



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΤΥΠΟ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ
ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΟΥΝΟΥΠΑΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ**

**ΒΑΓΓΕΛΗΣ ΚΟΤΣΙΦΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης.
 - 2. Ν. Μανιαδάκης**, Διοικητής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: «Πρότυπο κοστολόγησης ανά κέντρο κόστους σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο»

του/της: 1. Κούνουπα Ζαχαρία, Οικονομολόγος (M.sc), Παν. Κρήτης
2. Κοτσιφού Βαγγέλη, Οικονομολόγος, Οικονομικό Παν. Αθηνών.

Υπό την επίβλεψη του/των:

1. **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
2. **Ν. Μανιαδάκης**, Διοικητής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Ημερομηνία: Ιούλιος 2006

Λαμβάνοντας υπόψη το επιχειρηματικό πρότυπο, πολλοί οικονομολόγοι προσπαθούν να αναλύσουν την οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων, πέρα από τον κοινωνικό τους χαρακτήρα. Οι συζητήσεις γύρω από αυτόν τον τομέα επικεντρώνονται στην διαμόρφωση κάποιων εργαλείων-δεικτών αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας των νοσοκομειακών μονάδων, με απώτερο σκοπό αυτά να προσδιορισθούν περισσότερο, λόγω και του συνεχούς αυξανόμενου κόστους των υπηρεσιών υγείας διαχρονικά. Η ανάλυση του συγκριτικού κόστους μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου είναι συνήθης σε όλες τις μορφές οικονομικής αξιολόγησης. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η εφαρμογή της διεθνούς μεθοδολογίας στην κατασκευή-δημιουργία ενός υποδείγματος αποτίμησης κόστους ανά κέντρο κόστους στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ) και ακολούθως ο έλεγχος αποτελεσματικότητας της λειτουργίας του υποδείγματος με την εφαρμογή του στα έτη 2004 και το πρώτο εξάμηνο του 2005. Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν προέρχονται από ενδονοσοκομειακές πηγές του ΠαΓΝΗ. Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας κρίθηκε απαραίτητη για την διερεύνηση της απαιτούμενης μεθοδολογίας επιμερισμού του κόστους στα διάφορα τμήματα νοσηλευτικών ιδρυμάτων και έγινε χρησιμοποιώντας τους αγγλικούς όρους cost analysis, hospital cost, cost centre, hospital effectiveness. Το κάθε κέντρο κόστους θα περιλαμβάνει το κόστος για φάρμακα, για υγειονομικό υλικό, για ορθοπεδικό υλικό, δαπάνη για τα χημικά αντιδραστήρια και τα κόστη των υποστηρικτικών υπηρεσιών και παγίων. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του υποδείγματος μας έδωσαν το κόστος ανά κέντρο κόστους για το έτος 2004 και για το πρώτο εξάμηνο του 2005. Η μελέτη αυτή ενδέχεται να αποτελέσει ένα ιδιαίτερος χρήσιμο εργαλείο για την διαμόρφωση και την υιοθέτηση πολιτικών, προς όφελος της οικονομικής διαχείρισης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και κατ' επέκταση για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης τους, καθώς απαιτούνται πολλές βελτιώσεις και ρυθμίσεις.

Λέξεις κλειδιά: κέντρο κόστους, νοσοκομειακή αποδοτικότητα, αποτίμηση κόστους, αποτελεσματικότητα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ΠαΓΝΗ.

Abstract

Title: «**Model of cost assessment per cost centre in Academic General Hospital**»

by: 1. Kounoupas Zacharias, Economist (M.sc), University of Crete.
2. Kotsifos Vaggelis, Economist, Economic University of Athens.

Supervisor: 1. **Philalithis A.**, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine,
University of Crete
2. **Maniadakis N.**, Manager, Academic General Hospital Heraklion

Date: July 2006

Considering the enterprising model, a lot of economists try to analyze the economic behaviour of hospitals, beyond their social character. The discussions on this sector are focused in the configuration of certain tools of effectiveness and productivity of hospital units, aiming these to be better determined, as the cost of health services increases diachronically. The comparative cost analysis between the various departments of a hospital unit is commonly used in all kinds of economic evaluations. The objective of the present study is the application of international methodology in manufacturing a model of cost assessment per cost centre in the Academic General Hospital Heraklion (PaGNI) and followingly the examination of the effectiveness of this model by applying it in years 2004 and the first half-year period of 2005. The data used emanate by inter-hospital sources of PaGNI. Reviewing the international bibliography was considered essential in order to investigate the appropriate methodology of cost allocation between the various departments of nursing institutions and conducted by using the English terms 'cost analysis', 'hospital cost', 'cost centre', 'hospital effectiveness'. Each cost centre includes the cost of medicines, sanitary material, orthopedic material, expenses for chemical reaction agents and expenses of supporting services and over heads. The application of the model generated the cost per cost centre for the year 2004 and the first half-year period of 2005. This study constitutes a particularly useful tool for the configuration and the adoption of policies, beneficial to the economic management of nursing institutions, so that they can offer health services of better quality to the population of their region of responsibility, since lots of improvements and regulations are required.

Key words: cost analysis, hospital cost, cost centre, hospital effectiveness, PaGNI.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή.....	5
2. Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηράκλειου.....	7
2.1 Ιστορικά – Αριθμητικά Στοιχεία.....	7
2.2 Οργανωτική Δομή και Διάρθρωση ΠαΓΝΗ.....	8
3. Οικονομικά της Υγείας.....	10
3.1 Έννοιες Κόστους.....	10
3.2 Δαπάνες Υγείας.....	12
3.3 Η Αποτίμηση του Κόστους.....	13
4. Μεθοδολογία.....	15
4.1 Μεθοδολογικά Υπόβαθρο.....	15
4.1.1 Θεώρηση Δεδομένων.....	15
4.1.2 Σύγκριση Δεδομένων.....	16
4.1.3 Κοστολόγηση.....	16
4.1.4 Συνολικές Δαπάνες.....	18
4.2 Πηγές Δεδομένων.....	18
4.2.1 Διοικητικός Απολογισμός.....	19
4.2.2 Υπηρεσία Πληροφορική.....	19
4.2.3 Στατιστική Υπηρεσία.....	20
4.2.4 Τμήμα Μισθοδοσίας.....	20
5. Σχεδιασμός Υποδείγματος.....	21
5.1 Διαδικασία Επιμερισμού / Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	22
5.2 Η Μέθοδος που Επιλέχθηκε.....	24
5.3 Το Υπόδειγμα και οι Μεταβλητές.....	26
6. Αποτελέσματα.....	34

7. Περιορισμοί και Δυσχέρειες στη Συλλογή των Δεδομένων....	39
7.1 Περιορισμοί.....	39
7.2 Προβλήματα.....	40
7.2.1 Τμήμα Εσόδων.....	41
7.2.2 Τμήμα Πληροφορικής.....	41
7.2.3 Τμήμα Μισθοδοσίας.....	42
7.2.4 Στατική Υπηρεσία.....	42
7.2.5 Διοικητικός Απολογισμός.....	42
8. Συζήτηση.....	44
8.1 Προτεινόμενα Μέτρα.....	45
9. Συμπέρασμα.....	46
10. Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	47
Παράρτημα.....	50

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες γίνονται συστηματικές προσπάθειες για την οικονομική αξιολόγηση του κόστους των περισσότερων θεραπευτικών σχημάτων και συνολικών λειτουργιών που παρέχονται από κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, προκειμένου να αναπτυχθούν γενικές κατευθυντήριες γραμμές για την εκπόνηση μελετών οικονομικής αξιολόγησης και να συνταχθεί έτσι ένας κατάλογος τυποποιημένων ειδών κόστους για τις υγειονομικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται. Το γεγονός αυτό στάθηκε η αφορμή για την εκπόνηση της εργασίας αυτής. Συγκεκριμένα, η απουσία συστηματικής και ενοποιημένης καταγραφής αλλά και ανάλυσης των στοιχείων που αφορούν στο κόστος ανά τμήμα (cost centre) του ΠαΓΝΗ και η διαχρονική αξιολόγηση τους προς όφελος του νοσοκομείου με βαθμιαία εξοικονόμηση πόρων και αποδοτικότερη χρήση των διατιθέμενων ανά έτος μας οδήγησε στην προσπάθεια αυτή.

Μέσα στα πλαίσια της συνθήκης του Μαστριχτ όλα τα μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης, ανάμεσα τους και η Ελλάδα, προσδιορίζεται η ευθυγράμμιση των βασικότερων μακροοικονομικών δεικτών της οικονομίας της κάθε χώρας μέλους με αυτούς των άλλων χωρών. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα αποτελούν τους βασικούς στόχους επίτευξης όλων των πολιτικών αποφάσεων. Ωστόσο η πληροφοριακή βάση για την μελέτη των διακυμάνσεων σε πρακτικές και στο κόστος λειτουργίας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων στην Ελλάδα είναι πολύ μικρή (Tountas Y. et al, 2002).

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή της διεθνούς μεθοδολογίας στην κατασκευή-δημιουργία ενός υποδείγματος αποτίμησης κόστους ανά κέντρο κόστους στο ΠαΓΝΗ και ακολούθως ο έλεγχος αποτελεσματικότητας της λειτουργίας του υποδείγματος με την εφαρμογή του στα έτη 2004 και το πρώτο εξάμηνο του 2005. Επιχειρήθηκε δηλαδή ενός τύπου οικονομική ανάλυση των οικονομικών εκροών του ΠαΓΝΗ βασιζόμενη στη μέθοδο της ανάλυσης και ταυτοποίησης κόστους (identification analysis). Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του υποδείγματος και οι στρεβλώσεις που παρατηρήθηκαν αιτιολογούνται και τεκμηριώνονται στο μέρος της εργασίας που αναφέρεται στα προβλήματα και τις αδυναμίες της.

Αμέσως μετά τα αριθμητικά στοιχεία και την περιγραφή της οργανωτικής του δομής του ΠαΓΝΗ, αναφέρεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να προσδιοριστεί το κόστος ανά τμήμα. Η μεθοδολογία οικονομικής αποτίμησης που θα ακολουθηθεί θα μας οδηγήσει στο τελευταίο στάδιο της μελέτης μας που απαρτίζεται από την λεπτομερή περιγραφή των κυριότερων αποτελεσμάτων της προσπάθειας μας, την συζήτηση και τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν. Θεωρούμε ότι παρόλο που η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί την απλούστερη μορφή οικονομικής ανάλυσης, είναι ενδεδειγμένη στην περίπτωση του ΠαΓΝΗ καθότι δεν έχει

διενεργηθεί κατά το παρελθόν τέτοιου είδους μελέτη. Έτσι, η μελέτη αυτή ενδέχεται να αποτελέσει ένα ιδιαίτερος χρήσιμο εργαλείο για την διαμόρφωση και την υιοθέτηση πολιτικών, προς όφελος της οικονομικής διαχείρισης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και κατ' επέκταση για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης τους.

2. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

2.1 Ιστορικά και αριθμητικά στοιχεία

Το ΠαΓΝΗ συστήνεται και ξεκινά τη λειτουργία του στα πλαίσια μεταρρύθμισης του εθνικού συστήματος υγείας που λαμβάνει χώρα στις αρχές της δεκαετίας του '80 στην Ελλάδα. Έτσι, με την προσπάθεια καθιέρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας το 1983, επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η άρση των ανισοτήτων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, με την πλήρη και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες, μέσα και έξω από το νοσοκομείο, με την δυνατότητα ευκολότερης πρόσβασης των χρηστών, την ποιοτική αναβάθμιση και την σωστότερη λειτουργία των μονάδων υγείας. Η αλλαγή αυτή επιχειρήθηκε με τον Ν. 1397/83, που προέβλεπε μεταξύ άλλων την ανέγερση και λειτουργία νέων υγειονομικών μονάδων-κέντρα υγείας και νέα νοσοκομεία- δίδοντας κυρίως βάρος στην πρωτοβάθμια φροντίδα, σύμφωνα με την διατύπωση της στρατηγικής, "Υγεία για όλους μέχρι το 2000", του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αλλά ταυτόχρονα και με την εξειδικευμένη και υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας.

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο στρατηγικής ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας εντάχθηκε και η ανέγερση και λειτουργία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.). Πρωταρχικός στόχος στο ΠαΓΝΗ (σήμερα), είναι η περίθαλψη και ο σεβασμός προς την ανθρώπινη ζωή κάτι που αυτονόητα θα πρέπει να προηγείται σαν επιδίωξη σε κάθε φορέα υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, δίνεται προτεραιότητα στην ανάπτυξη ειδικών νοσηλευτικών μονάδων, όπως η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, η Μονάδα Αντιμετώπισης Εμφραγμάτων, η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας κ.λ.π., αλλά και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, στο οποίο ιδιαίτερα το καλοκαίρι, λόγω της τουριστικής περιόδου, στην Κρήτη, τα περιστατικά είναι αυξημένα.

Η σύμβαση κατασκευής του Νοσοκομείου κυρώθηκε με τον Νόμο 1398/7-10-83. Η συνολική έκταση του Νοσοκομείου ανέρχεται περίπου σε 84.000 τ. μ. Εκτός από τις κτιριολογικές και ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις η κατασκευάστρια εταιρεία θα παρέδιδε το Νοσοκομείο και με πλήρη ξενοδοχειακό και βιοϊατρικό εξοπλισμό¹. Η συνολική κάλυψη του Νοσοκομείου ανέρχεται σε 60.837 τ.μ. και η δυναμικότητα κατά τη μελέτη κατασκευής σε 672 κλίνες. Η προσωρινή παραλαβή έγινε το Δεκέμβρη του 1988 και η οριστική τον Απρίλη του 1989. Τα εγκαίνια έγιναν στις 21-5-89 ενώ η

¹ Το συνολικό κόστος κατασκευής του Νοσοκομείου ήταν :

α) Τρία δισεκατομμύρια τετρακόσια σαράντα εκατομμύρια δραχμές (3.440.000.000).

β) Το ισόποσο σε δραχμές με την εκάστοτε επίσημη τιμή αγοράς των δεκάξι εκατομμυρίων διακοσίων τριάντα χιλιάδων (16.230.000) DM (μάρκα Γερμανίας).

γ) Εξήντα πέντε εκατομμύρια οκτακόσιες χιλιάδες (65.800.000) DM συναλλαγματικό μέρος για αποζημίωση της ολοσχερούς εκπλήρωσης των υποχρεώσεων της σύμβασης.

λειτουργία των πρώτων Εξωτερικών Ιατρείων είχε αρχίσει από 17-5-89. Ακολούθησαν τα εργαστηριακά τμήματα σταδιακά και τα νοσηλευτικά τμήματα με εξήντα περίπου κρεβάτια. Από τότε μέχρι σήμερα το νοσοκομείο βρίσκεται σε συνεχή ανοδική πορεία με την αύξηση των δραστηριοτήτων του σε όλα τα επίπεδα υγείας. Απασχολεί 2000 περίπου εργαζόμενους εκ των οποίων 500 ιατρούς, 740 εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία, 640 διοικητικούς και 120 τεχνικούς υπαλλήλους.

Το ημερήσιο άνθρωπο-φορτίο του νοσοκομείου, δηλαδή οι πολίτες που επισκέπτονται το νοσοκομείο καθημερινά -εργαζόμενοι, ασθενείς και επισκέπτες- ξεπερνά τους 5.000 ανθρώπους. Η περίθαλψη που παρέχεται σε όλα τα επίπεδα είναι εξειδικευμένη και παρέχεται σε 24ωρη βάση για όλα τα περιστατικά που προέρχονται από την Κρήτη και το νότιο Αιγαίο, ακόμα και καρδιοχειρουργικά περιστατικά τον τελευταίο χρόνο, που μέχρι τώρα αντιμετωπιζόταν μονάχα στα νοσοκομεία της Αθήνας. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της παραπάνω περιφέρειας, και στον αγροτικό πληθυσμό, στους ασφαλισμένους στον Ο.Γ.Α. δηλαδή, που αποτελούν και το 45% των νοσηλευομένων, χωρίς καμία δική τους επιβάρυνση συμμετοχής. Η προπτυχιακή εκπαίδευση και η κλινική εμπειρία στους φοιτητές της Ιατρικής σχολής αλλά και στους σπουδαστές νοσηλευτικής των ΤΕΙ είναι μια βασική δραστηριότητα του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου. Σημαντική είναι η ανάπτυξη και προαγωγή έρευνας στον τομέα της ιατρικής αλλά και των άλλων συναφών επιστημών, με την στενή συνεργασία του Πανεπιστημίου Κρήτης. Συμπερασματικά, από την έναρξη της λειτουργίας του πριν από δεκαπέντε περίπου χρόνια και μέχρι σήμερα, το ΠαΓΝΗ, συνέβαλε αποφασιστικά στην αναβάθμιση της παροχής των υπηρεσιών υγείας στην Κρήτη, και γενικότερα στην Νότια νησιωτική Ελλάδα.

2.2 Οργανωτική Διάρθρωση ΠαΓΝΗ.

Οργανωτικά το ΠαΓΝΗ, είναι δομημένο όπως κάθε σύγχρονο νοσηλευτικό ίδρυμα διεθνώς. Στην κορυφή της οργανωτικής δομής βρίσκεται ο διοικητής του νοσοκομείου και ο αναπληρωτής διοικητής. Στην επόμενη θέση της ιεραρχίας ακολουθεί το διοικητικό συμβούλιο, με την αμέριστη βοήθεια του νομικού συμβούλου και αμέσως μετά οι επιμέρους υπηρεσίες δηλαδή η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική υπηρεσία του νοσοκομείου, που αναλύονται παρακάτω.

Η ιατρική υπηρεσία έχει στην ηγεσία της τον διευθυντή και διαρθρώνεται στον παθολογικό τομέα Α,Β, στον χειρουργικό τομέα Α,Β, στον ψυχιατρικό τομέα, στον εργαστηριακό τομέα Α,Β, και στον τομέα κοινωνικής ιατρικής. Η επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου αποτελείται από μέλη προερχόμενα από την ιατρική υπηρεσία. Εκπρόσωπος της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι ο διευθυντής και υποδιαιρείται σε επτά

επιμέρους τομείς. Παράλληλα η νοσηλευτική υπηρεσία εξάγει και την νοσηλευτική επιτροπή.

Στα πλαίσια των υποστηρικτικών υπηρεσιών εντάσσεται η διοικητική υπηρεσία με βασικό εκπρόσωπο τον διευθυντή της. Ακολουθούν στην ιεραρχία οι υποδιευθυντές διοικητικού και οικονομικού, το τμήμα οικονομικού, το αντίστοιχο τμήμα προσωπικού, γραμματείας, διατροφής, πληροφορικής και οργάνωσης, κοινωνικής υπηρεσίας, το τμήμα παραϊατρικών επαγγελμάτων, το τμήμα κίνησης ασθενών και το γραφείο επιστάσις και ιματισμού. Τέλος ο διευθυντής της τεχνικής υπηρεσίας ηγείται της υπηρεσίας αυτής και σε αυτή ανήκουν το τμήμα τεχνικού ελέγχου και το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας².

² Βλ. Παράρτημα για οργανόγραμμα ΠαΓΝΗ.

3. Οικονομικά της Υγείας

3.1 Έννοιες Κόστους

Προκειμένου να εκπονηθεί μία ολοκληρωμένη μελέτη αμιγώς οικονομικής αποτίμησης, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν επακριβώς οι διάφορες έννοιες κόστους, καθώς και οι ποικίλοι τύποι αναλύσεων που χρησιμοποιούνται σε τέτοιου είδους επιστημονικά πεδία. Επίσης, σημαντική κρίνεται η αυστηρή διατύπωση των απλουστευτικών παραδοχών που απαιτούνται για τον υπολογισμό του κόστους (Drummond et al, 1997) .

Πίνακας 1. Ορισμοί Κόστους

Συνολικό Κόστος	=	κόστος παραγωγής συγκεκριμένης ποσότητας προϊόντος.
Σταθερό Κόστος	=	κόστος, το οποίο δεν μεταβάλλεται βραχυχρόνια (ανεξάρτητο από την παραγωγή) π.χ ενοίκιο, πληρωμές leasing για τον εξοπλισμό, μισθοί και αμοιβές. Αυτό σημαίνει ότι το κόστος αυτό μεταβάλλεται περισσότερο όσο μεταβάλλεται ο χρόνος.
Μεταβλητό Κόστος	=	κόστος το οποίο μεταβάλλεται σε συνάρτηση με την παραγόμενη ποσότητα π.χ. προμήθειες, τρόφιμα, αμοιβές για υπηρεσίες.
Συνάρτηση κόστους	=	$f(Q)$, το συνολικό κόστος ως συνάρτηση της ποσότητας.
Μέσο Κόστος	=	$\Sigma K/Q$, το μέσο κόστος ανά μονάδα προϊόντος.
Οριακό Κόστος	=	Το επιπλέον κόστος από την παραγωγή μιας επιπλέον μονάδας προϊόντος.

Σε ορισμένες μελέτες το κόστος ταξινομείται ανάλογα με τη σχέση του με το επίπεδο παραγωγής, καθώς αυτά τα είδη κόστους ουσιαστικά θεωρούνται υποκατηγορίες του άμεσου κόστους (Luce, 1990). *Μεταβλητό κόστος (Variable cost)* είναι το κόστος που μεταβάλλεται καθώς μεταβάλλεται το μέγεθος παραγωγής του προϊόντος. Στον τομέα της υγείας, το μεταβλητό κόστος μεταβάλλεται με τη μεταβολή του αριθμού των προσφερόμενων υπηρεσιών ή τη μεταβολή του αριθμού των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποια θεραπεία. Σε αυτό το είδος κόστους εντάσσονται, για παράδειγμα, τα αναλώσιμα μιας θεραπευτικής παρέμβασης (λ.χ. καθετήρες, φίλτρα αιμοκάθαρσης) και τα φάρμακα.

Σε αντίθεση με το μεταβλητό, το σταθερό κόστος (*Fixed cost*) δεν μεταβάλλεται ανάλογα με την ποσότητα του προϊόντος που παράγεται και επιβαρύνει την επιχείρηση ακόμη και όταν η παραγωγή είναι μηδενική, όπως για παράδειγμα τα ενοίκια, οι αποσβέσεις των μηχανημάτων κτλ. Αυτού του είδους το κόστος εξακολουθεί να είναι το ίδιο, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται σε ένα ίδρυμα, αφού θεωρητικά μία κλινική θα πληρώσει το ίδιο ενοίκιο είτε νοσηλεύσει έναν ασθενή είτε 20. Αναλυτικότερα, οι βασικές κατηγορίες κόστους που σχετίζονται με τα προγράμματα υγείας ή θεραπειών αφορούν στους πόρους των ίδιων των ασθενών όπως out of pocket έξοδα μεταφοράς προς το νοσηλευτικό ίδρυμα, πόροι που επιβαρύνουν το κοινωνικό σύνολο όπως η χρήση ασθενοφόρου και τα γενικά έξοδα ενός νοσοκομείου και πόροι που χρησιμοποιούνται σε άλλους τομείς όπως οι αμοιβές των κοινωνικών λειτουργών (Drummond et al, 1997). Αυτές είναι οι κατηγορίες κόστους που προκύπτουν από την χρήση των πόρων των ασθενών και των οικογενειών τους και πόρων από άλλους τομείς της ανθρώπινης δράσης. Το εύρος για τα συγκεκριμένα κόστη που συμπεριλαμβάνονται σε μια μελέτη είναι πιθανόν να αποφασιστεί βασιζόμενο σε θεώρηση της οπτικής της ανάλυσης που ακολουθείται.

Οι έννοιες του κόστους και του οφέλους μπορεί να είναι τελείως διαφορετικές υπό το πρίσμα της κοινωνίας, του ασθενή, του προμηθευτή και του φορέα που πληρώνει (Maniadaakis 2000b). Στην περίπτωση του ΠαΓΝΗ που αποτελεί προμηθευτή υπηρεσιών υγείας το κόστος της υπηρεσίας ταυτίζεται με το πραγματικό κόστος παροχής αυτής της υπηρεσίας άσχετα με το ύψος του νοσηλίου με το οποίο αποζημιώνεται. Ωστόσο το πραγματικό κόστος μιας υπηρεσίας από την πλευρά του προμηθευτή είναι συχνά δύσκολο να υπολογιστεί, ενώ πολλές φορές διεξάγονται γι' αυτό τον σκοπό μελέτες προσδιορισμού κόστους (*cost identification studies*) με την χρήση τεχνικών που αναπτύχθηκαν για τον σκοπό αυτό με βάση τη λογιστική (π.χ. μελέτες χρόνου κίνησης). Σήμερα η διεθνής τάση, είναι οι περισσότερες οικονομικές μελέτες να διεξάγονται μέσα από το πρίσμα της κοινωνίας (*social perspective*), δηλαδή να υπολογίζονται όλα τα είδη κόστους αλλά και τα οφέλη, ανεξάρτητα από τον φορέα που τα επωμίζεται. Όπως προαναφέρθηκε όμως η οπτική γωνία που θα χρησιμοποιηθεί για την παρούσα μελέτη είναι η οικονομική αποτίμηση, λόγω των δυσκολιών που συναντούνται για να προσεγγίσουμε μια περισσότερο κοινωνική οπτική.

3.2 Δαπάνες Υγείας

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα όσον αφορά την πολιτική υγείας τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια είναι το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και η έλλειψη αποτελεσματικότητας αλλά και αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων (OECD, 1995). Ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα η γήρανση του πληθυσμού αλλά και η μεγάλη επίπτωση χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών φαίνεται ότι συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των δαπανών υγείας (Saltman, 1997). Βέβαια, για την μεγαλύτερη κατανάλωση των πόρων υγείας δεν ευθύνεται μόνο η αύξηση του αριθμού των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα (π.χ ηλικιωμένοι) αλλά και η αξίωση των περισσότερο ενημερωμένων πια ασθενών, για παροχή καλύτερης και εντατικότερης φροντίδας (Kobelt, 1996).

Ένας άλλος λόγος για την αύξηση των δαπανών υγείας είναι και η ταχύτατη ανάπτυξη και διάχυση νέων τεχνολογιών υγείας³. Το κόστος θεραπείας μιας ασθένειας για παράδειγμα, αυξάνεται ραγδαία όταν αντικαθίσταται μια παλαιότερη και φθηνότερη τεχνολογία με μία καινούργια, καλύτερη και πιο σύνθετη, και σαφέστατα περισσότερο δαπανηρή. Το πρόβλημα φαίνεται να γίνεται ακόμη πιο σύνθετο αν λάβει κανείς υπόψη τον σκεπτικισμό που επικρατεί για την αποτελεσματικότητα των νέων και δαπανηρών αυτών τεχνολογιών. Υπάρχουν, για παράδειγμα, ορισμένες μελέτες που αναφέρουν ότι τεχνολογίες που εφαρμόστηκαν σε ευρεία κλίμακα εξαρχής, αποδείχθηκε ότι δεν συνοδεύονταν από ουσιαστική αποτελεσματικότητα, ενώ μόλις το 20% των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων έχει αποδεδειγμένα θετικά αποτελέσματα στο κλινικό δείγμα που εφαρμόζεται (Banta, 1995). Με βάση τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι εφόσον η τεχνολογία υγείας είναι ένας από τους μεγαλύτερους συντελεστές κόστους, η αξιολόγησή της και κατά συνέπεια η κατάλληλη χρήση της θα βελτιώσει την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατά συνέπεια θα οδηγήσει σε μείωση του κόστους (Russell 1996, Evans 1983).

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών υγείας, φαίνεται ότι έχει και ο τρόπος πληρωμής των υπηρεσιών υγείας. Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, η πληρωμή για τη χρήση υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω τρίτων (third party payers), δηλαδή είτε μέσω της φορολογίας είτε μέσω των ασφαλιστικών ταμείων γεγονός που δημιουργεί κίνητρα στους καταναλωτές για ζήτηση περισσότερων αλλά και καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας, το λεγόμενο φαινόμενο ηθικής βλάβης (Λιαρόπουλος 1996). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, αφού σε αρκετές χώρες, όπως και στη χώρα μας,

³ Με τον όρο τεχνολογία υγείας εννοείτε το σύνολο των φαρμάκων, των μηχανημάτων, των διαδικασιών καθώς επίσης και των οργανωτικών και υποστηρικτικών συστημάτων διαμέσου των οποίων παράγεται η φροντίδα υγείας (Liaropoulos, 1997).

δεν παρέχονται κίνητρα ικανά για τον περιορισμό της κατανάλωσης των υγειονομικών πόρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, χωρίς να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την παραπάνω ανάλυση, η αποτίμηση του κόστους ενός νοσηλευτικού ιδρύματος αποτελεί απαραίτητη διαδικασία προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια συστηματική καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στο κόστος του.

3.3 Αποτίμηση Κόστους

Η διαχρονική αξιολόγηση και σύγκριση του κόστους κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, προς όφελος του νοσοκομείου με βαθμιαία εξοικονόμηση πόρων και αποδοτικότερη χρήση των διατιθέμενων ανά έτος, μας οδήγησε στη συγκεκριμένη μελέτη, όπου θα επιχειρηθεί η αποτίμηση για το άμεσο κόστος των υπηρεσιών για το ΠαΓΝΗ. Με τον όρο οικονομική αποτίμηση, που μπορεί να αναφέρεται σε μια διαδικασία, παροχή – υπηρεσία ή σε κάποιο πρόγραμμα υπηρεσιών υγείας, διερευνούμε απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Συγκρινόμενη με αντίστοιχες διαδικασίες ή υπηρεσίες υγείας αξίζει σε σχέση με άλλες διαδικασίες ή υπηρεσίες που θα διενεργούνται με ανάλωση των ίδιων πόρων;
- Είμαστε ικανοποιημένοι με τον τρόπο που ξοδεύτηκαν οι πόροι των υπηρεσιών υγείας ή θα μπορούσαν να έχουν αξιοποιηθεί με κάποιο άλλο τρόπο;

Η οικονομική αποτίμηση είναι περισσότερο χρήσιμη και κατάλληλη όταν προηγείται τριών άλλων τύπων αξιολόγησης, ο καθένας εκ των οποίων απαντά σε διαφορετικά ερωτήματα, όπως είναι τα ακόλουθα:

- Μπορεί η διαδικασία, η υπηρεσία ή το πρόγραμμα υγείας να κριθεί ως αποτελεσματικό, ως αποδοτικό;
- Θα λειτουργήσει; Συγκρίνουμε τα θετικά και τα αρνητικά της παρεχόμενης, διαδικασίας, υπηρεσίας ή προγράμματος υγείας σε σχέση με την αποδοτικότητα και την χρησιμότητα που αυτή έχει στον χρήστη.
- Είναι διαθέσιμη σε αυτόν που την έχει ανάγκη; Έχουν πρόσβαση αυτοί που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από αυτή;

(Drummond et al, 1997)

Επιπλέον, η χρησιμότητα της οικονομικής αποτίμησης σχετίζεται με την περιορισμένη ύπαρξη πόρων, ανθρώπινων και υλικών. Οι επιλογές πρέπει να γίνονται αναλογιζόμενοι την ανάπτυξη και εφαρμογή τους σε στρατηγικά σημεία, βάσει μεθόδων οργανωμένης θεώρησης των παραγόντων που εμπλέκονται στην

λήψη μιας απόφασης για την χρήση του ενός ή του άλλου πόρου. Αυτό ισχύει διότι χωρίς συστηματική ανάλυση είναι δύσκολο να προσδιοριστούν ευκρινώς οι σχετικές εναλλακτικές και επίσης η οπτική από την οποία θεωρούμε τη διαδικασία, την υπηρεσία ή το πρόγραμμα υγείας, και έτσι πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν πάντα.

Αναλυτικότερα, υφίστανται θεωρήσεις που προέρχονται από διαφορετικές οπτικές γωνίες όπως από την οπτική του ασθενούς, του νοσηλευτικού ιδρύματος, του οικονομικού προϋπολογισμού του υπουργείου υγείας, της κοινωνίας και της κοινότητας (Maniadiakis και Gray, 2000). Συνεπώς, το πραγματικό κόστος δεν μετρείται μόνο σε χρηματική αξία, αλλά μπορεί να μας οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα συγκρινόμενο με τις εκροές, τις εισροές και τα επιτεύγματα ή αποτελέσματα κάποιας άλλης συγκεκριμένης υπηρεσίας ή νοσηλευτικής μονάδας, η οποία στο παρελθόν δέσμευσε αντίστοιχους πόρους.

Συμπερασματικά, η οικονομική αποτίμηση για οποιαδήποτε διαδικασία οδηγεί τον αναλυτή σε μια περισσότερο ολοκληρωμένη και συνολική εικόνα του υπό μελέτη αντικειμένου του. Η συσχέτιση του όρου με εισροές και εκροές αλλά και τις συνέπειες των εναλλακτικών επιλογών, μας βοηθούν να ορίσουμε την οικονομική αποτίμηση ως την συγκριτική ανάλυση εναλλακτικών δεσμών ενεργειών σε όρους κόστους και συνεπειών. Συνεπώς ο βασικός σκοπός της οικονομικής αποτίμησης είναι να προσδιορίσει, να μετρήσει, να αξιολογήσει και να συγκρίνει τα κόστη και τις συνέπειες των εναλλακτικών που έχουν τεθεί σε μια δέσμη προγραμμάτων υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα η διεθνής τάση, είναι οι περισσότερες οικονομικές μελέτες να διεξάγονται μέσα από το πρίσμα της κοινωνίας (social perspective), δηλαδή να υπολογίζονται όλα τα είδη κόστους (και τα οφέλη) ανεξάρτητα από τον φορέα που τα επωμίζεται και όπως προαναφέρθηκε αυτή δεν είναι η οπτική γωνία που θα χρησιμοποιηθεί για την παρούσα μελέτη (κοινωνικοοικονομική αποτίμηση) (Λιαρόπουλος 1996a, Eisenberg 1989, Goldwater 1995).

4. Μεθοδολογία

4.1 Μεθοδολογικό Υπόβαθρο

Η ανάλυση του συγκριτικού κόστους εναλλακτικών θεραπειών ή προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι συνηθής σε όλες τις μορφές οικονομικής αξιολόγησης (Luce και Elixhauser, 1990). Συχνά η ανάλυση αυτή λαμβάνει χώρα μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου ή και ανάμεσα σε επιμέρους κέντρα κόστους, στα οποία διαχωρίζεται το νοσοκομείο. Παρόλο που πολλά από τα ζητήματα που αφορούν την κοστολόγηση εντάσσονται σε ένα γενικό πλαίσιο και οι επιλογές των αναλυτών συχνά περιορίζονται από την διαθεσιμότητα των δεδομένων, είναι εφικτό να δώσουμε μια γενική καθοδήγηση, η οποία αφορά την διαχείριση των δαπανών ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, υπό το πρίσμα των τρόπων επιμερισμού των κοινών γενικών δαπανών (overheads) σε διαφορετικά τμήματα. Θεωρητικά, το ιδιαίτερο εύρος των δαπανών που συμπεριλαμβάνονται στην εκάστοτε μελέτη ενδέχεται να προκύπτει ως αποτέλεσμα εξέτασης των ακόλουθων τεσσάρων σημείων.

4.1.1 Θεώρηση Δεδομένων

Αρχικά, είναι απαραίτητο να καθοριστεί με βάση ποια άποψη πραγματοποιείται η δαπάνη αυτή, καθώς ένα στοιχείο μπορεί –από μια οπτική γωνία- να αποτελεί δαπάνη, αλλά από μια άλλη να μην αποτελεί. Για παράδειγμα, τα έξοδα μετακίνησης του ασθενή αποτελούν –κατά την γνώμη του ίδιου και του κοινωνικού συνόλου- μια δαπάνη, όμως σύμφωνα με το Υπουργείου Υγείας δεν αποτελούν δαπάνη (Drummond M. et al, 1997). Οι αποζημιώσεις του εργατικού δυναμικού είναι δαπάνες για την κυβέρνηση που προβαίνει σε πληρωμές, κέρδος για τον ασθενή (αποδέκτης), και τίποτα από τα δυο για το κοινωνικό σύνολο.⁴ Στις πιθανές απόψεις περιλαμβάνονται αυτή του κοινωνικού συνόλου, του Υπουργείου Υγείας, άλλων υπουργείων, της κυβέρνησης εν γένει, του ασθενή, του εργοδότη, του φορέα που παρέχει το πρόγραμμα, κλπ. Αν η αξιολόγηση των δαπανών συντάσσεται για έναν συγκεκριμένο φορέα, αυτό αποτελεί ένδειξη για την ταυτότητα της οπτικής υπό την οποία πραγματοποιείται. Ωστόσο όταν υπάρχουν αμφιβολίες, ο αναλυτής υιοθετεί πάντα την άποψη του κοινωνικού συνόλου, που είναι η πλέον ευρεία και πάντα ουσιαστική.

⁴ Αυτές οι χρηματικές μεταβιβάσεις, που δεν αφορούν κατανάλωση πόρου, αποκαλούνται από τους οικονομολόγους μεταβιβαστικές πληρωμές. Στην διαχείρισή τους περιλαμβάνονται δαπάνες αλλά οι δαπάνες αυτές δεν υπολογίζονται από τα ποσά τα ίδια.

4.1.2 Σύγκριση Δεδομένων

Στη συνέχεια πρέπει να επικεντρωθούμε στην σύγκριση του μεγέθους στο οποίο αναφέρεται η δαπάνη. Αν η σύγκριση περιορίζεται στα διάφορα κέντρα κόστους του νοσηλευτικού ιδρύματος που βρίσκονται υπό εξέταση, οι δαπάνες που αφορούν τα παραπάνω δεν χρειάζεται να ληφθούν υπόψη καθώς δεν θα επηρεάσουν την επιλογή ανάμεσα στις υπό εξέταση κέντρα κόστους σε σχέση με το πιο θα δώσουμε περισσότερη βαρύτητα για ανάπτυξη στο μέλλον. Η απαλοιφή τέτοιων δαπανών μπορεί να δώσει την δυνατότητα στον εκτιμητή να γλιτώσει σημαντικό όγκο εργασίας. Ωστόσο, εάν ενδεχομένως προβλέπεται μία ευρύτερη σύγκριση σε επόμενο στάδιο - συμπεριλαμβάνοντας άλλες παραμέτρους που δεν έχουν εξ αρχής καθοριστεί- καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη όλες οι δαπάνες των τμημάτων, πράγμα το οποίο ακολουθούμε στην μελέτη μας.

Μερικές φορές ο έλεγχος των δαπανών νοσηλείας του ασθενή απλώς επιβεβαιώνει ένα αποτέλεσμα, που θα ήταν δυνατόν να προκύψει ακόμα και έπειτα από εξέταση μόνο των λειτουργικών δαπανών εντός του τομέα υγείας. Συνεπώς, αν η εξέταση των δαπανών του ασθενή απαιτεί επιπλέον προσπάθεια και η επιλογή του προγράμματος είναι απίθανο να διαφοροποιηθεί, ίσως δεν αξίζει η ανάλυση να περιπλεχθεί περισσότερο (Drummond et al, 1997). Βέβαια, σύμφωνα με την θεωρία, η εξαίρεση μιας κατηγορίας δαπανών θα πρέπει τουλάχιστον να δικαιολογηθεί. Οι απλουστευτικές υποθέσεις κρίνονται πάντα απαραίτητες σε μια αμιγώς οικονομική ανάλυση.

4.1.3 Κοστολόγηση

Επιπρόσθετα, το βασικό σημείο που θα πρέπει να επικεντρωθεί μια μελέτη κοστολόγησης είναι ότι η δαπάνη αναφέρεται στην προσφορά, υπό την γενική της έννοια, που λαμβάνει χώρα όταν καταναλώνεται ένας δεδομένος πόρος στο πλαίσιο ενός προγράμματος υγείας ή ενός κέντρου κόστους που έχει δημιουργηθεί θεωρητικά σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα (Drummond et al, 1997). Άρα είναι σημαντικό να λαμβάνονται επίσης υπόψη άλλοι πόροι -η κατανάλωση των οποίων δεν εκφράζεται ικανοποιητικά σε αγοραίες τιμές- όπως για παράδειγμα ο εθελοντικός χρόνος, ο ελεύθερος χρόνος του ασθενή, χώροι της κλινικής από δωρεές, κλπ. Στη συγκεκριμένη μελέτη δεν εξετάστηκαν δαπάνες που αφορούσαν στην κατανάλωση πόρων που ανήκουν στην τελευταία κατηγορία που αναφέρθηκε λόγω πλήρους απουσίας καταγεγραμμένων στοιχείων και αδυναμίας συλλογής τους σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Η ορθή κοστολόγηση απαιτεί έργο σε όρους χρόνου και χρημάτων, και συνεπώς οι αναλυτές πρέπει να κρίνουν οι ίδιοι πόσο ορθές και πόσο ακριβείς πρέπει είναι οι εκτιμήσεις κόστους στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης μελέτης. Οι ακριβέστερες

εκτιμήσεις ενδέχεται να βασίζονται σε μικροκοστολόγηση (Drummond et al, 1997). Η καθοδήγηση για να αποφασιστεί η ακρίβεια της κοστολόγησης είναι όμοια με την καθοδήγηση για την απόφαση σχετικά με την συμπερίληψη ή παράλειψη των δαπανών που αναλύθηκε παραπάνω. Σαφώς ένας σημαντικός παράγοντας είναι η πιθανή ποσοτική σημασία κάθε κατηγορίας κόστους για την αξιολόγηση. Για παράδειγμα, σε μια αξιολόγηση όπου συγκρίνονται δυο θεραπείες, το αποτέλεσμα της μελέτης ενδέχεται να επηρεάζεται από το κόστος κάθε φαρμάκου. Επομένως θα είναι σημαντικό να καταγραφούν προσεκτικά δοσολογίες και τρόποι χορήγησης, ώστε να διευκολυνθεί η μικροκοστολόγηση. Από την άλλη, αν τα εν λόγω φάρμακα έχουν παρενέργειες, οι οποίες μπορούν σε σπάνιες περιπτώσεις να προκαλέσουν εισαγωγή στο νοσοκομείο, τότε θα είναι αρκετό να χρησιμοποιήσει κανείς γι' αυτά ένα ημερήσιο κόστος ή ένα ομαδοποιημένο case-mix* κόστος, αν υπάρχει διαθέσιμο.

Ομοίως, διαφορετικά επίπεδα ακρίβειας μπορούν να εφαρμοστούν σε διαφορετικά στοιχεία κοστολόγησης, ακόμα κι αν ακολουθείται μια προσέγγιση μικροκοστολόγησης (Drummond et al, 1997). Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι πολλές εργαστηριακές εξετάσεις κοστίζουν ελάχιστα χρήματα ανά μονάδα. Επομένως θεωρείται άσκοπο να καταβάλλεται σημαντική προσπάθεια για την ακριβή τους κοστολόγηση ενώ μια μέση χρέωση για τις εξετάσεις θα ήταν αρκετή. Από την άλλη πλευρά, τα νοσήλια αποτελούν συχνά μεγάλο τμήμα των γενικών νοσοκομειακών δαπανών, αν όχι το μεγαλύτερο. Άρα είναι σημαντικό να καταγραφούν το πλήθος και οι βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος, όπου νοσηλεύεται ο ασθενής που πιθανόν ενδιαφέρει τους στόχους της μελέτης.

4.1.4 Συνολικές Δαπάνες

Εν τέλει, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται πάντα υπόψιν ότι ο υπολογισμός των συνολικών δαπανών απαιτεί να πολλαπλασιαστούν οι ποσότητες των καταναλισκόμενων πόρων με τις τιμές, ώστε να προκύψουν τα κόστη των μονάδων (Drummond et al, 1997). Συνεπώς πριν αποφασιστεί το επίπεδο ακρίβειας της εκτίμησης των ποσοτήτων, αξίζει να ελεγχθεί σε πιο βαθμό υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τις δαπάνες που δίνουν τέτοιου είδους λεπτομέρειες, και το αντίστροφο.

* Αναλυτικότερα το Casemix είναι ένας όρος που περιγράφει ένα σύστημα που ποσοποιεί και αναλύει τις υπηρεσίες υγείας. Είναι μια μέθοδος που κατηγοριοποιεί τις διαφορετικές νοσοκομειακές κινήσεις της παρεχόμενης υγείας δίνοντας τους έναν κωδικό. Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, ανάλογα με την νόσο και την θεραπεία που χρειάζεται, ταξινομείται σε έναν από τους προαναφερθέντες κωδικούς. Κάθε κωδικός αντιστοιχεί σε ομάδα ασθενειών που έχουν παρόμοια κλινική εικόνα. Παράλληλα οι ασθένειες που περιγράφονται στον ίδιο κωδικό έχουν παρόμοιο κόστος θεραπείας. Ισχύει συγχρόνως σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες της χώρας το ίδιο σύστημα ταξινόμησης των εισερχομένων ασθενών. Έτσι τα νοσοκομεία πληρώνονται από τις ασφαλιστικές βάση τιμολογίου προσυμφωνημένου για την εκάστοτε θεραπεία ανάλογα με τον κωδικό στον οποίο αντιστοιχεί,

Για παράδειγμα, ίσως θεωρείται άσκοπο η συγκέντρωση πληροφοριών για τις ποσότητες των πόρων αν σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία μόνο για ημερήσιες δαπάνες. Αντίστοιχα προβλήματα και εμπόδια παρατηρήθηκαν στην διάρκεια της έρευνας αυτής και αναλύονται σε επόμενα κεφάλαια.

4.2 Πηγές δεδομένων

Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στην σχεδιασμό και την εφαρμογή του υποδείγματος προέρχονται από διάφορες ενδονοσοκομειακές πηγές του ΠαΓΝΗ προκειμένου να προσδιορίσουμε την αποδοτικότητα του κάθε κέντρου κόστους για τα έτη 2004 και το πρώτο εξάμηνο του 2005. Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας κρίθηκε απαραίτητη για την διερεύνηση της απαιτούμενης μεθοδολογίας επιμερισμού του κόστους στα διάφορα τμήματα νοσηλείας του ΠαΓΝΗ. Η ανασκόπηση αυτή έγινε χρησιμοποιώντας τους αγγλικούς όρους *cost analysis*, *hospital cost*, *cost centre*, *hospital effectiveness* σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων οικονομικού και ιατρικού περιεχομένου. Βιβλιογραφικές αναφορές από σημαντικά επιστημονικά άρθρα χρησιμοποιήθηκαν επίσης για να ολοκληρώσουν και να τεκμηριώσουν επιστημονικά την προσπάθεια μας.

Στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για το υπόδειγμα που σχεδιάσαμε και κατόπιν εφαρμόσαμε πιλοτικά προέρχονταν από τις ακόλουθες ενδονοσοκομειακές πηγές του ΠαΓΝΗ, όπως περιγράφονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Πηγές στοιχείων

Διοικητικός Απολογισμός	Δαπάνες- Έσοδα υπό Μελέτη Ετών
Υπηρεσία Πληροφορικής	Δαπάνες Παλαιότερων Ετών-Έσοδα υπό Μελέτη Ετών
Στατιστική Υπηρεσία	Δαπάνες Παλαιότερων Ετών-Αριθμό Εργαζομένων-Ασθενών
Τμήμα Μισθοδοσίας	Δαπάνες Μισθοδοσίας Εργαζομένων
Τμήμα Εσόδων	Έσοδα υπό Μελέτη Ετών

Αναλυτικότερα τα στατιστικά στοιχεία που συλλέχθηκαν ανάλογα με την πηγή τους είχαν την μορφή και τα χαρακτηριστικά που περιγράφονται παρακάτω:

και όχι ανάλογα με τα έξοδα που συναθροίζονται έως την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο (Drummond et al, 1997).

4.2.1. Διοικητικός απολογισμός

Η αρτιότερη παρουσίαση στοιχείων προέρχονταν από τον απολογισμό της διοίκησης του νοσηλευτικού ιδρύματος για το 2005. Ακολουθώντας τις αρχές των οικονομικών επιστημών, ελήφθησαν στοιχεία τα οποία συνοδεύονταν από διαγράμματα και πίνακες που αφορούσαν λειτουργικά και οικονομικά στοιχεία καθώς και τις μεταβολές τους σε σχέση με τα προηγούμενα εξάμηνα λειτουργίας του νοσοκομείου μέχρι και το 2001⁵. Τέτοια στοιχεία αφορούσαν τον αριθμό νοσηλευθέντων ασθενών ανά έτος και κλινική, την μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ανά έτος και κλινική, τον αριθμό εξετάσεων σε βασικά εργαστηριακά τμήματα ανά έτος, το σύνολο εξόδων σε εξαμηνιαία βάση, το σύνολο εσόδων σε εξαμηνιαία βάση, τα αποτελέσματα χρήσης ανά έτος και τα επιμέρους κόστη που αφορούσαν το κόστος αντιδραστηρίων, το κόστος φαρμάκου και το κόστος υγειονομικού υλικού.

Με βάση τις αρχές της οικονομικής επιστήμης που ακολουθήθηκαν στον απολογισμό αυτό -και που κατά τη γνώμη μας αν συνεχιστεί η παρουσίαση ανά εξάμηνο στο εξής από την διοίκηση του νοσοκομείου θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο καταγραφής και χάραξης πολιτικής- διαμορφώθηκαν οι βασικοί άξονες ως προς την κατηγοριοποίηση και αντιμετώπιση των δαπανών αλλά και των εσόδων του ΠαΓΝΗ.

4.2.2.Υπηρεσία Πληροφορικής

Τα στοιχεία που ελήφθησαν από την υπηρεσία πληροφορικής του ΠαΓΝΗ, αφορούσαν την πρώτη συστηματική καταγραφή ανά κέντρο κόστους των εξόδων του νοσοκομείου που στην ουσία αποτελεί τον πρόγονο της κωδικοποίησης του διοικητικού απολογισμού. Τα συγκεκριμένα στοιχεία λαμβάνονται από την υπηρεσία, δηλαδή τα τμήματα και οι κλινικές ενημερώνουν εκ των υστέρων ότι π.χ. το υλικό Α θα χρεωθεί στο τμήμα Β⁶. Πολλές καταγραφές κέντρων κόστους έχουν ενοποιηθεί στην παρούσα εργασία με βάση τις διευκρινήσεις των υπευθύνων π.χ ότι δυο διαφορετικές καταγραφές ουσιαστικά ταυτίζονται ή για την συγχώνευση – διαγραφή κάποιων άλλων που ήταν ανενεργά (Βλ. Παράρτημα Πίνακας Ομαδοποίησης τμημάτων).

⁵ Χωρίς ωστόσο να εξηγούνται αυξομειώσεις που εμφανίζονται σε κλινικές και μονάδες και θα έδιναν μια κατατοπιστική εικόνα για την πορεία των κλινικών και των μονάδων βάσει των στόχων των εκάστοτε διοικήσεων του νοσοκομείου και των μεταβολών στην πολιτική της ΔΥΠΕ Κρήτης ως σύνολο.

⁶ Είναι ενδεικτικό ότι υπάρχει κωδικός κόστους ανοιγμένος στο όνομα εργαζόμενου ο οποίος χειρίζεται απεικονιστικό μηχάνημα!

4.2.3. Στατιστική Υπηρεσία

Στοιχεία προερχόμενα από την στατιστική υπηρεσία του νοσοκομείου αφορούσαν το κόστος αυτό κάθε αυτό, και μας έδωσαν απαραίτητες πληροφορίες για την κατανομή του στα διάφορα τμήματα για τα προηγούμενα έτη, δηλαδή από το 2001 έως το 2004. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η προσπάθεια και ο χρόνος που κατεβλήθησαν ήταν αντιστρόφως ανάλογα με την συνεισφορά των πληροφοριών στην παρούσα εργασία. Παρόλα αυτά μας έδωσαν μια πρώτη εικόνα της κατανομής του κόστους για το φάρμακο, το υγειονομικό υλικό, το ορθοπεδικό υλικό και των χημικών αντιδραστηρίων στο ΠαΓΝΗ σε μια πρώτη προσπάθεια που είχε επιχειρηθεί από σύστασης του νοσοκομείου.

4.2.4.Τμήμα Μισθοδοσίας

Τα στοιχεία που προέρχονται από το τμήμα της μισθοδοσίας συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία αφορούσαν στους μισθούς των εργαζομένων, παρόλο που οι αμοιβές αυτές καταβάλλονται άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό⁷. Τα στοιχεία που ελήφθησαν από την αρμόδια υπηρεσία είχαν αμιγώς λογιστική μορφή, δίνοντας όμως σαφή οικονομικά στοιχεία για τα έτη μελέτης της εργασίας αυτής, ανά κατηγορία εργαζομένων. Ωστόσο η αδυναμία για τον προσδιορισμό του ακριβούς αριθμού εργαζομένων σε κάθε κέντρο κόστους οδήγησε στην αξιοποίηση μόνο του συνολικού ποσού της μισθοδοσίας και στην αντιμετώπιση του ως γενικό έξοδο (overhead) και όχι στην αντιστοίχιση σε κάθε κέντρο κόστους ανάλογα με την μισθολογική επιβάρυνση από τον αριθμό των εργαζομένων που απασχολούν σ'αυτο.

⁷ Αυτό αποτελεί άμεσο έξοδο για την παροχή υγειονομικής φροντίδας στο κοινωνικό σύνολο από το νοσηλευτικό αυτό ίδρυμα.

5. Σχεδιασμός Υποδείγματος

Ο όρος 'γενικά έξοδα' (overheads) είναι ένας όρος λογιστικής για τους πόρους εκείνους που εξυπηρετούν πολλά διαφορετικά τμήματα και προγράμματα, π.χ. η διοίκηση ενός γενικού νοσοκομείου, τα τρόφιμα και ποτά, η ύδρευση, το κόστος τηλεφωνημάτων, η παροχή ρεύματος, κλπ. Αν πρόκειται να κοστολογηθούν μεμονωμένα κέντρα κόστους, τότε αυτά τα κοινά έξοδα χρειάζεται ενδεχομένως να αποδοθούν σε αυτά. Στην διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε πολλούς και διαφορετικούς τρόπους επιμερισμού των γενικών αυτών εξόδων.

Η προσέγγιση που προτιμάται συχνά από τους οικονομολόγους είναι η χρήση οριακής ανάλυσης, δηλαδή, η μεταβολή των δαπανών με την μεταβολή στην συνολική δραστηριότητα κατά μια μονάδα προσφερόμενης υπηρεσίας. Αν και αυτό είναι αποδεκτό, συνήθως η επιλογή σχετίζεται περισσότερο με την αξιολόγηση του κατάλληλου κέντρου κόστους, καθένα από τα οποία θα έκανε χρήση των δεδομένων κεντρικών υπηρεσιών περισσότερο αποδοτικά.

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον ακριβέστερο καθορισμό της δαπάνης ενός κέντρου κόστους σε ένα νοσοκομείο, όπου εμπλέκονται γενικά έξοδα. Οι μέθοδοι περιγράφονται παρακάτω και αφορούν νοσοκομειακό περιβάλλον. Η βασική ιδέα είναι να καθοριστούν οι ποσότητες των υπηρεσιών που καταναλώνονται από τον ασθενή σε όρους φαρμάκου, υγειονομικού υλικού, ορθοπεδικού υλικού⁸ κ.τ.λ. ώστε να καθοριστεί η πλήρης δαπάνη συμπεριλαμβανομένου βέβαια και του αντίστοιχου μεριδίου γενικών εξόδων κλπ. και να αθροιστούν τα αποτελέσματα.

Οι μέθοδοι επιμερισμού που περιγράφονται παρακάτω αποτελούν διαφορετικούς τρόπους καθορισμού του κόστους ανά κέντρο κόστους για κάθε τύπο υπηρεσίας. Σε αυτές τις μεθόδους τα γενικά έξοδα επιμερίζονται σε άλλα τμήματα βάσει μέτρησης που αποκαλείται βάση επιμερισμού, που θεωρείται ότι σχετίζεται με την χρήση του στοιχείου γενικών εξόδων⁹. Δηλαδή, όσο πιο σημαντικό είναι για την ανάλυση το είδος της δαπάνης, τόσο μεγαλύτερη είναι η προσπάθεια που πρέπει να καταβληθεί για τον ακριβή υπολογισμό της και την σωστή επιλογή της βάσης επιμερισμού.

Ενδεχομένως θα υπάρξουν αξιολογήσεις για τις οποίες οι απλές μέσες ημερήσιες δαπάνες θα είναι επαρκείς, καθώς το αποτέλεσμα είναι απίθανο να αλλάξει χωρίς προηγούμενη αλλαγή του ποσού που έχει υπολογιστεί για νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν μάλλον μειοψηφία, δεδομένης της σχετικής τάξης μεγέθους των νοσηλίων σε σύγκριση με άλλα στοιχεία δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης.

⁸ Ημέρες παραμονής σε θάλαμο, αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων κάθε τύπου, αριθμός ακτινολογικών διαδικασιών, αριθμός εγχειρήσεων, κλπ.

Εναλλακτικά, μπορεί να είναι επαρκής η μέση προσέγγιση που προτείνεται από τον Hull *et al.* (1982). Εδώ η ημερήσια δαπάνη εκκαθαρίζεται από όλα τα στοιχεία που αφορούν δαπάνες ιατρικής περίθαλψης, αφήνοντας μόνο το στοιχείο των νοσηλίων που έχει να κάνει με την φιλοξενία, δηλαδή την ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου. Σε αυτή την περίπτωση υποτίθεται ότι όλοι οι ασθενείς είναι 'μέσου όρου' όσον αφορά τις δαπάνες φιλοξενίας, και ότι αυτή η δαπάνη μπορεί συνεπώς να κατανεμηθεί βάσει ημερών νοσηλείας. Έτσι το κόστος φιλοξενίας μπορεί να υπολογιστεί, για ασθενείς του προγράμματος που μας ενδιαφέρει, και να συνδυαστεί με τα έξοδα ιατρικής περίθαλψης που αντιστοιχούν σε αυτούς τους ασθενείς ώστε να προκύψουν οι συνολικές δαπάνες του κέντρου κόστους ή του υπό μελέτη προγράμματος. Οι δαπάνες δε ιατρικής περίθαλψης θα υπολογιστούν ξεχωριστά, με χρήση δεδομένων που αφορούν συγκεκριμένα τους ασθενείς του προγράμματος. Αν απαιτείται πιο λεπτομερής έλεγχος των δαπανών, υπάρχουν διαθέσιμες διάφορες μέθοδοι για τον επιμερισμό των κοινών (ή γενικών) εξόδων. Αυτές αναλύονται παρακάτω.

5.1 Διαδικασίες Επιμερισμού / Θεωρητικό Υπόβαθρο

Άμεσος Επιμερισμός. Κάθε γενικό έξοδο π.χ. χρήση κεντρικής διοίκησης, επιμερίζεται κατ' ευθείαν στα τελικά κέντρα κόστους π.χ. προγράμματα όπως χειρουργείο μιας ημέρας. Το επιμερισμένο μερίδιο χρήσης κεντρικής διοίκησης για το πρόγραμμα Χ ισούται με το κόστος για την χρήση κεντρικής διοίκησης επί την αναλογία του Προγράμματος Χ, ίσον με τις ώρες που έχουν πληρωθεί για το Πρόγραμμα Χ δια του συνόλου των πληρωμένων ωρών όλων των τελικών κέντρων κόστους, όχι των συνολικών πληρωμένων ωρών για ολόκληρο τον οργανισμό.

Επιμερισμός σε στάδια (επί μέρους προσαρμογές για αλληλεπίδραση των τμημάτων διοίκησης και διαχείρισης). Τα τμήματα διοίκησης και διαχείρισης επιμερίζονται βαθμιαία σε όλα τα υπόλοιπα τμήματα διοίκησης και διαχείρισης και στα τελικά κέντρα κόστους.

Επανεπιμερισμός σε στάδια (πλήρης προσαρμογή για αλληλεπίδραση των τμημάτων διοίκησης και διαχείρισης). Τα τμήματα διοίκησης και διαχείρισης επιμερίζονται βαθμιαία σε όλα τα άλλα τμήματα διοίκησης και διαχείρισης και στα τελικά κέντρα κόστους. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται για έναν αριθμό φορών (περίπου τρεις) ώστε να εξαντληθούν υπόλοιπα μη επιμερισμένα ποσά.

Ταυτόχρονος επιμερισμός (πλήρης προσαρμογή για αλληλεπίδραση των τμημάτων διοίκησης και διαχείρισης). Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιεί τα ίδια δεδομένα όπως η

⁹ (π.χ. τετραγωνικά χώρου στο εκάστοτε τμήμα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον

(β) ή η (γ) όμως επιλύει ένα σύνολο από ταυτόχρονες γραμμικές εξισώσεις ώστε να προκύψουν οι επιμερισμοί. Δίνει την ίδια απάντηση με την μέθοδο (γ) αλλά περιλαμβάνει λιγότερο κόπο.

Επιπλέον, υπάρχει μια αυξανόμενη φιλολογία γύρω από την κοστολόγηση βάσει δραστηριοτήτων (ABC) για νοσοκομεία (Ramsey, 1994), η οποία πρέπει να αναφερθεί. Η κοστολόγηση αυτή δεν αναφέρεται σε μια ξεχωριστή μεθοδολογία επιμερισμού, αλλά αντίθετα δίνει έμφαση στην σημασία που έχει ο εντοπισμός των εισροών που καθορίζουν το τελικό κόστος μιας υπηρεσίας. Η κοστολόγηση βάση δραστηριοτήτων στηρίζεται στο ότι οι δαπάνες των τμημάτων διοίκησης και διαχείρισης επιμερίζονται σε τμήματα υπηρεσιών νοσηλείας βάσει των εισροών που θα καθορίζουν π.χ. πληρωμένες ώρες διοίκησης, τετραγωνικά για υπηρεσίες οικιακής φροντίδας, αντί να χρησιμοποιηθεί μια γενικότερη βάση επιμερισμού για όλα τα τμήματα διοίκησης και διαχείρισης, όπως οι άμεσες δαπάνες. Για τον επιμερισμό των γενικών εξόδων περισσότερες πληροφορίες είναι διαθέσιμες στους Horngren (1994), Clements (1974), Kaplan (1973) και Boyle *et al.* (1982).

Η προσπάθεια που θα καταβάλλεται για τον επιμερισμό των γενικών εξόδων εξαρτάται από την ενδεχόμενη σπουδαιότητα των εξόδων αυτών σε ποσοτικούς όρους για ολόκληρη την ανάλυση, σπουδαιότητα που στην δική μας ανάλυση είναι ουσιαστική. Μια απλούστερη αλλά και προχειρότερη προσέγγιση που συναντάμε στην βιβλιογραφία έχει ως αφετηρία της τον εντοπισμό των νοσοκομειακών δαπανών που αποδίδονται ξεκάθαρα στο κέντρο κόστους που εξετάζεται όπως το κόστος αντιδραστηρίων, οι εργαστηριακές εξετάσεις, το κόστος για φάρμακα, για υγειονομικό υλικό κτλ. Αυτά τα έξοδα είναι γνωστά ως δαπάνες που επιμερίζονται άμεσα. Στη συνέχεια γίνεται αφαίρεση από τις συνολικές νοσοκομειακές λειτουργικές δαπάνες του κόστους των τμημάτων που έχουν ήδη επιμεριστεί προηγουμένως και των τμημάτων που γνωρίζεται πως δεν σχετίζονται στο κέντρο κόστους που κοστολογείται. Ακολουθεί ο επιμερισμός των υπόλοιπων νοσοκομειακών λειτουργικών δαπανών με βάση την βάση επιμερισμού που έχει επιλεγεί και στο τέλος μια ανάλυση ευαισθησίας κρίνεται απαραίτητη για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων (Drummond *et al.*, 1997). Αυτή η μέθοδος αποδεικνύεται πλήρως επαρκής στην περίπτωση που η σύγκριση και η επιλογή μεταξύ εναλλακτικών κέντρων κόστους δεν εξαρτάται από την παραγόμενη τιμή, όπως στην περίπτωση μας.

5.2 Η Μέθοδος που επιλέχθηκε

Στην παρούσα εργασία θα επιχειρηθεί μια προσπάθεια οικονομικής ανάλυσης των οικονομικών εκροών του ΠαΓΝΗ βασιζόμενη στη μέθοδο της ανάλυσης κόστους. Θεωρούμε ότι παρόλο που αποτελεί η συγκεκριμένη μέθοδος την απλούστερη μορφή οικονομικής ανάλυσης, είναι ενδεδειγμένη στην περίπτωση του ΠαΓΝΗ καθότι δεν έχει διενεργηθεί κατά το παρελθόν και στα χρόνια λειτουργίας του τέτοιου είδους μελέτη, όπως αναφέρθηκε και στις προηγούμενες ενότητες. Αυτό συνεπάγεται ότι μπορεί να αποτελέσει μια βάση για ένα οικονομικό υπόδειγμα με περισσότερες μεταβλητές. Συγκεκριμένα, στην αποτίμηση του άμεσου κόστους θα συμπεριληφθούν τα κόστη των υποστηρικτικών υπηρεσιών και παγίων, στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου όπως για παράδειγμα το κόστος διοίκησης, το κόστος φύλαξης χώρων, το κόστος καθαριότητας, τεχνικής υπηρεσίας κ.α. Στη συνέχεια, αφού το σχετικό εύρος για τα κόστη έχει προσδιορισθεί, οι μονάδες αυτές πρέπει να μετρηθούν και να αξιολογηθούν¹⁰.

Τα κέντρα κόστους του ΠαΓΝΗ διακρίθηκαν σε δύο κύριες κατηγορίες, τα εργαστηριακά τμήματα του νοσοκομείου και οι κλινικές, με σημαντικότερη διαφορά μεταξύ τους στο είδος των οικονομικών πόρων που απασχολούν. Τα μεν εργαστήρια τα αντιδραστήρια και τις πρώτες ύλες απεικονιστικών ενώ οι κλινικές τις ξενοδοχειακές υποδομές και όλους τους πόρους σχετιζόμενους με την παροχή υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς. Δημιουργήθηκαν 76 κέντρα κόστους. Μέσω αυτών έγινε η προσπάθεια αντιστοίχισης των λοιπών στοιχείων που δόθηκαν από τις υπόλοιπες πηγές στις δαπάνες. Οι κατηγορίες των δαπανών που επιχειρήθηκε και σε μεγάλο βαθμό κατέστη δυνατό βάσει των καταγραφών να συσχετιστούν άμεσα με τα κέντρα κόστους αφορούσαν το κόστος υγειονομικού υλικού, το κόστος φαρμάκου, το κόστος χημικών αντιδραστηρίων και το ορθοπεδικό κόστος τα οποία αποτελούν και τις κατηγορίες που συνθέτουν το μεταβλητό κόστος για τα κέντρα κόστους του ΠαΓΝΗ. Κοινά στοιχεία κόστους που χρησιμοποιήθηκαν και αποτέλεσαν κοινές μεταβλητές και τόσα στα κέντρα κόστους των εργαστηρίων όσο και σε αυτά των κλινικών υπήρξαν τα λεγόμενα γενικά έξοδα. Τα κέντρα κόστους που διαμορφώθηκαν στο ΠαΓΝΗ φαίνονται στον Πίνακα 3.

¹⁰ Το κόστος δηλαδή περιέχει δύο στοιχεία: την μέτρηση της ποσότητας των καταναλισκόμενων πόρων και τον προσδιορισμό της τιμής μονάδας κόστους ή τιμή. Η μέτρηση της ποσότητας συχνά επηρεάζεται από τον τύπο της οικονομικής αποτίμησης και ανάλογα με τον τύπο του πόρου διαφέρει και ο τρόπος συλλογής των στοιχείων για αυτές. Από την αντίπερα όχθη, ενώ θεωρητικά η τιμή ενός πόρου ταυτίζεται με το κόστος ευκαιρίας, η πραγματική προσέγγιση στον προσδιορισμό της τιμής είναι να ληφθούν οι υπάρχουσες τιμές αγοράς, εκτός και αν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος για να ενεργήσουμε διαφορετικά. (π.χ. τριμερής χρηματοδότηση ενός πόρου).

Πίνακας 3. Κέντρα Κόστους Υποδείγματος

ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΕΜΒΟΛΙΑ	ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜ.ΕΠ.ΠΕΡ	ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.
ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΕΡΓ. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ
ΕΡΓ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΓΡΑΜΜΙΚΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΤΗΣ	ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ
ΕΡΓ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.
ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ	ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΧΗΜΕΙΑΣ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ	ΤΜΗΜΑ ΟΦΘΑΛ/ΚΗΣ ΜΕΤΑΜ.ΚΕΡΑΤ.
ΕΡΓ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΑΡΑΓ. ΑΙΜ.	ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΕΡΓ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	ΚΛ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ	ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤ.	ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΕΡΓΑΣΤ.	ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΤ
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ ΝΤ	ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ Ν.Τ.
ΚΛ. ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ	ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΚΛ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ν.Τ.
ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΩΡΩΝ Ν.Τ.	ΜΟΝΑΔΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ	ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓ.
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΗΜΙΚΩΝ-ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡ	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΜΟΝ. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΔΙΑΛΥΤΩΝ	

Ως γενικά έξοδα (overheads), αντιμετωπίστηκαν οι ακόλουθες κατηγορίες δαπανών:

Πίνακας 4. Γενικά Έξοδα (Overheads)

ΚΟΣΤΟΣ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΔΕΗ
ΚΟΣΤΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	ΚΟΣΤΟΣ ΥΔΡΕΥΣΗΣ-ΑΡΔΕΥΣΗΣ
ΚΟΣΤΟΣ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	ΚΟΣΤΟΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΚΟΣΤΟΣ ΑΕΡΙΩΝ	ΑΝΑΛΟΓΟΥΝ ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ
ΚΟΣΤΟΣ ΟΤΕ	ΚΟΣΤΟΣ ΜΙΣΘΩΝ
ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΥΣΙΜΩΝ	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Στο επόμενο στάδιο το συνολικό κόστος των εργαστηρίων επιμερίστηκε στις κλινικές (μεταβλητή 'αναλογούν κόστος εργαστηρίων') δεδομένου ότι οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών τους είναι οι ασθενείς. Ως βάση επιμερισμού χρησιμοποιήθηκε ο συνολικός αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών ανά κλινική και ανά έτος.

5.3 Το Υπόδειγμα και οι Μεταβλητές

Οι μεταβλητές που αποτελούν το υπόδειγμα που σχεδιάστηκε αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω καθώς και οι διαδικασίες επιμερισμού τους στα κέντρα κόστους με τις αντίστοιχες βάσεις που επιλέχθηκαν. Ο λόγος που οδήγησε στην επιλογή των συγκεκριμένων βάσεων μεταξύ εναλλακτικών που ίσως προσέφεραν πληρέστερη εικόνα και ανάλυση παρατίθεται σε άλλο σημείο της παρούσας εργασίας.

Μεταβλητή # 1 : Κόστος Υγειονομικού Υλικού

Η μεταβλητή που αφορά στην κατανάλωση υγειονομικού υλικού σχετίζεται τόσο με τα εργαστήρια όσο και με τις κλινικές, και αντιπροσωπεύει ένα τμήμα του μεταβλητού κόστους. Έτσι κατέστη δυνατό να συσχετιστεί άμεσα με τα κέντρα κόστους καθόσον υπήρχαν αναλυτικά στοιχεία για το καθένα που διαμορφώθηκαν τελικά και χρησιμοποιήθηκαν, χωρίς ωστόσο να συμπίπτουν πάντα με τα δεδομένα από τις διαφορετικές πηγές των στοιχείων. Έτσι μετά την έρευνα και τις απαραίτητες προφορικές διευκρινήσεις έγιναν οι ακόλουθες συμπτύξεις και συνενώσεις τμημάτων που κατανάλωναν υγειονομικό υλικό (Βλ. παράρτημα Πίνακα Ομαδοποίησης τμημάτων).

Μεταβλητή # 2: Κόστος Φαρμάκου

Η δεύτερη μεταβλητή για το υπόδειγμά μας είναι αυτή που αφορά στις δαπάνες των κέντρων κόστους για το φάρμακό και γενικότερα για φαρμακευτικά υλικά. Η μεταβλητή αυτή συσχετίζεται άμεσα με τα κέντρα κόστους καθόσον υπήρχαν αναλυτικά στοιχεία για το καθένα και χρησιμοποιήθηκε χωρίς ωστόσο να συμπίπτουν πάντα με τα δεδομένα από τις διαφορετικές πηγές των στοιχείων. Αποτελεί και αυτή το δεύτερο κομμάτι του μεταβλητού κόστους του κάθε κέντρο κόστους του ΠαΓΝΗ.

Μεταβλητή # 3: Κόστος Ορθοπεδικού Υλικού

Το ορθοπεδικό υλικό σχετίζεται ως μεταβλητή όπως είναι εμφανές με λιγότερα τμήματα – κέντρα κόστους σε σύγκριση με τις δύο προηγούμενες μεταβλητές του υποδείγματός μας. Εύλογα καθώς οι δαπάνες για ορθοπεδικό υλικό πραγματοποιούνται από τμήματα όπως την ορθοπεδική κλινική, το χειρουργείο κ.τ.λ. και περιορίζονται σε αυτά. Ωστόσο η δαπάνη των τμημάτων αυτών αποτελεί σημαντική ποσοστιαία επί τις εκατό της συνολικής δαπάνης και ήταν απαραίτητη η διαχείριση τους ως τέτοια.

Μεταβλητή # 4: Κόστος Χημικών Αντιδραστηρίων

Αποτελούν για τα κέντρα κόστους σημαντικό ποσοστό του άμεσου κόστους (μεταβλητό κόστος) και μια μεταβλητή που διαφοροποιεί σημαντικά το συνολικό κόστος από τμήμα σε τμήμα και κυρίως σε αυτά που αφορούν εργαστηριακά τμήματα.

Μεταβλητή # 5: Γενικά Έξοδα (Overheads)

Μέτρο για την κατανομή των λεγόμενων overheads, θα αποτελέσει ο αριθμός των τετραγωνικών μέτρων του κάθε τμήματος (κέντρο κόστους) για γενικές δαπάνες όπως είναι αυτές για ηλεκτρικό ρεύμα (ΔΕΗ), για τηλεπικοινωνίες (ΟΤΕ), ύδρευση-άρδευση, για προμήθεια ιατρικών αερίων, για τα καύσιμα, για την προμήθεια ηλεκτρομηχανολογικού εξοπλισμού, για τα υλικά καθαριότητας και για την λειτουργία της τεχνικής υπηρεσίας. Αυτή η βάση επιμερισμού επιλέχθηκε επειδή οι δαπάνες για τις παραπάνω κατηγορίες αποτελούν μεταβλητές που αφορούν τόσο τα εργαστηριακά τμήματα του νοσοκομείου όσο και τις κλινικές. Στη συνέχεια για να υπολογιστεί η δαπάνη που αντιστοιχεί σε κάθε εργαστήριο ή κλινική, ο επιμερισμός έγινε με βάση τα τετραγωνικά μέτρα που το κάθε τμήμα (κέντρο κόστους) καταλαμβάνει μέσα στο νοσοκομείο.

Αναλυτικότερα για κάθε κέντρο κόστους:

$$C_{\text{Υλικών Καθαριότητας}} = \frac{C_{\text{Υλικών Καθαριότητας}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμήματος}$$

$$C_{\text{Ηλεκτρ/κού Υλικού}} = \frac{C_{\text{Ηλεκτρολογικού Υλικού}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Ιατρικών Αερίων}} = \frac{C_{\text{Ιατρικών Αερίων}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Καυσίμων}} = \frac{C_{\text{για Καύσιμα}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Τηλεπικοινωνιών (ΟΤΕ)}} = \frac{C_{\text{Τηλεπικοινωνιών}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Ηλεκτρικού Ρεύματος (ΔΕΗ)}} = \frac{C_{\text{Ηλεκτρικού Ρεύματος}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Υδρευσης-Άρδευσης}} = \frac{C_{\text{Υδρευση-Άρδευση}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Τεχνικής Υπηρεσίας}} = \frac{C_{\text{Τεχνική Υπηρεσία}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

$$C_{\text{Λοιπών Δαπανών}} = \frac{C_{\text{Δαπάνες}}}{\text{Συνολικά τετραγωνικά μέτρα}} \quad \times \text{ τ.μ. τμημάτων}$$

Να προσθέσουμε στο σημείο αυτό ότι η τελευταία κατηγορία κόστους που αφορά τις λοιπές δαπάνες περιλαμβάνει ένα πλήθος εξόδων του νοσοκομείου που εμφανίζονται ως ανεξάρτητες κατηγορίες από τις διάφορες πηγές στοιχείων του νοσηλευτικού ιδρύματος. Αυτές λοιπόν περιλαμβάνουν δαπάνες για αρθροπλαστικές, υλικό αγγειογραφίας, βηματοδότες, οφθαλμολογικό υλικό, υλικό εργαστηρίων, γραφική ύλη, ιματισμό, υλικά και υπηρεσίες βιοιατρικής, πάγιο εξοπλισμό, υλικά τεχνικού τμήματος κτλ.

Σε κάποιες από τις παραπάνω κατηγορίες κόστους όπως τα αυτή των υλικών καθαριότητας θα μπορούσε να επιλεγεί ως βάση επιμερισμού ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών ανά κλινική. Στην περίπτωση όμως αυτή δεν θα υπήρχε κοινή βάση επιμερισμού με τα εργαστήρια, η παραγωγικότητα των οποίων μετράται σε δαικπεραιωθείσες εξετάσεις ανά ημέρα και αντίστροφα. Επιπλέον στην περίπτωση αυτή θα υπήρχε αδυναμία σύνθεσης και υποεκτίμηση των δαπανών για τα γενικά έξοδα (overheads) σε υποστηρικτικές δραστηριότητες που δεν σχετίζονται άμεσα με τις κλινικές και τα εργαστήρια όπως των υπηρεσιών διοίκησης, της τεχνικής υπηρεσίας κτλ. Με τη χρησιμοποίηση αυτής της βάσης επιμερισμού κατέστη εφικτός ο υπολογισμός και του κόστους για τα γενικά έξοδα (overheads) σε αυτές τις υποστηρικτικές λειτουργίες και κατόπιν να επιμεριστεί όπως και στα υπόλοιπα στοιχεία κόστους αυτών στις κλινικές και τα εργαστήρια. Τέλος, υποθέτουμε ότι δεν υπάρχουν κοινόχρηστοι χώροι στο νοσοκομείο που αυξάνουν με την λειτουργία τους τις επιμέρους κατηγορίες κόστους.

Μεταβλητή # 6: Κόστος Τροφίμων και Ποτών

Η μεταβλητή αυτή αφορά τις δαπάνες που αφορούν την κατανάλωση τροφίμων και ποτών. Η μεταβλητή αυτή συσχετίστηκε άμεσα μόνο με τους νοσηλευθέντες ανά κλινική ασθενείς για τα υπό εξέταση έτη, καθώς είναι προφανές ότι οι δαπάνες για τρόφιμα και ποτά στο μέγιστο ποσοστό τους αφορούν την κάλυψη των αναγκών σίτισης των νοσηλευόμενων στις κλινικές του νοσοκομείου και όχι τα εργαστηριακά τμήματα, τα

οποία δεν βαρύνονται από τέτοιου είδους δαπάνες. Ως βάση επιμερισμού χρησιμοποιήθηκε το σύνολο το νοσηλευθέντων ασθενών ανά έτος στο ΠαΓΝΗ Αναλυτικότερα για κάθε κλινική το κόστος αυτό υπολογίστηκε ως εξής:

$$C_{\text{Τροφίμων και Ποτών}} = \frac{C_{\text{Τροφίμων και Ποτών}}}{\text{Σύνολο Ασθενών Ανά Έτος}} \times \text{Νοσηλευθέντες Ασθενείς Ανά Κλινική / Έτος}$$

Δεν κατέστη δυνατό να διευκρινιστεί η ακριβής ποσότητα τροφίμων και ποτών που καταναλώνονται από το προσωπικό του νοσοκομείου και την αντίστοιχη ποσότητα σίτισης μέσω διαφόρων προγραμμάτων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Έτσι υποθέτουμε ότι δεν υπάρχουν τέτοιου είδους δαπάνες.

Μεταβλητή # 7: Κόστος Μισθοδοσίας

Η τελευταία κατηγορία κόστους αναφέρεται στο κόστος που προέρχεται από την καταβολή των μισθών στους εργαζόμενους, οι οποίοι ενώ δεν καταβάλλονται από τον σφαιρικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου αλλά εγγράφονται στον ετήσιο κρατικό προϋπολογισμό, αποτελούν σημαντικό στοιχείο κόστους των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών από το ΠαΓΝΗ Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το αντίστοιχο τμήμα δεν μπόρεσαν να αξιοποιηθούν πλήρως στην παρούσα εργασία. Αυτό συνέβη διότι ενώ από το τμήμα μισθοδοσίας του ΠαΓΝΗ λάβαμε ακριβή στοιχεία για τακτικές και έκτακτες αποδοχές ανά κατηγορία εργαζομένων δεν μπορέσαμε να ταυτοποιήσουμε τον ακριβή αριθμό ανά κατηγορία εργαζομένων ανά κέντρο κόστους. Κατόπιν τούτου απλουστευτικά αθροίστηκαν οι μισθοί ανά έτος και προέκυψε ένας 'μέσος μισθός', ο οποίος στη συνέχεια πολλαπλασιάστηκε με τον αριθμό των εργαζομένων στο ΠαΓΝΗ ανεξάρτητα δηλαδή την ειδικότητα και την μισθολογική κατάσταση των εργαζομένων ανά κέντρο κόστους. Η μεταβλητή, λοιπόν, πήρε την ακόλουθη μορφή:

$$C_{\text{Μισθοδοσίας}} = \frac{C_{\text{Μισθών}}}{\text{Σύνολο Εργαζομένων ΠαΓΝΗ}} \times \text{Αριθμό Εργαζομένων Ανά Τμήμα (Κέντρο Κόστους)}$$

Μεταβλητή # 8: Αναλογούν Κόστος Εργαστηρίων

Στα κέντρα κόστους που αφορούσαν μονάχα κλινικές προστέθηκε μια επιπλέον μεταβλητή, η οποία αφορούσε το αναλογούν κόστος των εργαστηρίων. Το κόστος των εργαστηρίων δημιουργείται ουσιαστικά τις κλινικές, καθώς οι εξετάσεις που διενεργούνται σε αυτά και αποτελούν το λεγόμενο κόστος εργαστηρίων, παραγγέλνονται από τις κλινικές¹¹. Επομένως, το αθροιστικό κόστος των παραπάνω κατηγοριών δαπανών (μεταβλητών) για κάθε κέντρο κόστους που αφορά εργαστηριακά τμήματα του ΠαΓΝΗ επιμερίστηκε στα αντίστοιχα κέντρα κόστους που αφορούσαν κλινικές. Βάση επιμερισμού επιλέχθηκε ο αριθμός των ασθενών του ΠαΓΝΗ, εφόσον αυτοί είναι και οι τελικοί αποδέκτες των εργαστηριακών εξετάσεων και στη συνέχεια ο λόγος που προέκυψε σε κάθε κλινική πολλαπλασιάστηκε με τον αντίστοιχο αριθμό ασθενών που είχε για το υπό εξέταση έτος η κάθε κλινική. Συνοπτικότερα:

$$\text{Αναλογούν Κόστος Εργαστηρίων} = \frac{\text{C Εργαστηρίων}}{\text{Σύνολο Ασθενών ΠαΓΝΗ ανά Έτος}} \times \text{Ασθενείς Ανά Κλινική Ανά Έτος}$$

Συμπερασματικά γίνεται αντιληπτό ότι το άμεσο κόστος για κάθε κέντρο κόστους, στην μελέτη μας, θα αποτελείται από το άθροισμα του κόστους για φάρμακα, για υγειονομικό υλικό, για ορθοπεδικό υλικό και οποιαδήποτε δαπάνη για τα χημικά αντιδραστήρια που χρησιμοποιούνται στις εργαστηριακές εξετάσεις, δηλαδή το άμεσο κόστος όπως προέκυψε από τις καταγραφές στις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν. Στο άθροισμα αυτό προστέθηκε το αναλογούν ποσό του κάθε κέντρου κόστους από τα επιμερισμένα σε αυτό γενικά έξοδα (overheads), δηλαδή το έμμεσο κόστος για κάθε τμήμα. Έτσι το άθροισμα αυτών των δύο ευρύτερων ομάδων κόστους μας δίνει το συνολικό κόστος για κάθε κέντρο κόστους στο ΠαΓΝΗ Όμοια και στα κέντρα κόστους που αφορούν κλινικές, αν σε αυτές προσθέσουμε και το αναλογούν κόστος των τμημάτων που ανήκουν στον εργαστηριακό τομέα, που επιμερίστηκαν με βάση τον αριθμό των ασθενών σε κάθε κλινική.

Αναλυτικότερα:

Κόστος Εργαστηρίων

$$C_{\text{κέντρο κόστους}} = \sum_{i=1}^i (DC_{\text{κέντρο κόστους}} + IC_{\text{κέντρο κόστους}})$$

Όπου DC Direct Cost και IC Indirect Cost, δηλαδή

$$DC = C_{\text{Υγειονομικού Υλικού}} + C_{\text{Φαρμάκου}} + C_{\text{Ορθοπεδικού Υλικού}} + C_{\text{Χημικών Αντιδραστηρίων}}$$

και

$$IC = C_{\text{Υλικών Καθαριότητας}} + C_{\text{Τροφίμων & Ποτών}} + C_{\text{Ηλεκτρολογικού Υλικού}} + C_{\text{Ιατρικών Αερίων}} \\ + C_{\text{Καυσίμων}} + C_{\text{Τηλεπικοινωνιών (ΟΤΕ)}} + C_{\text{Ηλεκτρικού Ρεύματος (ΔΕΗ)}} + C_{\text{Ύδρευσης & Άρδευσης}} \\ + C_{\text{Τεχνικής Υπηρεσίας}} + C_{\text{Μισθοδοσίας}} + C_{\text{Λοιπών Δαπανών}}$$

Κόστος Κλινικών

$$C_{\text{κέντρο κόστους}} = \sum_{i=1}^i (DC_{\text{κέντρο κόστους}} + IC_{\text{κέντρο κόστους}})$$

Όπου DC Direct Cost και IC Indirect Cost, δηλαδή

$$DC = C_{\text{Υγειονομικού Υλικού}} + C_{\text{Φαρμάκου}} + C_{\text{Ορθοπεδικού Υλικού}} + C_{\text{Χημικών Αντιδραστηρίων}}$$

και

$$IC = C_{\text{Υλικών Καθαριότητας}} + C_{\text{Τροφίμων & Ποτών}} + C_{\text{Ηλεκτρολογικού Υλικού}} + C_{\text{Ιατρικών Αερίων}} \\ + C_{\text{Καυσίμων}} + C_{\text{Τηλεπικοινωνιών (ΟΤΕ)}} + C_{\text{Ηλεκτρικού Ρεύματος (ΔΕΗ)}} + C_{\text{Ύδρευσης & Άρδευσης}} \\ + C_{\text{Τεχνικής Υπηρεσίας}} + C_{\text{Μισθοδοσίας}} + C_{\text{Λοιπών Δαπανών}} + C_{\text{Αναλογούν Κόστος Εργαστηρίων}}$$

¹¹ Εξετάσεις παραγγέλλονται επίσης για λογαριασμό εξωτερικών ασθενών και όχι μόνο νοσηλευομένων, όμως στην παρούσα εργασία γίνεται αυτή η απλουστευτική παραδοχή.

Δείκτης Κόστους Ανά Ασθενή

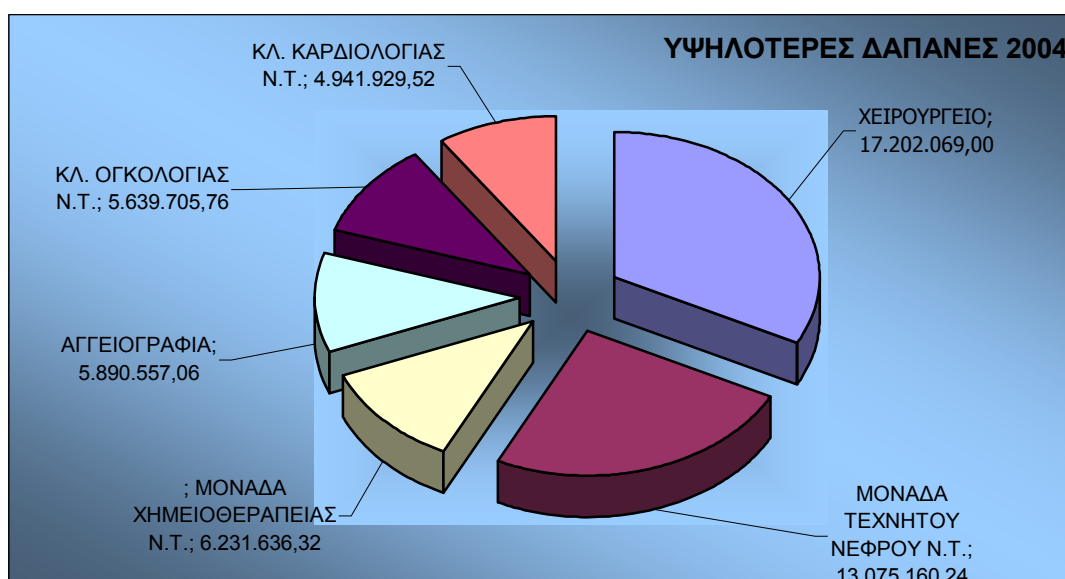
Τέλος, υπολογίστηκε το κόστος ανά ασθενή σε κάθε κλινική έτσι ώστε να μπορούμε να συγκρίνουμε το κόστος νοσηλείας του κάθε ασθενή στις διαφορετικές κλινικές του ΠαΓΝΗ. Έτσι ο υπολογισμός αυτός πραγματοποιήθηκε με βάση τον ακόλουθο τύπο και για τις δυο υπό μελέτη περιόδους:

$$C_{\text{ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ}} = \frac{C_{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ}}}{\text{ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ}}$$

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

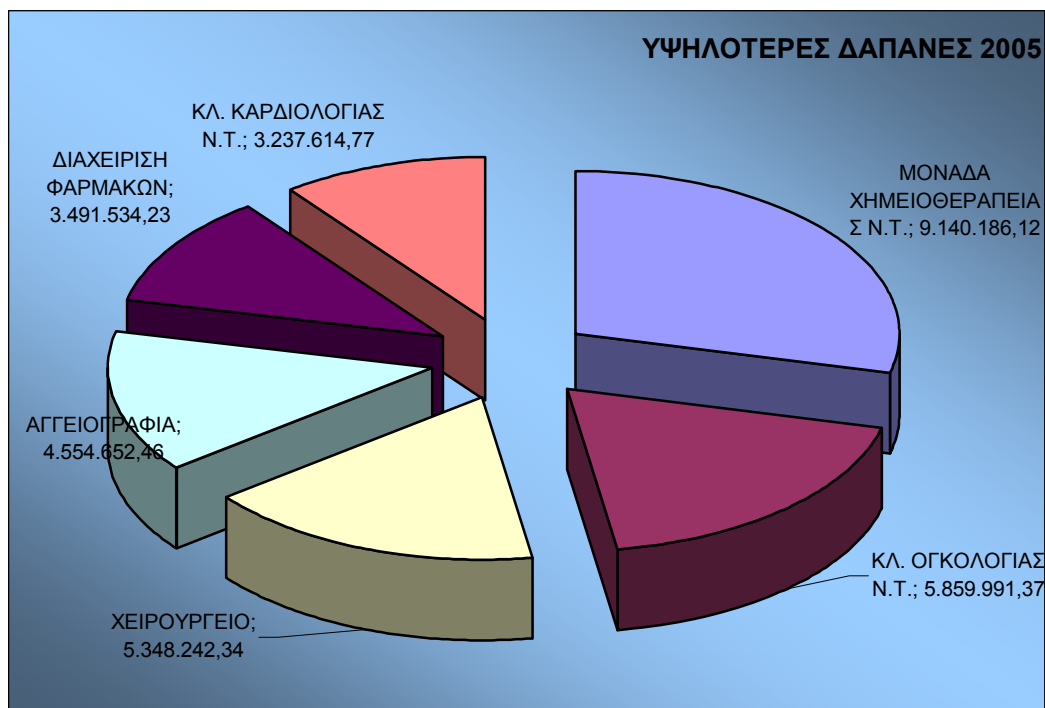
Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του υποδείγματος μας έδωσαν το κόστος ανά κέντρο κόστους για το έτος 2004 και για το πρώτο εξάμηνο του 2005. Αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι τα έσοδα ανά κέντρο κόστους για το έτος 2005 δεν αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης, και απλά αναφέρονται ενδεικτικά¹².

Για το έτος 2004 στο ΠαΓΝΗ το κέντρο κόστους με τις υψηλότερες δαπάνες είναι το χειρουργείο με κόστος που φτάνει τα 17.202.069,00 εκατομμύρια ευρώ, ενώ ακολουθεί η μονάδα τεχνητού νεφρού με κόστος 13.075.160,24 εκατομμύρια ευρώ. Τα τμήματα που ακολουθούν στην ταξινόμηση έχουν σημαντική διαφορά στο κόστος σε σύγκριση με το χειρουργείο και την μονάδα τεχνητού νεφρού. Η μονάδα χημειοθεραπείας με δαπάνες που αγγίζουν τα 6.231.636,32 εκατομμύρια ευρώ, το τμήμα αγγειογραφίας με 5.890.557,06, η κλινική ογκολογίας με 5.639.705,76 και έπειτα η κλινική καρδιολογίας με 4.941.929,52 εκατομμύρια ευρώ κόστος. Τα παραπάνω τμήματα έχουν ιδιαίτερο υψηλό κόστος λόγω των ιατρικών πράξεων που αναλαμβάνουν όπως το χειρουργείο και η αγγειογραφία, ενώ οι κλινικές και οι μονάδες είναι αυτές με τον μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευομένων ασθενών στο νοσοκομείο. Για το έτος 2004 στο ΠαΓΝΗ το κέντρο κόστους με τις χαμηλότερες δαπάνες είναι το τμήμα εμβολίων με κόστος που φτάνει τα 70.466,91 χιλιάδες ευρώ, ενώ προηγείται το ιατρείο πόνου με κόστος 83.554,50 χιλιάδες ευρώ. Τμήματα που βρίσκονται χαμηλά στην ταξινόμηση των κέντρων κόστους είναι επίσης το τμήμα πειραματόζων με δαπάνες που αγγίζουν τα 141.444,07 χιλιάδες ευρώ, ο παιδικός ξενώνας του ΠαΓΝΗ με 155.227,76, το τμήμα των υπερήχων, ο μαγνητικός τομογράφος κ.α. Αναλυτικότερα η ταξινόμηση για τα κέντρα κόστους με βάση τις δαπάνες για το 2004 φαίνεται παρακάτω.



¹² Περισσότερα αποτελέσματα στο Παράρτημα.

Για το α' εξάμηνο του 2005 στο ΠαΓΝΗ το κέντρο κόστους με τις υψηλότερες δαπάνες είναι η μονάδα χημειοθεραπείας με κόστος που φτάνει τα 9.140.186,12 εκατομμύρια ευρώ, ενώ ακολουθεί η κλινική ογκολογία με κόστος 5.859.991,37 εκατομμυρίων ευρώ¹³. Κέντρα κόστους με υψηλό επίπεδο δαπανών είναι το χειρουργείο με δαπάνες που αγγίζουν τα 5.348.242,34 εκατομμύρια ευρώ, το τμήμα αγγειογραφίας με 4.554.652,46, το κέντρο κόστους που περιλαμβάνει την διαχείριση φαρμάκων, χημικών αντιδραστηρίων και την μονάδα ενδοφλεβίων διαλυμάτων με 3.491.534,23. Τέλος, η κλινική καρδιολογία με 3.237.614,77 εκατομμύρια ευρώ κόστος συγκαταλέγεται όπως και το 2004 στα τμήματα με τις υψηλότερες δαπάνες για το πρώτο εξάμηνο του 2005. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι τα τμήματα με υψηλό επίπεδο κόστους για τις δύο υπό εξέταση περιόδους-2004 και α' εξάμηνο 2005- είναι σε μεγάλο βαθμό τα ίδια, αν και παρουσιάζονται μικρές αποκλίσεις. Αντίστοιχα, για το α' εξάμηνο του 2005 στο ΠαΓΝΗ το κέντρο κόστους με τις χαμηλότερες δαπάνες είναι το ιατρείο πόνου με κόστος που φτάνει τα 44.291,79 χιλιάδες ευρώ, ενώ τμήματα που βρίσκονται χαμηλά στην ταξινόμηση των κέντρων κόστους είναι το εργαστήριο κλινικής ανοσολογίας με επίπεδο δαπανών 107.132,98 χιλιάδων ευρώ, το τμήμα μαγνητικού τομογράφου με δαπάνες που αγγίζουν τα 120.742,64 χιλιάδες ευρώ, το τμήμα εμβολίων με 123.902,26, το τμήμα των πειραματόζων, ο παιδικός ξενώνας το τμήμα υπερήχων κ.α. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι τμήματα με χαμηλές δαπάνες για το έτος 2004, παραμένουν τμήματα με χαμηλό κόστος και για το πρώτο εξάμηνο του 2005. Το διάγραμμα παρουσιάζει τα παραπάνω.



¹³ Περισσότερα αποτελέσματα στο Παράρτημα .

Τέλος αν παρατηρήσουμε την ταξινόμηση των κέντρων κόστους για τα έσοδα του 2005 παρατηρούμε ότι τμήματα με τις μεγαλύτερες εισροές είναι η κλινική καρδιολογίας, η μονάδα χημειοθεραπείας, η κλινική ογκολογίας, η ορθοπεδική κλινική κ.α. Τα τμήματα αυτά παρουσιάζουν μεγάλους αριθμούς νοσηλευόμενων ασθενών και συνεπώς υψηλά έσοδα αλλά και αντίστοιχα υψηλά επίπεδα κόστους.

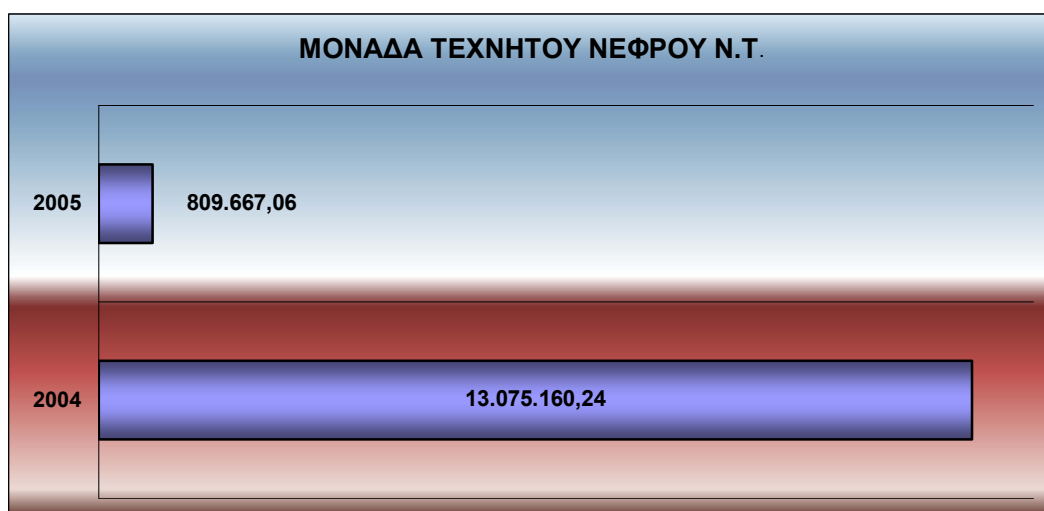
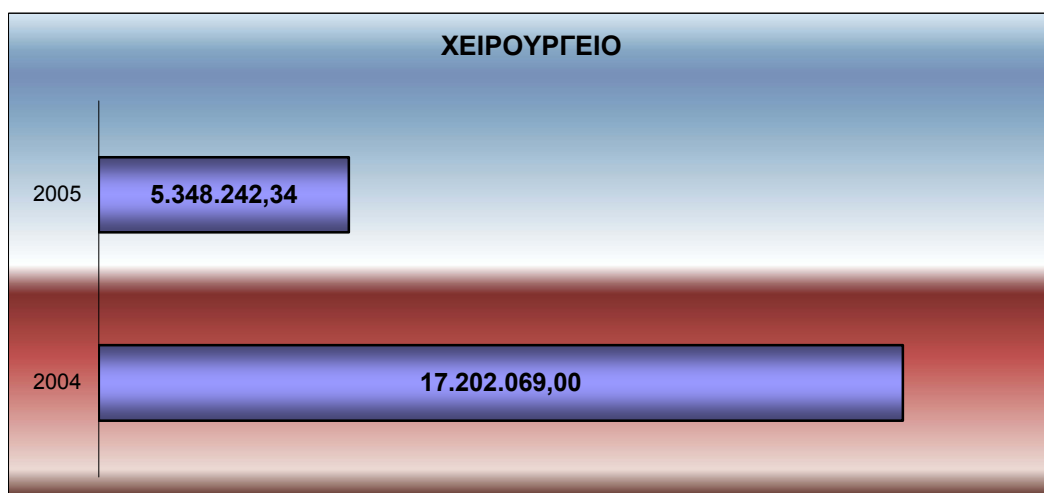
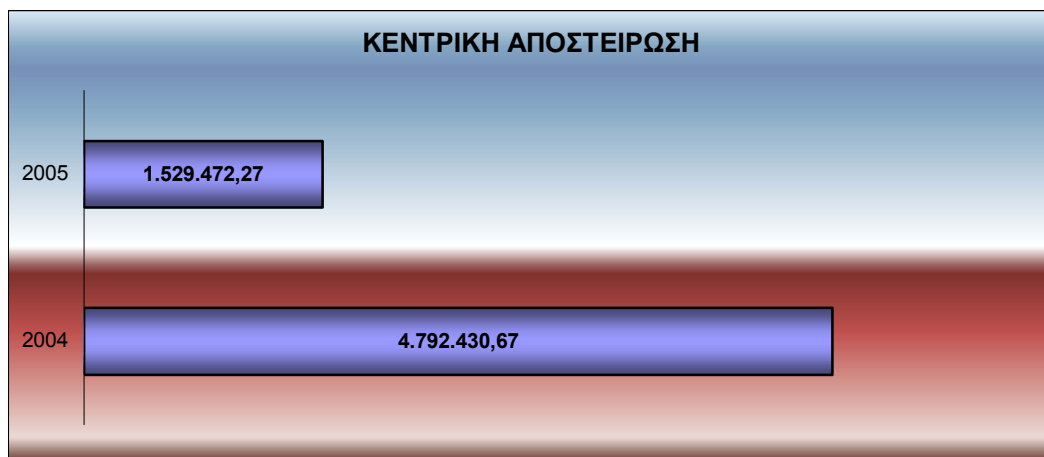
Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν και επεξεργάστηκαν, σύμφωνα με την επιλεγμένη μεθοδολογία στα κέντρα κόστους που δημιουργήθηκαν στο ΠαΓΝΗ, οδήγησε σε κάποια από αυτά να προκύψουν επίπεδα δαπανών με μεγάλες διαφοροποιήσεις που δεν δικαιολογούνται αφού δεν υπήρξε ραγδαία μεταβολή στη συνήθη ετήσια δραστηριότητάς τους για τα έτη 2004 και το α' εξάμηνο του 2005, τόσο στον αριθμό των πράξεων που αναλαμβάνουν όσο και στο κόστος ανά επεμβατική πράξη.. Αυτό μας οδηγεί στην υπόθεση ότι υπάρχει αλλαγή στον τρόπο καταγραφής των δαπανών από το ένα έτος στο άλλος και διαφοροποίηση της αντιστοίχησης τους.

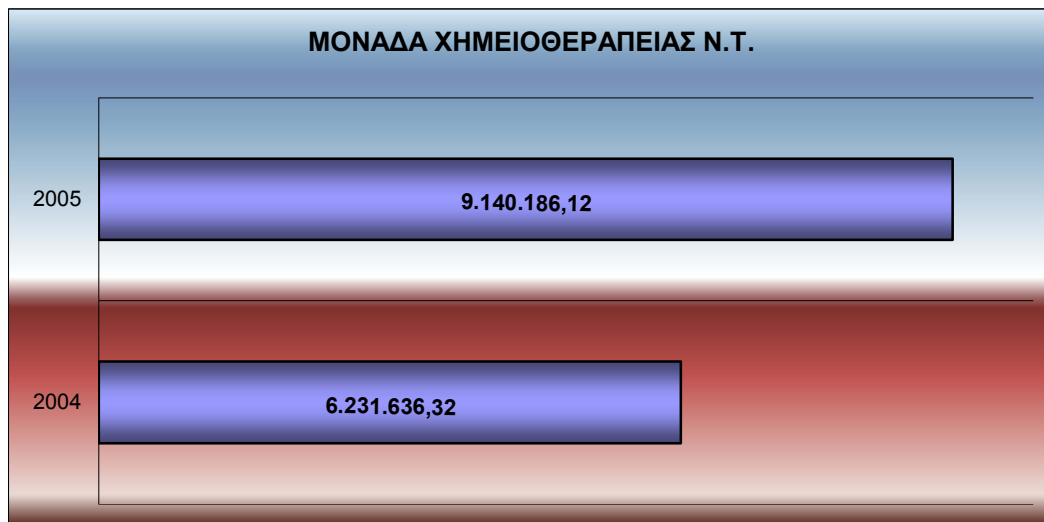
Αυτό μας προκάλεσε το ενδιαφέρον αν επιπλέον λάβουμε υπόψιν μας ότι οι δαπάνες ανά έτος αυξάνονται αλλά συνήθως διπλασιάζονται ή τετραπλασιάζονται . Επιπρόσθετα, κέντρα κόστους τα οποία στατιστικά παρουσιάζουν αύξηση είναι αυτά που περιθάλπτουν ογκολογικούς ασθενείς, μια και αυτοί παρουσιάζουν διαρκή αύξηση ανά έτος. Αυτό σημαίνει ότι σε αρκετά κέντρα κόστους θα περιμέναμε μια αύξηση του κόστους αλλά όχι σε υπερβολικό βαθμό. Στο σημείο αυτό, λοιπόν, παραθέτουμε, τα κέντρα κόστους τα οποία παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες αποκλίσεις.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του εργαστηρίου κεντρικής αποστείρωσης του νοσοκομείου το οποίο το έτος 2004 παρουσιάζει δαπάνες ύψους 4.792.430,67 εκατομμυρίων ευρώ και το α' εξάμηνο του 2005 εμφανίζουν δαπάνες εμφανώς μειωμένες ύψους 1.529.472,27 εκατομμυρίων ευρώ. Περισσότερο ακραίες διαφορές ανάμεσα στα δύο υπό μελέτη έτη παρουσιάζουν το τμήμα του χειρουργείου και η μονάδα τεχνητού νεφρού. Το μεν πρώτο το 2004 έχει κόστος της τάξεως των 17.202.069,00 εκατομμυρίων ευρώ και το πρώτο εξάμηνο του 2005 εμφανίζει κόστος 5.348.242,34 εκατομμύρια ευρώ, το δεύτερο δε, η μονάδα των νεφροπαθών ασθενών εμφανίζει δαπάνες 13.075.160,24 εκατομμυρίων ευρώ για το 2004, ενώ το τους έξι πρώτους μήνες του 2005 οι δαπάνες της φτάνουν μονάχα το ποσό των 809.667,06 χιλιάδων ευρώ.

Τέλος, η μονάδα χημειοθεραπείας παρουσιάζει μια αντίστροφη- σε σχέση με τα παραπάνω τμήματα- πορεία. Ενώ το 2004 εμφανίζει σχετικά χαμηλές δαπάνες ύψους 6.231.636,32 εκατομμυρίων ευρώ, στις αρχές του 2005 αυτές εκτινάσσονται στα ύψη και αγγίζουν το ποσό των 9.140.186,12 εκατομμυρίων ευρώ.

Τέτοιου είδους περιπτώσεις περιγράφονται αναλυτικά με τα διαγράμματα που εμφανίζονται παρακάτω. Δεν κατέστη δυνατόν να βρεθεί η αιτία των διαφοροποιήσεων αυτών.





Τέλος ενδεικτικά είναι τα αποτελέσματα που μας δείχνει το κόστος ανα ασθενή που υπολογίστηκε σε κάθε κλινική του νοσοκομείου για το 2004 και το πρώτο εξάμηνο του 2005. Έτσι για το 2004 το υψηλότερο κόστος ανά ασθενή παρουσιάζει η μονάδα εντατικής θεραπείας με κόστος 5.969, 21 ευρώ για κάθε έναν ασθενή που νοσηλεύθηκε στην μονάδα. Ακολουθεί η μονάδα εντατικής θεραπείας παιδών με κόστος ανά ασθενή 5.496,92 ευρώ, η κλινική ψυχιατρικής ενηλίκων με κόστος στο επίπεδο των 3.715, 45 ευρώ και τέλος η νευροχειρουργική κλινική με κόστος 3.103,64 ευρώ. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι και το πρώτο εξάμηνο του 2005 τα τμήματα που εμφανίζουν το υψηλότερο κόστος ανά ασθενή είναι τα ίδια με το έτος 2004. Έτσι, για το εξάμηνο του 2005 το υψηλότερο κόστος ανά ασθενή παρουσιάζει η μονάδα εντατικής θεραπείας με αυξημένο κόστος σε σχέση με το 2004 που είναι 7.737,74 ευρώ για κάθε έναν ασθενή που νοσηλεύθηκε στην μονάδα. Ακολουθεί η μονάδα εντατικής θεραπείας παιδών με κόστος ανά ασθενή 5.534,15 ευρώ, η κλινική ψυχιατρικής ενηλίκων με κόστος στο επίπεδο των 4.642,52 ευρώ και τέλος η νευροχειρουργική κλινική με κόστος 4.434,91 ευρώ¹⁴.

Πίνακας 5. Τμήματα με υψηλότερο κόστος ανά ασθενή

ΤΜΗΜΑ	2004	ΤΜΗΜΑ	2005
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	5.969,21	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	7.737,74
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	5.496,91	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	5.534,15
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	3.715,45	ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	4.642,52
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.103,64	ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	4.434,91

¹⁴ Περισσότερα αποτελέσματα στο Παράρτημα .

7. Περιορισμοί και Δυσχέρειες στη Συλλογή δεδομένων

7.1 Περιορισμοί

Η πιλοτική εφαρμογή του υποδείγματος στο ΠαΓΝΗ έγινε βάση στοιχείων που αντλήθηκαν από εσωτερικές πηγές, από υπηρεσίες δηλαδή που λειτουργούν εντός διοικητικών δομών του ιδρύματος. Οι υπηρεσίες αυτές ακολουθούν όπως αναφέρθηκε ανεξάρτητες μεθόδους μηχανοργάνωσης και καταγραφής που εξυπηρετούν τις δικές τους ανάγκες και όχι προσανατολισμένες προς την παροχή ουσιαστών και σε βάθος χρόνου συγκριτικών στοιχείων προς τη διοίκηση προκειμένου να ελέγχεται η επίτευξη στόχων και να στοχοθετείται το μέλλον. Μια πληρέστερη αποτύπωση των μεγεθών θα μπορούσε να είχε γίνει με την αναζήτηση στοιχείων από την ΔΥΠΕ Κρήτης ή και ακόμα από το ΜΟΗΑΥ και την καταγραφή των υποκειμενικών απόψεων των προϊσταμένων αυτών των υπηρεσιών. Ωστόσο, θα παραμόρφωνε την εικόνα της πληροφορίας που έχει στη διάθεση της η διοίκηση κάθε στιγμή που αυτή ζητείται και ταυτόχρονα θα έδινε στρεβλή εικόνα για το πόσο χρήσιμο θα μπορούσε να είναι αυτό το μεθοδολογικό εργαλείο στη διοίκηση με τις δεδομένες συνθήκες.

Τα γενικά έξοδα (overheads) έγινε προσπάθεια να επιμεριστούν σε κάθε κέντρο κόστους επιλέγοντας τη βάση επιμερισμού που ήταν η πιο πρακτικά εφαρμόσιμη βάση στοιχείων. Εναλλακτικά, θα μπορούσαμε να έχουμε επιμερίσει με δύο ή περισσότερες βάσεις τα έξοδα αυτά δημιουργώντας αντίστοιχα δύο ή περισσότερους 'πίνακες' κόστους για κάθε κέντρο κόστους και κατόπιν εξάγοντας έναν μέσο όρο. Ωστόσο αυτό θα δημιουργούσε προβλήματα και στη σύγκριση της αποδοτικότητας μεταξύ των τμημάτων καθώς δεν είναι πάντα δυνατή η εφαρμογή της ίδιας βάσης επιμερισμού σε ανομοιογενή τμήματα.

Η μισθοδοσία επιμερίστηκε στα διάφορα κέντρα κόστους βάση στοιχείων καταγεγραμμένων στο οργανόγραμμα που αφορούσαν αριθμό εργαζομένων ανά εργαστήριο και κλινική, ωστόσο στην πράξη διαπιστώσαμε ότι δεν υπήρχε πάντα αντιστοιχία των καταγεγραμμένων στοιχείων με αυτά της πραγματικότητας. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να επηρέασε κάποιους δείκτες, αφού άτομα αναφερόμενα ως εργαζόμενοι σε ένα τμήμα αλλά στην πραγματικότητα απασχολούμενα σε άλλα μειώνουν τον δείκτη αποδοτικότητας του πρώτου επιβαρύνοντας το με το έξοδο της μισθοδοσίας τους και ταυτόχρονα προσφέροντας την υπηρεσία τους σε άλλο αυξάνουν την αποδοτικότητα του τελευταίου.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί, ότι η μελέτη αυτή δεν επεκτάθηκε στην αποτίμηση κόστους για έρευνα και εκπαίδευση, καθώς και στο κόστος που συνδέεται με υπηρεσίες πρόληψης και εφαρμογής προγραμμάτων προαγωγής στην κοινότητα, ούτε στα κόστη από εναλλακτικές μεθόδους που εφαρμόζονται στο Πα.Γ.Ν.Η και μέσο-μακροπρόθεσμα μπορούν να οδηγήσουν στην μείωση του κόστους.

7.2 Προβλήματα

Τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε αφορούσαν την έλλειψη συστηματικής καταγραφής των οικονομικών στοιχείων του νοσοκομείου, παρόλη την δεκαπεντάχρονη λειτουργία του. Συνεπώς, επαρκής καταγραφές απουσίαζαν και στην περίπτωση του κόστους που αφορούσε και την δική μας προσπάθεια. Αναλυτικότερα, η κωδικοποίηση των τμημάτων του νοσοκομείου, κλινικών και εργαστηρίων, σε όρους κόστους ήταν καθαρά ανεξάρτητη, με το κάθε τμήμα να ακολουθεί την δική του κωδικοποίηση, καθιστώντας τα στοιχεία πολύ δύσκολα αξιοποιήσιμα ή άπλά αδύνατο να χρησιμοποιηθούν.

Όσον αφορά τα έσοδα του νοσοκομείου για τα υπό μελέτη έτη, αντιμετωπίσαμε την ασυμβατότητα τους με αυτά του κόστους. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπήρχαν επιμέρους κατηγορίες εσόδων στο σύνολο του εργαστηριακού τομέα και των κλινικών, αλλά μονάχα ως συνολικά ποσά για τα δυο έτη, 2004 και 2005. Κατά την εφαρμογή του υποδείγματος μελέτης κόστους στο ΠαΓΝΗ κατά τα υπό μελέτη έτη προέκυψαν ανυπέρβλητα προβλήματα, τα οποία δεν επέτρεψαν να ελεγχθεί κατά πόσο ένα υπόδειγμα βασισμένο στην διεθνή επιστημονική μεθοδολογία, θα μπορούσε να έχει πρακτική εφαρμογή στα δεδομένα του συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος.

Τέτοια φύσης προβλήματα σχετίζονται κυρίως με την απουσία σύγχρονου κατάλληλου λογισμικού και εκπαιδευμένου σε αυτό προσωπικού στο οποίο οι καταγραφές θα γίνονταν τόσο για τις εισροές όσο και για τις εκροές με βάση τις αρχές της αναλυτικής λογιστικής. Κάτι τέτοιο θα απέτρεπε συγχύσεις όπως οι διπλοεγγραφές για την ίδια κατηγορία εξόδων ή χρεώσεις ανά κέντρο κόστους που δημιουργούνται αποκλειστικά για την καταχώρηση μιας εγγραφής και μετά παραμένουν ανενεργές, επιτείνοντας την σύγχυση στον ερευνητή. Στην πράξη λοιπόν προέκυψε η ανάγκη να ταυτοποιηθούν και να ελεγχθούν στοιχεία από τις πηγές στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν δηλαδή τα τμήματα μισθοδοσίας, εσόδων, πληροφορικής, στατιστικής και η εξαμηνιαία αναφορά της διοίκησης του νοσοκομείου. Αναλυτικότερα κάθε βάση δεδομένων στο ΠαΓΝΗ κωδικοποιούσε και κατέγραφε με διαφορετικό τρόπο τα στοιχεία αρμοδιότητας της ο οποίος εξυπηρετούσε αποκλειστικά τις δικές της υποχρεώσεις με βάση τις αρμοδιότητες που της έχουν ανατεθεί από τον οργανισμό λειτουργίας του ΠαΓΝΗ. Ομογενής καταγραφή στοιχείων, διαδικτυακή επικοινωνία ή άλλου είδους επαφή μεταξύ των παραπάνω πηγών δεν διαπιστώθηκε σε κανένα στάδιο της μελέτης μας.

7.2.1 Τμήμα εσόδων

Από το παραπάνω τμήμα δεν κατέστη δυνατό να αντληθεί οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με τα έσοδα του νοσοκομείου συσχετιζόμενα με τα κέντρα κόστους όπως είχαν διαμορφωθεί με βάση τον διοικητικό απολογισμό και με βάση την μελέτη μας. Το τμήμα αυτό καθ'αυτό δεν έχει την δυνατότητα παροχής στατιστικών στοιχείων εσόδων άμεσα σε πρώτη ζήτηση γεγονός που προφανώς επηρεάζει την ικανότητα εφαρμογής αποτελεσματικού μανάτζμεντ στην λήψη αποφάσεων. Τα στοιχεία που μας παρασχέθηκαν ως προς τα έσοδα δόθηκαν από την υπηρεσία πληροφορικής μετά από επίπονη προσπάθεια συντονισμού για την εξεύρεση των στοιχείων που ζητήθηκαν. Ο υπολογισμός τους είχε ως προαπαιτούμενο την προσωπική υπερωριακή εργασία των υπαλλήλων του τμήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Προκειμένου το τμήμα εσόδων αυτό καθ'αυτό περιορίζεται στην καθημερινή του λειτουργία σε καταγραφές που αφορούν οφειλές από τα ασφαλιστικά ταμεία κτλ για την νοσηλεία ασθενών, για την διεκπεραίωση αρμοδίως για την είσπραξη αυτών.

7.2.2 Τμήμα πληροφορικής

Αποτελεί το βασικότερο διαχειριστικό κέντρο των περισσότερων δεδομένων που αφορούν το παγνη περιλαμβάνοντας τόσο την καταγραφή των εσόδων του και εξόδων του όσο και στοιχεία που σχετίζονται με την κίνηση των ασθενών, τον αριθμό και την ειδικότητα των εργαζομένων και οποιαδήποτε στοιχεία που αφορούν την λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Βασικότερο πρόβλημα ήταν ο τρόπος της μηχανογραφημένης καταγραφής των στοιχείων, βάση του οποίου προκειμένου να ληφθεί ένα συγκεντρωτικό ετήσιο μέγεθος π.χ απαιτούνταν ο χειρισμός του συστήματος από εξειδικευμένο υπάλληλο προκειμένου να εξαχθεί το παραπάνω μέγεθος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η ενδεχόμενη απουσία του συγκεκριμένου εργαζόμενου να οδηγήσει πιθανόν σε αδυναμία παροχής στοιχείων στη διοίκηση δυσχεραίνοντας σημαντικά την λειτουργία της. Στο τμήμα πληροφορικής, επίσης, παρατηρήθηκε κατά κύριο λόγο η πρακτική να "ανοίγονται" κωδικοί που αφορούσαν κέντρα κόστους προκειμένου να καταχωρούνται δαπάνες π.χ. ανάλυση υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ορφανές. Αυτό οδήγησε στο αίτημα για περαιτέρω διευκρινήσεις από τους προϊσταμένους του τμήματος περισσότερο από κάθε άλλη υπηρεσία, οι οποίες παρασχέθηκαν στο μέτρο που αυτό ήταν εφικτό.

7.2.3 Τμήμα μισθοδοσίας

Τα στοιχεία που ζητήθηκαν από ο τμήμα αυτό παρασχέθηκαν άμεσα σε χρόνο 7 ημερών. Είχαν την μορφή μηχανογραφημένων λογιστικών καταστάσεων. Αποτύπωναν και ανέλυαν τις αποδοχές των εργαζομένων ανά κατηγορία και ανά ειδικότητα. Το εντυπωσιακό ήταν ότι μπορούσαν να μας παρασχεθούν στοιχεία που

αφορούσαν αποκλειστικά και μόνο ετήσια σύνολα για τους μισθούς. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται υπολογισμός εκτός συστήματος, αν η διοίκηση ζητήσει στοιχεία μισθοδοσίας για επιμέρους χρονικά διαστήματα όπως σε τριμηνιαία βάση.

Στην προσπάθεια μας να αντιστοιχίσουμε τις δαπάνες μισθοδοσίας ως τέτοιες στα αντίστοιχα κέντρα κόστους όπου οι εργαζόμενοι προσέφεραν τις υπηρεσίες τους, προέκυψε το δεδομένο από προσωπική μας επαφή και έρευνα με τους προϊσταμένους των κλινικών ή εργαστηρίων να μη γνωρίζουν τον ακριβή αριθμό των εργαζομένων που διοικητικά άνηκαν στο τμήμα τους. Την παραπάνω πληροφορία δεν μπορούσε να μας την παράσχει ούτε το τμήμα μισθοδοσίας, λόγω του απαρχαιωμένου συστήματος που χρησιμοποιεί, αλλά και λόγω της έλλειψης κάθε είδους διατμηματικής επικοινωνίας σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο. Οι μισθολογικές καταστάσεις δεν αντιστοιχούσαν σε οποιαδήποτε έστω και στοιχειώδη κωδικοποίηση ανά κέντρο κόστους. Η αντιστοίχιση από εμάς ήταν αδύνατη καθώς δεν μπορούσε να βρεθεί ο ακριβής αριθμός εργαζομένων ανά τμήμα σε όλα τα κέντρα κόστους της μελέτης μας.

7.2.4 Στατιστική υπηρεσία

Η υπηρεσία αυτή σε όλα τα στάδια της έρευνάς μας αδυνατούσε να μας παρέχει αξιοποιήσιμα στοιχεία και κατατοπιστικές διευκρινήσεις για τα στοιχεία που εν τέλει αντλήθηκαν από άλλες πηγές. Παρά την αδυναμία παροχής στοιχείων καθοριστική ήταν η συνεισφορά υπαλλήλου του τμήματος για τον τελικό προσδιορισμό των κέντρων κόστους που εφαρμόσαμε στην πράξη μετά την μορφοποίηση του υποδείγματος.

7.2.5 Διοικητικός Απολογισμός

Όπως προαναφέρθηκε τα πληρέστερα στοιχεία παρασχέθηκαν από τον διοικητικό απολογισμό για το πρώτο εξάμηνο του 2005, ο οποίος ακολούθησε την πιο ευκρινή κωδικοποίηση, πάνω σε συγκεκριμένα κέντρα κόστους επιχειρώντας να καταστήσει συγκρίσιμα τα δεδομένα των παρελθόντων ετών από το 2002 και μετά και θέτοντας τις βάσεις για ένα σύστημα καταγραφής ανά κέντρο κόστους με στόχο να αποτελέσει πρότυπο καταγραφής το οποίο θα προσέφερε διαχρονικά στην επίτευξη αποτελεσματικότητας και οργανωτικότητας από την διοίκηση του ΠαΓΝΗ. Πέρα από τα αριθμητικά δεδομένα καταδείχθηκαν εμπειριστωμένα με αριθμούς κοινωνικά, οικονομικά ζητήματα που αφορούσαν την λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς και στοιχεία αποτελεσματικής διοίκησης που σχετίζονται με την αύξηση της παραγωγικότητας.

Ωστόσο και η πηγή αυτή δεδομένων δεν μπόρεσε να αποσαφηνίσει πλήρως συγκεκριμένα ερωτήματα ως προς τους τρόπους επιμερισμού εξόδων στα επιλεγμένα κέντρα κόστους. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα του μη επιμερισμού του

συνολικού κόστους των χειρουργικών πράξεων στις κλινικές λόγω αδυναμίας υπολογισμού του μέσου κόστους ανά επεμβατική πράξη για κάθε συγκεκριμένη κλινική παρά μόνο ο αριθμός επεμβατικών πράξεων κάθε κλινικής.

8. Συζήτηση

Η έκταση των δραστικών αλλαγών που έχουν λάβει χώρα στα συστήματα παροχών υπηρεσιών υγείας στην πλειοψηφία των χωρών ταυτόχρονα με τη ραγδαία εξέλιξη των μεταβλητών που διαμορφώνουν το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν υποχρεώσει τους διοικητές των υγειονομικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας να αντιληφθούν την ανάγκη για ανάληψη διαδικασιών στρατηγικής διοίκησης αυτών των οργανισμών. Μια στρατηγική προσέγγιση θα καθιστούσε ικανό κάθε νοσοκομείο να τοποθετηθεί στο δυναμικό και ασταθές περιβάλλον όπου επικρατούσες μεταβλητές π.χ ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, δαπάνες, η αποσταθεροποίηση, υφίστανται συνεχείς αλλαγές (Garcia και Pardo, 2004).

Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι η διοίκηση με βάση στρατηγικό σχεδιασμό από τους επικεφαλής του νοσοκομείου με τη θεώρηση στόχων και προσωπικών εκτιμήσεων και προτεραιοτήτων είναι κάτι το διαφορετικό και πιθανώς συμπληρωματικό στη διοίκηση με βάση όρους κερδοφορίας και καθαρά οικονομικών μεγεθών. Ειδικά στην περίπτωση του δημόσιου τομέα παροχών υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθούν οικονομικοί όροι για να μετρηθεί η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα στρατηγικής στη διοίκηση σε αυτά (Vita, 1990). Μελέτες οι οποίες ανέλυσαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την κερδοφορία ενός νοσοκομείου καταδεικνύουν ότι σχετίζονται περισσότερο με τις στρατηγικές πρακτικές και πολιτικές των διοικητών παρά με παράγοντες της αγοράς (πιθανώς τις τιμές των προμηθειών, τις τιμές του ανταγωνισμού στην παροχή υπηρεσιών, τις αμοιβές του προσωπικού).

Σημαντικότερα προβλήματα των ελληνικών νοσομειακών ιδρυμάτων και κατ'επέκταση και του ΠαΓΝΗ αλλά και του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής, η κακή λειτουργία των χειρουργείων, η έλλειψη για κίνητρα στους εργαζόμενους για αύξηση της παραγωγικότητας, την αποδοτικότητα και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το ανεπαρκές μάντζμεντ και η έντονη εξάρτηση από τον κυβερνητικό μηχανισμό τόσο σε όρους συνεργασίας όσο και σε όρους οικονομικής υποστήριξης, η απουσία συστήματος ηλεκτρονικών υπολογιστών και χρηματοοικονομικού έλεγχου, η οποία οδηγεί σε μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία καλείται να κάλυψη το κράτος (Tountas Y. et al, 2002). Τα προβλήματα αυτά προσφέρουν κίνητρα για την βελτίωση της αποδοτικότητας, την κατάλληλη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών και την ανάπτυξη επαρκών πληροφοριακών δικτύων (Polyzos N., 2002).

8.1 Προτεινόμενα Μέτρα

Επιπλέον είναι αναγνωρισμένο πρωτίστως από το MOHAW ότι τα απαραίτητα εργαλεία που θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται π.χ. σφαιρικός προϋπολογισμός και τα διαγνωστικά κριτήρια (DRG's) και πάνω από όλα μηχανισμοί αξιολόγησης και ελέγχου παροχής υγειονομικής περίθαλψης θα έπρεπε να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν. Η ανάλυση κόστους σε όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα που ανήκουν σε Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζουν οικονομίες κλίμακας όταν είναι περιφερειακά ή ειδικά νοσοκομεία των 250-400 κλινών και όταν είναι περιφερειακά ή πανεπιστημιακά με πάνω από 400 κλίνες δυναμικότητα (Polyzos N., 2002). Στο ΠαΓΝΗ προκειμένου να ξεκινήσει μια προσπάθεια δημιουργίας ενός μη ελλειμματικού ή κερδοφόρου σε βάθος χρόνου ιδρύματος απαιτούνται κατά τη γνώμη μας προοδευτικές διαρθρωτικές διοικητικές αλλαγές με ορισμένο χρονοδιάγραμμα και περιοδικό έλεγχο επίτευξης αποτελεσμάτων.

- Σε επίπεδο λογιστικού ελέγχου και καταγραφών κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή διεθνών λογιστικών προτύπων με τις αρχές της αναλυτικής λογιστικής ώστε κάθε δαπάνη που δημιουργείται από ένα κέτρο κόστους αυτομάτως να χρεώνεται σε αυτό και όχι εκ των υστέρων να δημιουργούνται τυχαίοι λογαριασμοί, οι οποίοι με κανέναν τρόπο δεν μπορούν να συσχετιστούν με την ενέργεια η οποία προκάλεσε τη δαπάνη αυτή. Ένα διπλογραφικό σύστημα θα βοηθούσε ως δικλείδα ασφαλείας στην αποτροπή παρατυπιών και αμέλειας αφού οποιαδήποτε εκροή δεν θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί χωρίς το αντίστοιχο συσχετιζόμενο παραστατικό. Πολύ περισσότερο να “διπλοεγγραφεί”, το λεγόμενο “doublecounting”.

- Ανάπτυξη συστήματος κατανομής των γενικών εξόδων εκεί που πραγματοποιούνται και όχι απολογιστική κατανομή με θεώρηση στατιστικών μεγεθών όπως τα τετραγωνικά μέτρα ή τον αριθμό των εργαζομένων. Με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί η πραγματική μέτρηση και η εξαγωγή πραγματικών και όχι ενδεικτικών μεγεθών – δεικτών αποδοτικότητας αφού θα συσχετίζονται άμεσα οι δαπάνες και τα έσοδα κάθε τμήματος ή κλινικής.

- Η εφαρμογή τυποποίησης ανά ιατρική πράξη στη βάση των διεθνώς αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων ώστε μετά από συλλογή στοιχείων για τον αριθμό πράξεων ανά έτος δημιουργίας του ιδρύματος να υπάρξει η δυνατότητα σύνταξης προοδευτικού και όχι αναδρομικού προϋπολογισμού στηριζόμενου στη φιλοσοφία κάλυψης των ελλειμμάτων που συσσωρεύονται ανά έτη λειτουργίας του ΠαΓΝΗ.

- Η ενοποίηση του πληροφοριακού συστήματος του ΠαΓΝΗ ώστε οι διοικητικές υπηρεσίες να μπορούν να παράσχουν κάθε στιγμή τα απαραίτητα στοιχεία για τον σωστό διοικητικό και οικονομικό προγραμματισμό. Τα συστήματα που εφαρμόζονται σήμερα έχουν ξεπεράσει κατά πολύ τα όρια τους καθώς δεν έχουν ανανεωθεί για σχεδόν 20 έτη! Κάθε ζητούμενη πληροφορία από τη διοίκηση όπως

προσωπικά διαπιστώσαμε χρειάζεται τουλάχιστον 3 με 4 ημέρες παρότι μπορεί να αφορά ένα απλό άθροισμα μισθών, δαπανών και εσόδων έστω και αν αυτό βρίσκεται ηλεκτρονικά καταγεγραμμένο. Τα αντανακλαστικά του συστήματος καθώς και την χειριστών του δεν αφήνουν σήμερα περιθώρια για εφαρμογή σύγχρονου μανάτζμεντ βάση στοιχείων ακόμα και αν τα θεωρήσουμε αξιόπιστα.

■ Δέσμευση πολιτική για συνέχιση καινοτόμων διοικητικών προσπαθειών-θέσπιση αρχών και κανόνων διοίκησης και εκσυγχρονισμός του οργανισμού που διέπει τη λειτουργία του ιδρύματος. Επαναπροσδιορισμός αρμοδιοτήτων εργαζομένων στα εκάστοτε τμήματα και διευθύνσεις με ενσωμάτωση δυναμικών αρμοδιοτήτων και καθηκόντων. Παροχή κινήτρων για κατάρτιση, παροχή κινήτρων για συνταξιοδότηση και πρόσληψη νέου εξειδικευμένου προσωπικού, καθότι όπως διαπιστώσαμε ίσως είναι δύσκολο και να προσαρμοστούν εργαζόμενοι στο τέλος του εργασιακού βίου τους σε νέα δεδομένα.

9. Συμπέρασμα

Πολλοί μελετητές έχουν προσπαθήσει να μεταφέρουν τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης μιας βιομηχανίας προσομοιώνοντας τον σε ένα περιβάλλον νοσηλευτικού ιδρύματος. Ωστόσο πολύ περισσότερο στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας και στο ΠαΓΝΗ αυτό κρίνεται ανέφικτο από τη μια λόγω της παντελούς έλλειψης οργανωτικής κουλτούρας, στρατηγικού σχεδιασμού και αντίληψης του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος όσο και τις απουσίες βασικών αρχών αλλά και πρακτικών εργαλείων όπως αυτών των καταγραφών οικονομικών μεγεθών και της δυναμικής τους επεξεργασίας. Πρώτο βήμα για μια επιτυχημένη συνέχεια είναι η εγκατάσταση σύγχρονου ενοποιημένου συστήματος μηχανοργάνωσης, η εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής ώστε να αποτυπωθεί η πραγματική εικόνα που παρουσιάζουν οι εισροές και οι εκροές του νοσοκομείου.

Ο κοινωνικός χαρακτήρας του ΠαΓΝΗ, η προσφορά του και η παροχή φροντίδας σε όλους τους χιλιάδες κατοίκους της Κρήτης και στους ξένους επισκέπτες είναι γνώμονας για τη χάραξη μακροπρόθεσμων στρατηγικής στηριζόμενης στα στοιχεία αυτά ώστε να εκπληρώνει τον κοινωνικό του ρόλο ως ένα ταυτόχρονα μη ελλειμματικό νοσοκομείο με τη μέγιστη αποδοτικότητα εργαζομένων και επενδυμένου κεφαλαίου.

10. Βιβλιογραφικές Αναφορές

BANTA, D., OORTWIJN, W. and W. VAN BEEKUM. 1995. "The Organization of Health Care Technology Assessment in the Netherlands". The Rathenau Institute, Hague (1st edition).

BOYLE, M., TORRANCE W., HORWOOD P., and C. SINCLAIR. 1982. "A cost analysis of providing neonatal intensive care to 500-1499-gram birth-weight infants". *Research Report no 51, Programme for Quantitative Studies in Economics and Population. McMaster University, Hamilton, Canada.*

CLEMENTS, R.M. 1974. "The Canadian hospital accounting manual supplement". Livingston Printing, Toronto.

DRUMMOND, M., O' BRIEN B., STODDART G. and G. TORRANCE. 1997. "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes". Oxford University Press, New York.

EISENBERG, J. 1989. "Clinical Economics-A Guide to the Economic Analysis of Clinical Practices". *JAMA, 262:20, pp. 2879-2887.*

EVANS, R. 1983. "Health Care Technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions-part II". *JAMA, 249, pp. 2208-17.*

HORNGREN, C.T. 1994. "Cost accounting: a managerial emphasis (5th edition)". Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.

HULL, R. , HIRSH J. SACKETT D. and L. STODDART. 1982. "Cost-Effectiveness of primary and secondary prevention of fatal pulmonary embolism in high-risk surgical patients". *Can. Med. Assoc. J, 127, pp. 990-5.*

GARCIA, M.C. and I. PARDO. 2004. "Strategies and performance in hospitals". *Health Policy 6, pp.1-13.*

GOLDWATER, S. and G. MILKOVICH. 1995. "Health Economic Aspects of Parenteral Antibiotic Treatment in the Hospital". *Rev. Contemp. Pharmacother. 6: pp. 429-434.*

KAPLAN, R.S. 1973. "The Variable and self-service costs in reciprocal allocation models". *The Accounting Review XLVIII*, pp. 738-48.

KOBELT, G. 1996. "Health Economics - An introduction to economic evaluation". Office of Health Economics, BSC Print LTD, London.

LUCE, R., and A. ELIXHAUSER. 1990. "Estimating costs in economic evaluation of medical technologies". *Int J Technology Assessment in Health Care*, 6, pp. 57-75.

MANIADAKIS, N. and A. GRAY. 2000. "Health Economics and Orthopaedics". *Journal of Bone and Joint Surgery*, 82, pp.2-8.

OECD. 1995. "Health Care Reform: Controlling spending and increasing efficiency". *OECD Economic Studies*, No. 24, 1995/1, pp. 9-55.

POLYZOS, N. 2002. ".Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications ". *Health Policy* 61, pp.305-328.

RUMSEY,H.R.. 1994. "Activity-based costing for hospitals". *Hospital and Health Services Administration*, 39, pp. 385-96.

SALTMAN, R. and J. FIGUERAS . 1997. "European Health Care Reform-Analysis of Current strategies". WHO Regional Publications, European Series No. 72, Copenhagen.

RUSSEL, L. et al. 1996. "Cost - Effectiveness Analysis as a Guide to Resource Allocation in Health: Roles and Limitations". In Gold, M., Siegel J., Russel, L., Weinstein, M. (eds): Cost-Effectiveness in Health and Medicine, Oxford University Press, New York.

TOUNTAS, Y. , KARNAKI P. and E. PAVI. 2002. "Reforming the reform: the Greek national health system in transition". *Health Policy* 62, pp. 15-29.

VITA, M. 1990. "Exploring hospital production relationships with flexible functional forms". *Journal of Health Economics* 9, pp.1-21.

VITALIANO, D. 1987. "On the estimation of hospital cost functions". *Journal of Health Economics* 6, pp.305-18.

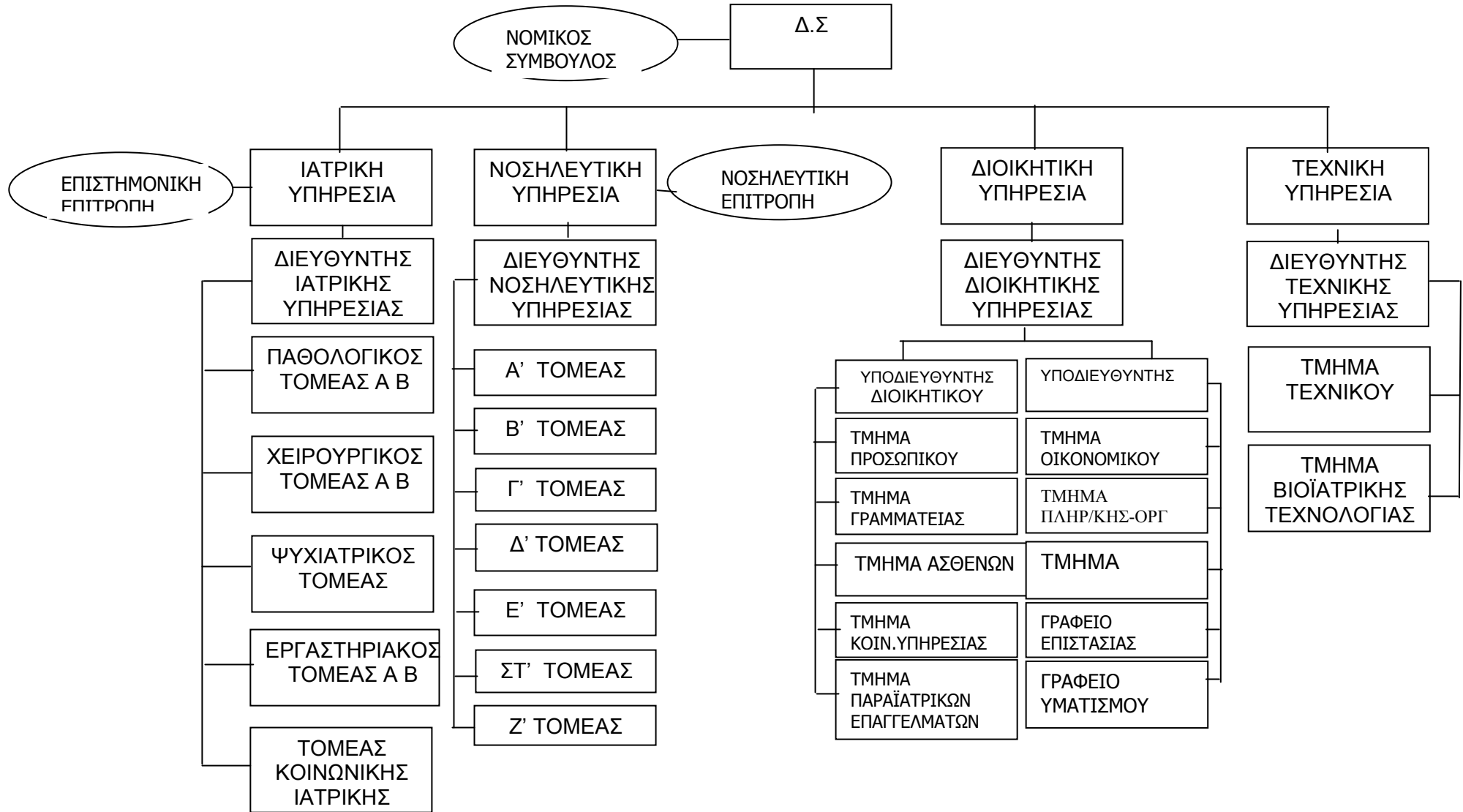
ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ Ν. και Σ. ΜΕΛΑΣ. 2006. "Διοικητικός Απολογισμός ΠαΓΝΗ". Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο.

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. 1996α. "Φαρμακοοικονομικές Μελέτες και Μεθοδολογικά Θέματα Κοστολόγησης". *Φαρμακευτική*, 9: (III), σσ. 97-105.

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ. 1996β. "Οικονομία της Υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις". Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΓΝΗ



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ 2004	ΔΑΠΑΝΕΣ Α'ΕΞΑΜ 2005
ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	2.150.675,18	1.479.778,27
ΕΜΒΟΛΙΑ	70.466,91	123.902,26
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	4.792.430,67	1.529.472,27
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	17.202.069,00	5.348.242,34
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	388.397,50	379.853,90
ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜ.ΕΠ.ΠΕΡ	1.180.981,22	775.622,76
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ	154.281,14	130.061,53
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	514.480,51	358.467,09
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	1.527.972,49	840.560,39
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	5.890.557,06	4.554.652,46
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	617.671,22	2.283.675,40
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	543.710,97	349.308,70
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	274.164,16	161.131,04
ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	155.227,76	120.742,64
ΕΡΓ. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1.239.339,95	695.181,97
ΕΡΓ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	627.784,01	815.928,58
ΓΡΑΜΜΙΚΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΤΗΣ		
ΕΡΓ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	1.113.032,05	612.362,68
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΙΟΛΟΓΙΑΣ	513.042,04	336.251,01
ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ	141.444,07	125.885,81
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΧΗΜΕΙΑΣ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ	1.115.705,83	650.527,62
ΕΡΓ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΑΡΑΓ. ΑΙΜ.	1.443.352,33	661.486,30
ΕΡΓ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	1.867.202,24	818.850,78
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ		
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤ.	398.690,94	233.516,84
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ	488.456,71	261.586,46
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΕΡΓΑΣΤ.		
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	622.809,06	107.132,98
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.076.267,84	2.057.797,62
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	747.580,41	448.266,50
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ ΝΤ	1.387.551,26	1.154.917,22
ΚΛ. ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ		
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.487.613,56	1.014.833,45
ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΩΡΩΝ Ν.Τ.		
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ	970.879,53	647.366,32
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	696.792,30	3.491.534,23
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΗΜΙΚΩΝ-ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡ		
ΜΟΝ. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΔΙΑΛ/ΤΩΝ		
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	3.700.612,26	2.506.697,32

ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ		
ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	835.651,46	670.961,59
ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	984.503,10	1.070.869,47
ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.457.972,67	1.702.655,25
ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.487.252,57	923.480,44
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.	13.075.160,24	809.667,06
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	2.501.779,43	1.113.498,24
ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	1.868.542,88	2.467.623,87
ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.738.646,20	2.105.129,66
ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.789.891,99	2.461.126,21
ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	5.639.705,76	5.859.991,37
ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.	6.231.636,32	9.140.186,12
ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	4.941.929,52	3.237.614,77
Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ	1.347.032,68	1.170.400,86
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.710.155,75	1.185.048,53
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ	83.554,50	44.291,79
ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ	3.537.227,36	2.199.897,90
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.623.204,35	1.055.507,57
ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.985.630,58	1.247.053,82
ΤΜΗΜΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.		
ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.542.024,45	1.557.774,66
ΚΛ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.		
ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.411.042,85	897.112,81
ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.249.603,83	1.202.648,32
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	3.038.328,01	1.725.516,48
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.029.635,85	1.980.929,03
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΤ	2.597.296,48	1.654.259,43
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.	1.589.337,74	1.047.010,10
ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.777.488,32	1.573.617,20
ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ Ν.Τ.		
ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ	3.749.374,17	2.463.293,88
ΚΛ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ν.Τ.		
ΜΟΝΑΔΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ		
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	1.478.748,12	900.649,13
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓ.	2.248.062,59	1.002.498,55
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1.703.385,71	858.989,64

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2004(ΕΥΡΩ)

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ 2004
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	17.202.069,00
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.	13.075.160,24
ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.	6.231.636,32
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	5.890.557,06
ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	5.639.705,76
ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	4.941.929,52
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	4.792.430,67
ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ	3.749.374,17
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	3.700.612,26
ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ	3.537.227,36
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.076.267,84
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	3.038.328,01
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.029.635,85
ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.789.891,99
ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.777.488,32
ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.738.646,20
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΤ	2.597.296,48
ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.542.024,45
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	2.501.779,43
ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.457.972,67
ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.249.603,83
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓ.	2.248.062,59
ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	2.150.675,18
ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.985.630,58
ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	1.868.542,88
ΕΡΓ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	1.867.202,24
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.710.155,75
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1.703.385,71
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.623.204,35
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.	1.589.337,74
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	1.527.972,49
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.487.613,56
ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.487.252,57
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	1.478.748,12
ΕΡΓ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΑΡΑΓ. ΑΙΜ.	1.443.352,33
ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.411.042,85
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ ΝΤ	1.387.551,26
Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ	1.347.032,68
ΕΡΓ. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1.239.339,95
ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜ.ΕΠ.ΠΕΡ	1.180.981,22
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΧΗΜΕΙΑΣ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ	1.115.705,83
ΕΡΓ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	1.113.032,05

ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	984.503,10
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ	970.879,53
ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	835.651,46
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	747.580,41
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	696.792,30
ΕΡΓ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	627.784,01
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	622.809,06
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	617.671,22
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	543.710,97
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	514.480,51
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΙΟΛΟΓΙΑΣ	513.042,04
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ	488.456,71
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤ.	398.690,94
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	388.397,50
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	274.164,16
ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	155.227,76
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ	154.281,14
ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ	141.444,07
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ	83.554,50
ΕΜΒΟΛΙΑ	70.466,91

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ 'Α ΕΞΑΜΗΝΟ 2005 (ΕΥΡΩ)

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ 'Α ΕΞΑΜΗΝ 2005
ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.	9.140.186,12
ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	5.859.991,37
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	5.348.242,34
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	4.554.652,46
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	3.491.534,23
ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	3.237.614,77
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.506.697,32
ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	2.467.623,87
ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ	2.463.293,88
ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.461.126,21
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	2.283.675,40
ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ	2.199.897,90
ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.105.129,66
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	2.057.797,62
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.980.929,03
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	1.725.516,48
ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.702.655,25
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΤ	1.654.259,43
ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.573.617,20
ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.557.774,66
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	1.529.472,27
ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	1.479.778,27
ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.247.053,82
ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.202.648,32
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.185.048,53
Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ	1.170.400,86
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ ΝΤ	1.154.917,22
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	1.113.498,24
ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.070.869,47
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.055.507,57
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.	1.047.010,10
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.014.833,45
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓ.	1.002.498,55
ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	923.480,44
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	900.649,13
ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	897.112,81
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	858.989,64
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	840.560,39
ΕΡΓ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	818.850,78
ΕΡΓ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	815.928,58
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.	809.667,06

ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜ.ΕΠ.ΠΕΡ	775.622,76
ΕΡΓ. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	695.181,97
ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	670.961,59
ΕΡΓ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΑΡΑΓ. ΑΙΜ.	661.486,30
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΧΗΜΕΙΑΣ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ	650.527,62
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ	647.366,32
ΕΡΓ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	612.362,68
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	448.266,50
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	379.853,90
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	358.467,09
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	349.308,70
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΙΟΛΟΓΙΑΣ	336.251,01
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ	261.586,46
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤ.	233.516,84
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	161.131,04
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ	130.061,53
ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ	125.885,81
ΕΜΒΟΛΙΑ	123.902,26
ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	120.742,64
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	107.132,98
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ	44.291,79

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΎΑ ΕΞΑΜΗΝΟ 2005 (ΕΥΡΩ)

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΕΣΟΔΑ ΎΑ ΕΞΑΜΗΝΟ 2005
ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	7.053.953,45
ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.	6.570.717,50
ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ	6.454.963,02
ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	4.985.412,45
Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ	4.739.897,94
ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	2.426.810,66
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	2.002.001,76
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.795.262,18
ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.728.040,69
ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.645.091,89
ΕΡΓ. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1.528.308,26
ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ	1.360.592,70
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΤ	1.347.572,30
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.277.503,00
ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	986.176,97
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	952.534,15
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	946.618,95
ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	885.100,53
ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	866.040,97
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	664.744,81
ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	644.689,00
ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	609.864,63
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΧΗΜΕΙΑΣ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ	608.665,14
ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	598.310,37
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	491.509,59
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.	454.861,15
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ	445.407,06
ΕΡΓ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	442.651,66
ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	351.554,09
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	324.612,16
ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	295.676,48
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	244.093,50
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	230.588,92
ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	209.964,27
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	165.236,88
ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	164.809,75
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	154.281,63
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΙΟΛΟΓΙΑΣ	130.258,79
ΕΡΓ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	123.533,01
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	85.416,15
ΕΡΓ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	79.055,14
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓ.	55.403,04
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	35.243,28

ΕΡΓ. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤ.	34.655,34
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ	5.182,13
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	2.990,10
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1.334,13
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	319,80
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ	149,10
ΕΡΓ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΑΡΑΓ. ΑΙΜ.	15,29
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	12,38
ΕΜΒΟΛΙΑ	0,00
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	0,00
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ	0,00
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	0,00
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.	0,00
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	0,00
ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	0,00
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	0,00
ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜ.ΕΠ.ΠΕΡ	0,00
ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ	0,00
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ	0,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ (ΕΥΡΩ)

	2004			2005		
	ΚΟΣΤΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ	ΚΟΣΤΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.076.267,84	2.192,00	1.403,41	2.057.797,62	1.244,00	1.654,18
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	747.580,41	136,00	5.496,91	448.266,50	81,00	5.534,15
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ ΝΤ	1.387.551,26	601,00	2.308,74	1.154.917,22	397,00	2.909,11
ΚΛ. ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ						
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.487.613,56	664,00	2.240,38	1.014.833,45	347,00	2.924,59
ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΩΡΩΝ Ν.Τ.						
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	3.700.612,26	2.060,00	1.796,41	2.506.697,32	1.090,00	2.299,72
ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ						
ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	835.651,46	421,00	1.984,92	670.961,59	238,00	2.819,17
ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	984.503,10	602,00	1.635,39	1.070.869,47	519,00	2.063,33
ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.457.972,67	1.492,00	1.647,43	1.702.655,25	831,00	2.048,92
ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.487.252,57	798,00	1.863,73	923.480,44	362,00	2.551,05
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.	13.075.160,24	12.452,00	1.050,04	809.667,06	5.621,00	144,04
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	702.153,12	2.228,00	315,15	1.113.498,24	975,00	1.142,05
ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	1.868.542,88	1.301,00	1.436,24	2.467.623,87	783,00	3.151,50
ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.738.646,20	1.826,00	1.499,81	2.105.129,66	1.102,00	1.910,28
ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.789.891,99	1.805,00	1.545,65	2.461.126,21	920,00	2.675,14
ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	5.639.705,76	4.590,00	1.228,69	5.859.991,37	2.827,00	2.072,87
ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.	6.231.636,32	6.319,00	986,17	9.140.186,12	3.842,00	2.379,02
ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	4.941.929,52	3.802,00	1.299,82	3.237.614,77	2.107,00	1.536,60
Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ	1.347.032,68	962,00	1.400,24	1.170.400,86	613,00	1.909,30

ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.710.155,75	806,00	2.121,78	1.185.048,53	419,00	2.828,28
ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ	3.537.227,36	2.354,00	1.502,65	2.199.897,90	1.091,00	2.016,41
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.623.204,35	523,00	3.103,64	1.055.507,57	238,00	4.434,91
ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	1.985.630,58	1.354,00	1.466,49	1.247.053,82	647,00	1.927,44
ΤΜΗΜΑ ΟΦΘΑΛ/ΚΗΣ ΜΕΤΑΜ.ΚΕΡΑΤ.						
ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.542.024,45	1.821,00	1.395,95	1.557.774,66	869,00	1.792,61
ΚΛ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.						
ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	1.411.042,85	809,00	1.744,18	897.112,81	424,00	2.115,83
ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.249.603,83			1.202.648,32		
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	3.038.328,01	509,00	5.969,21	1.725.516,48	223,00	7.737,74
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	3.029.635,85	1.465,00	2.068,01	1.980.929,03	694,00	2.854,36
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΤ	2.597.296,48	1.374,00	1.890,32	1.654.259,43	700,00	2.363,23
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.	1.589.337,74	1.027,00	1.547,55	1.047.010,10	519,00	2.017,36
ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	2.777.488,32	2.021,00	1.374,31	1.573.617,20	831,00	1.893,64
ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ Ν.Τ.						
ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ	3.749.374,17	2.216,00	1.691,96	2.463.293,88	1.104,00	2.231,24
ΚΛ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ν.Τ.						
ΜΟΝΑΔΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ						
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	1.478.748,12	398,00	3.715,45	900.649,13	194,00	4.642,52

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ 1.959,05

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ 2.599,37

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΑΓΝΗ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΣΤΟΥΣ

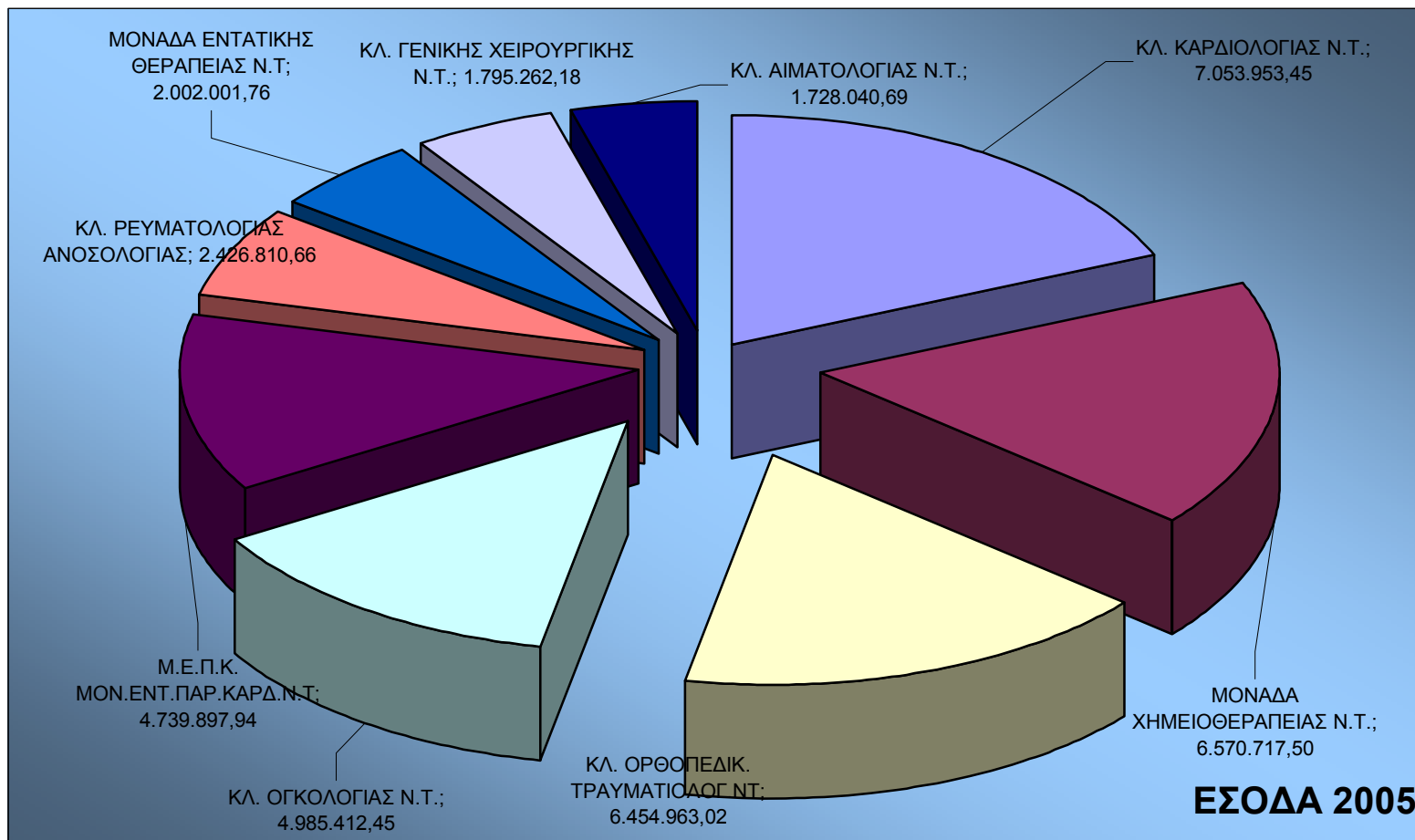
	ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΕ ΙΣΟΓΕΙΟΥ-ΥΠΟΓΕΙΟΥ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
ΕΜΒΟΛΙΑ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΩΝ ΜΕΔΙΣ ΑΝ ΑΕΡΙΩΝ (ΣΕ ΜΕΡΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓ. ΚΟΣΤΟΥΣ)	ΩΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜ.ΕΠ.ΠΕΡ	ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΕ ΤΕΠ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ-ΤΕΠ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ	ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	ΥΠΕΡΗΧΟΙ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΕΡΓ. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΕ IN VITRO - IN VIRO (ΣΕ ΜΕΡΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΟΣΤΟΥΣ)	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
ΕΡΓ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΓΡΑΜΜΙΚΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΤΗΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΕΡΓ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΧΗΜΕΙΑΣ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΕΡΓ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΑΡΑΓ. ΑΙΜ.	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΕΡΓ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΕΡΓ.ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΡΓ. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤ.	ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΟ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΕΡΓΑΣΤ.	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΕΡΓ.ΚΛΙΝ.ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ
ΕΡΓ. ΚΛΙΝ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤ.ΠΑΡΑΚΟΛ.ΠΑΙΔΩΝ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ.ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΟΓΚ/ΓΙΑΣ ΝΤ	ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΙΔΙΟ
ΚΛ. ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛ. ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤ/ΓΙΑΣ
ΚΛ. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΡΩΝ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΓΡΑΦΕΙΟ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ- ΕΠΙΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΗΜΙΚΩΝ- ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	
ΜΟΝ. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΔΙΑΛ/ΤΩΝ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	
ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΛ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΚΛ.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ

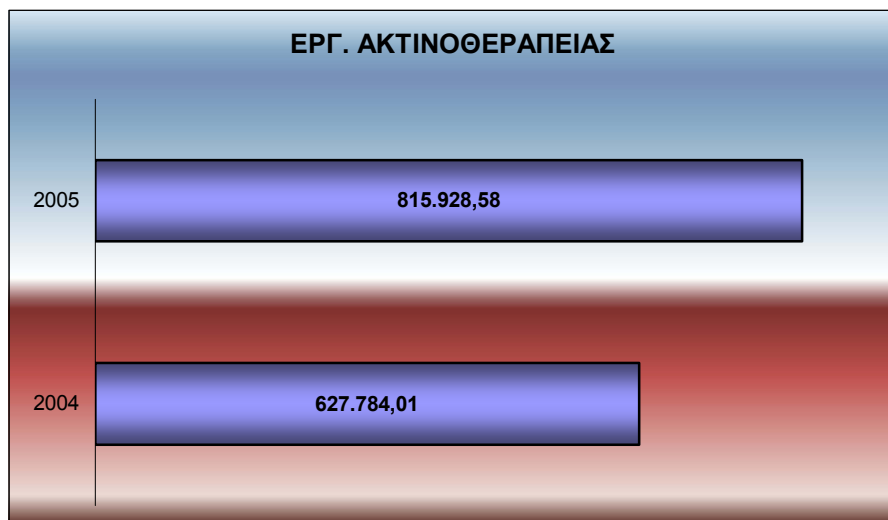
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΚΛ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
Μ.Ε.Π.Κ. ΜΟΝ.ΕΝΤ.ΠΑΡ.ΚΑΡΔ.Ν.Τ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓ.ΝΤ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΤΜΗΜΑ ΜΕΤΑΜ.ΚΕΡΑΤ.
ΤΜΗΜΑ ΟΦΘΑΛ/ΚΗΣ ΜΕΤΑΜ.ΚΕΡΑΤ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΛ. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΛ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΩΡΛ-ΑΚΟΥΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΚΛ. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ν.Τ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ

ΚΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΚΛ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΟΗΘΗΚΕ ΜΕ ΜΟΝ.ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΛ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚ. ΝΤ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΛΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΚΛ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΕΝΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΜΕ ΚΛΙΝ.ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΛ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ Ν.Τ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓ.	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ	ΑΥΤΟΥΣΙΟ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. ΤΜΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΕΣΟΔΑ Ά ΕΞΑΜΗΝΟ 2005 (ΕΥΡΩ)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ (ΕΥΡΩ)



ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

2004

ΠΑΓΝΗ

Α/Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΠΟΣΟ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ Τ.Μ./ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	ΤΜ/ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ
1	ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	167,00	37.748,50	0,00	200,00	167,00
2	ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	0,00	37.748,50	0,00	200,00	0,00
3	ΚΟΣΤΟΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	0,00	37.748,50	0,00	200,00	0,00
4	ΚΟΣΤΟΣ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	0,00	37.748,50	0,00	200,00	0,00
5	ΚΟΣΤΟΣ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	357.183,00	37.748,50	9,46	200,00	1.892,44
6	ΚΟΣΤΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	852.467,00	58.177,00	14,65	0,00	0,00
7	ΚΟΣΤΟΣ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	712.007,00	37.748,50	18,86	200,00	3.772,37
8	ΚΟΣΤΟΣ ΑΕΡΙΩΝ	641.214,00	37.748,50	16,99	200,00	3.397,30
9	ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΥΣΙΜΩΝ	1.593.722,00	37.748,50	42,22	200,00	8.443,90
10	ΚΟΣΤΟΣ ΟΤΕ	386.708,00	37.748,50	10,24	200,00	2.048,87
11	ΚΟΣΤΟΣ ΔΕΗ	964.798,00	37.748,50	25,56	200,00	5.111,72
12	ΚΟΣΤΟΣ ΥΔΡΕΥΣΗΣ-ΑΡΔΕΥΣΗΣ	365.912,00	37.748,50	9,69	200,00	1.938,68
####	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	10.228.644,00	37.748,50	270,97	200,00	54.193,64
	ΑΝΑΛΟΓΟΥΝ ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ					
	ΚΟΣΤΟΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	1.397.026,23	37.748,50	37,01	0,00	0,00
	ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	27.666.527,20	1.620,00	17.078,10	95,00	1.622.419,80
					ΑΘΡΟΙΣΜΑ	1.703.385,71

2005				
ΠΑΓΝΗ				
ΠΟΣΟ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ Τ.Μ./ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	ΤΜ/ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ
101,10	37.748,50	0,00	200,00	101,10
0,00	37.748,50	0,00	200,00	0,00
0,00	37.748,50	0,00	200,00	0,00
0,00	37.748,50	0,00	200,00	0,00
155.502,00	37.748,50	4,12	200,00	823,88
414.777,00	30.639,00	13,54	0,00	0,00
322.640,00	37.748,50	8,55	200,00	1.709,42
350.613,00	37.748,50	9,29	200,00	1.857,63
1.168.413,00	37.748,50	30,95	200,00	6.190,51
181.000,00	37.748,50	4,79	200,00	958,98
362.000,00	37.748,50	9,59	200,00	1.917,96
177.000,00	37.748,50	4,69	200,00	937,79
10.703.967,00	37.748,50	283,56	200,00	56.712,01
1.397.026,23	37.748,50	37,01	200,00	7.401,76
13.307.508,94	1.620,00	8.214,51	95,00	780.378,61
			ΑΘΡΟΙΣΜΑ	858.989,64