεγχος συστήματα εσωτερικού ελέγχου και διερεύνηση της σημασίας ύπαρξής τους στον τραπεζικό κλάδο», Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Ελληνικό Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών (2013) : «Διεθνές Πλαίσιο για την Επαγγελματική Εφαρμογή του Εσωτερικού Ελέγχου (IPPF) , Αθήνα.

Ελληνικό Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών (2017) «Ο Εσωτερικός Έλεγχος και ο Ρόλος του στη Διακυβέρνηση του Δημόσιου Τομέα», Απρίλιος 2017 ανεκτήθει από [www.hiia.gr](http://www.hiia.gr) 21 Ιαν 2018

Ε.Σ.Δ.Υ. (2012). «Διερεύνηση του Κόστους του Δημόσιου Νοσοκομειακού Τομέα στην Ελλάδα: Ενημέρωση, Τελική Αναφορά Αποτελεσμάτων», *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα.*

Ελεγκτικό Συνέδριο, (2013). «Δημοσιονομικός Έλεγχος και Έλεγχος Συμμόρφωσης των Διαδικασιών Προμηθειών και της Διαχείρισης Αποθεμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών - ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ». *Εκθεση Ελέγχου. Αθήνα.*

ΕΛΣΤΑΤ, (2017). «Ελλάς με αριθμούς, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2017», *Ελληνική Στατιστική Εταιρεία, Αθήνα.*

Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). «Συστήματα Υγείας», *Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.*

Θεοδώρου, Μ., Μητροσύλη, Μ. (1999). «Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας; Νομικές και Διοικητικές Διαστάσεις», *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.*

- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (1997). «Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα», *Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα*.
- IOBE, (2011). «Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου», *Τδρμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα*.
- IOBE, (2014). «Ο ρόλος των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και οι προοπτικές της Ελληνικής οικονομίας», *Τδρμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών και The Boston Consulting Group (BCG), Αθήνα*.
- IOBE, (2017). «*Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015-2016*», *Τδρμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα*.
- Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α. (2013). «Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(2):233- 240*.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). «Υπηρεσίες Υγείας», *Τόμος Α', Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα*.
- Καπετανέας, Ν. (2016). «Παράγοντες Οργανωσιακής Κουλτούρας στα Γραφεία Προμηθειών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ της Ελλάδας που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος προμηθειών». *Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*.
- Κουτούπης Α.(2009) «Οι επιδράσεις του Θεσμικού Πλαισίου Εταιρικής Διακυβέρνησης και των Βέλτιστων Πρακτικών στην Ανάπτυξη των Συστημάτων Εσωτερικού Ελέγχου των επιχειρήσεων Η περίπτωση των εισηγμένων εταιρειών στο ΧΑΑ
- Κουτσούρης, Δ., Μαγκλαβέρα, Σ., Μπέρλερ, Α., Αγγελίδης Π. (2006) «Ηλεκτρονικές Προμήθειες στον τομέα της Υγείας», *Ερευνητική Εργασία, Ebusiness forum, Γενική Γραμματεία Βιομηχανίας, Υπουργείο Ανάπτυξης*.
- Λουμιώτης, Β., (2013) Ελεγκτική και επαγγελματικές ικανότητες ελεγκτή Διαχείριση κινδύνων και εσωτερικός έλεγχος. *ΙΕΣΟΕΛ, Αθήνα*
- Λιαρόπουλος, Λ., (2007). «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», *Τόμος Α', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα*.
- Μάνος Ι. (2014) Αξιολόγηση Συστήματος Εσωτερικού Ελέγχου Δημοσίων & Στρατιωτικών Μονάδων Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- Μάρδας, Δ. (2014). «Κρατικές προμήθειες και τα όρια της υποκρισίας». *Capital.gr, Ανακτήθηκε 18/01/18 από: <http://www.capital.gr/me-apopsi/1991322/kratikes-promitheies-kai-ta-oria-tis-upokrisias>*



Νεγκάκης Χ., Ταχυνάκης Π., (2013), «Σύγχρονα Θέματα Ελεγκτικής και Εσωτερικού Ελέγχου σύμφωνα με τα Διεθνή Πρότυπα Ελέγχου», Διπλογραφία.

Νιάκας, Δ., (2014). «Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, Τόμος 5, Τεύχος 1, σελ. 3-7.*

Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2017). «Προμήθειες Δημοσίου, Κείμενη Νομοθεσία & Βασικές Έννοιες», AUEB e-Class, Ανεκτήθη απο <https://eclass.aueb.gr/modules/document/file.php/.../Προμήθειες%20Δημοσίου.ppt>. Στις 21 Ιαν 2018

Παπακωνσταντίνου, Γ., (2011). «Προϋπολογισμός Οικονομικού Έτους 2011», *Εισηγητική Έκθεση.*

Παπαστάθης Σ.Π. (2014) «Ο Σύγχρονος Εσωτερικός Έλεγχος και Η Πρακτική Εφαρμογή του» Εκδόσεις Ιδιωτική ,Αθήνα

Πλαστάρας Γ, (2017) «Επιχειρησιακό Σχέδιο Δημοσίου Νοσοκομείου, η περίπτωση του ΝΙΜΤΣ» διπλωματική ΠΜΣ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.).

Πολύζος Ν., Δουμουλάκης Γ., Χρυσοχοϊδης Γ.(2000) «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας» Τόμος Β' ΕΑΠ, Πάτρα

Στουρνάρας, Γ., (2011). «Φαρμακευτική Δαπάνη και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα», *Τα Νέα Της ΕΟΠΕ, Τεύχος 14, σελ. 8-11.*

Τούντας, Γ., Γείτονα, Μ., Σίσκου, Ο., Σουλιώτης, Κ. (2011). «Μελέτη της οικονομικής λειτουργίας του δημοσίου συστήματος υγείας για τον εντοπισμό των πηγών σπατάλης και για τη διατύπωση προτάσεων αντιμετώπισής τους», *Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής – Ιατρική Σχολή – Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.*

Τσακλαγκάνος Α., 1997, Ελεγκτική, Αφοί Κυριακίδη, Θεσ/νίκη.

Τσιμάρας Δ. (2016) , «Η σημαντικότητα του εσωτερικού ελέγχου στις μονάδες υγείας, μελέτη περίπτωσης το νοσοκομείο Χίου», Πανεπιστήμιο Αιγαίου

ΥΥΚΑ, (2012). «Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011 - Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007- 2013», *Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία, Αθήνα.*

Φίλος Ι. (2004), *Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου Επιχειρήσεων*, Εκδόσεις IQ Group, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

### **Ξενογλώσση Βιβλιογραφία**

- Bums, L.R. & Wharton School Colleagues. (2002). “The Healthcare Value Chain: producers, purchasers and providers”, *Jossey-Bass, First Edition, San Francisco*.
- Kanellou Ai.(2017) Internal Control in Healthcare Units, Panteion University, Athens
- Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N., Polyzos, N. (2013). “Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis”. *Health Policy, 109: 7– 13*.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2011). “Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy”, *Lancet, 378:1457-8*.
- Kontodimopoulos, N., Kastanioti, C., Thireos, E., Karanikas, H., Polyzos, N. (2013). “The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis”, *Journal of Pharmaceutical Health Services Research, Volume 4, Issue 4, Pages 211– 216*.
- Lagrosen, S., Lagrosen, Y. (2011). “The learning process of health service procurement”. *Conference Proceedings, 14<sup>th</sup> Toulon-Verona Conference “Organizational Excellence in Services”, University of Alicante – University of Oviedo (Spain), September 1-3, 2011, pp. 597-607*.
- OECD, (2017). «Health at a Glance 2017: *OECD Indicators*», *OECD Publishing, Paris*-[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU,OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>
- Pridgen A. ,Wang K. (2012), «Audit Committees and Internal Control Quality: Evidence from nonprofit hospitals subject to the single audit act», *International Journal of Auditing, Volume 16, pp. 165-183*
- Waters, D. (2003). “Logistics: An introduction to supply chain management”, *Palgrave Macmillan, Hampshire*

## Παραρτήματα

### Α. Στοιχεία 251 ΓΝΑ

#### Παράρτημα Ι : Αριθμός Εισαγωγών ανά Κλινική Ετών 2014 – 2016

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014	2015	2016
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	791	826	910
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	929	809	949
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	292	128	93
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	721	615	643
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	725	676	611
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	233	202	173
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	2431	2535	2798
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	506	512	537
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	189	196	203
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	278	217	207
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	19	3	0
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ	340	346	336
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	72	90	113
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	929	1079	1118
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	580	611	537
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	613	551	490
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	4157	4012	3608
Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	738	696	712
Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	685	843	824
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	3115	3330	3344
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	958	896	862
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	606	718	736
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	145	134	137
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	723	706	596
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	102	90	49
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	359	297	277
ΩΡΛ	322	298	298
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21558</b>	<b>21416</b>	<b>21161</b>

#### Παράρτημα ΙΙ : Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική Ετών 2014 – 2016

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014	2015	2016
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	9036	10036	12287
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	12070	11027	15052
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	2825	1680	873
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	7588	5997	7100

Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5760	4858	3887
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1622	1329	736
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	5393	4893	5704
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	3412	3142	3107
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1008	889	877
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	1018	668	702
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	51	7	0
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ	1430	1218	1300
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	952	980	1085
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	4948	5932	6537
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3366	3389	2923
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5328	4516	5058
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	5225	5151	4721
Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	4544	4126	4639
Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	3632	4955	4610
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	13900	9437	9097
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3030	2583	2443
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	1321	1539	1503
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	536	389	401
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	6454	6286	5616
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	265	237	221
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	3165	2666	2662
ΩΡΛ	1365	1537	1166
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>109.244</b>	<b>99.467</b>	<b>104.307</b>

**Παράρτημα ΙΙΙ : Ποσοστό Κάλυψης Κλινών ανά Κλινική Ετών 2014 – 2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	2014		2015		2016	
		Ημέρες Νοσηλείας	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	Ημέρες Νοσηλείας	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	Ημέρες Νοσηλείας	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	32	9.036	77,36	10.036	85,92	12.287	105,20
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	32	12.070	103,34	11.027	94,41	15.052	128,87
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	18	2.825	43,00	1.680	25,57	873	13,29
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	22	7.588	94,50	5.997	74,68	7.100	88,42
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	24	5.760	65,75	4.858	55,46	3.887	44,37
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2	1.622	222,19	1.329	182,05	736	100,82
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	10	5.393	147,75	4.893	134,05	5.704	156,27
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	11	3.412	84,98	3.142	78,26	3.107	77,38
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6	1.008	46,03	889	40,59	877	40,05
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	2	1.018	139,45	668	91,51	702	96,16
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	2	51	6,99	7	0,96	0	0,00
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ	5	1.430	78,36	1.218	66,74	1.300	71,23
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6	952	43,47	980	44,75	1.085	49,54
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	17	4.948	79,74	5.932	95,60	6.537	105,35
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	15	3.366	61,48	3.389	61,90	2.923	53,39
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	15	5.328	97,32	4.516	82,48	5.058	92,38
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	2	5.225	715,75	5.151	705,62	4.721	646,71
Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	28	4.544	44,46	4.126	40,37	4.639	45,39
Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	28	3.632	35,54	4.955	48,48	4.610	45,11
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	12	13.900	317,35	9.437	215,46	9.097	207,69
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	16	3.030	51,88	2.583	44,23	2.443	41,83
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	12	1.321	30,16	1.539	35,14	1.503	34,32

ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	7	536	20,98	389	15,23	401	15,69
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	16	6.454	110,51	6.286	107,64	5.616	96,16
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	3	265	24,20	237	21,64	221	20,18
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	20	3.165	43,36	2.666	36,52	2.662	36,47
ΩΡΛ	9	1.365	41,55	1.537	46,79	1.166	35,49
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>372</b>	<b>109.244</b>	<b>80,46</b>	<b>99.467</b>	<b>73,26</b>	<b>104.307</b>	<b>76,82</b>

**Παράρτημα IV : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά Κλινική Ετών 2014 – 2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014			2015			2016		
	Ημέρες Νοσηλείας	Εισαγωγές	ΜΔΝ	Ημέρες Νοσηλείας	Εισαγωγές	ΜΔΝ	Ημέρες Νοσηλείας	Εισαγωγές	ΜΔΝ
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	9.036	791	11,42	10.036	826	12,15	12.287	910	13,50
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	12.070	929	12,99	11.027	809	13,63	15.052	949	15,86
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	2.825	292	9,67	1.680	128	13,13	873	93	9,39
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	7.588	721	10,52	5.997	615	9,75	7.100	643	11,04
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5.760	725	7,94	4.858	676	7,19	3.887	611	6,36
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.622	233	6,96	1.329	202	6,58	736	173	4,25
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	5.393	2.431	2,22	4.893	2.535	1,93	5.704	2.798	2,04
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	3.412	506	6,74	3.142	512	6,14	3.107	537	5,79
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.008	189	5,33	889	196	4,54	877	203	4,32
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	1.018	278	3,66	668	217	3,08	702	207	3,39
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	51	19	2,68	7	3	2,33	0	0	0,00
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ	1.430	340	4,21	1.218	346	3,52	1.300	336	3,87
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	952	72	13,22	980	90	10,89	1.085	113	9,60
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	4.948	929	5,33	5.932	1.079	5,50	6.537	1.118	5,85

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3.366	580	5,80	3.389	611	5,55	2.923	537	5,44
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5.328	613	8,69	4.516	551	8,20	5.058	490	10,32
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	5.225	4.157	1,26	5.151	4.012	1,28	4.721	3.608	1,31
Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	4.544	738	6,16	4.126	696	5,93	4.639	712	6,52
Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	3.632	685	5,30	4.955	843	5,88	4.610	824	5,59
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	13.900	3.115	4,46	9.437	3.330	2,83	9.097	3.344	2,72
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3.030	958	3,16	2.583	896	2,88	2.443	862	2,83
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	1.321	606	2,18	1.539	718	2,14	1.503	736	2,04
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	536	145	3,70	389	134	2,90	401	137	2,93
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	6.454	723	8,93	6.286	706	8,90	5.616	596	9,42
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	265	102	2,60	237	90	2,63	221	49	4,51
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	3.165	359	8,82	2.666	297	8,98	2.662	277	9,61
ΩΡΛ	1.365	322	4,24	1.537	298	5,16	1.166	298	3,91
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>109.244</b>	<b>21.558</b>	<b>5,07</b>	<b>99.467</b>	<b>21.416</b>	<b>4,64</b>	<b>104.307</b>	<b>21.161</b>	<b>4,93</b>

**Παράρτημα V : Ρυθμός εισροής Ασθενών (Ρκ) ανά Κλινική Ετών 2014 –2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014			2015			2016		
	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΔΝ	Ρκ	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΔΝ	Ρκ	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΔΝ	Ρκ
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	77,36	11,42	24,72	85,92	12,15	25,81	105,20	13,50	28,44
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	103,34	12,99	29,03	94,41	13,63	25,28	128,87	15,86	29,66
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	43,00	9,67	16,22	25,57	13,13	7,11	13,29	9,39	5,17
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	94,50	10,52	32,77	74,68	9,75	27,95	88,42	11,04	29,23
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	65,75	7,94	30,21	55,46	7,19	28,17	44,37	6,36	25,46
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	222,19	6,96	116,50	182,05	6,58	101,00	100,82	4,25	86,50

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	147,75	2,22	243,10	134,05	1,93	253,50	156,27	2,04	279,80
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	84,98	6,74	46,00	78,26	6,14	46,55	77,38	5,79	48,82
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	46,03	5,33	31,50	40,59	4,54	32,67	40,05	4,32	33,83
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	139,45	3,66	139,00	91,51	3,08	108,50	96,16	3,39	103,50
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	6,99	2,68	9,50	0,96	2,33	1,50	0,00	0,00	0,00
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ	78,36	4,21	68,00	66,74	3,52	69,20	71,23	3,87	67,20
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	43,47	13,22	12,00	44,75	10,89	15,00	49,54	9,60	18,83
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	79,74	5,33	54,65	95,60	5,50	63,47	105,35	5,85	65,76
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	61,48	5,80	38,67	61,90	5,55	40,73	53,39	5,44	35,80
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	97,32	8,69	40,87	82,48	8,20	36,73	92,38	10,32	32,67
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	715,75	1,26	2.078,50	705,62	1,28	2.006,00	646,71	1,31	1.804,00
Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	44,46	6,16	26,36	40,37	5,93	24,86	45,39	6,52	25,43
Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	35,54	5,30	24,46	48,48	5,88	30,11	45,11	5,59	29,43
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	317,35	4,46	259,58	215,46	2,83	277,50	207,69	2,72	278,67
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	51,88	3,16	59,88	44,23	2,88	56,00	41,83	2,83	53,88
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	30,16	2,18	50,50	35,14	2,14	59,83	34,32	2,04	61,33
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	20,98	3,70	20,71	15,23	2,90	19,14	15,69	2,93	19,57
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	110,51	8,93	45,19	107,64	8,90	44,13	96,16	9,42	37,25
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	24,20	2,60	34,00	21,64	2,63	30,00	20,18	4,51	16,33
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	43,36	8,82	17,95	36,52	8,98	14,85	36,47	9,61	13,85
ΩΡΛ	41,55	4,24	35,78	46,79	5,16	33,11	35,49	3,91	33,11
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80,46</b>	<b>5,07</b>	<b>57,95</b>	<b>73,26</b>	<b>4,64</b>	<b>57,57</b>	<b>76,82</b>	<b>4,93</b>	<b>56,88</b>



**Παράρτημα VI : Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (Ρε) ανά Κλινική Ετών 2014 –2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014			2015			2016		
	ΜΔΝ	Ρκ	Ρε	ΜΔΝ	Ρκ	Ρε	ΜΔΝ	Ρκ	Ρε
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	11,42	24,72	3,34	12,15	25,81	1,99	13,50	28,44	-0,67
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	12,99	29,03	-0,42	13,63	25,28	0,81	15,86	29,66	-3,55
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	9,67	16,22	12,83	13,13	7,11	38,20	9,39	5,17	61,26
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	10,52	32,77	0,61	9,75	27,95	3,31	11,04	29,23	1,45
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	7,94	30,21	4,14	7,19	28,17	5,77	6,36	25,46	7,98
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6,96	116,50	-3,83	6,58	101,00	-2,97	4,25	86,50	-0,03
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	2,22	243,10	-0,72	1,93	253,50	-0,49	2,04	279,80	-0,73
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	6,74	46,00	1,19	6,14	46,55	1,71	5,79	48,82	1,69
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5,33	31,50	6,25	4,54	32,67	6,64	4,32	33,83	6,47
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	3,66	139,00	-1,04	3,08	108,50	0,29	3,39	103,50	0,14
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	2,68	9,50	35,74	2,33	1,50	241,00	0,00	0,00	0,00
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ	4,21	68,00	1,16	3,52	69,20	1,75	3,87	67,20	1,56
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	13,22	12,00	17,19	10,89	15,00	13,44	9,60	18,83	9,78
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	5,33	54,65	1,35	5,50	63,47	0,25	5,85	65,76	-0,30
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	5,80	38,67	3,64	5,55	40,73	3,41	5,44	35,80	4,75
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	8,69	40,87	0,24	8,20	36,73	1,74	10,32	32,67	0,85
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	1,26	2.078,50	-1,08	1,28	2.006,00	-1,10	1,31	1.804,00	-1,11
Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	6,16	26,36	7,69	5,93	24,86	8,76	6,52	25,43	7,84
Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	5,30	24,46	9,62	5,88	30,11	6,25	5,59	29,43	6,81
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	4,46	259,58	-3,06	2,83	277,50	-1,52	2,72	278,67	-1,41

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3,16	59,88	2,93	2,88	56,00	3,64	2,83	53,88	3,94
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	2,18	50,50	5,05	2,14	59,83	3,96	2,04	61,33	3,91
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3,70	20,71	13,92	2,90	19,14	16,16	2,93	19,57	15,72
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	8,93	45,19	-0,85	8,90	44,13	-0,63	9,42	37,25	0,38
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	2,60	34,00	8,14	2,63	30,00	9,53	4,51	16,33	17,84
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	8,82	17,95	11,52	8,98	14,85	15,60	9,61	13,85	16,74
ΩΡΛ	4,24	35,78	5,96	5,16	33,11	5,87	3,91	33,11	7,11
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>5,07</b>	<b>57,95</b>	<b>1,23</b>	<b>4,64</b>	<b>57,57</b>	<b>1,70</b>	<b>4,93</b>	<b>56,88</b>	<b>1,49</b>

**Παράρτημα VII:** Ετήσιες Λειτουργικές Δαπάνες 251 ΓΝΑ

ΚΑΕ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2014	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2015	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2016
291	ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΙΚΑ	34.951,87	3.186,17	0,00
292	ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓ.ΟΣΩΝ ΠΡΑΓΜ.ΕΠΑΓ.ΑΣΚΗΣΗ	22.173,97	2.337,69	0,00
355	ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΣΕ ΛΟΠΠΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	3.400,09	0,00	0,00
385	ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΜΑΘΗΤΩΝ ΟΑΕΔ	17.137,12	0,00	0,00
415	ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΙΣΘΟΣ ΟΠΛΙΤΩΝ	15.307,56	17.252,75	13.184,75
482	ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΣΤΡ.ΠΡΣΚΟΥ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	7.488,48	8.669,82	5.195,64
511	ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΥΠΕΡΩΡΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	29.997,51	0,00	0,00
512	ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΥΠΕΡΩΡΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΥΡΙΑΚΩΝ & ΑΡΓΙΩΝ	20.361,87	0,00	0,00
517	ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	1.731,26	0,00	0,00
541	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΡΣΚΟΥ	1.276.324,09	1.508.736,24	1.472.162,84
542	ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΡΣΚΟΥ	27.157,00	21.855,00	25.789,00

543	ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	267.550,45	237.777,88	127.061,58
544	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΡΣΚΟΥ	25.792,33	24.381,58	16.333,36
546	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΝΠΔΔ	34.974,59	158.463,18	68.616,89
548	ΕΠΙΔΟΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	26.760,12	29.622,03	24.501,25
549	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΗΛΙΑΣ	199.837,18	224.990,42	272.080,05
559	ΛΟΙΠΑ ΕΞΟΔΑ ΑΣΦ.ΔΗΜΟΣΙΟΥ	81.642,70	108.980,36	90.955,94
561	ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΥΠΕΡΩΡΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧ. ΜΥ ΣΕ ΓΡΑΦΕΙΑ ΒΟΥΛΕΥΤΩΝ	1.785,84	0,00	0,00
562	ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΕΦΗΜΕΡΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ	437.805,49	46.570,25	0,00
711	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΠΡΣΚΟΥ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	172.135,97	188.314,56	0,00
712	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ Ή ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ ΠΡΣΚΟΥ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	33.396,08	36.162,64	0,00
713	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΠΡΣΚΟΥ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	1.430,28	0,00	0,00
719	ΛΟΙΠΑ ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ	0,00	0,00	30.267,50
721	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ	0,00	0,00	196.472,21
722	ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗΣ	0,00	0,00	9.564,41
723	ΕΞΟΔΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	0,00	0,00	18.840,51
829	ΛΟΙΠΕΣ ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ	0,00	0,00	493,32
831	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΔΡΕΥΣΗΣ-ΑΡΔΕΥΣΗΣ	161.268,44	180.566,35	155.539,23
833	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΑΕΡΙΟΥ	866.691,54	225.698,85	495.901,00
845	ΔΑΠΑΝΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	0,00	1.577,51	472,80
851	ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	184.799,64	84.211,53	234.973,59
861	ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΛΟΙΠΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	436,65	496,04	1.616,33
869	ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	212.077,50	102.954,23	266.507,43
871	ΑΜΟΙΒΕΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ	36,93	1.846,41	456,80
875	ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	1.828.763,52	1.995.014,76	2.004.476,17
881	ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ	24.616,00	5.200,00	4.000,00
892	ΠΑΣΗΣ ΦΥΣΕΩΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΕ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ	142.504,00	3.855,80	970,33

899	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ & ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ	0,00	141.379,42	187.094,88
1111	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΧΑΡΤΙΟΥ-ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ	15.992,84	11.998,08	13.243,10
1121	ΠΕΡΟΜΗΘΕΙΑ ΒΙΒΛΙΩΝ & ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	1.309,26	3.729,93	0,00
1123	ΠΕΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	1.299,31	1.467,23	0,00
1131	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	13.496,38	9.994,19	0,00
<b>1211</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ &amp; ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ</b>	<b>11.890.071,97</b>	<b>1.738.181,82</b>	<b>6.736.847,40</b>
1231	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	6.252,87	4.995,32	0,00
1232	ΚΑΤ'ΑΠΟΚΟΠΗ ΧΟΡΗΓΗΜΑ ΓΙΑ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	8.137,74	9.324,64	7.774,26
1311	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ & ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	17.997,56	15.497,89	14.705,93
1321	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ & ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΞΗΡΑΣ	9.927,29	7.979,86	4.639,47
1329	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ & ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΛΟΠΙΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	17.990,91	13.994,40	16.351,81
1411	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	582.625,62	711.731,49	652.093,81
1421	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΤΟΛΩΝ, ΥΦΑΣΜΑΤΩΝ & ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΙΔΩΝ	15.948,57	3.273,98	22.208,97
1423	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΥΠΟΔΗΣΗΣ	2.667,17	988,30	693,95
1431	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΕΣΤΙΑΣΗΣ & ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ	26.993,68	17.244,43	13.873,35
1432	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΑΘΛΗΣΗΣ & ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ	894,65	999,42	307,38
1511	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΥΣΙΜΩΝ & ΛΙΠΑΝΤΙΚΩΝ	10.991,30	11.296,96	10.356,13
1641	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΧΡΩΜΑΤΩΝ & ΛΟΙΠΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΙΔΩΝ	0,00	3.934,77	1.856,28
1642	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ & ΑΕΡΑΔΡΟΥ	96.676,19	133.000,49	41.171,82
1699	ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ	13.491,97	16.684,13	9.182,21
1711	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΠΠΛΩΝ	23.891,96	14.405,49	12.219,83
1712	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ & ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	17.222,08	0,00	657,99
1713	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΓΡΑΦΟΜΗΧΑΝΩΝ, ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΗΣ ΚΛΠ ΜΗΧΑΝΩΝ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	0,00	0,00	1.599,00
1723	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ Η/Υ ,ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ & ΛΟΙΠΩΝ ΥΛΙΚΩΝ	13.995,59	0,00	14.692,38

1729	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ & ΛΟΙΠΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	0,00	5.999,92	242.033,00
1913	ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΑΕΡΟΔΡΟΜΙΩΝ & ΛΟΙΠΩΝ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΩΝ ΕΓΚ/ΣΕΩΝ	23.689,49	0,00	0,00
1924	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	0,00	0,00	19.035,24
1925	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ & ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	216.410,66	0,00	140.332,58
1929	ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ	3.594,91	0,00	0,00
6512	ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΔΗΜ.ΔΙΑΧ/ΣΕΩΝ	100,00	0,00	0,00
9111	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΧΑΡΤΙΟΥ-ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ	2.591,89	0,00	0,00
9113	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	0,00	2.545,80	0,00
<b>9121</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ &amp; ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ</b>	<b>4.493.487,31</b>	<b>380.034,53</b>	<b>1.999.989,59</b>
9122	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	650,26	678,60	490,62
9131	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ & ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΞΗΡΑΣ	10.030,93	0,00	0,00
9141	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ, ΥΠΟΔΗΣΗΣ & ΕΞΑΡΤΥΣΗΣ	0,00	81.039,97	55.872,91
9151	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΥΣΙΜΩΝ & ΛΙΠΑΝΤΙΚΩΝ	2.402,50	935,92	911,60
9169	ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ	111.014,79	7.405,03	8.811,09
9175	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ Η/Υ & ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΣΥΓΚ/ΤΩΝ	0,00	0,00	10.860,90
9521	ΑΜΟΙΒΕΣ ΩΡΟΜΙΣΘΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ	235,54	0,00	0,00
9541	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ	1.286.488,33	695.217,98	373.644,91
9549	ΛΟΙΠΑ ΕΞΟΔΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ	587,60	23.477,76	0,00
9569	ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΕΙΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΕΙΣ	0,00	0,00	19.075,68
9711	ΕΞΟΔΑ ΓΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	26.256,68	37.980,16	29.895,19
9829	ΛΟΙΠΕΣ ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ	143,58	0,00	0,00
9831	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΔΡΕΥΣΗΣ-ΑΡΔΕΥΣΗΣ	921,80	12.261,70	11.410,09
9839	ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	166.251,23	0,00	0,00
9871	ΑΜΟΙΒΕΣ & ΕΞΟΔΑ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ	36,93	0,00	0,00

9891	ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ & ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	2.830,54	19.229,84	376.057,80
9844	ΔΑΠΑΝΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	0,00	0,00	1.475,60
9851	ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΜΗΧ/ΚΟΥ & ΛΟΙΠΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	0,00	0,00	33.495,80
9871	ΑΜΟΙΒΕΣ & ΕΞΟΔΑ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ	0,00	0,00	0,00
9891	ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ & ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	19.229,84	376.057,80	71.459,19
	<b>ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΙΚΟΥ Π/Υ</b>	<b>25.315.165,79</b>	<b>9.733.689,30</b>	<b>16.692.854,67</b>
	<b>ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΚΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ Π/Υ</b>	<b>5.787.347,19</b>	<b>11.466.354,83</b>	<b>13.760.330,61</b>
	<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>31.102.512,98</b>	<b>21.200.044,13</b>	<b>30.453.185,28</b>

## Β. Στοιχεία ΝΙΜΤΣ

### Παράρτημα Ι : Αριθμός Εισαγωγών ανά Κλινική Ετών 2014 - 2016

ΚΛΙΝΙΚΗ - ΤΜΗΜΑ	2014	2015	2016
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	753	223	730
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	872	247	697
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	1.909	612	2.216
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.196	351	1.056
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.187	364	846
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	826	303	1.003
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	24	3	3
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	7	3	12
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	3.801	1.113	3.193
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	159	33	142
Μ.Ε.Θ.	153	14	20
Μ.Ε.Θ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	0	168	582
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	738	168	442
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	403	126	376
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	171	62	108
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	928	201	583
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	1.218	477	1.264
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	835	188	637
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	144	41	112
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	767	230	630
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	15	1	2
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	399	110	353
ΤΕΝΧΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ - ΠΕΡΙΤ. ΚΑΘΑΡ	2	1	2
Ω.Ρ.Λ.	222	98	244
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>16.729</b>	<b>5.137</b>	<b>15.253</b>

### Παράρτημα ΙΙ : Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική Ετών 2014 – 2016

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014	2015	2016
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	6.438	6.539	5.876
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	5.700	5.669	5.679
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	7.758	6.590	7.167
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5.986	5.254	5.137
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4.717	4.297	3.565
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	8.410	7.219	4.347
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	45	37	6

ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	5	55
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	9.621	9.300	8.873
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	245	291	457
ΜΕΘ	1.645	1.642	1.311
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3.156	2.657	2.622
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.994	2.024	2.084
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	700	815	383
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	6.151	2.995	2.995
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4.999	5.090	5.243
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	3.201	2.339	2.570
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	367	360	630
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	4.421	3.896	4.146
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	15	5	6
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	775	631	714
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ –	2	14	2
ΩΡΛ	451	454	403
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>76.798</b>	<b>68.123</b>	<b>64.271</b>



**Παράρτημα III : Ημέρες Νοσηλείας και Ποσοστό Κάλυψης Κλινών ανά Κλινική - Τμήμα ετών 2014 – 2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	2014		2015		2016	
		Ημέρες Νοσηλείας	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	Ημέρες Νοσηλείας	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	Ημέρες Νοσηλείας	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	32	6438	55,12	6539	55,98	5876	50,31
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	31	5700	50,38	5669	50,10	5679	50,19
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	30	7758	70,85	6590	60,18	7167	65,45
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	28	5986	58,57	5254	51,41	5137	50,26
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	35	4717	36,92	4297	33,64	3565	27,91
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	16	8410	144,01	7219	123,61	4347	74,43
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	6	45	2,05	37	1,69	6	0,27
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6	1	0,05	5	0,23	55	2,51
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	28	9621	94,14	9300	91,00	8873	86,82
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	11	245	6,10	291	7,25	457	11,38
ΜΕΘ	7	1645	64,38	1642	64,27	1311	51,31
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	20	3156	43,23	2657	36,40	2622	35,92
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	14	1994	39,02	2024	39,61	2084	40,78
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	10	700	19,18	815	22,33	383	10,49
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	20	6151	84,26	2995	41,03	2995	41,03
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	14	4999	97,83	5090	99,61	5243	102,60
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	6	3201	146,16	2339	106,80	2570	117,35
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	367	100,55	360	98,63	630	172,60
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	15	4421	80,75	3896	71,16	4146	75,73
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1	15	4,11	5	1,37	6	1,64
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	4	775	53,08	631	43,22	714	48,90
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ – ΠΕΡΙΤ. Κ	13	2	0,04	14	0,30	2	0,04
ΩΡΛ	6	451	20,59	454	20,73	403	18,40
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>354</b>	<b>76798</b>	<b>59,44</b>	<b>68123</b>	<b>52,72</b>	<b>64271</b>	<b>49,74</b>

**Παράρτημα IV : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά Κλινικές - Τμήμα ετών 2014 – 2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014			2015			2016		
	Ημέρες Νοσηλείας	Εισαγωγές	ΜΑΝ	Ημέρες Νοσηλείας	Εισαγωγές	ΜΑΝ	Ημέρες Νοσηλείας	Εισαγωγές	ΜΑΝ
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	6438	753	8,55	6539	223	29,32	5876	730	8,05
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	5700	872	6,54	5669	247	22,95	5679	697	8,15
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	7758	1.909	4,06	6590	612	10,77	7167	2.216	3,23
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5986	1.196	5,01	5254	351	14,97	5137	1.056	4,86
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4717	1.187	3,97	4297	364	11,80	3565	846	4,21
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	8410	826	10,18	7219	303	23,83	4347	1.003	4,33
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	45	24	1,88	37	3	12,33	6	3	2,00
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	7	0,14	5	3	1,67	55	12	4,58
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	9621	3.801	2,53	9300	1.281,00	7,26	8873	3.775	2,35
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	245	159	1,54	291	33,00	8,82	457	142,00	3,22
ΜΕΘ	1645	153	10,75	1642	14,00	117,29	1311	20,00	65,55
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	3156	738	4,28	2657	168	15,82	2622	442	5,93
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1994	403	4,95	2024	126	16,06	2084	376	5,54
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	700	171	4,09	815	62	13,15	383	108	3,55
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	6151	928	6,63	2995	201	14,90	2995	583	5,14
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4999	1.218	4,10	5090	477	10,67	5243	1.264	4,15
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	3201	835	3,83	2339	188	12,44	2570	637	4,03
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	367	144	2,55	360	41	8,78	630	112	5,63
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	4421	767	5,76	3896	230	16,94	4146	630	6,58
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	15	15	1,00	5	1	5,00	6	2	3,00
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	775	399	1,94	631	110	5,74	714	353	2,02
ΤΕΧΝ ΝΕΦΡΟΥ – ΠΕΡΙΤ. Κ	2	2	1,00	14	1	14,00	2	2	1,00
ΩΡΛ	451	222	2,03	454	98	4,63	403	244	1,65
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>76798</b>	<b>16.729,00</b>	<b>4,59</b>	<b>68123</b>	<b>5.137,00</b>	<b>13,26</b>	<b>64271</b>	<b>15.253,00</b>	<b>4,21</b>

**Παράρτημα V : Ρυθμός Εισροής Ασθενών ΡΚ ανά Κλινική - Τμήμα ετών 2014 – 2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014			2015			2016		
	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΑΝ	ΡΚ	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΑΝ	ΡΚ	Ποσοστό Κάλυψης Κλινών	ΜΑΝ	ΡΚ
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	55,12	8,55	23,53	55,98	29,32	6,97	50,31	8,05	22,81
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50,38	6,54	28,13	50,10	22,95	7,97	50,19	8,15	22,48
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	70,85	4,06	63,63	60,18	10,77	20,40	65,45	3,23	73,86
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	58,57	5,01	42,71	51,41	14,97	12,54	50,26	4,86	37,71
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	36,92	3,97	33,91	33,64	11,80	10,40	27,91	4,21	24,17
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	144,01	10,18	51,63	123,61	23,83	18,94	74,43	4,33	62,68
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	2,05	1,88	3,99	1,69	12,33	0,50	0,27	2,00	0,49
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0,05	0,14	1,28	0,23	1,67	0,50	2,51	4,58	2,00
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	94,14	2,53	135,75	91,00	7,26	45,75	86,82	2,35	134,82
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6,1	1,54	14,45	7,25	8,82	3,00	11,38	3,22	12,91
ΜΕΘ	64,38	10,75	21,86	64,27	117,29	2,00	51,31	65,55	2,86
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	43,23	4,28	36,90	36,40	15,82	8,40	35,92	5,93	22,10
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	39,02	4,95	28,78	39,61	16,06	9,00	40,78	5,54	26,86
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	19,18	4,09	17,10	22,33	13,15	6,20	10,49	3,55	10,80
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	84,26	6,63	46,40	41,03	14,90	10,05	41,03	5,14	29,15
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	97,83	4,10	87,00	99,61	10,67	34,07	102,6	4,15	90,28
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	146,16	3,83	139,16	106,8	12,44	31,33	117,35	4,03	106,17
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	100,55	2,55	144,00	98,63	8,78	41,00	172,6	5,63	112,00
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	80,75	5,76	51,13	71,16	16,94	15,33	75,73	6,58	42,00
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	4,11	1,00	15,00	1,37	5,00	1,00	1,64	3,00	2,00
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	53,08	1,94	99,75	43,22	5,74	27,50	48,9	2,02	88,24
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ – ΠΕΡΙΤ. Κ	0,04	1,00	0,15	0,30	14,00	0,08	0,04	1,00	0,15
ΩΡΛ	20,59	2,03	36,99	20,73	4,63	16,33	18,4	1,65	40,66
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>59,44</b>	<b>4,59</b>	<b>47,26</b>	<b>52,72</b>	<b>13,26</b>	<b>14,51</b>	<b>49,74</b>	<b>4,21</b>	<b>43,09</b>

**Παράρτημα VI : Διάστημα Εναλλαγής Κλινών ανά Κλινική - Τμήμα ετών 2014 – 2016**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	2014			2015			2016		
	ΜΔΝ	ΡΚ	Διάστημα Εναλλαγής Κλινών	ΜΔΝ	ΡΚ	Διάστημα Εναλλαγής Κλινών	ΜΔΝ	ΡΚ	Διάστημα Εναλλαγής Κλινών
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	8,55	23,53	6,96	29,32	6,97	23,06	8,05	22,81	7,95
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	6,54	28,13	6,44	22,95	7,97	22,86	8,15	22,48	8,09
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	4,06	63,63	1,67	10,77	20,40	7,12	3,23	73,86	1,71
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5,01	42,71	3,54	14,97	12,54	14,15	4,86	37,71	4,81
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3,97	33,91	6,79	11,80	10,40	23,29	4,21	24,17	10,88
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	10,18	51,63	-3,11	23,83	18,94	-4,55	4,33	62,68	1,49
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	1,88	3,99	89,59	12,33	0,50	717,45	2,00	0,49	738,74
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0,14	1,28	285,57	1,67	0,50	722,97	4,58	2,00	178,02
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	2,53	135,75	0,16	7,26	45,75	0,72	2,35	134,82	0,36
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1,54	14,45	23,72	8,82	3,00	112,81	3,22	12,91	25,06
ΜΕΘ	10,75	21,86	5,95	117,29	2,00	65,20	65,55	2,86	62,20
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4,28	36,90	5,62	15,82	8,40	27,63	5,93	22,10	10,58
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4,95	28,78	7,73	16,06	9,00	24,49	5,54	26,86	8,05
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	4,09	17,10	17,25	13,15	6,20	45,72	3,55	10,80	30,26
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	6,63	46,40	1,24	14,90	10,05	21,42	5,14	29,15	7,38
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4,10	87,00	0,09	10,67	34,07	0,04	4,15	90,28	-0,11
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	3,83	139,16	-1,21	12,44	31,33	-0,79	4,03	106,17	-0,60
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2,55	144,00	-0,01	8,78	41,00	0,12	5,63	112,00	-2,37
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	5,76	51,13	1,37	16,94	15,33	6,87	6,58	42,00	2,11
ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1,00	15,00	23,33	5,00	1,00	359,96	3,00	2,00	179,93
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	1,94	99,75	1,72	5,74	27,50	7,54	2,02	88,24	2,11
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ – ΠΕΡΙΤ. Κ	1,00	0,15	2499,00	14,00	0,08	4652,67	1,00	0,15	2499,00
ΩΡΛ	2,03	36,99	7,84	4,63	16,33	17,71	1,65	40,66	7,32
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>4,59</b>	<b>47,26</b>	<b>3,13</b>	<b>13,26</b>	<b>14,51</b>	<b>11,89</b>	<b>4,21</b>	<b>43,09</b>	<b>4,26</b>

**Παράρτημα VII :Λειτουργικές Δαπάνες ΝΙΜΤΣ**

<b>Κ Α Ε</b>	<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</b>	<b>ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2014</b>	<b>ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2015</b>	<b>ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2016</b>
<b>0 0 0 0</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>	<b>586.597.073,00</b>	<b>6.498.121,60</b>	<b>7.135.741,12</b>
<b>200</b>	<b>ΑΜΟΙΒΕΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ</b>	<b>1.024.076,97</b>	<b>2.057.602,23</b>	<b>2.372.047,64</b>
210-220	ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΙΣΘΟΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ	142.091,11	156.151,39	203.848,42
211	Βασικός μισθός τακτικών	9.631,00	0,00	0,00
212	Βασικός μισθός εκτάκτων.	92.993,34	113.894,45	146.923,29
221	Επίδομα χρόνου υπηρεσίας	24.116,99	26.584,94	34.430,75
223	Επίδομα μεταπτυχιακών σπουδών	1.359,00	1.080,00	1.647,00
224	Επίδομα οικογενειακής παροχής	1.843,34	2.040,00	2.621,00
239	Λοιπά γενικά τακτικά επιδόματα	12.147,44	12.552,00	18.226,38
250	ΕΙΔΙΚΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	12.842,77	13.272,00	57.935,23
257	Επίδομα νοσοκομειακό (οδοπορικά)	12.842,77	13.272,00	19.292,38
258	Πρόσθετες αποδοχές υπαλλήλων	0,00	0,00	38.642,85
260	ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ	753.623,76	678.557,96	656.125,15
261	Αποζημίωση για υπερωριακή εργασία.	750.443,66	677.389,17	655.315,67
264	Αποζημίωση για συμμετοχή σε συμβούλια ή επιτροπές (περιλαμβάνονται και ιδιώτες).	3.180,10	1.168,79	809,48
270	ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	115.519,33	1.208.212,24	1.433.590,30
274	Αμοιβές ωρομισθίου προσωπικού.	115.519,33	0,00	0,00
277	Αποζημίωση εφημεριών	0,00	1.208.212,24	1.433.590,30
280	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ	0,00	1.408,64	20.548,54
289	Διάφορες αποζημιώσεις που δεν κατονομάζονται ειδικά.	0,00	1.408,64	20.548,54
400	ΑΜΟΙΒΕΣ ΟΣΩΝ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	445.700,59	416.498,24	291.617,35
410	ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ	235.043,84	206.559,17	138.108,57
411	Αμοιβές νομικών, που εκτελούν ειδικές υπηρεσίες με την ιδιότητα του ελεύθερου επαγγελματία.	25.101,61	23.434,66	13.377,64

419	Αμοιβές λοιπών, που εκτελούν ειδικές υπηρεσίες με την ιδιότητα ελευθέρων επαγγελματιών.	209.942,23	183.124,51	124.730,93
420	ΜΕ ΚΑΘΕ ΆΛΛΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	210.656,75	191.305,06	153.508,78
426	Αμοιβές ιδιωτικών γραφείων και ιδιωτών για την εκτέλεση μηχανογραφικών εργασιών.	195.295,74	183.446,43	116.129,74
429	Λοιπές αμοιβές φυσικών προσώπων, που εκτελούν ειδικές υπηρεσίες.	15.361,01	7.858,63	37.379,04
430	ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	0,00	18.634,01	0,00
433	Αμοιβή νομικών προσώπων ή οργανισμών για τη μηχανογραφική επεξεργασία στοιχείων.	0,00	18.634,01	0,00
<b>500</b>	<b>ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΝΠΔΔ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ, ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ, ΚΛΠ.</b>	<b>230.904,93</b>	<b>418.440,84</b>	<b>506.042,94</b>
510	ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	60.067,53	37.775,38	55.706,49
519	Λοιπές περιπτώσεις παροχής εξόδων νοσηλείας.	60.067,53	37.775,38	55.706,49
550	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	170.837,40	380.665,46	450.336,45
551	Εισφορές στο Ι.Κ.Α.	125.621,30	165.578,95	30.664,32
552	Εισφορές σε λοιπούς ασφαλιστικούς οργανισμούς.	27.645,72	195.061,61	399.300,15
555	Εργοδοτική εισφορά υπέρ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	17.570,38	20.024,90	20.371,98
<b>600</b>	<b>ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
630	ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	0,00	0,00	0,00
638	Αποζημιώσεις απολυομένων.	0,00	0,00	0,00
<b>700</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Ή ΜΗ</b>	<b>589,00</b>	<b>465,00</b>	<b>495,00</b>
710	ΕΞΟΔΑ ΓΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	589,00	465,00	495,00
712	Έξοδα κίνησης υπαλλήλων που μετακινούνται εντός έδρας για εκτέλεση υπηρεσίας.	589,00	465,00	495,00
<b>800</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>	<b>4.064.776,73</b>	<b>3.394.868,64</b>	<b>3.755.898,42</b>
810	ΜΙΣΘΩΜΑΤΑ	7.109,91	4.488,45	4.488,78
813	Μισθώματα κτιρίων και έξοδα κοινοχρήστων.	7.109,91	4.488,45	4.488,78
830	ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ	122.227,55	69.911,09	58.583,56
831	Ταχυδρομικά τέλη.	0,00	24,00	33,56

832	Τηλεφωνικά, τηλεγραφικά και τηλετυπικά τέλη εσωτερικού.	122.227,55	69.887,09	58.550,00
840	ΥΔΡΕΥΣΗ- ΑΡΔΕΥΣΗ, ΦΩΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	2.110.501,06	2.208.077,00	2.377.614,00
841	Υδρευση και άρδευση.	84.388,00	181.430,00	175.789,00
842	Φωτισμός, κίνηση και θέρμανση (με ηλεκτρισμό, φωταέριο και λοιπές πηγές ενέργειας).	511.122,00	478.323,00	515.829,00
845	Δαπάνες καθαρισμού γραφείων.	1.514.991,06	1.548.324,00	1.685.996,00
850	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	1.339,85	359,78	147,60
855	Επιδείξεις, γιορτές και λοιπά θεάματα (περιλαμβάνονται βραβεία και έπαθλα).	0,00	0,00	0,00
857	Οργάνωση συνεδρίων, συμμετοχή σε συνέδρια.	100,00	0,00	0,00
860-870	<b>ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΜΟΝΙΜΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ</b>	73.619,53	133.276,72	74.219,23
863	Συντήρηση και επισκευή κτιρίων.	21.602,34	103.480,95	52.729,90
879	Συντήρηση και επισκευή λοιπών μονίμων εγκαταστάσεων (περιλαμβάνονται διάφορα).	52.017,19	29.795,77	21.489,33
880	<b>ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ</b>	937.904,54	459.661,19	563.357,81
881	Συντήρηση και επισκευή μεταφορικών μέσων ξηράς.	1.173,58	549,02	929,27
887	Συντήρηση και επισκευή λοιπών μηχανημάτων.	583.648,21	256.783,90	263.245,20
888	Συντήρηση και επισκευή επίπλων και σκευών.	200,00	0,00	1.611,30
889	Συντήρηση και επισκευή λοιπού εξοπλισμού.	352.882,75	202.328,27	297.572,04
890	<b>ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ</b>	812.074,29	519.094,41	677.487,44
892	Ασφάλιστρα και φύλακτρα ακινήτων, μεταφορικών μέσων, μηχανικού εξοπλισμού, επίπλων, χρεωγράφων, ενεχύρων κ.λπ.	0,00	0,00	1.297,27
893	Εκτέλεση δικαστικών αποφάσεων ή συμβιβαστικών πράξεων.	126.206,44	35.819,46	90.949,04
894	Δικαστικά έξοδα (περιλαμβάνονται έξοδα πτώχευσης, κατάσχεσης και συμβολαιογραφικά.	3.858,69	3.984,80	1.500,00
899	Λοιπές δαπάνες.	682.009,16	479.290,15	583.741,13
<b>900</b>	<b>ΦΟΡΟΙ-ΤΕΛΗ, ΕΞΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΕΣΟΔΩΝ</b>	<b>99.922,51</b>	<b>210.246,65</b>	<b>209.639,77</b>
910	ΦΟΡΟΙ-ΤΕΛΗ.	99.922,51	210.246,65	209.639,77

911	Φόροι.	99.922,51	209.561,65	209.639,77
<b>1 0 0 0</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ.</b>	<b>22.496.777,56</b>	<b>7.791.759,15</b>	<b>18.464.687,04</b>
<b>1100</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΚΕΥΩΝ ΜΑΓΕΙΡΙΟΥ, ΚΛΙΝΟΣΤΡΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΩΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ</b>	<b>14.189,37</b>	<b>1.520,69</b>	<b>8.763,83</b>
1120	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΚΕΥΩΝ ΜΑΓΕΙΡΙΟΥ ΚΑΙ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	939,41	1.019,29	1.913,71
1129	Προμήθεια σκευών μαγειρίων και εστίασης που δεν κατονομάζονται ειδικά.	939,41	1.019,29	1.913,71
1130	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΛΙΝΟΣΤΡΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΩΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ	13.249,96	501,40	6.850,12
1139	Προμήθεια κλινοστρωμάτων και ειδών κατασκήνωσης που δεν κατονομάζονται ειδικά.	13.249,96	501,40	6.850,12
<b>1200</b>	<b>ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΓΡΑΦΕΙΩΝ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ Κ.Λ.Π.</b>	<b>289.214,61</b>	<b>189.889,24</b>	<b>72.626,40</b>
1250	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΒΙΒΛΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	0,00	0,00	1.586,70
1259	Προμήθεια βιβλίων, περιοδικών, εφημερίδων και λοιπών εκδόσεων.	0,00	0,00	1.586,70
1260	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΓΡΑΦΙΚΗΣ ΥΛΗΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΑΝΤΙΚΕΙΜΩΝ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΑ	114.412,23	69.418,84	58.790,13
1261	Προμήθεια γραφικής ύλης και μικροαντικειμένων γραφείου γενικά.	114.412,23	69.418,84	58.790,13
1280	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΛΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ	385,31	866,20	0,00
1281	Προμήθεια υλικών μηχανογραφικών και λοιπών συναφών εφαρμογών.	385,31	866,20	0,00
1290	ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΓΡΑΦΕΙΩΝ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΕΩΝ	174.417,07	119.604,20	12.249,57
1292	Προμήθεια ηλεκτρικών λαμπτήρων.	0,00	22.945,75	3.806,85
1293	Προμήθεια εντύπων και δελτίων μηχανογράφησης.	44.644,88	13.272,46	5.316,06
1299	Λοιπές προμήθειες εξοπλισμού γραφείων, εργαστηρίων και εκμεταλλεύσεων.	129.772,19	83.385,99	3.126,66
<b>1300</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΥ.</b>	<b>21.476.932,85</b>	<b>7.144.629,56</b>	<b>17.966.095,94</b>
<b>1310</b>	<b>ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ</b>	<b>20.846.447,60</b>	<b>6.062.227,07</b>	<b>15.966.087,62</b>
1311	Προμήθεια υγειονομικού υλικού.	10.377.032,85	4.304.782,87	10.290.785,15
1312	Προμήθεια φαρμακευτικού υλικού.	10.469.414,75	1.659.522,07	3.519.928,65



1313	Προμήθεια ορθοπεδικών, προσθετικών και λοιπών υλικών αναπήρων.	0,00	97.922,13	2.155.373,82
<b>1320</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ</b>	<b>0,00</b>	<b>9.130,28</b>	<b>387.266,71</b>
1329	Προμήθεια υλικού αιμοδοσίας.	0,00	9.130,28	387.266,71
1350	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΧΗΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑΤΩΝ	484.251,01	1.018.681,74	1.466.025,00
1351	Προμήθεια απολυμαντικού υλικού.	0,00	0,00	7.925,49
1359	Προμήθεια λοιπού χημικού υλικού.	484.251,01	1.018.681,74	1.458.099,51
1380	ΕΙΔΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΥ	146.234,24	54.590,47	146.716,61
1381	Προμήθεια ειδών καθαριότητας και ευπρεπισμού.	146.234,24	54.590,47	146.716,61
<b>1400</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΑΓΑΘΩΝ ΔΙΑΡΚΟΥΣ ΧΡΗΣΗΣ.</b>	<b>69.144,71</b>	<b>46.037,57</b>	<b>35.801,77</b>
1410	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΜΟΝΙΜΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	64.071,89	36.533,89	32.747,12
1413	Προμήθεια ειδών συντήρησης και επισκευής κτιρίων γενικά.	64.071,89	36.533,89	32.747,12
1430	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	46,06	4.778,59	1.702,88
1431	Προμήθεια ειδών συντήρησης και επισκευής μεταφορικών μέσων ξηράς.	0,00	0,00	131,70
1436	Προμήθεια ειδών συντήρησης και επισκευής τηλεπικοινωνιακών μέσων.	0,00	11,73	0,00
1439	Λοιπές προμήθειες ειδών συντήρησης και επισκευής μηχανικού και λοιπού εξοπλισμού.	46,06	4.766,86	1.571,18
1440	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ, ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	5.026,76	4.725,09	1.351,77
1441	Προμήθεια εξαρτημάτων, εργαλείων, πρώτων υλών κ.λπ. για την κατασκευή και επισκευή οργάνων εκπαίδευσης.	5.026,76	4.725,09	1.351,77
<b>1500</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ, ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ, ΥΠΟΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	<b>636.166,77</b>	<b>376.214,23</b>	<b>248.704,96</b>
1510	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	595.317,48	374.243,22	230.223,29
1511	Προμήθεια τροφίμων, ποτών, καπνού.	595.317,48	374.243,22	230.223,29
1520	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	40.518,33	1.971,01	14.889,46
1526	Προμήθεια στολών νοσοκόμων.	0,00	0,00	0,00

1528	Προμήθεια στολών λοιπού προσωπικού.	0,00	0,00	0,00
1529	Προμήθεια ιματισμού λοιπών περιπτώσεων.	40.518,33	1.971,01	14.889,46
1530	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΥΠΟΔΗΣΗΣ	330,96	0,00	3.592,21
1531	Προμήθεια υποδημάτων.	330,96	0,00	3.592,21
<b>1600</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΥΣΙΜΩΝ ΚΑΙ ΛΙΠΑΝΤΙΚΩΝ</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
1610	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΓΡΩΝ- ΣΤΕΡΕΩΝ ΚΑΥΣΙΜΩΝ, ΥΓΡΑΕΡΙΩΝ, ΦΩΤΑΕΡΙΟΥ, ΑΕΡΙΩΝ ΨΥΞΗΣ.	0,00	0,00	0,00
<b>1700</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΛΙΚΟΥ ΕΚΤΥΠΩΤΙΚΩΝ, ΒΙΒΛΙΟΔΕΤΙΚΩΝ, ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ</b>	<b>5.357,78</b>	<b>17.161,78</b>	<b>106.572,08</b>
1730	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΦΩΤΟΤΥΠΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ	4.426,84	5.624,38	13.431,55
1731	Προμήθεια φωτογραφικού και φωτοτυπικού υλικού.	4.426,84	5.624,38	13.431,55
1740	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	0,00	11.537,40	93.037,21
1741	Προμήθεια φίλμς.	0,00	11.537,40	93.037,21
1770	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	930,94	0,00	103,32
1779	Προμήθεια τηλεπικοινωνιακού υλικού που δεν κατονομάζεται ειδικά.	930,94	0,00	103,32
<b>1800</b>	<b>ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ</b>	<b>5.771,47</b>	<b>16.306,08</b>	<b>26.122,06</b>
1840	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΙΚΡΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΑΣ	512,07	822,39	2.472,30
1841	Προμήθεια εργαλείων μικρής διάρκειας και αξίας.	512,07	822,39	2.472,30
1890	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ	5.259,40	15.483,69	23.649,76
1899	Διάφορες προμήθειες που δεν κατονομ. ειδικά.	5.259,40	15.483,69	23.649,76
<b>2 0 0 0</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ</b>	<b>100.600,00</b>	<b>0,00</b>	<b>118.750,00</b>
2400	ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ, ΝΠΔΔ, ΟΤΑ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	100.600,00	0,00	118.750,00
2490	ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ ΓΙΑ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥΣ Ή ΜΗ ΣΚΟΠΟΥΣ	100.600,00	0,00	118.750,00
2492	Επιχορηγήσεις σε Ν.Π.Δ.Δ. για διάφορους σκοπούς.	10.060,00	0,00	118.750,00
<b>3 0 0 0</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΕΣΟΔΑ.</b>	<b>992.333,40</b>	<b>4.910.132,00</b>	<b>798.123,78</b>

<b>3100</b>	<b>ΕΠΙΣΤΡΟΦΕΣ ΟΣΩΝ ΕΙΣΠΡΑΧΘΗΚΑΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ.</b>	<b>0,00</b>	<b>4.303.367,12</b>	<b>151.405,34</b>
3190	ΑΠΟ ΛΟΙΠΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	0,00	4.303.367,12	151.405,34
3192	Εγγυήσεις, παρακαταθήκες, δαπάνες για λογαριασμό τρίτων αποδιδόμενες.	0,00	0,00	0,00
3193	Επιστροφές σε νομικά πρόσωπα και φορείς που εκτελούν κοινοτικά προγράμματα	0,00	4.303.367,12	151.405,34
<b>3300</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΝΤΙΚΡΥΖΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ.</b>	<b>992.333,40</b>	<b>606.764,88</b>	<b>646.718,44</b>
3340	ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	7.374,06	5.471,93	52.379,54
3341	Απόδοση στο ΙΚΑ των εισπράξεων που έγιναν γι' αυτό.	7.374,06	5.471,93	52.379,54
3350	ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΟΥΣ ΛΟΙΠΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΤΩΝ ΕΙΣΠΡΑΞΕΩΝ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ ΓΙΑ ΑΥΤΟΥΣ.	4.130,66	0,00	2.479,33
3359	Απόδοση στους λοιπούς Οργανισμούς των εισπράξεων που έγιναν γι' αυτούς.	4.130,66	0,00	2.479,33
3390	ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΕΙΣΠΡΑΞΕΩΝ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΩΝ Δ.Υ. ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΝΠΔΔ.	980.828,68	601.292,95	591.859,57
3391	Απόδοση των εισπράξεων που έγιναν για λογαριασμό του Δημοσίου.	980.828,68	601.292,95	591.589,57
<b>7 0 0 0</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ.</b>	<b>538.612,68</b>	<b>68.207,22</b>	<b>363.072,60</b>
<b>7100</b>	<b>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΑΓΑΘΩΝ ΔΙΑΡΚΟΥΣ ΧΡΗΣΗΣ.</b>	<b>538.612,68</b>	<b>68.207,22</b>	<b>363.072,60</b>
7110	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΠΙΠΛΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ	8.664,95	3.131,89	23.071,89
7111	Προμήθεια επίπλων.	8.474,99	2.848,99	3.848,39
7112	Προμήθεια ηλεκτρικών συσκευών και μηχανημάτων κλιματισμού γραφείων.	189,96	282,90	19.223,50
7120	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.	18.144,70	8.411,69	23.637,33
7123	Προμήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών λογισμικού και λοιπού συναφούς βοηθητικού εξοπλισμού.	15.214,86	2.100,46	19.897,44
7124	Προμήθεια φωτοτυπικών μηχανημάτων.	1.509,46	1.156,20	0,00
7127	Προμήθεια μηχανημάτων εκτός από μηχανές γραφείου.	0,00	3.778,61	3.062,00
7129	Προμήθεια λοιπών μηχανών γραφείου.	1.420,38	1.376,42	677,19
7130	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	511.803,03	56.663,64	316.363,38
7131	Προμήθεια επιστημονικών οργάνων.	511.803,03	56.663,64	316.363,38
<b>9 0 0 0</b>	<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ</b>	<b>55.471,35</b>	<b>23.001,00</b>	<b>2.275,50</b>

9700-9800	ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΕΚΤΕΛΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΕΣΟΔΑ ΤΩΝ ΝΠΔΔ	55.471,35	23.001,00	2.275,50
9720	ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΣΥΝ/ΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΕΓΚΑΤ/ΣΕΩΝ ΣΕ ΑΥΤΑ	55.471,35	23.001,00	2.275,50
9723	Επισκευή και συντήρηση κτιρίων υγειονομικών ιδρυμάτων και κοινωνικών γενικά υπηρεσιών και κάθε είδους εγκαταστάσεις σ' αυτά.	55.471,35	23.001,00	2.275,50
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30.049.765,72</b>	<b>19.291.220,97</b>	<b>26.882.650,04</b>

