



Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Τμήμα Οικονομικής
Επιστήμης



Τ.Ε. Ι. Πειραιώς
Τμήμα
Λογιστικής

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΥΡΟΒΟΛΟΣ

130

ΤΙΤΛΟΣ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ - ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2007

ΠΑΝ	ΠΕΙΡΑΙΑΣ
ΑΡ. ΕΠΙ	53681 + CD
COMP	35790
ΤΑΞΗ	338 473621 ΠΥΡ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	



00153681

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΥΡΒΟΛΟΣ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Επόπτης:

Δρ ΒΛΑΣΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Μέλη:

Μελέτη για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ – ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επόπτη της διπλωματικής μου εργασίας κύριο Βλάσση Ιωάννη του οποίου οι συμβουλές, οι παρατηρήσεις και οι οδηγίες συνέβαλλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιώς για τη συμπαράστασή τους, καθώς και τα στελέχη της Διεύθυνσης Προσωπικού στο ΥΥΚΑ και της Διεύθυνση Προϋπολογισμού του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους (Δ20) για την παροχή στοιχείων και στατιστικών δεδομένων απαραίτητων για τη συγγραφή της εργασίας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πολιτική υγείας συναρτάται άμεσα με τις θεσμικές και οργανωτικές δομές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις, τις συνεχιακές και κοινωνικές πιέσεις αλλά και τον τύπο του συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Στην Ελλάδα η αναγνώριση του δικαιώματος στην υγεία ως κοινωνικού αγαθού και η ενσωμάτωση της πολιτικής υγείας στη συλλογική κοινωνική κρατική πολιτική επήλθαν καθυστερημένα λόγω των ιστορικών, πολιτισμικών και πολιτικών ιδιαιτεροτήτων της χώρας μας. Μεταπολεμικά και μέχρι τη μεταπολίτευση οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας γνώρισαν άνιση, κατακερματισμένη και υποχρηματοδοτημένη ανάπτυξη. Διαχρονικά, η υγειονομική περίθαλψη επικεντρώθηκε σε υπανάπτυκτη δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη κυρίως στα αστικά κέντρα και σε μια κατακερματισμένη φτωχή πρωτοβάθμια φροντίδα με αστηρά ιατροκεντρικό χαρακτήρα.

Η δημιουργία του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητο ορόσημο για την πολιτική υγείας στη χώρα μας. Σήμερα συνεχίζεται η προσπάθεια να επιτευχθεί ισότητα, ποιότητα φροντίδας και καλύτερη προσβασιμότητα υπηρεσιών, να αναδιοργανωθεί η πρωτοβάθμια και να εκσυγχρονιστεί η δευτεροβάθμια περίθαλψη, να αποτραπεί η κατασπατάληση πόρων σε όλα τα επίπεδα, να συγκροτηθεί η χρηματοδότηση και να ελεγχθούν οι δαπάνες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συμβολή στην κατανόηση των ζητημάτων χρηματοδότησης των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Σκοπός μας είναι η θεωρητική και κυρίως η εμπειρική προσέγγιση της διαμόρφωσης των δαπανών για την υγεία. Η ανάλυση των τάσεων και η εμφάνιση των προβληματισμών γύρω από το ζήτημα αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το ύψος των δαπανών βρίσκεται μάλλον σε δυσανάλογη σχέση με το παραγόμενο προϊόν «υγεία». Η διαπίστωση αυτή καθίσταται ακόμα πιο σημαντική, εάν αναλογιστεί κανείς τη δυσκολία εξακριβώσης των αποτελεσμάτων των δαπανών για την υγεία. Πράγματι, η αξιολόγηση των εκροών είναι σχεδόν αδύνατη με το ισχύον σύστημα χρηματοδότησης των δαπανών. Η παρούσα μελέτη είναι διαρθρωμένη ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στη

χώρα μας, παρουσιάζεται λεπτομερώς η τριμερής χρηματοδότηση και διαχωρίζονται οι ιδιωτικές από τις δημόσιες δαπάνες υγείας.

Παράλληλα, περιγράφονται οι πόροι του συστήματος υγείας και ο τρόπος κατανομής τους, ενώ συζητείται το θέμα της ανεπάρκειας των πόρων σε συνδυασμό με το ζήτημα της επιλογής και την κοινωνική ευημερία. Η θέση μας είναι ότι επειδή στη χώρα μας η θεραπευτική ιατρική απορροφά περισσότερους πόρους σε βάρος της πρόληψης και των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, ο στόχος θα πρέπει να είναι ο εκ των προτέρων προγραμματισμός για την ορθολογική κατανομή των πόρων για την υγεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η τρέχουσα πολιτική υγείας στη χώρα μας σε σχέση με την υφιστάμενη χρηματοδότηση. Στο σημείο αυτό γίνεται λόγος για τις μεταρρυθμιστικές τάσεις στο χώρο της υγείας και για τις δράσεις και τους στόχους του ΥΥΚΑ. Η θέση μας βάσει της ανάλυσης του δευτέρου κεφαλαίου είναι ότι το ελληνικό σύστημα υγείας παραμένει «εθνικό», αλλά στην ουσία πρόκειται για πολυδιασπασμένο σύστημα με νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό χαρακτήρα. Η συνολική δημόσια δαπάνη στη χώρα μας διευρύνεται μεν αγγίζοντας το 5,5 του ΑΕΠ, αλλά η ιδιωτική αναπτύσσεται με υπερδιπλάσιο ρυθμό χωρίς μάλιστα να υπολογίζεται η μη καταγεγραμμένη διάστασή της, γεγονός που υπογραμμίζει ακόμα περισσότερο τα προβλήματα λειτουργίας του ΕΣΥ. Στο κεφάλαιο αυτό δίνεται έμφαση στον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και αναλύονται οι δαπάνες του.

Τέλος, στο τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζεται ο τρόπος κατάρτισης του Προϋπολογισμού και η ενσωμάτωση σε αυτόν των προβλέψεων δαπανών για την υγεία. Η βασική μας θέση είναι ότι το πρόβλημα του ελληνικού συστήματος υγείας δεν εστιάζεται στο ύψος των δαπανών για την υγεία, αλλά στον τρόπο κατανομής των πόρων και στη δημοσιονομική διαχείρισή τους, καθώς παράλληλα με τον τακτικό Προϋπολογισμό και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων λειτουργεί και σημαντικός αριθμός ειδικών λογαριασμών που χρηματοδοτούν πολιτικές υγείας. Πολιτικές υγείας υλοποιούν, πέρα από τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, τα νοσοκομεία και πλήθος άλλων νομικών προσώπων με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσχερής ο προσδιορισμός του

κόστους άσκησης πολιτικής υγείας. Με το ισχύον σύστημα δίνεται έμφαση στις εισροές με λεπτομερή αναφορά στις ομάδες και είδη δαπανών και όχι στο αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται από την υλοποίησή τους. Οι πιστώσεις δεν συνδέονται άμεσα ούτε με συγκεκριμένα προγράμματα ούτε με την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος. Η εφαρμογή πολιτικών ελέγχων του κόστους δεν αποτέλεσε προτεραιότητα αντίστοιχη άλλων χωρών, ενώ ακόμα και τα μέτρα τα οποία θεσμοθετήθηκαν δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Σε κάθε περίπτωση, το οικονομικό πρόβλημα στον τομέα υγείας από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 εστιάζεται στη διαχείριση παρά στο ύψος των δαπανών. Γι' αυτό και η πρότασή μας είναι να διαμορφωθεί πλαίσιο κατάρτισης και υλοποίησης προϋπολογισμού προγραμμάτων, ώστε να επιτυγχάνεται η οικονομική αρχή.

Η εργασία μας βασίστηκε στη μελέτη της ελληνικής βιβλιογραφίας για την κατάρτιση και εκτέλεση του Κρατικού Προϋπολογισμού, στη διεξοδική μελέτη των σχετικών νομοθετικών διατάξεων και κυρίως στη μελέτη και παράθεση των δεδομένων κατάρτισης του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Η συλλογή των χρηματοδοτικών πινάκων έγινε με τη βοήθεια των εμπλεκόμενων υπηρεσιών τόσο στο Υπουργείο Υγείας όσο και στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους.

Παράλληλα, καταβλήθηκε προσπάθεια να γίνει αναφορά στις τελευταίες τάσεις διεθνώς για την κατάρτιση προϋπολογισμών προγραμμάτων προσανατολισμένων στην καταγραφή των εκρδών και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των δαπανών. Ειδικό βάρος δόθηκε στη μελέτη των εκθέσεων της ΠΟΥ και εμπειρογνομένων του Υπουργείου Υγείας. Όσον αφορά τη συγγραφή του δευτέρου κεφαλαίου, πέρα από τη σχετική βιβλιογραφία υπήρξε σημαντική η έρευνα στο διαδίκτυο, ώστε να γίνει αναφορά στις τρέχουσες δομές των Υπηρεσιών Υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

- Ανάπτυξη
- Αξιολόγηση
- Δαπάνες υγείας
- Δημοσιονομική διαχείριση πόρων υγείας
- Διαχείριση
- Διοικητικό Προσωπικό
- Έλεγχος
- Επένδυση
- Ζήτηση
- Μεταρρύθμιση
- Νοσοκομεία
- Οργάνωση
- Προγραμματισμός
- Προσφορά
- Προϋπολογισμός
- Προγράμματα
- Σχεδιασμός
- Υγεία
- Υπηρεσίες Υγείας
- Χρηματοδότηση

ABSTRACT

Health care policy is directly related to instructional and organizational structures, demographic features, political and economic developments, trade and social pressure as well as to the social protection system type. In Greece, it was quite late when the right to health as a social benefit was acknowledged and health policy was integrated into the social state policy, due to historical, cultural and political particularities marked in our country. In the post-war period and up to the political change-over, health services in Greece developed in an unequal and underfinanced manner.

Over the years, health care equaled to underdeveloped state hospital care, mainly in urban centers, and to multiple and poor first level care of strictly medical nature. The establishment of ESY (National Health System) was undoubtedly a milestone in the course of Health Policy in Greece. Nevertheless, the efforts still continue with a view to achieving equality and quality in health care services provision and a human-oriented health care system. These efforts also aim to re-organize first level and to modernize second level health care services, to prevent waste of resources at all levels, to ensure uniform financing and to check expenditure.

The first chapter of this paper analyses health services financing in Greece, and presents in detail the trilateral financing as well as a break down of private and public expenditure on health care services. Furthermore, it describes the health care system resources and their allocation while it discusses the issue of insufficient resources along with the issue of 'selection' and social welfare. Taking into account that in Greece the largest part of resources is spent on therapeutic medicine to the detriment of prevention and health enhancement programs, we hold that the principal aim should be an ex- ante planning of rational resources allocation for health care services.

The second chapter analyses current health care policy in Greece in relation to current financing thereof. Reformative trends in health care environment as well as activities and objectives of YYKA (Ministry of Health and Social Welfare) are also mentioned. Our

position, according to this second chapter, is that the Greek health system remains a 'national' health system only by name since it is essentially a multi-oriented system, meaning it is of both hospital-oriented and practitioner-oriented character. The total public expenditure in our country covers now a larger part of the Gross Domestic Product, namely 5.5%, albeit, private financing develops more rapidly, without co-estimating the non recorded data, which underlines even more the problem of ESY functioning.

This chapter lays emphasis on the Budget of the Ministry of Health and analyses relevant expenditure. Finally, the third chapter shows the drawing up of the Budget and the provision in it for items relating to Health. Our principal view is that the problem of the Greek Health System does not lie with the volume of expenditure on health care services but with the resources allocation and its financial management as along with the regular Budget and the Public Investment Program there may be also a significant number of specific accounts ensuring financing for Health policies.

Health policies are implemented not only by the central services of the Ministry of Health but also by hospitals and many other legal entities; therefore it is difficult to specify the cost of a health policy. The current system lays emphasis on inflows, with a detailed reference to groups and types of expenditure, and not on the result achieved. Credits are neither directly linked to specific programs nor to the attainment of a specific result. The application of expenditure check policies has not constituted a priority, as in other countries, while the measures taken have not been fully implemented. In any case, the financial problem in the health care sector - spotted in the mid '90s - lies mainly with the management rather than with the volume of expenditure. For this reason, our proposal indicates to formulate a framework for the drawing up and implementation of program budgets to achieve the economic principle.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	- 1 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	- 3 -
Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	- 3 -
1.1 Η ΤΡΙΜΕΡΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	- 4 -
1.1.1 Ο Κρατικός Προϋπολογισμός	- 4 -
1.1.2 Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας	- 5 -
1.1.3 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας	- 5 -
1.1.4 Οι Ιδιωτικές Πληρωμές	- 6 -
1.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	- 6 -
1.2.1 Οι δημόσιες δαπάνες υγείας	- 7 -
1.2.3 Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας	- 7 -
1.3 ΟΙ ΠΟΡΟΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	- 7 -
1.3.1 Οι εισροές και οι εκροές του συστήματος	- 7 -
1.3.2 Οι οικονομικοί πόροι (κατανομή – πόρων)	- 8 -
1.3.2 Τρόπος κατανομής των πόρων	- 9 -
1.3.3 Η ανεπάρκεια των πόρων	- 10 -
1.3.5 Το πρόβλημα της επιλογής	- 12 -
1.3.6 Το κόστος ευκαιρίας	- 14 -
1.3.7 Περιορισμός του κόστους	- 14 -
1.3.8 Κοινωνική ευημερία	- 15 -
1.3.9 «Υγεία – Πρόνοια» Γ' ΚΠΣ 2000-2006	- 15 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	- 16 -
Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ..	16 -
2.1 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	- 18 -
2.2 ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	- 21 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	- 22 -
ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	- 23 -
3.1 ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	- 24 -

3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 25 -
3.3 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 25 -
3.4 ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 27 -
3.5 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 30 -
3.6 ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 31 -
3.7 ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΣΟΔΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ.....	- 32 -
3.8 ΠΙΣΤΩΣΗ.....	- 34 -
3.9 ΕΣΟΔΑ ΕΞΟΔΑ.....	- 35 -
3.10 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 36 -
3.11 ΨΗΦΙΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 37 -
3.12 ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 38 -
3.13 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	- 39 -
3.14 ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ.....	- 41 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	- 42 -
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	- 42 -
4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	- 42 -
4.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	- 47 -
4.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	- 51 -
4.4 ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	- 52 -
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	- 53 -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	- 55 -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	- 55 -
2) Οργανόγραμμα - Διεύθυνση Οικονομικού.....	- 56 -
7) Η Εισηγητική Έκθεση 2005.....	- 59 -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	- 64 -

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΟ

ΑΝΑΠΤΥΓΜΑ

ΑΣΕΠ	ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΕΣΥ	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΠΔ	ΚΑΜΠΥΛΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ
ΚΠΣ	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΚΔΔ	ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ
ΚΔΕ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΟΔΩΝ
ΠΟΥ	ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΥ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
ΠΔΕ	ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ
ΣΥ	ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΥΥΚΑ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΧΕ	ΧΡΗΜΑΤΙΚΟ ΕΝΤΑΛΜΑ
ΧΕΠ	ΧΡΗΜΑΤΙΚΟ ΕΝΤΑΛΜΑ ΠΡΟΠΛΗΡΩΜΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαρτάται από τις ανάλογες κρατικές επιλογές, κύρια επιδίωξη των οποίων, όμως, πρέπει να παραμένει η διασφάλιση ότι οι πλούσιοι και υγείς επιχορηγούν τους φτωχούς και ασθενείς. Έτσι, μπορούμε να διαχωρίσουμε τα δημοσίως χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας σε "Κρατικά Συστήματα Υγείας" και σε "Συστήματα Υγείας μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης". Οι πόροι των "Κρατικών Συστημάτων Υγείας" προέρχονται, κυρίως, από τη γενική φορολογία, ενώ οι πόροι των "Συστημάτων Υγείας μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης" προέρχονται, κυρίως, από τις ασφαλιστικές εισφορές. Είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι οι ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται από τους απασχολούμενους και τους εργοδότες συμπληρώνονται και από αντίστοιχες κρατικές ενισχύσεις.

Στην κατηγορία των "Κρατικών Συστημάτων Υγείας" ανήκουν τόσο τα "Συστήματα Υγείας που λειτουργούν ως κρατικές υπηρεσίες" όσο και τα "Συστήματα Υγείας που λειτουργούν αυτοτελώς" δηλαδή εκτός κρατικής δομής. Εξάλλου, στα "Συστήματα Υγείας μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης" ανήκουν τόσο τα "Ενιαία Εθνικά Συστήματα Ασφάλισης Υγείας" που καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού, όσο και τα "Πολλαπλά Συστήματα Ασφάλισης Υγείας" που καλύπτουν διαφορετικές κατά περίπτωση, ομάδες πληθυσμού.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.)¹ εκτιμά ότι «κανένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να καλύψει το σύνολο των αναγκών υγείας του αντίστοιχου πληθυσμού, αφού αυτές εμφανίζουν ευρύτερες αποκλίσεις». Βάσει αυτής της αδυναμίας, η Π.Ο.Υ. συμπεραίνει ότι οι σχεδιαστές ενός εθνικού συστήματος υγείας είναι αναγκασμένοι είτε να επιλέξουν συνειδητά τις υπηρεσίες υγείας που δίνουν έμφαση στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού είτε να αποδεχτούν την παραγωγή υπηρεσιών υγείας με μικρή συνεκτίμηση για το τι είναι, πράγματι, σημαντικό με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει εντοπίσει τέσσερα διαδοχικά βήματα στην πορεία οικοδόμησης ενός εθνικού Συστήματος Υγείας. Έτσι, σε πρώτη φάση, πρέπει να συνεκτιμηθούν διαδοχικά, οι υγειονομικοί συντελεστές κινδύνου (*risk factors*), το βάρος

1) B). World Health Report 2000, σελ. 57-58

της ασθένειας (*disease burden*), και τα μοντέλα χρήσης (*utilization patterns*) των πληθυσμών στόχων.

Σε δεύτερη φάση, *επιχειρείται η προσαρμογή στα τοπικά κόστη και τις εν γένει τοπικές συνθήκες*, σύμφωνα με διεθνή στοιχεία για το κόστος και την αποτελεσματικότητα των υπό υιοθέτηση παρεμβάσεων *αλλά και για τις στρατηγικές παρεμβάσεων και των αντίστοιχων μοντέλων* πρακτικής.

Στο επόμενο στάδιο, *επιχειρείται η εξειδίκευση σαφών πολιτικών για την επιλογή και η ιεραρχική κατάταξη των αναγκαίων παρεμβάσεων υγείας κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται ότι "οι περιορισμένοι πόροι δαπανώνται σε σαφώς προσδιορισμένες ανάγκες υψηλής προτεραιότητας"*². Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη σύνδεση του προσδιορισμού των σαφών πολιτικών επιλογής των παρεμβάσεων με τη διαδικασία, τις προϋποθέσεις και τα μέτρα της αποτελεσματικότερης προσέγγισης και υλοποίησης των παρεμβάσεων αυτών. Τέλος, σε τέταρτο στάδιο πρέπει να διασφαλιστεί η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, διότι σε διαφορετική περίπτωση τα προηγούμενα βήματα στερούνται σημασίας.

Αναμφισβήτητα, βασική προτεραιότητα ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και η ευρύτερη δυνατή διάχυσή τους στο σύνολο του πληθυσμού. Σήμερα, το όραμα της «καθολικότητας» (*universalism*) στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας προβάλλεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Βάσει της αρχής της καθολικότητας δεν είναι αρκετή μόνο η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών αυτών *αλλά επιβάλλεται και η παράλληλη ύπαρξη της αναγκαίας αποτελεσματικότητας*, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να καλύπτουν τις αντίστοιχες ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού. Πράγματι, ένα εθνικό Σύστημα Υγείας με υψηλή στάθμη των παραγόμενων υπηρεσιών του θεωρείται αποτυχημένο, εάν δεν παρέχει ευχερή πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές σ' όλους όσους έχουν αντίστοιχη ανάγκη και κυρίως, στους οικονομικά αδύνατους.

² Bz, World Health Report 2000, πλ. 57-58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες υγείας, έχουν σύνθετη και πολύπλοκη δομή και για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, πρέπει να έχουν καλή οργάνωση. Τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν σημαντικές μεταξύ τους διαφορές στη μορφή και τον τρόπο χρηματοδότησης και στην κατανομή των πόρων.

Στα συστήματα υγείας μπορούμε να διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης:

- Εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη
- Νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη

και τρία επίπεδα οργάνωσης:

- Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης (πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας – ιατρείο, κέντρο υγείας, πολυκλινική ή πολυϊατρείο)
- Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης (τοπικό ή νομαρχιακό νοσοκομείο 50.000 έως 500.000 κάτοικοι)
- Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης (περιφερειακό – πανεπιστημιακό νοσοκομείο 500.000 έως 1,5 εκατομμύρια άτομα)³

Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Το ελληνικό όμως σύστημα υγείας κρίνεται ιδιαίτερα πολύπλοκο ως προς τις διαδικασίες και τους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς του. Πρόκειται για ένα μικτό σύστημα, στο οποίο συνυπάρχουν το πρότυπο Bismark και Beveridge από την πλευρά του δημόσιου τομέα, ταυτόχρονα με μια μεγάλο εύρους ιδιωτική αγορά υγείας. Αποτελεί σύστημα από το οποίο απουσιάζουν κατά ένα μεγάλο μέρος παρωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί και το οποίο προσπαθεί να

³Λιυρόπουλος (2003)

«ισορροπήσει» μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού, στοιχείο που συνιστά και τον σημαντικότερο παράγοντα για το ύψος, τις πηγές και την κατανομή των πόρων.

Γενικά το σύστημα χρηματοδότησης είναι ανοικτό και οδηγείται κυρίως από τη ζήτηση. Δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί¹ ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες, ενώ δεν γίνονται οργανωμένες προσπάθειες για εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους. Οι πληρωμές προέρχονται από διάφορες πηγές χωρίς τον αναγκαίο μεταξύ τους συντονισμό.⁵

1.1 Η ΤΡΙΜΕΡΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) αποτελούν ο κρατικός προϋπολογισμός, και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης (ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας), ενώ ιδιαίτερα σημαντικό μερίδιο κατέχουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές.

1.1.1 Ο Κρατικός Προϋπολογισμός

Τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό αυξάνουν τις δαπάνες υγείας πολύ λιγότερο απ' ό,τι αυτά που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση.

Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 ο κρατικός προϋπολογισμός άρχισε να εμπλέκεται όλο και πιο ενεργά στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Συνέπεια αυτής της πολιτικής ήταν η δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς και η κάλυψη αυτών από το δημόσιο προϋπολογισμό. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων μέσω

¹ «Σφαιρικός προϋπολογισμός» σημαίνει το ύψος της προαποφασισθείσας δαπάνης, η οποία συμφωνήθηκε μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών, που θα δαπανηθεί το επόμενο έτος.

⁵ Βοζίκη (2005)

του κρατικού προϋπολογισμού, δεν περιοριζόταν μόνο στην κάλυψη των δαπανών μισθοδοσίας, αλλά κάλυπτε και μέρος των τρεχουσών δαπανών λειτουργίας.

Με τις αυξήσεις στις τιμές των νοσηλίων στις αρχές της δεκαετίας του '90, και τη θέσπιση του νόμου 2519/97 έχει αρχίσει η κατάσταση να αντιστρέφεται. Σήμερα, η πλειοψηφία των δημοσίων νοσοκομείων επιτυγχάνει την κάλυψη του λειτουργικού κόστους ενώ η κρατική επιχορήγηση εκτιμάται ότι δεν ξεπερνά το 50%.

1.1.2 Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας

Οι Οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν τη δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξονοσοκομειακής περίθαλψης και σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων τους.

Η κύρια πηγή εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές των εργαζομένων και φθάνει το 65 % των συνολικών εσόδων. Στις εισφορές των εργοδοτών περιλαμβάνονται επίσης και οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων.

Ειδικότερα για τα ταμεία υγείας και τους κλάδους υγείας, αποτελεί την κύρια πηγή. Οι κρατικές επιχορηγήσεις παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, αλλά αποτελούν τη σχετικά μικρότερη πηγή εσόδων για τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

1.1.3 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Είναι διαπιστωμένο ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει στη χώρα μας, τα τελευταία τουλάχιστον δέκα χρόνια, ένα συνεχώς αυξανόμενο ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Αν ληφθεί υπόψη, σαν κριτήριο της ανάπτυξης του κλάδου, το συνολικό ποσό των εισπραχθέντων ασφαλιστρών ζωής ανά έτος, είναι εμφανής η θεαματική μεγέθυνση του κλάδου των ασφαλειών ζωής τα τελευταία δέκα χρόνια.

1.1.4 Οι Ιδιωτικές Πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας και ιδιαίτερα του ιδιωτικού τομέα. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ήταν, και εξακολουθούν και μετά την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να παραμένουν ιδιαίτερα υψηλές. Ο βασικός λόγος στον οποίο αποδίδεται το μεγάλο ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι η υπανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, το οποίο αδυνατεί να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού⁶.

1.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μέτρηση των συνολικών δαπανών υγείας μιας χώρας, αποτελεί εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία λόγω των σημαντικών πρακτικών και μεθοδολογικών προβλημάτων. Έχει αποδειχθεί ότι το ύψος τους που οδηγεί στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας, συνδέεται άμεσα με τη γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της χώρας.

Τρεις είναι οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας από τη μεριά της κατανάλωσης:

- Οι ιατρικές
- Οι νοσοκομειακές
- Οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων.

Επίσης, για τον υπολογισμό των συνολικών δαπανών θα πρέπει να προσθέσουμε:

- Τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία.
- Την πρόληψη και την αγωγή υγείας.
- Τις δαπάνες για κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας.

⁶ Θεοδωρού, Σαρρή, Σούλης (2001)

1.2.1 Οι δημόσιες δαπάνες υγείας

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αποτελούν περίπου το 60% των συνολικών δαπανών υγείας. Περιλαμβάνουν ποσά που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με σκοπό την αποζημίωση για την κάλυψη δαπανών των προμηθευτών για όλα τα επίπεδα των παρεχομένων υπηρεσιών, τις λειτουργικές δαπάνες της διοίκησης, τις επενδύσεις, κλπ.⁷

1.2.3 Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

Ιδιαίτερα σημαντική πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα και ιδιαίτερα του ιδιωτικού, είναι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας που προέρχονται από τα οικογενειακά εισοδήματα των ελληνικών νοικοκυριών. Αυτές ανέρχονται σε ποσοστό του ΑΕΠ το 3% και το υπερβαίνουν συμπεριλαμβανομένης της παραοικονομίας. Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το 40% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας ενώ αντίστοιχα εκτιμάται ότι η παραοικονομία ανέρχεται περίπου στο 20%, ποσοστό το οποίο σαφέστατα θα αύξανε επίσημα την ιδιωτική κατανάλωση εάν λαμβανόταν υπόψη.⁸

1.3 ΟΙ ΠΟΡΟΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.3.1 Οι εισροές και οι εκροές του συστήματος

Όλα τα συστήματα υγείας ανεξαρτήτως μορφής ή μοντέλου έχουν ως εισροές του, τους υλικούς πόρους, τους ανθρώπινους πόρους και τους οικονομικούς πόρους.

⁷ Κυριοπούλος Γ., Σουλιάτης Κ., (2002)

⁸ Κυριοπούλος Γ. (2000)

Οι εισροές λοιπόν, είναι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, των κτιρίων στα οποία προσφέρεται η περίθαλψη και κάθε είδους εξοπλισμός αυτών και τέλος οι οικονομικοί πόροι με τους οποίους χρηματοδοτείται το σύστημα.⁹

Οι εκροές του συστήματος, είναι το σύνολο των παραγόμενων «προϊόντων», δηλαδή ο αριθμός των εξετάσεων, των ημερών νοσηλείας, των εγχειρήσεων, των εισαγωγών στο νοσοκομείο κτλ.

Τα αποτελέσματα μετρώνται με τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού, του προσδόκιμου επιβίωσης, κλπ. ώστε να προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

1.3.2 Οι οικονομικοί πόροι (κατανομή – πόρων)

Οι οικονομικοί πόροι, αποτελούν μια πολύ σημαντική εισροή του τομέα υγείας. Στα αναπτυγμένα κράτη ο τομέας της υγείας απορροφά σήμερα περίπου το 10% του ΑΕΠ και οι τάσεις είναι διεθνώς αυξητικές παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έγιναν τα τελευταία χρόνια για τον έλεγχο των δαπανών υγείας.

Οι πόροι διατίθενται για:

- α) την κεντρική διοίκηση,
- β) τη δημόσια υγεία,
- γ) τις επενδύσεις (κτήρια, εξοπλισμό κ.λπ.),
- δ) την εκπαίδευση και έρευνα στην υγεία,
- ε) την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των νοσοκομείων και κέντρων υγείας
- ζ) τις επιχορηγήσεις ελλειμματικών κλάδων υγείας ασφαλιστικών οργανισμών.

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν όταν αναφερόμαστε στις δαπάνες και τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας είναι:

⁹ Μοράτης Ε. (2004)

α) Ποιο είναι το ύψος της δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ που πρέπει να διατίθεται για την υγεία, ποιες είναι οι πηγές χρηματοδότησης και πώς κατανέμονται οι πόροι μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα;

β) Ποιος ο τρόπος κατανομής των πόρων στο εσωτερικό του συστήματος, δηλαδή σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, αλλά και κατά γεωγραφική περιφέρεια και τέλος.

γ) Ποιοι μηχανισμοί πρέπει να υπάρξουν για να μπορέσουν αυτοί οι πόροι να είναι αποδοτικοί;

Το πρώτο ερώτημα έχει απαντηθεί παραπάνω στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

1.3.2 Τρόπος κατανομής των πόρων

Το δεύτερο σημαντικό ερώτημα που έχει σχέση με τις δαπάνες υγείας είναι ο τρόπος που αυτές κατανέμονται κατά επίπεδο περίθαλψης. Το μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου 70%, απορροφά η νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα περιορίζεται για πολλούς λόγους στο υπόλοιπο 30%. Έτσι, το μεγαλύτερο ποσοστό πόρων, το απορροφά η θεραπευτική ιατρική σε βάρος της πρόληψης και της προαγωγής υγείας. Στην περίπτωση της Ελλάδας, η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά περίπου το 64% των δημοσίων πόρων για την υγεία, η πρωτοβάθμια φροντίδα μόλις το 14% και η φαρμακευτική δαπάνη με τις λοιπές φροντίδες το υπόλοιπο 22%. Το ανησυχητικό είναι ότι η ψαλίδα αυτή συνεχώς ανοίγει.

Πρόβλημα επίσης για κάθε σύστημα υγείας αποτελεί η άνιση γεωγραφική κατανομή των οικονομικών πόρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία υγειονομικών ανισοτήτων. Συνήθως τα αστικά κέντρα απορροφούν δυσανάλογα περισσότερους πόρους σε σύγκριση με τις αγροτικές περιοχές. Αυτό γίνεται λόγω απουσίας κριτηρίων χρηματοδότησης όσον

αφορά την περιφερειακή κατανομή, αυτή γίνεται με βάση τον αριθμό των μονάδων υγείας, το προσωπικό που τις στελεχώνει και την ικανότητα του κάθε νοσοκομείου να έχει πρόσβαση στο Υπουργείο Υγείας.

Τέλος, ανισότητες υπάρχουν και κατά επαγγελματικές κατηγορίες ασφαλισμένων λόγω σημαντικών διαφορών των ασφαλιστικών ταμείων.

Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού έχει όπως είναι φυσικό, όχι μόνο το ύψος των δαπανών υγείας αλλά κυρίως η αποτελεσματικότητά τους. Σύμφωνα με το τρίτο ερώτημα λοιπόν, είναι αναγκαίος ο προγραμματισμός, η οργάνωση και η διοίκηση του συστήματος υγείας. Επιπλέον, είναι απαραίτητες οι εσωτερικές ρυθμίσεις, τα κίνητρα που προσφέρονται στους επαγγελματίες υγείας, τα συστήματα ελέγχων και μια σειρά άλλων παραγόντων ώστε να συνθέτουν μια ευκίνητη διοικητική μηχανή και ένα λειτουργικό σύστημα που θα βοηθά την παραγωγική λειτουργία και θα αυξάνει την αποδοτικότητα των πόρων.

1.3.3 Η ανεπάρκεια των πόρων

Δεδομένου ότι ο τομέας της υγείας καταναλώνει όλο και περισσότερους από τους περιορισμένους πόρους της οικονομίας, η πίεση για την ορθή χρήση των πόρων αυτών εντείνεται συνεχώς.

Τα εργαλεία και οι τεχνικές της οικονομικής επιστήμης εφαρμόζονται όλο και περισσότερο στις αποφάσεις που λαμβάνονται στο χώρο της υγείας. Είναι απαραίτητο λοιπόν να χρησιμοποιηθούν μηχανισμοί για την αξιολόγηση των συνεπειών των εναλλακτικών ενεργειών.

Το αγαθό «υγεία» δεν είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και δεν πρέπει να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς διότι το κόστος δαπανών για την υγεία αυξάνεται δραματικά τα τελευταία χρόνια. Ο χώρος της υγείας περιέχει διάφορα ειδικά χαρακτηριστικά

γνωρίσματα που πρέπει να ενσωματωθούν στην οικονομική αξιολόγηση της αποδοτικότητας των παρεμβάσεων.

Στο σημείο αυτό, παρουσιάζονται τρία θεμελιώδη αξιώματα:

- Οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι σε σχέση με τις ανάγκες και τις επιθυμίες.
- Οι περιορισμένοι πόροι έχουν εναλλακτικές και ανταγωνιστικές χρήσεις που κάνουν την επιλογή – διανομή αναγκαία. Τα άτομα και η κοινωνία θα αποφασίσουν τι θα παραχθεί και σε ποιον θα επιτραπεί να καταναλώσει τα προϊόντα αυτά.
- Υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις στη σχετική σημασία που οι άνθρωποι αποδίδουν στις ανάγκες και επιθυμίες.¹⁰

1.3.4 Ο νόμος της ανεπάρκειας - Το οικονομικό πρόβλημα.

Κανένα υγειονομικό σύστημα και καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας για να εξασφαλίσει «πλήρη υγεία» και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των πολιτών της.

Οι επιθυμίες για καλύτερες υπηρεσίες υγείας και οι υγειονομικές ανάγκες των ανθρώπων είναι απεριόριστες. Αντίθετα, οι διαθέσιμοι πόροι στο σύστημα υγείας, τα υπάρχοντα μέσα και οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας είναι περιορισμένα. Δημιουργείται λοιπόν το οικονομικό πρόβλημα λόγω της ανισορροπίας μεταξύ του απεριόριστου των υγειονομικών αναγκών και των περιορισμένων πόρων και μέσων. Έτσι λοιπόν ο νόμος της ανεπάρκειας των πόρων επιβάλλει στην κοινωνία την ανάγκη για επιλογή, δηλαδή θα πρέπει να γίνουν σημαντικές επιλογές του κοινωνικού συνόλου για την ικανοποίηση των αναγκών.

Τα οικονομικά της υγείας μας δίνουν τα κατάλληλα εργαλεία για:

¹⁰ Υφαντόπουλος, 2003.

- Το μηχανισμό ιεράρχησης των αναγκών.
- Τη διαμόρφωση ορθολογικών επιλογών.
- Την παραγωγική αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων.
- Την ικανοποίηση των αναγκών μας με τον καλύτερο τρόπο.

Το οικονομικό πρόβλημα μπορεί να αποτυπωθεί μέσα από τέσσερα θεμελιώδη ερωτήματα:

- Τι αγαθά και υπηρεσίες χρειαζόμαστε για την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού;
- Ποια αγαθά, φάρμακα, υγειονομικό υλικό και ποιες υπηρεσίες ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού δυναμικού θα πρέπει να προσφερθούν και σε ποιες αναλογίες;
- Πώς θα παραχθούν τα αγαθά αυτά και οι υπηρεσίες;
- Για ποιόν θα παραχθούν τα υγειονομικά αγαθά και οι υπηρεσίες;

1.3.5 Το πρόβλημα της επιλογής

Οι ανθρώπινες ανάγκες και οι επιθυμίες είναι απεριόριστες. Τα διαθέσιμα αγαθά και οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι περιορισμένα και δεσμευτικά. Έτσι, για την ικανοποίηση των αναγκών και των υπηρεσιών απαιτείται μια παραγωγική διαδικασία. Το πρόβλημα της επιλογής συνίσταται στο ποια παραγωγική διαδικασία θα επιλεγεί και θα αναπτυχθεί, δηλαδή ποιοι παραγωγικοί συνδυασμοί θα γίνουν στο οικονομικό σύστημα, ώστε να ικανοποιήσουν το σύνολο των αναγκών της κοινωνίας και να επιτευχθεί κοινωνική ευημερία.

Κάθε χρόνο το κράτος με την ψήφιση του προϋπολογισμού αποφασίζει ποιες ανάγκες θα ικανοποιήσει από τους τομείς της υγείας, της παιδείας, της άμυνας, των κοινωνικών και λοιπών οικονομικών υπηρεσιών. Το κράτος λοιπόν αποφασίζει πως θα κάνει τη λειτουργική ταξινόμηση των δημοσίων δαπανών, οι οποίες εξαρτώνται από τις πολιτικές

προτεραιότητες της κρατικής εξουσίας και από το πόσο οι προτεραιότητες αυτές ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται αν η επιλογή που κάνει η κυβέρνηση μιας χώρας για την κατανομή των δημοσίων δαπανών, υπακούει και σε διαφορετική ιεράρχηση (καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων).

Παράδειγμα



Στο σημείο Α στο εσωτερικό της καμπύλης, η παραγωγική δυναμικότητα της οικονομίας υποαπασχολείται, δηλαδή ορισμένοι παραγωγικοί συντελεστές π.χ. της υγείας και της παιδείας υποαπασχολούνται.

Στο σημείο Γ, Δ, διαφαίνεται ότι η κοινωνία μπορεί να επιτύχει τον άριστο δυνατό συνδυασμό των εισροών προκειμένου να παράγει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Το σημείο Β αποτελεί επιθυμητό αλλά ανέφικτο συνδυασμό.

Όταν έχουμε μετατόπιση πάνω στην ΚΠΔ τότε ευνοείται η μία παράμετρος, π.χ. αν από το σημείο Δ μετακινηθεί η οικονομία προς το σημείο Γ (μετατόπιση σημείων) αυτό ωφελεί τον τομέα της υγείας και αντίστροφα.

Τέλος μπορούμε να έχουμε μετατόπιση της ΚΠΔ προς έναν τομέα, π.χ. υγεία (μετατόπιση στο σημείο Ε), αλλά και ισόποση μεταβολή στην ΚΠΔ παράλληλα και με ισόποση μεταβολή στην τεχνολογία. Στην δεύτερη περίπτωση μετατοπίζεται όλη η ΚΠΔ προς τα πάνω ή προς τα κάτω.¹¹

1.3.6 Το κόστος ευκαιρίας

Από τη καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων για να λυθεί το πρόβλημα της επιλογής διαφαίνεται και το ονομαζόμενο κόστος ευκαιρίας. Η παραγωγή οποιονδήποτε αγαθών και υπηρεσιών, προϋποθέτει θυσία όλων των άλλων αγαθών και υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παραχθούν με τους ίδιους παραγωγικούς συντελεστές. Η έννοια αυτής της θυσίας, αποτελεί το κόστος ευκαιρίας.

1.3.7 Περιορισμός του κόστους

Οι παράγοντες κόστους των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

δημογραφικοί, εξοπλισμός, ημερήσιο κόστος νοσηλείας, αύξηση χρήσης και κόστους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προκλητή ζήτηση, cost shifting, excess capacity νοσοκομείων.

Σκοπός του περιορισμού του κόστους είναι η διατήρηση των δαπανών των υπηρεσιών υγείας εντός αποδεκτών ορίων μεγέθους, πληθυσμού και άλλων παραμέτρων. Υπάρχουν 4 μέθοδοι ελαχιστοποίησης του κόστους (η ωφέλεια είναι ίδια και επιλέγουμε την επένδυση με το χαμηλότερο κόστος).

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη:

- Η καταγραφή στοιχείων και ο περιοδικός έλεγχος.
- Η ορθή διαχείριση και κατανομή των πόρων.
- Η συνειδητοποίηση του κόστους.
- Τα κίνητρα για ελάττωση των δαπανών υγείας.¹²

¹¹ Υφαντόπουλος, (2003)

¹² Ευθύμιου Π. (1996)

1.3.8 Κοινωνική ευημερία

Η Πολιτική Υγείας επικεντρώνεται στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή υγειονομικής προστασίας. Κάθε σχεδιασμένη κρατική παρέμβαση, αποσκοπεί στη δίκαιότερη κατανομή των περιορισμένων πόρων και στην ύπαρξη μιας ωφέλιμης πολιτικής, η οποία θα προσφέρει άμεσα κοινωνική ευημερία. Η (ΠΟΥ), με το πρόγραμμα «Υγεία για Όλους», έδωσε μια έννοια ευρύτερη και ανακίνησε μια ριζική αναθεώρηση της πολιτικής για την υγεία σε σχέση με την ισότητα και την κοινωνική ευημερία.

Έξι αρχές αποτελούν τα θεμέλια της «Υγείας για Όλους».

- Η εφαρμογή της ισότητας (equity).
- η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών.
- η συνεργασία διαφόρων τομέων της κοινωνίας.
- η πρόσβαση στις απαραίτητες προϋποθέσεις της υγείας.
- Το σύστημα υγείας πρέπει να εστιάζει την προσοχή του στην Προτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Η διεθνής συνεργασία είναι αναγκαία για την ενημέρωση γύρω από προβλήματα υγείας.

1.3.9 «Υγεία – Πρόνοια» Γ' ΚΠΣ 2000-2006

Στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα που αφορούν την χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9% - 10% του ΑΕΠ για την υγεία, για ένα προϊόν αμφιβολής ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής. Αυτή η κατάσταση προφανώς έπρεπε να αλλάξει, εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών με ελεγχόμενο κόστος. Με την έγκριση του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια», Γ' ΚΠΣ 2000-2006, προωθείται η σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης των Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ), με ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, καλύτερη αξιοποίηση των υλικών πόρων, και ταχύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών.¹³

¹³ Μοραΐτης Ε. (2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ¹⁴

Εισαγωγή

Το ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 21 παρ. 3) ενσωματώνει της αρχή της «καθολικότητας», αφού ορίζει ρητώς ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών», ενώ για ορισμένες κατηγορίες υψηλού ενδιαφέροντος νέοι ή υψηλού κινδύνου (γήρας, αναπηρία, άποροι) οφείλει να λάβει ειδικά μέτρα («το κράτος παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»).

Κατά συνέπεια είναι σαφές ότι το ελληνικό κράτος έχει συνταγματική υποχρέωση να μεριμνά για την υγεία του συνόλου των πολιτών και ειδικότερα για τους απόρους οφείλει, πέραν της γενικής του μέριμνας για την υγεία τους, να παίρνει ειδικά μέτρα και για την περίθαλψή τους, ενώ για τους νέους, τους ηλικιωμένους και τους αναπήρους τα ειδικά αυτά μέτρα αναφέρονται επιπλέον στη γενικότερη προστασία τους.

Η άποψη αυτή έχει εφαρμοσθεί στην πράξη με την αναγνώριση της δυνατότητας παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας όχι μόνον από το δημόσιο και τον κοινωνικό αλλά και από τον ιδιωτικό τομέα και με την παράλληλη άσκηση από το κράτος της αναγκαίας εποπτείας και του αναγκαίου ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να καλύπτεται η πρόβλεψη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος.

Είναι, ευρέως πλέον γνωστό, ότι η πιο πάνω ερμηνεία της συνταγματικής διάταξης, συνδυαζόμενη με τις, επίσης, επαρκώς γνωστές, γραφειοκρατικές και αντιπαραγωγικές αγκυλώσεις και δυσλειτουργίες του ελληνικού κράτους, είχαν ως συνέπεια τον περιορισμό, σταδιακά, της ανάπτυξης του δημόσιου τομέα στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας, ενώ,

¹⁴ Βενιέρης Α. (2003)

παράλληλα, έδωσαν δυνατότητες και ευκαιρίες εκρηκτικής αντίστοιχης επέκτασης στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα υγείας.

Η εξέλιξη αυτή είναι σαφώς αναντίστοιχη και ασύμβατη τόσο με την πρόβλεψη του άρθρου 21 παρ. 3 καθώς και με τη διάταξη του άρθρου 4 του Συντάγματος περί ισότητας όλων των πολιτών. Αντί δηλαδή το κράτος να καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα της υγείας, κατά τρόπο ώστε η λειτουργία αυτή να προσαρμόζεται και να πειθαρχεί στις ανάγκες, τις προτεραιότητες και τις επιταγές του εθνικού Συστήματος Υγείας, συμβαίνει το αντίθετο: ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας αναπτύσσεται ανενόχλητος με σαφή επιχειρηματικά και κερδοσκοπικά κριτήρια.

Η εξέλιξη αυτή καθιστά προβληματική την αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού αλλά και ακυρώνει, εν τη γενέσει της, κάθε απόπειρα κρατικής διορθωτικής παρέμβασης. Ακόμα έχει βάσιμα υποστηριχθεί η άποψη ότι αυτή χαρακτηρίζεται από τις εξής βασικές αντιφάσεις:

Πρώτη: Η εμφανής αντίφαση στην εικόνα του ΕΣΥ, που ενώ αναφέρεται ως "εθνικό" σύστημα υγείας με δημόσιο χαρακτήρα, στην πραγματικότητα είναι μεικτό σύστημα (δημόσιο και ιδιωτικό) με νεοφιλελεύθερα και ανταγωνιστικά στοιχεία.

Δεύτερη: Παρά τον προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας στην πλευρά, κυρίως, της προσφοράς, επίσημα κείμενα βεβαιούν τον προβληματικό χαρακτήρα της προσφερόμενης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και τη σαφή αναντίστοιχία του επιπέδου τους προς το ύψος των δαπανών υγείας. Η αντίφαση αυτή αποτελεί απόδειξη της αποτυχίας των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα και οδηγεί στη χαμηλή αποτελεσματικότητά τους.

Τρίτη: η αποκατάσταση της χρηματοοικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων στηρίχθηκε στην επιδείνωση της οικονομικής βιωσιμότητας των ταμείων και κλάδων υγείας, λόγω του τρόπου χρηματοδότησης (μέσο νοσηλίου). Ο αρνητικός αυτός συσχετισμός (οικονομική βελτίωση νοσοκομείων - οικονομική επιδείνωση ταμείων και κλάδων υγείας) οδηγεί σε κύκλους αδήχθητων ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία ή

υποβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ή υπερβολικής διόγκωσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Σημαντικός λόγος για την ανάλυση του θεσμικού παράγοντα, χρηματοδότηση και ιδιαίτερα Δημόσια χρηματοδότηση μέσω του τακτικού προϋπολογισμού, είναι διότι αυτή επηρεάζει τη ζήτηση αλλά και τη διανομή των υπηρεσιών Υγείας. Σε μια περίοδο που όλες οι χώρες δίνουν μεγάλη έμφαση στον περιορισμό των δαπανών υγείας και ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών υγείας, αλλά και στην αποτελεσματικότητα αυτών.

2.1 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ¹⁵

Η Δημόσια Υγεία βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η – εστω και με χαμηλούς ρυθμούς - σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ). Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που καταντάσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το ΕΣΥ.

¹⁵ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν το 2004 στο 7,9% του ΑΕΠ για να φτάσουν το 2005 στο 9,1%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις δημόσιες δαπάνες (κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση μαζί) ήταν το 2004 4,8% και το 2005 5,5%, ενώ για τις ιδιωτικές 3,1% και 3,6%. Περίπου το 60% των δαπανών αυτών (5,5% επί του ΑΕΠ) είναι δημόσιες και προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο 40% (3,6% επί του ΑΕΠ) από ιδιωτικές πληρωμές.

Στις συνολικές δαπάνες δεν περιλαμβάνονται ποσά που προέρχονται από την Ε.Ε. στο πλαίσιο του Κοινωνικού Πλαισίου Στήριξης.

Από τους αριθμούς αυτούς μπορούμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

- (α) οι συνολικές δαπάνες κινούνται κοντά σ' εκείνα των άλλων 14 χωρών της Ε.Ε.,
- (β) υπάρχει πρόβλημα στην κατανομή μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών, με τις τελευταίες να βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα για μια χώρα, όπως είναι η Ελλάδα με δημόσιο σύστημα υγείας.

Αντίστοιχα οι δημόσιες δαπάνες είναι σχετικά χαμηλές και το δημόσιο σύστημα φαίνεται να υποχρηματοδοτείται. Από τις δημόσιες δαπάνες, το 54% προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και το υπόλοιπο 46% από την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, συνταξιούχων και εργοδοτών). Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι περισσότερες δαπάνες κατευθύνονται στο δημόσιο τομέα.

Αντίθετα, το ελλειπές και κατακερματισμένο σύστημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα και ο πληθωρισμός των γιατρών είναι οι κύριοι λόγοι για τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες στην εξωνοσοκομειακή και οδοντιατρική φροντίδα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις ιδιωτικές δαπάνες αφορά οδοντιατρική φροντίδα (34%), το 31% πρωτοβάθμια φροντίδα, το 15% φαρμακευτική και το 12% νοσοκομειακή. Οι τάσεις αυτές είναι αυξητικές τόσο για τις συνολικές δαπάνες, όσο και για τις ετήσιες δημόσιες και ιδιωτικές.

2.1.2 Ο ιδιωτικός τομέας

Η συνεχής ανοδική πορεία του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια, εμφανίζει μέσο ρυθμό ανάπτυξης ύψους 12,5% ετησίως. Μια σειρά από ρυθμιστικούς, τεχνολογικούς, δημογραφικούς αλλά και αμιγώς επιχειρηματικούς παράγοντες διαμόρφωσαν το κατάλληλο πεδίο ανάπτυξης του συγκεκριμένου κλάδου. Ειδικότερα:

- Η αδυναμία του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών, εξαιτίας των ελλείψεων σε ξεροδοχειακή υποδομή αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα.
- Η συνακόλουθη ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών ανθρώπινης υγείας αύξησε την επιχειρηματική δραστηριοποίηση
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στη διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη, ενώ η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν την ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν *Απλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία* - αποτέλεσαν το δέλεαρ για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Η μερική αδυναμία του δημόσιου τομέα να καλύψει τις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, έχει οδηγήσει σε έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα, κυρίως σε κέντρα διαγνωστικής ιατρικής και μαειωτηρίων και, συνεπώς, στην ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη: Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας.
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη¹⁶

2.2 ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη. Στους στόχους του Υπουργείου περιλαμβάνεται όχι μόνο η προαγωγή, η προστασία και αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου αλλά και η ισοτιμία στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Για την εκπλήρωση της αποστολής του, το Υπουργείο μεριμνά ώστε η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής να περιλαμβάνει σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου. Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) σχεδιάζει να προχωρήσει στην αναδιάρθρωση των φορέων υγείας που θα παράσχουν πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας και να δημιουργήσει νέες υπηρεσίες πρόληψης διαθέσιμες σε όλους τους πολίτες μέσω του ΕΣΥ. Απαραίτητη προϋπόθεση για επιτυχημένη αναδιάρθρωση είναι η λειτουργία νοσοκομειακών πληροφοριακών συστημάτων σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, όπως και σε μεγάλα κέντρα υγείας. Σε κάθε περίπτωση, με σκοπό να υποτραπεί η δημιουργία νέων υποχρεώσεων στο μέλλον, το Υπουργείο θα πρέπει να προχωρήσει στην αναδιανομή των

¹⁶ Κυριόπουλος Γ, (1995).

οικονομικών πόρων για την υγεία κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να αποδίδονται τα χρήματα στα νοσοκομεία εγκαίρως για τις υπηρεσίες που προσφέρουν¹⁷.

Στο πλαίσιο της προσπάθειας αναδιάρθρωσης, το ΥΥΚΑ έχει θέσει ως στρατηγικό του στόχο την κάλυψη των χρόνιων κενών προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού) σε μονάδες του ΕΣΥ. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί άμεσα αυτή η μεγάλη έλλειψη, που επηρεάζει ιδιαίτερα αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον πολίτη και θα πρέπει να δρομολογηθεί η πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο ΕΣΥ.

Όσον αφορά τις δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης, αποτελεί αυτήν την στιγμή φλέγον ζήτημα η κατάργηση της λίστας φαρμάκων. Η κατάργηση της λίστας μάλλον θα δημιουργήσει πιέσεις της δαπάνης για φάρμακα προς τα πάνω. Πράγματι, η συνταγογράφηση ακριβών σκευασμάτων είναι πλέον ελεύθερη και περισσότερα από 1.000 νέα φάρμακα - κατά τεκμήριο ακριβά - που ήταν εκτός λίστας συνταγογραφούνται ελεύθερα, δίνοντας μία ώθηση στις φαρμακευτικές δαπάνες και στο κόστος για τον ασφαλισμένο. Εκφράζονται μάλιστα επιφυλάξεις για το πόσο μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και η προστασία των Ταμείων με τις υπάρχουσες υποδομές, καθώς κανένα από τα μεγάλα ασφαλιστικά Ταμεία, δεν διαθέτει κατάλληλη μηχανοργάνωση. Από την άλλη, η κατάργηση της λίστας ίσως αποτελέσει μια ρεαλιστική προσέγγιση για τη φαρμακευτική περίθαλψη και το συνολικό κόστος της για την κοινωνία.¹⁸

¹⁷ Σημειώνεται ότι το πληροφοριακό σύστημα IASYS θα χρηματοδοτηθεί από το Γ' ΚΠΣ και συγκεκριμένα μέσω του προγράμματος «Κοινωνία της πληροφορίας».

¹⁸ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αποστολή του υπουργείου Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Εισαγωγή

Ο Προϋπολογισμός σύμφωνα με το αρθ. 5 παρ. 1 ΚΔΔ (Ν. 2362/95) είναι ο ενιαύσιος νόμος με τον οποίο προσδιορίζονται τα δημόσια έσοδα και καθορίζονται τα όρια των εξόδων (πιστώσεων) του Κράτους για κάθε οικονομικό έτος.¹⁹ Ο προϋπολογισμός δηλαδή είναι:

α) περιοδική πράξη,

β) πράξη προβλέψεως (παρέχει δικαιώματα και υποχρεώσεις στους φορείς των υποκειμένων αυτών εννόμων σχέσεων που δεν θα υπήρχαν χωρίς τον σχετικό νόμο),

γ) πράξη προκαταβολικής εξουσιοδότησης για την πραγματοποίηση των εσόδων και των εξόδων του κράτους, πλην όμως περιορισμένης στα όρια που καθορίζονται από την πρόβλεψη.

Με άλλα λόγια, προϋπολογισμός είναι ένα είδος βραχυπρόθεσμου (ετήσιου) προγράμματος με το οποίο προγραμματίζονται τα έσοδα και τα έξοδα ενός συνόλου, εν προκειμένω του Κράτους, για την περίοδο στην οποία αναφέρεται και παρέχονται έμμεσα κατευθύνσεις για το ρυθμό πραγματοποίησής τους.

Ειδικότερα ο προϋπολογισμός του υπουργείου υγείας στοχεύει:

1. στη σημαντική αύξηση των επιδομάτων των ατόμων με ειδικές ανάγκες,
2. στην επέκταση του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι»,
3. στην αύξηση των δαπανών των προγραμμάτων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης,
4. στην επέκταση των προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών.²⁰

¹⁹ Ντζιουνη, Χ (2003)

²⁰ Βλ. για περισσότερες λεπτομέρειες Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΙΩ» του Γ. ΚΗΣ.

3. 1 ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Σύμφωνα με το άρθρο 79 του συντάγματος, ο προϋπολογισμός ψηφίζεται από την Ολομέλεια της Βουλής. Επομένως, ο προϋπολογισμός είναι ιδιότυπος, τυπικός απλώς νόμος (ιδιότυπος γιατί ψηφίζεται κατά ιδιότυπη διαδικασία, τυπικός αφού ψηφίζεται από το νομοθετικό σώμα και απλώς νόμος αφού δεν περιέχει κανόνες δικαίου) κατ' ουσία, δηλαδή, ένα σύνολο διοικητικών πράξεων. Από την πλευρά αυτή, ο κρατικός προϋπολογισμός είναι κατ' ουσία και περιεχόμενο πράξη διοικητική.

Με το νόμο του προϋπολογισμού δεν μπορούν να καταργηθούν ή να τροποποιηθούν διατάξεις άλλων νόμων και δεν μπορούν να αρθούν αξιώσεις και να δικαιολογηθούν δεσμεύσεις. Ομοίως, δεν είναι δυνατόν να επιβληθεί φόρος. Παρέχονται όμως, έμμεσα δια του είδους και του ύψους των προβλεπομένων σ' αυτόν φορολογικών εσόδων οι κατευθύνσεις για την κατάρτιση και ψήφιση φορολογικού νόμου, εάν το ισχύον νομικό πλαίσιο δεν καλύπτει τις σχετικές προβλέψεις.

Δεν θεσπίζονται, επομένως, με το νόμο του προϋπολογισμού ουσιαστικοί κανόνες δικαίου. Τόσο για την είσπραξη των εσόδων, όσο και για την πραγματοποίηση των δαπανών απαιτούνται άλλα νομοθετήματα με ουσιαστικού περιεχομένου κανόνες δικαίου. Για παράδειγμα δεν είναι δυνατή η καταβολή αμοιβών σε υπαλλήλους, εάν δεν προβλέπονται ρητά και συγκεκριμένα ως προς το ύψος από μισθολογικό νόμο.

Μόνο σχετικός ουσιαστικός νόμος, "Γενισουργός", μπορεί να αποτελέσει αιτία για την είσπραξη εσόδων και την πραγματοποίηση δαπανών από το Κράτος. Ο προϋπολογισμός, όμως, είναι ο απαραίτητος όρος για την υλοποίησή τους. Χωρίς την εγγραφή δηλαδή εσόδων και πιστώσεων στον προϋπολογισμό, δεν είναι δυνατή η ενεργοποίηση των διατάξεων εισπράξεων και πληρωμών του Κράτους.

Ο προϋπολογισμός περιβάλλεται τον τύπο του νόμου πρώτον για λόγους ιστορικούς που έχουν σχέση με τη γένεση και διαμόρφωση του θεσμού του προϋπολογισμού και δεύτερον λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του για τη χώρα. Από πολιτικής πλευράς, δια του

προϋπολογισμού εκφράζεται η οικονομική πολιτική και, με την έννοια αυτή, η ψηφισή του από την Εθνική Αντιπροσωπεία είναι μείζον θέμα για την κυβέρνηση. Σε περίπτωση καταψήφισής του, ουσιαστικά αίρεται η ψήφος εμπιστοσύνης προς την κυβέρνηση.

3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Με τον προϋπολογισμό προσδιορίζονται οι προτεραιότητες που θέτει η κυβέρνηση για την ικανοποίηση κατ' αρχήν των δημόσιων αναγκών. Με τον προσδιορισμό των κονδυλίων γίνονται γνωστές οι κατευθύνσεις της κυβερνητικής πολιτικής. Οι κατευθύνσεις αυτές και προτεραιότητες επηρεάζουν έμμεσα τις εξελίξεις γενικότερα στην οικονομία.

Το δημοσιονομικό πρόγραμμα αποτελεί το σχέδιο της οικονομικής δραστηριότητας του Κράτους που προτείνεται από την κυβέρνηση και εφαρμόζει. Η υλοποίηση του δημοσιονομικού προγράμματος επιτυγχάνεται δια του Κρατικού Προϋπολογισμού. Η κυβέρνηση εκφράζει δια του προϋπολογισμού τη δημοσιονομική πολιτική που πρόκειται να ασκήσει.

Ο προϋπολογισμός που ψηφίζεται από την Εθνική Αντιπροσωπεία δεσμεύει την κυβέρνηση για την εκτέλεσή του. Είναι υποχρεωτική η εκτέλεση του ψηφισθέντος προϋπολογισμού από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.²¹

3.3 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

α) Ο προϋπολογισμός ως μέσο άσκησης Οικονομικής πολιτικής.

Η κυβερνητική πολιτική στον οικονομικό τομέα αποτυπώνεται δια της εγγραφής των κονδυλίων στον προϋπολογισμό κατά κατηγορία και είδος τόσο στο σκέλος των εσόδων, όσο και στο σκέλος των δαπανών. Με τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων κονδυλίων κατά κατηγορία και είδος εσόδων αποτυπώνεται κατ' αρχήν η φορολογική πολιτική του Κράτους.

²¹ Άρθρος (1997)

Με την ίδια λογική εκφράζεται και η κυβερνητική πολιτική και στο σκέλος των δαπανών. Αυξημένες πιστώσεις για την υγεία και την παιδεία λ.χ. σημαίνει προτεραιότητες στους τομείς αυτούς. Ομοίως, δια των πιστώσεων του προϋπολογισμού εκφράζονται και άλλου είδους προτεραιότητες χωροταξικές, περιβαλλοντικές, εθνικές κλπ. δια του ύψους των κονδυλίων που προσδιορίζονται για τους τομείς αυτούς τόσο συνολικά για όλη τη χώρα, όσο και περιφερειακά δια των αντιστοίχων κονδυλίων κατά περιφέρεια.

β) Ο προϋπολογισμός ως μέσο βραχυχρόνιου Προγραμματισμού.

Είναι εκ του ορισμού του προϋπολογισμού φανερό ότι η διοικητική-νομοθετική αυτή πράξη ταυτίζεται με ένα βραχυχρόνιο (συνήθως ετήσιο) πρόγραμμα οικονομικής δράσης. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των δημόσιων οικονομικών ο προγραμματισμός επιβάλλεται για πολλούς και σοβαρούς λόγους. Κατ' αρχή θα πρέπει με τη σωστή διάθεση των δημόσιων εσόδων να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό οικονομικό όφελος για το σύνολο της κοινωνίας που απαρτίζει το Ελληνικό Κράτος. Η απρογραμμάτιστη διάθεση των οικονομικών πόρων είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε αδυναμία του Κράτους να καλύψει έστω τις ανελαστικές δαπάνες του .

γ) Ο προϋπολογισμός ως μέσο υποκατάστασης του μηχανισμού των τιμών

Στην ιδιωτική οικονομία οι τιμές των αγαθών και της παροχής υπηρεσιών διαμορφώνονται από το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης. Ο μηχανισμός αυτός των τιμών κατευθύνει την ιδιωτική οικονομία και προσδιορίζει την κατανομή των παραγωγικών πόρων. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η παραγωγή σ' εκείνους τους τομείς που εξασφαλίζουν σημαντικά κέρδη, σε βάρος αυτών που τα σχετικά ποσοστά είναι χαμηλότερα.

Δεν υπάρχει, όμως, δυνατότητα λειτουργίας του παραπάνω μηχανισμού στη δημόσια οικονομία, γιατί η παραγωγή υπηρεσιών των δημόσιων υπηρεσιών, των ενόπλων δυνάμεων κλπ. δεν έχει κερδοσκοπικό στόχο. Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών της δημόσιας οικονομίας προσφέρεται στο κοινωνικό σύνολο τελείως δωρεάν. Στις

περιπτώσεις που οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται έναντι τιμήματος, το τμήμα αυτό καθορίζεται εξουσιαστικά από το Κράτος και αποβλέπει στην κάλυψη μέρους του κόστους, λαμβάνοντας υπόψη και τις εισοδηματικές δυνατότητες αυτών που θα κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών.

Για την υποκατάσταση του μηχανισμού των τιμών στη δημόσια οικονομία χρησιμοποιείται ο πολιτικός μηχανισμός. Η κρατική παραγωγική διαδικασία κατευθύνεται με πολιτικές αποφάσεις. Οι αποφάσεις αυτές στον οικονομικό αυτό τομέα υλοποιούνται μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού με τον προσδιορισμό των επιμέρους κονδυλίων κατά κατηγορία των δημόσιων δαπανών.

δ) Ο προϋπολογισμός ως μέσο ανακατανομής του εισοδήματος.

Τέλος, μια σημαντική λειτουργία του προϋπολογισμού είναι ανακατανομή του εισοδήματος που επιτυγχάνεται στις διάφορες εισοδηματικές τάξεις, στις γεωγραφικές περιοχές κλπ. Τούτο επιτυγχάνεται αφ' ενός μεν δια του τρόπου φορολογίας των εισοδημάτων και διαφόρων κερδών και κυρίως με την υιοθέτηση του προοδευτικού φόρου, αφ' ετέρου με τη διάθεση των πόρων αυτών. Η επιδότηση, για παράδειγμα, βασικών ειδών διατροφής και του πετρελαίου θέρμανσης στις προβληματικές και παραμεθόριες περιοχές μεταφέρει πόρους (εισοδήματα) από τα μεγάλα αστικά κέντρα και τις μεσαίες και πάνω Κοινωνικές τάξεις στις προβληματικές και παραμεθόριες περιοχές και κατά τεκμήριο σε φτωχότερα αγροτικά ή μη νοικοκυριά

3.4 ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Ο προϋπολογισμός του Ελληνικού Κράτους διέπεται από ορισμένες αρχές που αναφέρονται τόσο την κατάρτισή του, όσο και στην εκτέλεση αυτού. Οι κυριότερες αρχές του προϋπολογισμού εξετάζονται παρακάτω.²²

²² Σοκκάς-Ποζάρης 2002

α) Η αρχή της ενότητας

Κατά την αρχή αυτή και σύμφωνα με το άρθρο 79 του ισχύοντος Συντάγματος όλα τα έσοδα και έξοδα του Κράτους καταχωρούνται εντός ενός ενιαίου και μοναδικού προϋπολογισμού. Απαγορεύεται, επομένως, η κατάρτιση ξεχωριστών προϋπολογισμών για κάθε υπηρεσία, φορέα ή δραστηριότητα. Η αρχή αυτή δικαιολογείται εκ του γεγονότος ότι πρέπει να υπάρχει πλήρης εικόνα της οικονομικής κατάστασης ολόκληρου του Κράτους και μάλιστα σε μια ενιαία διοικητική πράξη

Ως εξαιρέσεις του παραπάνω κανόνα μπορούν να αναφερθούν:

- Οι έκτακτοι προϋπολογισμοί που υποχρεούται να συντάξει το Κράτος εξαιτίας
- έκτακτων και απρόβλεπτων γεγονότων
- Οι προϋπολογισμοί των νομικών προσώπων δημόσιου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), μολοντί οι δραστηριότητες των φορέων αυτών είναι καθαρά κρατικές.
- Οι προϋπολογισμοί των ειδικών λογαριασμών που αναφέρονται σε ειδικές κρατικές λειτουργίες.

β) Η αρχή της δημοσιότητας

Η αρχή αυτή στηρίζεται στις δημοκρατικές αρχές του πολιτεύματός μας, όλα τα έσοδα και τα έξοδα του Κράτους πρέπει να γίνονται στο φως της δημοσιότητας για να είναι δυνατός ο έλεγχος αυτών από όλους τους φορολογούμενους. Αυτός είναι και ο λόγος που το Σύνταγμα επιβάλλει την εξέταση και την ψήφισή του από την Ολομέλεια της Εθνικής Αντιπροσωπείας

γ) Η αρχή της καθολικότητας

Συνταγματική επιταγή του άρθρου 79 παρ.2 Σ. της αναγραφής όλων των εξόδων του κράτους στον Π/Υ. συνιστά «νόμιμο όρο» για την διενέργειά τους. Κατά την αρχή αυτή ο

προϋπολογισμός πρέπει να περιέχει όλα τα έσοδα και τα έξοδα τα οποία προβλέπονται να πραγματοποιηθούν εντός του έτους στο οποίο αναφέρεται. η αρχή αυτή ότι πρέπει να προκύπτει σαφής και πλήρης εικόνα και των εσόδων και των δαπανών δηλ. εμπεριέχει την απαγόρευση της απόκρυψης.

δ) Η αρχή της ακρίβειας

Η αρχή αυτή επιβάλλει την προσεκτική εκτίμηση και προσπάθεια ώστε τα μεγέθη του προϋπολογισμού να ανταποκρίνονται στην οικονομική πραγματικότητα και να μην αφίστανται αυτής. Παρά το γεγονός ότι ο προϋπολογισμός αποτελεί πράξη πρόβλεψης για το μέλλον, πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε ούτε υπερεκτίμηση ούτε υποτίμηση των δαπανών και των εσόδων να γίνεται

ε) Η αρχή της ειδικότητας των εσόδων και των πιστώσεων.

Κατά την αρχή αυτή τα έσοδα και τα έξοδα του Κράτους συγκεκριμενοποιούνται ως προς το ποσό (όριο) ως προς το χρόνο (οικ. έτος) και κυρίως ως προς το είδος ή αντικείμενο δηλαδή πρέπει να προσδιορίζονται ειδικώς και λεπτομερώς διακρινόμενα σε κατηγορίες και είδος (κωδικούς αριθμούς).

Η αρχή της ειδικότητας ή ειδικεύσεως των εσόδων και εξόδων αποτελεί εκδήλωση δυσπιστίας του νομοθετικού σώματος προς την εκτελεστική εξουσία. Η εκτελεστική εξουσία δεσμεύεται όπως δαπανά τα αντίστοιχα ποσά για το σκοπό για τον οποίο έχουν γραφτεί στον προϋπολογισμό και όχι για άλλο σκοπό. Έστω και αν προβλέπεται η μη απορρόφηση στο σύνολό της μιας πίστωσης δεν είναι επιτρεπτή η μεταφορά της για άλλο σκοπό. Εάν τούτο γίνει επιτρεπτό ευρέως, η ροπή προς την κατάχρηση είναι δεδομένη. Στην πράξη, όμως, η αρχή αυτή έχει εξασθενήσει. Πέραν των προβλεπομένων από τον κώδικα δημόσιου λογιστικού λογικές μεταβολές μεταξύ ομοειδών πιστώσεων, πραγματοποιούνται πληθώρα καταχρηστικών αυξομειώσεων ερήμην της Εθνικής Αντιπροσωπείας που ψήφισε τον προϋπολογισμό. Πολλές φορές, όμως, οι ανάγκες και έκτακτες συνθήκες επιβάλλουν την περικοπή ελαστικών δαπανών για την κάλυψη

απρόβλεπτων γεγονότων. Στις περιπτώσεις αυτές εάν δεν αντιμετωπισθεί έτσι η ανάγκη (με αυξομειώση πιστώσεων), θα πρέπει να συνταχθεί και έκτακτος προϋπολογισμός.

3.5 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Ανάλογα με το περιεχόμενό του ο προϋπολογισμός μπορεί να έχει διάφορες μορφές. Δύο βασικά συστήματα του προϋπολογισμού είναι το σύστημα του ενιαίου προϋπολογισμού και το σύστημα των πολλαπλών προϋπολογισμών. Στη πρώτη περίπτωση όλα τα έσοδα και έξοδα του Κράτους αποτυπώνονται σε ένα προϋπολογισμό, ενώ στη δεύτερη συντάσσονται περισσότεροι του ενός προϋπολογισμοί.

Ανάλογα με τη χρονική περίοδο που καλύπτει ο προϋπολογισμός διακρίνουμε δύο κατηγορίες, τον ετήσιο και τον πολυετή. Ο πρώτος αναφέρεται σε ένα μόνο έτος, ενώ ο δεύτερος καλύπτει μια μεγαλύτερη χρονική περίοδο και συνδέεται με ένα ολοκληρωμένο μεσοπρόθεσμο οικονομικό πρόγραμμα.

Πολλές φορές γίνεται λόγος και για έκτακτο προϋπολογισμό. Αυτός καταρτίζεται μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις για να αντιμετωπίσει ιδιαίτερες ανάγκες, όπως σε περιόδους εμπόλεμων καταστάσεων και άλλων έκτακτων σημαντικών γεγονότων. Η βασική διάκριση του Γενικού Προϋπολογισμού στην Ελλάδα είναι σε Τακτικό και Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

α) Τακτικός Προϋπολογισμός

Ο τακτικός προϋπολογισμός περιλαμβάνει κυρίως τα τρέχοντα έσοδα και έξοδα του Κράτους, που επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο και έχουν σαν σκοπό την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών του.

β) Προϋπολογισμός, Δημόσιων Επενδύσεων

Ο προϋπολογισμός δημοσίων επενδύσεων ή το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων (π.Δ.Ε.), όπως αποκαλείται, περιλαμβάνει τα ειδικά έσοδα και τις δαπάνες που προορίζονται κυρίως για αναπτυξιακούς σκοπούς και την εκτέλεση ειδικών έργων και αποβλέπουν στον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας με προοπτική την αύξηση του εθνικού εισοδήματος και την ευημερία των πολιτών.

3.6 ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Αν τα έσοδα του προϋπολογισμού είναι ίσα με τα έξοδα, τότε λέμε ότι ο προϋπολογισμός είναι ισοσκελισμένος. Στην αντίθετη περίπτωση ο προϋπολογισμός είναι ανισοσκελιστός, αν τα έσοδα είναι μεγαλύτερα από τα έξοδα ο προϋπολογισμός είναι πλεονασματικός, ενώ αν συμβαίνει το αντίθετο ο προϋπολογισμός είναι ελλειμματικός.

Από τυπικής πλευράς, όμως, ο προϋπολογισμός εμφανίζεται πάντοτε ισοσκελισμένος. Πέραν του ότι του το επιβάλλεται από τις ισχύουσες δημοσιολογιστικές διατάξεις, δεν είναι νοητό, τουλάχιστον τυπικά, ο προϋπολογισμός να εμφανίζει έλλειμμα, δηλαδή δεν είναι δυνατό να προγραμματίσουμε δαπάνες χωρίς ταυτόχρονα να έχουμε βρει τους τρόπους για να εξασφαλίσουμε τα απαιτούμενα αντίστοιχα έσοδα.

Ωστόσο, το ισοζύγιο του προϋπολογισμού με την παραπάνω τυπική έννοια δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία γιατί, είναι τεχνητό. Σημασία έχει η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα τρέχοντα έσοδα, δηλαδή τα έσοδα που δεν περιλαμβάνουν το προϊόν από δάνεια ή από την εκποίηση δημόσιας περιουσίας και στα συνολικά έξοδα του Κράτους, με εξαίρεση τα έξοδα για την εξόφληση των δανείων. Αν τα τρέχοντα έσοδα είναι ΙΣΑ με τις παραπάνω συνολικές δαπάνες, τότε ο προϋπολογισμός είναι πραγματικά ισοσκελισμένος. Στην περίπτωση που τα τρέχοντα έσοδα είναι μεγαλύτερα από τις τρέχουσες δαπάνες, τότε γίνεται λόγος για πρωτογενές πλεόνασμα.

Στην πράξη, βεβαίως, ενώ ο προϋπολογισμός εμφανίζεται τυπικά και πραγματικά ισοσκελισμένος ή με πρωτογενές πλεόνασμα, ουσιαστικά είναι μερικές φορές ελλειμματικός γιατί έγινε υπερεκτίμηση των εσόδων και υποεκτίμηση των δαπανών, κατά παράβαση της αρχής της ακριβείας και ειλικρινείας που πρέπει να τον διέπουν. τούτο διαπιστώνεται απολογιστικέ πλέον μετά την παρέλευση του έτους στο οποίο αναφέρεται. Στις περίπτωση αυτές ξεκινάμε με ένα προϋπολογισμό ισοσκελισμένο ή πλεονασματικό και καταλήγουμε σε ελλείμματα που πολλές φορές είναι ιδιαίτερα σημαντικά.²³

3.7 ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΣΟΔΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Με τον προϋπολογισμό όπως έχει ήδη λεχθεί καθορίζεται τόσο το ύψος των Δημοσίων Εσόδων όσο και το ύψος των Δημοσίων Δαπανών.

Δημόσια έσοδα είναι τα χρηματικά ποσά που περιέρχονται από οποιαδήποτε αιτία στο Κράτος.

- Δημόσια έσοδα, κατά το άρθρο 10 του Δημόσιου Λογιστικού, είναι τα χρηματικά ποσά που περιέρχονται στο Κράτος, σύμφωνα με τους ισχύοντες εσωτερικούς ειδικούς κανόνες δικαίου (νόμοι, κανονιστικές πράξεις κ.λ.π.), το Αστικό Δίκαιο, το Διεθνές Δίκαιο, τις Διεθνείς Συμφωνίες ή από οποιαδήποτε άλλη νόμιμη αιτία. Σε πολλές περιπτώσεις, το Κράτος εισπράττει έσοδα τρίτων τα οποία αποδίδει στη συνέχεια στους δικαιούχους.
- Δημόσια έσοδα, σύμφωνα με το άρθρο 10 του ισχύοντος δημόσιου λογιστικού (ν. 2362/95), είναι κάθε χρηματικό ποσό που περιέρχεται στο Κράτος κατ' επιταγή ειδικού νόμου, το Αστικό Δίκαιο, Διεθνείς Συμφωνίες ή από οποιαδήποτε άλλη νόμιμη αιτία. Στα πλαίσια της αρχής της καθολικότητας των εσόδων και του κανόνα του μη ειδικού προορισμού αυτών, η εισπράξη τους ενδιαφέρει μόνο τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών, ο οποίος έχει και την ευθύνη της οικονομικής

²³ Άρθρος (1997)

διαχείρισης και πολιτικής.

Δημόσια έξοδα είναι οι πληρωμές που πραγματοποιούνται από το Κράτος ή και από τρίτους κατόπιν εντολής των αρμοδίων οργάνων του Κράτους, 'κατά την διάρκεια του οικονομικού έτους στο οποίο αναφέρεται ο Προϋπολογισμός.

Δημόσια δαπάνη ή έξοδο σύμφωνα με το άρθρο 22 παρ. 1 ΚΔΛ είναι η γενόμενη χρησιμοποίηση πιστώσεως για την εκπλήρωση των λειτουργικών δραστηριοτήτων ή των σκοπών του δημοσίου. Αναλόγως του σκοπού που εξυπηρετείται από την πραγματοποίηση των δαπανών στις οποίες αναφέρεται η πληρωμή των εξόδων, αυτά και κατά συνέπεια και οι αντίστοιχες δαπάνες, μπορούν να χαρακτηρισθούν ως:

α) *Καταναλωτικού χαρακτήρα:*

Εκείνα δηλαδή τα οποία αποσκοπούν στην απόκτηση καταναλωτικών αγαθών ή την αγορά υπηρεσιών

β) *Αναπτυξιακού χαρακτήρα:*

Εκείνα δηλαδή που πραγματοποιούνται για την απόκτηση κεφαλαιουχικών αγαθών ή την ενίσχυση του πάγιου κεφαλαίου της χώρας και την πραγματοποίηση έργων υποδομής

γ) *Ενισχύουν το Παραγωγικό δυναμικό της Χώρας:*

Εκείνα που η πραγματοποίησή τους σχετίζεται άμεσα παραγωγικού δυναμικού της Χώρας

δ) *Σπατάλες:*

Εκείνα που αποσκοπούν στην δημιουργία εντυπώσεων και που θα μπορούσαν να μην πραγματοποιηθούν χωρίς καμιά ουσιαστική επίπτωση στην λειτουργία της κρατικής

μηχανής. Η πραγματοποίηση των δαπανών γίνεται σε βάρος των πιστώσεων του προϋπολογισμού.

3.8 ΠΙΣΤΩΣΗ

Κατά την δημοσιονομική θεωρία και πράξη συνιστά το ποσό ή κονδύλιο που αναγράφεται στον Π/Υ και το οποίο προορίζεται να δαπανηθεί για συγκεκριμένο και εξειδικευμένο δημόσιο σκοπό.²⁴

Οι πιστώσεις διακρίνονται σε:

α) Τακτικές πιστώσεις

Είναι οι πιστώσεις που κατ' αρχήν γράφονται στον προϋπολογισμό για την αντιμετώπιση των αναγκών του Κράτους.

β) Αναπληρωματικές πιστώσεις

Είναι οι πιστώσεις που χορηγούνται για την αναπλήρωση ενίσχυση των αρχικών σε όσες περιπτώσεις αυτές αποδεικνύονται ανεπαρκείς- όχι όμως εξαιτίας της επέκτασης υπηρεσιών ή για την αντιμετώπιση εκτάκτων και επειγουσών δαπανών που δεν έχουν προβλεφθεί στον Π/Υ του φορέα.

γ) Έκτακτες πιστώσεις

Είναι οι πιστώσεις που χορηγούνται για την αντιμετώπιση επειγουσών και εκτάκτων αναγκών που δεν έχουν προβλεφθεί στον κρατικό προϋπολογισμό.

Η εκτέλεση των δύο σκελών του προϋπολογισμού (Έσοδα και Έξοδα) γίνεται με δύο ξεχωριστές διαδικασίες που σχετίζονται άμεσα η μια με την άλλη αν και ακολουθούν διαφορετικούς δρόμους και πραγματοποιούνται από διαφορετικές υπηρεσιακές μονάδες.²⁵

²⁴ Κουρέας (1998)

²⁵ Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών

3.9 ΕΣΟΔΑ ΕΞΟΔΑ

Η βασική δομή του προϋπολογισμού είναι ο διαχωρισμός του σε δύο βασικά μέρη, ήτοι στον προϋπολογισμό εσόδων και στον προϋπολογισμό εξόδων.

Ο Κρατικός Προϋπολογισμός προσδιορίζει σε ποσοτικούς όρους, τα έσοδα και τις δαπάνες (έξοδα) του Κράτους για κάθε οικονομικό έτος. Με άλλα λόγια ο Κρατικός Προϋπολογισμός είναι στην κυριολεξία ο καθρέφτης των προβλέψεων του Δημοσίου για τα έσοδα που θα εισπράξει και τις δαπάνες που θα πραγματοποιήσει για την εξυπηρέτηση των σκοπών του.

Τόσο τα έσοδα, όσο και τα έξοδα του προϋπολογισμού δεν προσδιορίζονται με έναν απλό αριθμό, απεναντίας είναι ταξινομημένα ανάλογα με την αίτια και τη φύση τους.

Η ταξινόμηση των στοιχείων του προϋπολογισμού, τόσο των εσόδων, όσο και των δαπανών έχει μεγάλη σημασία για την αποτελεσματική δημοσιονομική διαχείριση και την άσκηση της οικονομικής πολιτικής του Κράτους. Ο ιδανικότερος τρόπος ταξινόμησης των στοιχείων του προϋπολογισμού είναι αυτός που εξυπηρετεί τα παραπάνω, καθώς και τους άλλους στόχους και πολιτικές που εκφράζονται δι' αυτού. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, πρέπει να εξυπηρετούνται τουλάχιστον οι εξής σκοποί:

- Ο προσδιορισμός των προγραμμάτων των κρατικών δραστηριοτήτων και στόχων (άμυνα, παιδεία, υγεία-πρόνοια, περιβάλλον κ-λπ.)
- Ο προσδιορισμός των οικονομικών επιδράσεων των κρατικών δραστηριοτήτων, ώστε να διευκολύνεται η άσκηση αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής
- Η λογιστική παρακολούθηση των κονδυλίων, ώστε να εξασφαλίζεται η άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου
- Η διευκόλυνση στη λήψη αποφάσεων για την άσκηση της φορολογικής και εισοδηματικής πολιτικής

- Η διευκόλυνση των αρμόδιων Ελληνικών Αρχών και Διεθνών Οργανισμών για την κατάρτιση των Εθνικών Λογαριασμών, την αξιολόγηση της ελληνικής οικονομίας και τη θέση της Ελλάδας στο διεθνές οικονομικό περιβάλλον και τέλος
- Η αποτελεσματική κατάρτιση του ίδιου του Κρατικού Προϋπολογισμού.

Σύμφωνα με τη σχετική διάταξη του Δημόσιου Λογιστικού (άρθρο 5 Ν. 2362/95) τα έσοδα και τα έξοδα του Κράτους ταξινομούνται κατ' είδος, ομάδες, υποκατηγορίες και κατηγορίες ανάλογα με την αίτια και τη φύση τους Για τη διευκόλυνση κατάρτισης και εκτέλεσης του Κρατικού Προϋπολογισμού, καθώς και για τη σύνταξη του Απολογισμού του Κράτους, εκδόθηκε ο Κώδικας Κατάταξης Εσόδων και Εξόδων.

Αρμόδια υπηρεσία για την κατάρτιση, έκδοση και τροποποίηση του κώδικα αυτού είναι η Διεύθυνση Προϋπολογισμού του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους. Το πεδίο εφαρμογής του επεκτείνεται, πέραν του προϋπολογισμού και απολογισμού του Κράτους.²⁶

3.10 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Η εργασία αυτή περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του ύψους των τρεχόντων κατ αρχήν εσόδων κατά κατηγορία και είδος αφ' ενός και αφ' ετέρου τον προσδιορισμό των δημόσιων δαπανών επίσης κατά Κατηγορία και είδος..

Στη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού συμμετέχουν όλοι οι φορείς που εμπλέκονται τόσο στην είσπραξη των δημόσιων εσόδων, όσο και στην πραγματοποίηση των δημόσιων δαπανών. Η ευθύνη και ο συντονισμός ανήκει στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών και συγκεκριμένα στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, στο οποίο λειτουργεί συγκεκριμένη Διεύθυνση με αντικείμενο αποκλειστικά την κατάρτιση του Κρατικού Προϋπολογισμού και την παρακολούθηση στη συνέχεια της εκτέλεσής του. Η διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού ξεκινά με τις οδηγίες του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών προς όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και κυρίως προς

²⁶ Άρθρο 5 (1997)

τους άλλους Υπουργούς. Στη σχετική εγκύκλιο, αφού περιγραφεί συνοπτικά η οικονομική κατάσταση της χώρας και προσδιορισθούν οι στόχοι του προϋπολογισμού του επόμενου έτους, δίδονται τεχνικές κυρίως οδηγίες που επιμελείται η Διεύθυνση Προϋπολογισμού του Γ.Λ.Κ. και καθορίζονται οι προθεσμίες μέσα στις οποίες πρέπει να υποβληθούν τα σχέδια των προϋπολογισμών των επιμέρους φορέων. Η εν λόγω εγκύκλιος αποστέλλεται περί τα μέσα της ανοίξεως και οι προθεσμίες που τίθενται λήγουν στις αρχές του καλοκαιριού εκάστου έτους.

3.11 ΨΗΦΙΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Σύμφωνα με το άρθρο 79 του συντάγματος, ο Υπουργός Οικονομίας και Οικονομικών είναι υποχρεωμένος να καταθέσει στη Διαρκή Κοινοβουλευτική Επιτροπή Οικονομικών Υποθέσεων της Βουλής των Ελλήνων την πρώτη Δευτέρα του μηνός Οκτώβριου προσχέδιο του προϋπολογισμού. Η εν λόγω Επιτροπή εξετάζει το προσχέδιο του προϋπολογισμού με τη διαδικασία που ορίζει ο κανονισμός της Βουλής. Δύναται να διατυπώνει προτάσεις και παρατηρήσεις τις οποίες γνωστοποιεί στον αρμόδιο Υπουργό.

Αφού ληφθούν υπόψη και οι παρατηρήσεις και προτάσεις της Επιτροπής, ο Προϋπολογισμός του Κράτους εισάγεται στη Βουλή σαράντα τουλάχιστον ημέρες πριν την έναρξη του οικονομικού έτους (21 Νοέμβριου) στο οποίο αναφέρεται Ψηφίζεται κατά τα υπό του κανονισμού της Βουλής προβλεπόμενα και διασφαλίζεται το δικαίωμα έκφρασης των αντιλήψεων όλων των κοινοβουλευτικών κομμάτων. Κατά την εισαγωγή του στη Βουλή, σύμφωνα με διάταξη του νέου Δημόσιου Λογιστικού, συνοδεύεται από αναλυτικές εκθέσεις των Γενικών Διευθυντών Φορολογίας και Φορολογικών Ελέγχων, Τελωνείων και Ειδικών Φόρων Κατανάλωσης και του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

Η συζήτηση επί του προϋπολογισμού και η ψήφισή του αποτελεί ένα σημαντικό, ίσως το σημαντικότερο, πολιτικό και οικονομικό γεγονός της χρονιάς. Αυτό καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι κατά τη γενική συζήτηση μετέχει μόνο ο Πρωθυπουργός, οι αρχηγοί των κομμάτων, οι αρμόδιοι Υπουργοί, οι επί του προϋπολογισμού γενικοί εισηγητές και οι

ειδικόι αγορητές. Σε περίπτωση μη ψήφισης του προϋπολογισμού, ουσιαστικά αίρεται η εμπιστοσύνη της Κυβέρνησης από την Εθνική Αντιπροσωπεία.

Από τυπικής πλευράς η Εθνική Αντιπροσωπεία δύναται να μεταβάλει σε ορισμένα σημεία τις εγγεγραμμένες στον προϋπολογισμό πιστώσεις, αλλά το δικαίωμα αυτής είναι περιορισμένο. Δεν μπορεί να απαλείψει δαπάνες νομικός αναγκαίες, δηλαδή δαπάνες των οποίων η πραγματοποίηση επιβάλλεται είτε από την κείμενη νομοθεσία, είτε από ανελημμένες συμβατικές υποχρεώσεις του Δημοσίου.

Σε αντίθετη περίπτωση ο περιορισμός των δαπανών αυτών θα οδηγούσε σε έμμεση κατάργηση ή αναστολή των ισχυόντων ουσιαστικών νόμων. Ομοίως δεν μπορεί να αυξήσει δαπάνες οι οποίες προορίζονται για μισθούς, συντάξεις ή αμοιβές εν γένει, γιατί τούτο θα προσέκρουε στη διάταξη του άρθρου 80 του νέου Συντάγματος, η οποία καθιερώνει μειωμένη δημοσιονομική πρωτοβουλία του Κοινοβουλίου. Ουσιαστικά τα παραπάνω δεν αντιμετωπίζονται στην πράξη. Ο προϋπολογισμός αποτελεί κορυφαία πολιτική έκφραση της Κυβέρνησης και πρέπει να ψηφισθεί αυτούσιος. Το αντίθετο είναι σημαντικό πρόβλημα και πρέπει να λυθεί πολιτικά.

3.12 ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Αν με την κατάρτιση του προϋπολογισμού καθορίζονται, υπό μορφή προβλέψεων, οι προτεραιότητες, οι στόχοι και οι επιδιώξεις που θέτουν οι Κυβερνήσεις για την χρονική περίοδο που καλύπτει ο προϋπολογισμός, με την εκτέλεση επιδιώκεται η υλοποίηση των στόχων και η μετατροπή των προβλέψεων σε έργο πραγματικό και μετρήσιμο.

Ως εκτέλεση του προϋπολογισμού μπορεί να θεωρηθεί το σύνολο των ενεργειών των εκπροσώπων του Κράτους που στοχεύουν στην μετατροπή των ψυχρών και άψυχων αριθμών του προϋπολογισμού σε έργο ζωντανό και ουσιαστικό.

Στην εκτέλεση του προϋπολογισμού συμμετέχουν με άμεσο ή έμμεσο τρόπο όλοι οι φορείς που συναποτελούν την Κρατική Μηχανή. Κυρίαρχος όμως είναι ο ρόλος που παίζει

στην εκτέλεση του προϋπολογισμού το Υπουργείο Οικονομικών το οποίο θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι εκείνη η συνιστώσα του Κράτους που με τις παρεμβάσεις του, που αρχίζουν πριν ακόμη από την έναρξη εκτέλεσης του κάθε προϋπολογισμού, φροντίζει για την ορθή εκτέλεσή του και την επίτευξη των στόχων που τίθενται κάθε φορά.

Ως ορθή δε εκτέλεση του προϋπολογισμού νοείται η σύμφωνα με τις προβλέψεις είσπραξη των δημοσίων εσόδων και πραγματοποίηση των δημοσίων δαπανών. Η πορεία πραγματοποίησης των Δημοσίων δαπανών εξαρτάται εν πολλοίς από την πορεία εισπράξεως των δημοσίων εσόδων γεγονός που καθιστά αναγκαία και καθοριστική την παρέμβαση του Υπουργού Οικονομικών στην εκτέλεση του προϋπολογισμού.

3.13 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

α) Συμπληρωματικός προϋπολογισμός

Ο ψηφισθείς από τη Βουλή προϋπολογισμός πρέπει να εκτελεσθεί ως έχει. Είναι, όμως, πιθανό να μην καθίσταται δυνατή η εκτέλεση του ψηφισθέντος προϋπολογισμού, κυρίως όταν διαπιστωθεί κατά την πορεία εκτέλεσής του βάσει στοιχείων των αρμόδιων υπηρεσιών (ΔΟΥ - Υ.ΔΕ. - ΚΕ.Π.Υ.Ο) προς τη Διεύθυνση Προϋπολογισμού του Γ.Λ.Κ ότι τα πραγματοποιούμενα από οποιαδήποτε αιτία έσοδα ή έξοδα αποκλίνουν σημαντικά από τις αρχικές προβλέψεις. Τότε υποβάλλεται στη Βουλή προς ψήφιση συμπληρωματικός ή διορθωτικός προϋπολογισμός, συνοδευόμενος με προσωρινό απολογισμό του διαρρέυσαντος χρονικού διαστήματος. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο εάν μεσολάβησαν έκτακτα γεγονότα πάσης μορφής ή φυσικά φαινόμενα που καθιστούν αδύναμους τους φορολογούμενους να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους και συγχρόνως επιβάλλουν στο Κράτος την πραγματοποίηση έκτακτων δαπανών. Σε άλλη περίπτωση τίθεται θέμα αξιοπιστίας της Κυβέρνησης.

β) Αποθεματικό – Αναπληρωματικές πιστώσεις

Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών προβλέπεται και ενσωματώνεται ειδική πίστωση που αποκαλείται «Αποθεματικό» και αποτυπώνει το κονδύλιο των αναπληρωματικών πιστώσεων με σκοπό:

- Την αναπλήρωση πιστώσεων διαφόρων φορέων που αποδεικνύονται ανεπαρκείς χωρίς αυτό να προκύπτει από την επέκταση των υπηρεσιών τους.
- Την αντιμετώπιση έκτακτων και επειγουσών δαπανών που δεν ήταν δυνατόν να προβλεφθούν.

Τα κονδύλια του αποθεματικού μεταφέρονται στους ειδικούς φορείς των Υπουργείων ή των Περιφερειών με αποφάσεις του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών που κατονομάζουν τους ειδικούς φορείς και κωδικούς αριθμούς που οι πιστώσεις τους αυξάνονται με τις μεταφορές (ή καθορίζουν νέους) μετά από αιτιολογημένες προτάσεις των αρμόδιων φορέων (Οι αποφάσεις δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και ανακοινώνονται απλώς στη βουλή).

Μετά την εξάντληση του αποθεματικού και εάν εξακολουθούν να υφίστανται έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες, νέα πίστωση μπορεί να χορηγηθεί μόνο με ειδικό νόμο (αρθρ. 18 ΚΔΛ). Σε εξαιρετικά έκτακτες και κατεπείγουσες περιπτώσεις, καθώς και σε περιπτώσεις επιστράτευσης, πολέμου και απρόοπτων αναγκών που αφορούν την ασφάλεια της χώρας, η διαδικασία αυτή είναι πιο σύντομη με Π.Δ και αποφάσεις του Υπουργικού Συμβουλίου σύμφωνα με το αρθρ. 18 παρ. 4 ΚΔΛ.

γ) Εγγραφή πιστώσεων κατά τη διάρκεια του Οικονομικού έτους

Κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους είναι δυνατόν να προκύψουν έσοδα που δεν είχαν προβλεφθεί και κυρίως έσοδα που προκύπτουν από ρητή νέα διάταξη νόμου για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης δαπάνης ή χρηματοδότησης συγκεκριμένου έργου. Τα έσοδα αυτά εγγράφονται «εις ύψος» ως αντίστοιχες πιστώσεις για την πραγματοποίηση των

δαπανών για τις οποίες προβλέφθηκαν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης δαπάνης ή χρηματοδότησης συγκεκριμένου έργου.

δ) Λοιπές μεταβολές

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις επιτρέπεται η μεταβολή των πιστώσεων με αιτιολογημένες αποφάσεις παραβιάζοντας, την αρχή της ειδικότητας των πιστώσεων που διέπει όπως προαναφέρθηκε τον κρατικό προϋπολογισμό, τα κονδύλια του προϋπολογισμού εξόδων διατίθενται αποκλειστικά για την πληρωμή της συγκεκριμένης δαπάνης για την οποία προβλέφθηκαν.

Ένα μέρος των μεταβολών αυτών πραγματοποιείται από τους διατάκτες του προϋπολογισμού (Υπουργούς - Γενικούς Γραμματείς Περιφερειών κ.λπ.) σύμφωνα με το δημοσιολογιστικό νόμο (Ν. 2362/95) και τούτο για την αποσυμφόρηση των αιτημάτων που κατέφθαναν στον Υπουργό των Οικονομικών.

Οι παραπάνω μεταβολές είναι μια αταξία που πραγματοποιείται κατά την εκτέλεση του προϋπολογισμού. Η καταχρηστική άσκησή της οδηγεί σε αυθαιρεσίες. Παρέχει, όμως, ευελιξία στη διοίκηση για τις προσαρμογές στα νέα δεδομένα. Φθάνει να αξιοποιείται καλόπιστα και όχι καταχρηστικά.

3.14 ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Το άρθρο 72 παρ. 1 ΚΔΔ ορίζει ότι «Απολογισμός είναι ο νόμος στον οποίον εμφανίζονται τα αποτελέσματα της εκτελέσεως του Προϋπολογισμού των εσόδων και εξόδων του Κράτους κάθε οικονομικού έτους και με τον οποίον εγκρίνονται οι σημειωθείσες κατά το ίδιο έτος υπερβάσεις πιστώσεων». Αρμόδια για την έγκριση των τυχόν υπερβάσεων των πιστώσεων είναι η Βουλή που εξετάζει και ψηφίζει ή μη του απολογισμού του κράτους.²⁷

²⁷ Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στις μέρες μας στο σύστημα κατανομής των πόρων γίνονται εμφανή τα έντονα αυξητικά χαρακτηριστικά του προϋπολογισμού²⁸. Η ισχύουσα οικονομική ανάλυση, η εκτίμηση της απόδοσης και αποτελεσματικότητας των δαπανών, η αξιολόγηση και η ιεράρχηση των αναγκών και η σύνδεσή τους με προγραμματικούς στόχους δεν κρίνονται ικανοποιητικά. Είναι μάλιστα σπάνιο το φαινόμενο της επαναξιολόγησης δραστηριοτήτων και της εκ μέρους των αρμοδίων φορέων υποβολής προτάσεων για κατάργηση όσων δραστηριοτήτων δεν ανταποκρίνονται σε σύγχρονες ανάγκες.

Είναι αδύνατο να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας συγκεκριμένης πολιτικής ή δράσης, γεγονός το οποίο συνεπάγεται περιορισμένες δυνατότητες καταλογισμού ευθυνών στους φορείς που έχουν επιφορτιστεί με την υλοποίησή τους.

Όσον αφορά στο ποσοστό χρηματοδότησης, η χρηματοδότηση του τομέα υγείας παραμένει συγκριτικά χαμηλή σε σχέση με τη χρηματοδότηση άλλων τομέων. Το χαμηλό ποσοστό χρηματοδότησης οδηγεί αναγκαστικά σε μείωση των ανθρώπινων πόρων και ειδικότερα σε αδυναμία στελέχωσης νέων δομών νοσοκομείων και σε αναστολή υλοποίησης καινοτόμων προγραμμάτων για την υγεία. Η χαμηλή χρηματοδότηση, επομένως, επιφέρει αναμφισβήτητα υποβάθμιση και συρρίκνωση στις δομές και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η εξέταση της εσωτερικής σχέσης των δαπανών του τομέα υγείας οδηγεί σε ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις. Έτσι, στο πλαίσιο της χρηματοδότησης του τομέα υγείας η νοσοκομειακή περίθαλψη, όπως είδαμε, εμφανίζει υψηλές δαπάνες που φτάνουν μάλιστα

²⁸ Βλ. σχετικά Πίνακα «εξαετής προϋπολογισμός - απολογισμός 2005 και προϋπολογισμός - απολογισμός Υποψηφίου Υγείας 2005» στο Παράρτημα Πινάκων

σε σημείο υπερχρηματοδότησης²⁹. Το 64% των συνολικών δημόσιων δαπανών για την υγεία προορίζεται για το ΕΣΥ.

Το αποτέλεσμα αυτού του καθεστώτος υπερχρηματοδότησης είναι η μετατροπή της πολιτικής για την υγεία σε πολιτική αποκλειστικής σχεδόν προαγωγής του εθνικού συστήματος νοσοκομείων. Ο μονομερής προσανατολισμός της πολιτικής για την υγεία στην αντιμετώπιση της ασθένειας έρχεται σε αντίθεση με τη δημιουργία συστήματος υγείας που να βασίζεται στην προαγωγή της υγείας.

Ο τρόπος κατάρτισης και εκτέλεσης του Προϋπολογισμού εν γένει και ιδιαίτερα η έλλειψη ικανοποιητικής αξιολόγησης του κόστους των δαπανών αλλά και το ποσοστό χρηματοδότησης αυτό καθ'εαυτό επηρεάζουν άμεσα τη μέχρι τώρα πορεία των δαπανών στον τομέα της υγείας και αποτελούν τα βασικά σημεία συζήτησης.

Ειδικότερα, το ζήτημα της εν γένει διαχείρισης του προϋπολογισμού της Δημόσιας Διοίκησης είναι άμεσα συνδεδεμένο με την εκτέλεση των δαπανών της υγείας. Ο τρόπος εκτέλεσης του ετήσιου προϋπολογισμού της Δημόσιας Διοίκησης³⁰ διακρίνεται από συγκεντρωτισμό που δεν επιτρέπει την αποτελεσματική λειτουργία της Διοίκησης.

Δικαιολογητική βάση της καθιέρωσης του συγκεντρωτικού συστήματος πριν από πολλά χρόνια αποτέλεσε η αποτροπή αδιαφανών καταστάσεων. Όμως, παρόλη την προσπάθεια που έγινε με την υιοθέτηση του Ν.2889/2001³¹, το σύστημα αυτό δυσχεραίνει την αποτελεσματική υλοποίηση του Προϋπολογισμού εκ μέρους της Διοίκησης.

Ειδικότερα, με το σημερινό σύστημα η αρμόδια Υπηρεσία του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους καλείται να εγκρίνει όχι μόνο το συνολικό προϋπολογισμό ενός Υπουργείου αλλά και τον ανά κωδικό δαπάνης προϋπολογισμό. Έτσι, σε περίπτωση που στην πορεία

²⁹ Βλ. αναλυτικά τη ΓΝΩΜΗ ΤΗΣ ΕΚΟ επί του εγγράφου του ΥΠΕΣΔΔΑ επιχειρησιακό πρόγραμμα «βελτίωση της Διοικητικής ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης» Παρ. Ζητήματα Διαχείρισης Προϋπολογισμού της Δημόσιας Διοίκησης.

³¹ Βλ. ΦΕΚ Α 37.2.5.2001 Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

εκτέλεσης του προϋπολογισμού χρειάζεται να μεταφερθεί ένα ποσό μεταξύ δύο κωδικών, έστω και εάν αυτό δεν επιβαρύνει τον συνολικό προϋπολογισμό του Υπουργείου απαιτείται η έγκριση του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

Η συσσώρευση χιλιάδων τέτοιων αιτήσεων στο Γ.Λ.Κ. κάθε χρόνο καθυστερεί σημαντικά την ικανοποίηση των αναγκών των διαφόρων υπηρεσιών. Ο αριθμός των αιτημάτων μεταφοράς ποσών είναι ιδιαίτερα αυξημένος εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ανάγκες των υπηρεσιών δεν είναι πάντα προβλέψιμες κατά την κατάρτιση ενός προϋπολογισμού. Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας δεν επιτρέπει στο προσωπικό του Γ.Λ.Κ. - του οποίου βεβαίως οι δυνατότητες είναι πεπερασμένες - να προβεί σε ουσιαστικό έλεγχο των αιτημάτων μεταφοράς ποσών μεταξύ κωδικών. Το φαινόμενο αυτό είναι σύνηθες και στο πλαίσιο των δαπανών για την υγεία.

Ο τρόπος κατάρτισης και εκτέλεσης του προϋπολογισμού στον τομέα της υγείας έχει επίσης συγκεντρωτικό χαρακτήρα και οδηγεί σε συχνές τροποποιήσεις, ανακατανομές πόρων και τη διατύπωση αιτημάτων για συμπληρωματικές πιστώσεις, ανεξαρτήτως των δημοσιονομικών δυνατοτήτων.

Η δημοσιονομική διαχείριση χαρακτηρίζεται κυρίως από την πολυδιάσπασή της, καθώς εκτός από τη βασική διαίρεση του κρατικού προϋπολογισμού σε τακτικό προϋπολογισμό (λειτουργικές δαπάνες) και σε προϋπολογισμό δημόσιων επενδύσεων, παράλληλα λειτουργεί και σημαντικός αριθμός ειδικών λογαριασμών μέσω των οποίων χρηματοδοτούνται κρατικές δραστηριότητες.

Η διαίρεση του προϋπολογισμού σε λειτουργικές και επενδυτικές δαπάνες χωρίς λειτουργική σύνδεση, καθώς και η παράλληλη ύπαρξη ειδικών λογαριασμών δυσκολεύουν τον προσδιορισμό του συνολικού κόστους των πολιτικών και δράσεων. Τα κονδύλια του προϋπολογισμού κατανέμονται σύμφωνα με τη διοικητική διαίρεση της κεντρικής διοίκησης (υπουργεία - περιφέρειες - περιφερειακές υπηρεσίες), με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η απεικόνιση προγραμμάτων που εκτελούνται από περισσότερους του ενός φορείς, τα αποτελέσματα και οι δαπάνες ανά εμπλεκόμενο

φορέα. Τις ίδιες αδυναμίες παρουσιάζει και η λειτουργία των νομικών προσώπων που λειτουργούν ως ξεχωριστές οντότητες.

Η άσκηση, επίσης, ενός πλήθους δραστηριοτήτων από νομικά πρόσωπα που έχουν δικούς τους προϋπολογισμούς, σε συνδυασμό με τις αδυναμίες του υφιστάμενου λογιστικού συστήματος και του συστήματος ταξινόμησης των δημόσιων δαπανών, καθιστά δύσκολο τον προσδιορισμό του κόστους άσκησης των κρατικών δραστηριοτήτων.

Πολιτικές υγείας υλοποιούν πέρα από τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας τα νοσοκομεία και τα λοιπά νομικά πρόσωπα που επιφορτίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η πολυδιάσπαστη ταξινόμηση των δαπανών των διαφόρων φορέων υγείας δυσχεραίνει δραστικά και στον τομέα της υγείας τον προσδιορισμό του κόστους άσκησης πολιτικής υγείας.

Έτσι, ενώ ο σκοπός του κρατικού προϋπολογισμού είναι η ενεργοποίηση και η υποστήριξη συγκεκριμένων δράσεων και πολιτικών, ο τρόπος κατάρτισης του δυσχεραίνει τον ακριβή προσδιορισμό του συνολικού κόστους τους. Επιπλέον, το υφιστάμενο σύστημα κατάρτισης του προϋπολογισμού στη χώρα μας δεν παρέχει πλήρη εικόνα της δημοσιονομικής διαχείρισης, καθώς καλύπτει μόνο την κεντρική κυβέρνηση και δεν περιλαμβάνει και τους λοιπούς φορείς της γενικής κυβέρνησης.

Περαιτέρω, ο βραχυχρόνιος -συνήθως ετήσιος- προϋπολογισμός δεν παρέχει σαφή εικόνα των συνολικών δαπανών προκειμένου περί μακροχρόνιων προγραμμάτων δράσεων. Συνεπώς, οι δράσεις για την υγεία, οι οποίες αντιστοιχούν σε μακροχρόνια στρατηγική και υλοποιούνται μέσω στοχευμένων προγραμμάτων είναι δύσκολο να αξιολογηθούν και να εγγραφούν ως δαπάνη πρόβλεψης σε έναν κλασικό προϋπολογισμό. Και αυτό διότι στους κλασικούς Προϋπολογισμούς οι προτάσεις και οι αποφάσεις είναι συνήθως «οριακές» για επαναλαμβανόμενες στο παρελθόν δαπάνες.

Η δυσκολία επίτευξης της «οικονομικής αρχής» στον δημοσιοοικονομικό τομέα εξαιτίας της μη αναφοράς των τελικών επιδιωκόμενων προϊόντων³² αποτελεί ακόμα έναν παράγοντα που δεν διευκολύνει τους μελετητές του Προϋπολογισμού και ειδικότερα τη Βουλή στην αξιολόγηση των επιδιωκόμενων σκοπών για το επόμενο έτος στον τομέα της υγείας. Καθώς στον προϋπολογισμό παρουσιάζονται μόνο οι εισροές χωρίς τις εκροές, δεν είναι δυνατόν να αξιολογηθούν ορθολογικός τα τελικά προϊόντα των δαπανών.

Πράγματι, βασικό χαρακτηριστικό του υφιστάμενου συστήματος είναι η διάθεση πόρων για άσκηση κρατικών αρμοδιοτήτων χωρίς εξέταση της απόδοσής τους με συγκεκριμένους μετρήσιμους στόχους και της αναγκαιότητας συνέχισης των προγραμμάτων για τα οποία διατίθενται.

Με το ισχύον σύστημα κατάρτισης προϋπολογισμού δίνεται έμφαση στις εισροές, με λεπτομερή αναφορά στις ομάδες και στα είδη δαπανών, και όχι στο αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται από την πραγματοποίησή τους. Οι πιστώσεις δεν συνδέονται άμεσα ούτε με συγκεκριμένα προγράμματα, ούτε με την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος.

Οι φορείς άσκησης κρατικών δραστηριοτήτων δεν δεσμεύονται για την επίτευξη συγκεκριμένων προγραμματικών στόχων, ούτε αξιολογείται βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων το αποτέλεσμα της δράσης τους και ο τρόπος αξιοποίησης των πόρων που τους διατίθενται. Επιπλέον, η παρουσίαση δαπανών κατά φορέα δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την αξιολόγηση αυτών, διότι είναι δυνατό διαφορετικοί φορείς να επιδιώκουν τον ίδιο γενικό σκοπό.

³² Βλ. σχετικά Προϋπολογισμοί Προγραμμάτων (Δράκος 1997 Μαθήματα Δημόσιας Οικονομικής σελ.371-372)

4.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κρίνεται απαραίτητο να διαμορφωθεί ένα πλαίσιο κατάρτισης και υλοποίησης του κρατικού προϋπολογισμού σε πλέον μακροπρόθεσμη βάση, το οποίο θα δίνει έμφαση όχι μόνο στην αύξηση της διαφάνειας αλλά και στην ορθολογική διαχείριση των δημοσίων πόρων, την αποκέντρωση των αποφάσεων και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των επιμέρους κρατικών δράσεων.

Ειδικότερα, τα οφέλη από την κατάρτιση και εκτέλεση προϋπολογισμού προγραμμάτων, ο οποίος τονίζει το επιδιωκόμενο τελικό προϊόν αντί των εισροών των φορέων των δαπανών είναι άμεσα ευδιάκριτα. Η κατάρτιση και εκτέλεση προϋπολογισμού προγράμματος διευκολύνει τη χρήση τεχνικών με τις οποίες επιτυγχάνεται η σχετική αξιολόγηση των διαφόρων δια του Προϋπολογισμού επιδιωκόμενων Προγραμμάτων αλλά και ο έλεγχος της αποδοτικότητας των μέσων σε σχέση προς τους επιδιωκόμενους σκοπούς. Κατ'αυτόν τον τρόπο εφαρμόζεται αφενός η δυνατότητα εφαρμογής εναλλακτικών λύσεων και αφετέρου αυξάνεται ο βαθμός εφαρμογής της οικονομικής αρχής.

Ο προϋπολογισμός προγραμμάτων ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες και δίνει πρωταρχική σημασία στην υλοποίηση συγκεκριμένων πολιτικών και δράσεων σε στρατηγικούς κοινωνικούς τομείς (υγεία, περιβάλλον, παιδεία, πρόνοια) και όχι στην πραγματοποίηση δαπανών που αποβλέπουν μόνο στη συντήρηση κρατικών δραστηριοτήτων.

Ο προϋπολογισμός προγραμμάτων στοχεύει στην καλύτερη απόδοση των διατιθέμενων πόρων και τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας του πολίτη. Η πλήρης εφαρμογή του σε συνδυασμό με τις απαιτούμενες διαρθρωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις θα οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στην παροχή δημοσίων υπηρεσιών. Μάλιστα, ο σχεδιασμός διάθεσης των πιστώσεων θα έχει πολυετή ορίζοντα, αντί του ενός έτους που εφαρμόζεται σήμερα. Ο ορίζοντας αυτός θα σχεδιάζεται με βάση τους γενικότερους δημοσιονομικούς στόχους. Βέβαια, σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να παραμελείται ο κατάλληλος

προσδιορισμός των τελικών προϊόντων (προγραμμάτων) μετά από σχετική μελέτη και ανάλυση.

Βασικοί στόχοι και προτεραιότητες του νέου συστήματος, το οποίο θα βασίζεται σε δράσεις ολοκληρωμένων προγραμμάτων είναι η αποσαφήνιση της σχέσης μεταξύ των διατιθέμενων πόρων και του προσδοκώμενου αποτελέσματος και η βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων με την κατεύθυνσή τους σε αποδοτικότερες δράσεις. Η ευθυγράμμιση του προϋπολογισμού με τη σύγχρονη διεθνή πρακτική επιβάλλει την ανάγκη ορθολογικής διαχείρισης των πόρων μέσω της αποκέντρωσης των αποφάσεων και της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των επιμέρους κρατικών δραστηριοτήτων.

Εν όψει του στόχου της αποκέντρωσης θα πρέπει να μετακινηθεί η λογιστική οργάνωση της δημόσιας διοίκησης από τον υπερσυγκέντρωτισμό του Γ.Λ.Κ. σε ένα πιο ευέλικτο σύστημα. Στο σχήμα αυτό κάθε Υπουργείο θα έχει ένα δεδομένο προϋπολογισμό, εντός του οποίου θα έχει μεγαλύτερη ευελιξία να προβεί σε μεταφορά δαπανών από κωδικό σε κωδικό.

Σημαντική προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής είναι η αναδιάρθρωση της ταξινόμησης του Προϋπολογισμού μέσω της εισαγωγής προγραμμάτων μεσοπρόθεσμου χαρακτήρα (τουλάχιστον τριετή) που θα χρηματοδοτούνται με ενσωπημένο σύστημα πόρων του τακτικού προϋπολογισμού, του προϋπολογισμού δημόσιων επενδύσεων και των σχετικών εκτός προϋπολογισμού λογαριασμών. Απαιτείται, επομένως, αναδιάρθρωση της ταξινόμησης του προϋπολογισμού, ώστε να είναι δυνατή η παρακολούθηση της εξέλιξης των προγραμμάτων ανεξαρτήτως των ετών στα οποία θα αρχίζουν και θα ολοκληρώνονται και ανεξάρτητα από τις πηγές χρηματοδότησης.

Παράλληλα, η βελτίωση του συστήματος των λογαριασμών του Δημοσίου αποτελεί εξέισον σημαντική προτεραιότητα του νέου συστήματος. Η αναβάθμιση του συστήματος λογαριασμών του Δημοσίου και επανασχεδιασμός του λογιστικού συστήματος, ώστε να μπορεί να δίνει πληροφορίες σε όλα τα στάδια της διαχείρισης των δαπανών (πίστωση-

ανάληψη υποχρέωσης -πληρωμές) και για όλες τις πολιτικές και δράσεις κρίνεται άμεσα απαραίτητη.

Περαιτέρω, για να καταστεί δυνατός ο έλεγχος της απόδοσης των προγραμμάτων απαιτείται πλήρης καταγραφή των υποχρεώσεων και των απαιτήσεων και ως εκ τούτου σταδιακή ανάπτυξη συστήματος λογαριασμών και σε δεδουλευμένη βάση. Έτσι, στις προτεραιότητες του νέου συστήματος εντάσσεται η ανάπτυξη πληροφοριακού-λογιστικού συστήματος, το οποίο θα είναι προσαρμοσμένο στη νέα δομή του προϋπολογισμού και των λογαριασμών και θα υποστηρίζει όλες τις διαδικασίες κατάρτισης και εκτέλεσης του προϋπολογισμού, παρέχοντας πληροφορίες όλων των δραστηριοτήτων του κράτους.

Το ζήτημα της ευελιξίας των φορέων στη διαχείριση των πόρων επιλύεται μέσω της ενίσχυσης της δυνατότητας διαχείρισης των πόρων στους φορείς εκτέλεσης του προϋπολογισμού. Η δυνατότητα αυτή θα καταστήσει τους φορείς υπόλογους της διαχείρισης και υπεύθυνους για την αποτελεσματικότητα των δαπανών. Πρώτο βήμα της διαδικασίας αυτής θα είναι η ομαδοποίηση των πιστώσεων σε ευρύτερες κατηγορίες. Στη συνέχεια, η διάθεση συγκεκριμένου ποσού συνολικών πιστώσεων θα δίνει στους φορείς μεγαλύτερη ευελιξία στη διαχείριση και πρωτοβουλίες στην ανακατανομή των πόρων εντός του συνόλου που τους έχει διατεθεί θέτοντας προτεραιότητες.

Εκτός από την παροχή στους φορείς του Δημοσίου ενός ευέλικτου περιβάλλοντος λειτουργίας και τη διάθεση συγκεκριμένων πόρων σε μεγαλύτερο χρονικό ορίζοντα, η βελτίωση της απόδοσής τους θα επιτευχθεί μέσω της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων τους και της καθιέρωσης μερίσματος απόδοσης, όταν επιτυγχάνεται το προσδοκώμενο αποτέλεσμα με λιγότερες από τις προβλεπόμενες πιστώσεις. Στο πλαίσιο αυτό της γενικότερης αναδιοργάνωσης απαιτείται αναμφισβήτητα νέα οργάνωση του Υπουργείου Υγείας. Η ριζική αναμόρφωση του Υπουργείου αναμένεται να το μετατρέψει σε επιτελικό όργανο στρατηγικού σχεδιασμού και παραγωγής πολιτικής, εκτίμησης αναγκών υγείας και πρόνοιας, προγραμματισμού και ελέγχου του Δημοσίου και

Ιδιωτικού Τομέα Υγείας με κύριο στόχο την «υγεία για τον πολίτη»³³. Γιαυτό και είναι αναγκαία η εφαρμογή ενός νέου θεσμικού πλαισίου με ισχυρό ελεγκτικό μηχανισμό για τον ιδιωτικό τομέα και κυρίως για τις συμπράξεις του τομέα της υγείας, ώστε ο ιδιωτικός τομέας να λειτουργεί συμπληρωματικά με τη δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλη θα είναι και η αναμόρφωση της λογιστικής διαχείρισης των μονάδων υγείας. Ο εκσυγχρονισμός της Λογιστικής διαχείρισης με την εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος διευκολύνει την παρακολούθηση, αξιολόγηση, και τη συγκριτική μελέτη όλων των πόρων και αποτελεσμάτων των μονάδων υγείας, ώστε να προσδιορίζεται το κόστος, η σύνταξη αξιόπιστων προϋπολογισμών. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ουσιαστικός έλεγχος από διοίκηση και μέτρηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι κατά την εφαρμογή θα προκύψουν μια σειρά από δυσκολίες. Τα προβλήματα αυτά έγκεινται κυρίως στις γνωστές αδυναμίες του δημόσιου τομέα και της αδράνειας της Δημόσιας Διοίκησης για εύκολη αποδοχή και γρήγορη αφομοίωση των νέων αντιλήψεων και δομών που επιφέρει η μεταρρύθμιση. Είναι γνωστή η αντίσταση και η διάβρωση του συστήματος από παγιωμένες συμπεριφορές και συμφέροντα, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας.

Η ήδη διαπιστωμένη έλλειψη επαρκούς και εξειδικευμένου προσωπικού σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας³⁴ επιτείνει το πρόβλημα μαζί με την πολυδιάσπαση και την απουσία μηχανισμών συντονισμού και ελέγχου των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και των πηγών χρηματοδότησης.

Επιπλέον, η άναρχη χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών υγείας και των πεπαλαιωμένων κτιριακών υποδομών, ιδιαίτερα στο λεκανοπέδιο Αττικής σε συνδυασμό με τον μεγάλο πληθωρισμό γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, αλλά και τις ιδιαιτερότητες που προκύπτουν από τη γεωμορφολογία της χώρας και τη συγκέντρωση

³³ Βλ. Πρόγραμμα «Υγεία για τον πολίτη», το οποίο ξεκίνησε να εφαρμόζεται τη 2001 (Αυτοπόνοιο, 2003).

του μισού πληθυσμού στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη δεν διευκολύνουν τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Οι δυσκολίες αυτές και τα προβλήματα έχουν, βέβαια, ληφθεί υπόψη στην εκπόνηση και το σχεδιασμό της μεταρρύθμισης και είναι βέβαιο ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν κατά τη διαδικασία και τα στάδια υλοποίησης.³⁵

4.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Πράγματι, η παρέμβαση του κράτους επιβάλλεται να είναι άμεση και αποτελεσματική, ώστε να οργανωθεί με όρους οικονομικής διαχείρισης η κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού δαπανών υγείας. Η προτεινόμενη αλλαγή του τρόπου κατάρτισης και υλοποίησης του κρατικού προϋπολογισμού αναμένεται να αλλάξει ριζικά τη δημοσιονομική διαχείριση στην Ελλάδα. Βέβαια, η αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας μεταρρύθμισης στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα κυρίως στηρίζεται πάντα στη διάχυση αντίστοιχης διοικητικής φιλοσοφίας για την υλοποίηση των αλλαγών.

Η σημαντικότερη παρέμβαση αφορά την υλοποίηση των δαπανών υγείας στη βάση μεσοπρόθεσμων προγραμμάτων. Η ορθολογικότερη αξιοποίηση των κρατικών πόρων και αξιολόγηση του αποτελέσματος των επιμέρους κρατικών δράσεων θα λειτουργήσει ευεργετικά στη θέσπιση αποτελεσματικότερου συστήματος διαχείρισης και ελέγχου των κρατικών δαπανών με παράλληλη καταπολέμηση της σπατάλης.

Παράλληλα, η αποκέντρωση στη λήψη των αποφάσεων και δέσμευση των διαφόρων φορέων ως προς την επιτυχή διεκπεραίωση των αναληφθέντων από αυτούς δράσεων θα διευκολύνει τη δυνατότητα καταλογισμού ευθυνών στην περίπτωση που υπάρξει απόκλιση από τους προκαθορισμένους στόχους.

Η αναδιάρθρωση των δαπανών της υγείας κατά τον τρόπο που περιγράψαμε συνεπάγεται δυνατότητα παρακολούθησης της εξέλιξης των δαπανών ανά πρόγραμμα και επίτευξη συντονισμού και συνέργειας μεταξύ διαφόρων δράσεων και προγραμμάτων έτσι ώστε να υπάρξει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Με τον τρόπο αυτό λύνεται το πρόβλημα της

³⁵ Βλ. «Υγεια για τον πολίτη» ΥΥΚΑ

παράλληλης σχεδόν χρηματοδότησης από τρεις κύριες πηγές και της σημερινής δυσκολίας χάραξης ενιαίας πολιτικής υγείας λόγω της εμπλοκή πολλών και διαφορετικών φορέων και Υπουργείων.

Η βελτίωση της σχέσης μεταξύ των πόρων που διατίθενται για τη διενέργεια μιας δράσης και του επιτευχθέντος αποτελέσματος, αλλά και η δυνατότητα επαναπροσδιορισμού της κατανομής των διαφόρων κονδυλίων σε τομείς που έχουν μεγαλύτερη σημασία για το κοινωνικό σύνολο συνδράμουν υπέρ της διαφάνειας των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους πόρους που διατέθηκαν.

Το βάρος θα πρέπει να δοθεί και στη ρεαλιστική κατάρτιση και αποτελεσματική εκτέλεση οικονομικών πολιτικών βάσει αποτίμησης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση του κράτους επιβάλλεται με στόχο όχι τόσο την αναστροφή της τάσης συρρίκνωσης του δημόσιου και κυριάρχησης του ιδιωτικού τμήμα υγείας, αλλά την αναβάθμιση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κύριο μέλημα κάθε προσπάθειας αναδιοργάνωσης θα πρέπει να είναι η παροχή της δυνατότητας ευχερούς πρόσβασης του συνόλου του πληθυσμού και κυρίως των κατώτερων εισοδηματικών στρωμάτων στις υπηρεσίες υγείας.

4.4 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην υγεία, ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο πώς θα λαμβάνονται αποφάσεις με χαρακτηριστικά δίκαιης διανομής των πόρων ώστε να επιτυγχάνεται μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Στην Ευρώπη, υπάρχει ικανοποιητική κοινωνική ευαισθησία ως προς την ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, διευκολύνοντας με αυτό τον τρόπο την άσκηση ουσιαστικής επίδρασης στις αποφάσεις που λαμβάνονται. Στην Ελλάδα, η ορθολογική και αποτελεσματική χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί ουσιαστικό μέρος της γενικής προσπάθειας να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βενιέρης Δ. (2003). Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα, Νους «ασθενής εν σώματι υγεί», Κεφάλαιο IV στο Δημήτρης Βενιέρης - Χρίστος Παπαθεοδώρου. Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα, Προκλήσεις και Πολιτικές, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Βοζίκης Α.. (2005). Σημειώσεις για τους σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας». Πανεπιστήμιου ΤΕΙ Πειραιά.
- Δράκος Γ. (1997). Μαθήματα Δημόσια Οικονομικής, Σταμούλης, Αθήνα.
- Ευθύμογλου Π., (1996). Θέματα χρηματοοικονομικής διοικήσεως, εκδ.γ. Πειραιάς.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Λανάρα Β.. (2001). Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο, Ηγεσία, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος Α.. (2002). Οργάνωση Συστημάτων Υγείας, Διαπανεπιστημιακό – Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Κουγέας Β. (1998) Η Παρέμβαση της Εκτελεστικής Λειτουργίας στη Διάθεση των Πιστώσεων του Κρατικού Προϋπολογισμού, Σακκούλα Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ. (1995). Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. (2000). Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., (2002) Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα.

Μωραΐτης Ε., (2004). Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο - ΤΕΙ Πειραιά.

Ντζιούνης Χ (2003) Κρατικός Προϋπολογισμός, Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα, «Επισκόπηση Ελληνικού Δημοσιονομικού Συστήματος» Σ.Ε.Υ.Υ.Ο

Σακκάς Θ-Ψυχάρης Ι (2002) ΙΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ Εκπαιδευτικό Υλικό Μαθήματος «ΚΦ-ΜΟ3 ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ» ΕΣΔΔ

Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Επιχειρησιακό πρόγραμμα «βελτίωση της Διοικητικής ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης»

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Υγεία για τον πολίτη».2001.

Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, «κρατικός προϋπολογισμός –απολογισμός 2005 και προϋπολογισμός – απολογισμός Υπουργείου Υγείας 2005»

Υφαντόπουλος Γ., (2003), Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και Πολιτική, Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΦΕΚ Α 37/2.3.2001 Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

World Health Report 2000

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

1) Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη, που περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.
- Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.
- Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνει σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Κεντρική Υπηρεσία είναι αρμόδια ιδιαίτερα για:

1. Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
2. Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
3. Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
4. Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς για τη χάραξη της κοινής κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

2) Οργανόγραμμα - Διεύθυνση Οικονομικού

Τη Διεύθυνση Οικονομικού συγκροτούν τα εξής Τμήματα:

- α. Τμήμα Προϋπολογισμού και Οικονομικού Προγράμματος
- β. Τμήμα Δημοσίων Επενδύσεων
- γ. Τμήμα Επεξεργασίας και Ελέγχου Προϋπολογισμών Νοσοκομείων
- δ. Τμήμα Εκκαθάρισης Ελέγχου και Εντολής Πληρωμών Αποδοχών Προσωπικού Νοσοκομείων

Η αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Οικονομικού αναφέρεται σε θέματα, που κατανέμονται στα Τμήματά της, ως εξής:

3) Τμήμα Προϋπολογισμού και Οικονομικού Προγράμματος

1. Η μέριμνα για την κατάρτιση, τροποποίηση και εκτέλεση του τακτικού προϋπολογισμού και ο προγραμματισμός της διάθεσης των πιστώσεων αυτού σε συνεργασία με τις καθ' ύλην αρμόδιες Διευθύνσεις.
2. Η παρακολούθηση των μεταβολών του προϋπολογισμού των περιφερειών, που αφορούν πιστώσεις αρμοδιότητας του Υπουργείου.

3. Ο έλεγχος και η επεξεργασία οικονομικών απολογιστικών στοιχείων.
 4. Η επεξεργασία και έγκριση των προϋπολογισμών και των απολογισμών των Νομικών Προσώπων αρμοδιότητας του Υπουργείου, πλην αυτών των Νομικών Προσώπων, των οποίων η σχετική αρμοδιότητα έχει αποκεντρωθεί.
 5. Η διαχείριση κάθε δαπάνης καθώς και η εκκαθάριση αποδοχών και γενικά αποζημιώσεων προσωπικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου.
 6. Η κίνηση και παρακολούθηση των Τραπεζικών Λογαριασμών του Υπουργείου «Ιατρική Αντίληψη και Ασφάλιση» και «Υγειονομικά κτίρια» και η κατ' έτος απόδοση στο Ελεγκτικό Συνέδριο.
 7. Ο καθορισμός των εξόδων κηδείας Δημοσίων Υπαλλήλων. Συνταξιούχων του Δημοσίου και των Δημοσίων δαπάνη κηδευμένων.
 8. Η μέριμνα για την είσπραξη κάθε εσόδου.
 9. Η διαχείριση των ειδικών λογαριασμών καταβολής επιδόματος αυξημένης ευθύνης (Ν. 2430/1996 άρθρο 8) και η κατ' έτος απόδοση στο Ελεγκτικό Συνέδριο.
 10. Ο χειρισμός κάθε άλλου σχετικού με τις προαναφερόμενες αρμοδιότητες θέματος.
- 4) Τμήμα Δημοσίων Επενδύσεων
1. Η επεξεργασία των υποβαλλόμενων προτάσεων και η κατάρτιση καθώς και η αναθεώρηση του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων.
 2. Η ενημέρωση των αρμοδίων Υπηρεσιών του Υπουργείου και των φορέων εκτέλεσης των έργων του Π.Δ.Ε. για την έγκριση των σχετικών ΣΑΕ, ΣΑΜ και η ανακοίνωση των οικονομικών στοιχείων αναλυτικά για τα έργα που τους αφορά.
 3. Η ευθύνη για τη συγκέντρωση στοιχείων και ο συντονισμός των ενεργειών για τη σύνταξη και προώθηση της πρότασης χρηματοδότησης του Π.Δ.Ε. από το ΥΠΕΘΟ.
 4. Η έκδοση των εντολών κατανομής του Π.Δ.Ε. για την πίστωση των τριτοβάθμιων λογαριασμών των έργων που τηρούνται στην Τράπεζα της Ελλάδας.
 5. Η έκδοση των αποφάσεων ορισμού των υπολόγων διαχειριστών των έργων του Π.Δ.Ε. για την πληρωμή των εκτελουμένων από Υπηρεσίες του Υπουργείου έργων και των έργων εξουσιοδότησης εκτελουμένων με ευθύνη Ν.Π.Ι.Δ.
 6. Η παρακολούθηση των κατανομών και των απορροφήσεων των εγκεκριμένων πιστώσεων στο Π.Δ.Ε. καθώς και η συγκέντρωση των οικονομικών στοιχείων για τις επιμέρους κινήσεις των Τραπεζικών Λογαριασμών των έργων που τηρούνται στην

Τράπεζα της Ελλάδας καθώς και ο έλεγχος και η επεξεργασία των γενικών απολογιστικών στοιχείων.

7. Ο χειρισμός κάθε άλλου σχετικού με τις προαναφερόμενες αρμοδιότητες θέματος.

5) Τμήμα Επεξεργασίας και Ελέγχου Προϋπολογισμών Νοσοκομείων

1. Η επεξεργασία των σχεδίων προϋπολογισμών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ν.Δ. 2592/1953 και των αποκεντρωμένων μονάδων αυτών.

2. Ο έλεγχος των προτεινομένων για εγγραφή πιστώσεων για την τελική διαμόρφωσή τους και την αξιολόγηση της σκοπιμότητας των δαπανών που αναφέρονται στους προϋπολογισμούς των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ν.Δ. 2592/1953 μέσω των κλειστών προϋπολογισμών.

3. Η παρακολούθηση και αξιολόγηση της ορθής εκτέλεσης των προϋπολογισμών, απολογισμών και ισολογισμών των φορέων αναφορικά με την πορεία τους, ώστε να προκύπτουν στατιστικά δεδομένα.

4. Η παρακολούθηση της εφαρμογής του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος γενικής και αναλυτικής λογιστικής - κοστολόγησης από τους φορείς που θα το εφαρμόσουν.

5. Η κατάρτιση ενιαίου κανονισμού οικονομικής διαχείρισης των Νοσοκομείων Ν.Δ. 2592/1953 ως και η επίβλεψή του.

6. Η επίβλεψη της χρήσης του ενιαίου κανονισμού οικονομικής διαχείρισης των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ν.Δ. 2592/1953.

7. Ο χειρισμός κάθε άλλου σχετικού με τις προαναφερόμενες αρμοδιότητες θέματος.

6) Τμήμα Εκκαθάρισης Ελέγχου και Εντολής

Πληρωμών Αποδοχών Προσωπικού Νοσοκομείων

1. Η παραλαβή, ταξινόμηση, έλεγχος και επεξεργασία των πράξεων μεταβολών της υπηρεσιακής και οικογενειακής κατάστασης του πάσης φύσεως προσωπικού των Νοσοκομείων, των αποκεντρωμένων μονάδων αυτών, καθώς και του Ε.Κ.Α.Β. μετά των παραρτημάτων του.

2. Ο έλεγχος των απαραίτητων δεδομένων για τη λειτουργία του μηχανογραφικού συστήματος εκκαθάρισης αποδοχών και ενημέρωσης των αρχείων του προσωπικού.

3. Η εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και επιδομάτων του συνόλου των υπαλλήλων και εκτίπωση των μισθολογικών καταστάσεων.

4. Η παροχή πληροφοριών, που θα προκύπτουν από την εκμετάλλευσή του συστήματος.

5. Ο έλεγχος και προώθηση των αποτελεσμάτων στις αρμόδιες Υπηρεσίες.
 6. Η αντιμετώπιση του έργου, που δεν είναι δυνατόν να εξυπηρετηθεί διαφορετικά.
 7. Η αποστολή στο Ελεγκτικό Συνέδριο, κάθε μήνα, της γενικής κατάστασης των μισθοδοτούμενων υπαλλήλων μετά των δικαιολογητικών μεταβολών των υπαλλήλων.
 8. Η αποστολή καταστάσεων κρατήσεων και εισφορών στα Ασφαλιστικά Ταμεία και Οργανισμούς.
 9. Η αποστολή στη Διεύθυνση Λογαριασμών του Δημοσίου, στοιχείων σχετικά με το ύψος της μισθοδοσίας και των κρατήσεων, καθώς επίσης και λοιπών αναγκαίων περιοδικών στοιχείων.
 10. Η τήρηση καταστάσεων συμφωνιών και ενημέρωση αρχείων μετά την καταβολή της μισθοδοσίας και την επιστροφή των σχετικών στοιχείων από τις υπηρεσίες πληρωμής, Τράπεζας Ελλάδος, Ταχυδρομικό Ταμιευτήριο και άλλους Οργανισμούς.
 11. Η έκδοση πράξεων περικοπών για ενστάσεις.
 12. Κάθε άλλη σχετική με τα θέματα του Γημάτους αρμοδιότητα.
- 7) Η Εισηγητική Έκθεση 2005

Με τον προϋπολογισμό του 2005 η κυβέρνηση έθεσε τους εξής στόχους:

- 1) διατήρηση της οικονομικής ανάπτυξης στα επίπεδα του 2004 που ήταν 3,7% και μικρή αύξησή της στο 3,9%.
- 2) Μείωση της ανεργίας στο 10,5%.
- 3) Περιορισμός του δημοσιονομικού ελλείμματος από 5,3% που ήταν το 2004 στο 2,8%.
- 4) Αποκλιμάκωση του δημόσιου χρέους από 112,1% που ήταν το 2004 στο 109,5% και
- 5) ενίσχυση του κοινωνικού κράτους και των οικονομικά ασθενέστερων ομάδων.

Η Εισηγητική Έκθεση του κρατικού προϋπολογισμού έτους 2005 αναφέρει σαν άμεσο στόχο την ενίσχυση του κοινωνικού κράτους και των οικονομικών ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων και ειδικότερα την αναδιάρθρωση των δημοσίων δαπανών υπέρ της υγείας και της παιδείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε ΤΟ 2005.

ΧΩΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΤΟ ΔΕΠ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΤΟΝ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ
Γαλλία	8,4	15,7
Σουηδία	7,3	12,4
Πορτογαλία	7,1	14,9
Βέλγιο	7,0	13,8
Σλοβενία	6,8	14,1
Ηνωμένο Βασίλειο	6,8	15,6
Ιρλανδία	6,7	19,5
Αυστρία	6,6	13,0
Τσεχία	6,5	12,3
Ιταλία	6,5	13,3
Μάλτα	6,5	12,7
Φινλανδία	6,5	12,8
Γερμανία	6,4	13,3
Δανία	5,8	10,2
Ουγγαρία	5,7	11,3
Λουξεμβούργο	5,3	11,7
Ισπανία	5,2	13,6
Ολλανδία	4,7	9,6
Λιθουανία	4,3	12,7
Εσθονία	4,1	11,4
Λετονία	3,3	9,1
Κύπρος	3,2	7,0

Πολωνία	3,0	6,9
Ελλάδα	2,9	6,0
Σλοβακία	2,3	6,0
Ε.Ε. ΤΩΝ 25	6,6	13,6
10 Νέες χώρες Ε.Ε.	4,4	9,5
Ευρωζώνη ΤΩΝ 12	6,6	13,6

Πηγή Μ. Δρεττάκης Αυγή 9-10-2005

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

	Συνολική δημόσια	Κοινωνική		Συνολική ιδιωτική	Προαιρετική		
		Φαρμακολογία	Ασφάλιση		Πληρωμές π.ω.ρ χρηστών	Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας	Άλλες πηγές
ΗΠΑ	45	32	13	55	13	37	5
Μεξικό	46	15	31	54	51	3	0
Κορέα	51	11	41	49	37	4	8
Ελλάδα	53	23	30	47	45	2	
Ελβετία	58	17	41	42	32	9	1
Ολλανδία	62	3	59	38	8	19	6
Αυστραλία 2	68	68	0	33	22	7	3
Πολωνία	69	12	57	31	28	1	3
Καναδάς	70	68	2	30	15	13	3
Αυστρία	71	21	49	29	15	9	6
Ισπανία	71	66	5	29	24	5	1
Βέλγιο 1	71	9	62	28	24	3	2
Πορτογαλία	72	71	1	28	22	5	2
Τουρκία	72	33	39	28	19		9
ΟΟΣΑ	73				20	6	2
Ουγγαρία	73	10	60	28	24	1	2
Ιταλία	76	76	0	24	20	1	3
Φινλανδία	77	60	17	23	19	2	2
Νέα Ζηλανδία	77	77	0	23	17	5	0
Γερμανία 1	78	10	68	22	10	9	3
Γαλλία	78	3	75	22	8	12	2
Ιρλανδία	79	78	1	21	14	7	1
Ιαπωνία 1	82	18	64	19	17	0	1
Ισλανδία	83	53	31	17	17	0	
Νορβηγία	84	70	14	17	16		1
Δανία	85	85	0	17	14	2	0
Σουηδία	85	85	0	15	15		
Ην. Βασίλειο	86	86	0	15	15		
Σλοβακία	88	6	83	12	12		
Τσεχία	89	10	80	11	10	0	0
Λουξεμβούργο	90	18	72	10	7	2	1

Πίνακας ζ) κρατικός προϋπολογισμός –απολογισμός 2005 και προϋπολογισμός – απολογισμός Υπουργείου Υγείας 2005

ΕΤΟΣ	ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ Π/Υ ΕΝΑΝΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤ ΟΠΟΙΗΘΕΝΤΩΝ	ΑΡΧΙΚΗ ΠΙΣΤΩΣΗ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ / ΠΑΡΕΡΧΟΜΕΝΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ Π/Υ ΕΝΑΝΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤ ΟΠΟΙΗΘΕΝΤΩΝ
2005	73.560.560		4.632.361	
	75.813.703	103%	7365.404	159%
2004	63.955.800		4.188.515	
	70.529.747	110%	4.395.575	105%
2003	61.399.310		3.860.085	
	63.467.087	103%	4.173.778	108%
2002	57321.217		3.619.454	
	58.807.113	103%	3.780639	104%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΣΟΔΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

Για την ταξινόμηση των εσόδων-εξόδων χρησιμοποιείται το δεκαδικό κωδικό σύστημα. Το σύστημα αυτό βασίζεται στο δεκαδικό μέτρο και τη διάκριση των εσόδων και εξόδων κατά τομείς ομοειδών κατηγοριών, βάσει οικονομικών κριτηρίων και κατά αντικείμενο ή είδος, για τα οποία προβλέπονται. Για την ταξινόμησή τους προβλέπονται τέσσερις διαδοχικές κωδικές διαιρέσεις:

Κατηγορίες ή αριθμητικά χιλιάδες (0000-9000)
Υποκατηγορίες ή εκατοντάδες (0100-0900, 1100-1900, 2100-2900 κ.λπ.)
Ομάδες (0110, 0120 κ.λπ., 0210, 0220 κ.λπ.)
Είδος εσόδου-εξόδου ή Κωδικός Αριθμός (0111-0119, 0121-0129 κ.λπ.).

Η τροποποίηση του κώδικα, για τ/ν προσαρμογή του στη δυναμική του Κρατικού Προϋπολογισμού, ενεργείται ταχέως με αποφάσεις του Προϊσταμένου της Διεύθυνσης Προϋπολογισμού του Γ.Λ.Κ.

Ταξινόμηση εσόδων

Ταξινόμηση εξόδων

** Εξόδα του προϋπολογισμού, είναι οι πληρωμές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους ανεξάρτητα από το χρόνο που δημιουργήθηκε η υποχρέωση για πληρωμή, για την κάλυψη των υποχρεώσεων του Κράτους άμεσων ή έμμεσων*

Οι κυριότεροι μέθοδοι ταξινόμησης είναι η κατά αντικείμενο ή είδος, η λειτουργική, η διοικητική και η οικονομική ενώ τελευταία χρησιμοποιείται η ταξινόμηση κατά προγράμματα κρατικών δραστηριοτήτων ή στόχων όμως σύμφωνα με το άρθρο 13 του Δημοσίου Λογιστικού.

Ο Κρατικός Προϋπολογισμός εξόδων αποτελείται από τους προϋπολογισμούς των επιμέρους φορέων. Φορέας είναι το σύνολο των υπηρεσιών που αποτελούν ενιαία διοικητική μονάδα και ταυτίζονται με την Προεδρία της Δημοκρατίας, τη Βουλή των Ελλήνων, τα Υπουργεία και τις Περιφέρειες. Ο φορέας Υπουργείο Υγείας χαρακτηρίζεται με τον διψήφιο κωδικό 06.

**Οι φορείς Υπουργεία κλπ. χαρακτηρίζονται με διψήφιους κωδικούς αριθμούς ως εξής: ΟΙ Προεδρία της Δημοκρατίας, 03 Βουλή των Ελλήνων, 07 Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, 09 Υπουργείο Εξωτερικών κλπ. Οι δεκατρείς Περιφέρειες χαρακτηρίζονται από αντίστοιχους ισάριθμους τριψήφιους κωδικούς από 901 έως 913. Πλέον αυτών ακολουθούν διψήφιοι αριθμοί από 01 έως 55 που χαρακτηρίζουν τους νομούς που ανήκουν σε κάθε Περιφέρεια. Για παράδειγμα με τον κωδικό 906-28 χαρακτηρίζεται ο προϋπολογισμός του νομού Κέρκυρας, που ανήκει στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων.*

Περαιτέρω οι προϋπολογισμός εξόδων του φορέα υποδιαιρείται σε ειδικούς φορείς. Ειδικοί φορείς είναι συγκεκριμένες υπηρεσίες των φορέων ή αυτοτελείς δραστηριότητες αυτών. Οι ειδικοί φορείς χαρακτηρίζονται από τριψήφιους κωδικούς αριθμούς, συγκεκριμένα:

- 100 Γενικές Δαπάνες
- 110 Δαπάνες Κεντρικής Υπηρεσίας.
- 200 Δαπάνες για κοινωνικές Υπηρεσίες
- 210 Δαπάνες Υγείας
- 220 Δαπάνες Πρόνοιας
- 600 Δαπάνες Ειδικών Υπηρεσιών
- 690 Δαπάνες προετοιμασίας και διεξαγωγής ολυμπιακών αγώνων 2004

Μετά τους κωδικούς των φορέων και ειδικών φορέων ακολουθεί ο κωδικός αριθμός κατ' είδος εξόδων (Κ.Α.Ε.), όπως αναλύθηκε παραπάνω. Τα κονδύλια του προϋπολογισμού εξόδων κατ' είδος ή αντικείμενο αναγράφονται παραπλεύρως των κωδικών αριθμών.

εξόδων ή Κ.Α.Ε. Τα έξοδα του προϋπολογισμού ταξινομούνται κατά αντικείμενο ή είδος σε εννέα βασικές κατηγορίες, ως εξής:

0000	Πληρωμές για υπηρεσίες
1000	Προμήθειες αγαθών και κεφαλαιακού εξοπλισμού
2000	Πληρωμές μεταβαστικές (επιχορηγήσεις-επιδότησεις)
3000	Πληρωμές που αντικρίζονται από πραγματοποιούμενα έσοδα
4000	Δαπάνες ΝΑΤΟ που εκτελούνται με κονδύλια Κρατών-Μελών
5000	Δαπάνες σύνθετου περιεχομένου
6000	Πληρωμές για την εξυπηρέτηση της δημόσιας πίστης
7000	Απαλλοτριώσεις, αγορές, ανεγέρσεις Κ.λ.π.
8000	Πληρωμές για έργα του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων.

Ανακεφαλαιώνοντας, για τον προσδιορισμό, επί παραδείγματι, της πίστωσης για δαπάνες γραφικής ύλης του Υπουργείου Υγείας- Πρόνοιας καταχωρούνται πριν από το συγκεκριμένο ποσό κατά σειρά οι κωδικοί αριθμοί 06 (φορέας), 110 (Κεντρική Υπηρεσία), 1111 (Προμήθεια ειδών γραφικής ύλης), δηλαδή 06-110-1111.

Στον Ελληνικό Κρατικό Προϋπολογισμό η κατά φορέα, ειδικό φορέα και είδος δαπάνης ταξινόμηση φθάνει, σε μεγάλο βαθμό λεπτομέρειας. Η σχολαστική αυτή ταξινόμηση δεν είναι τυχαία. Εξυπηρετεί σημαντικά τον αυστηρό έλεγχο της δημοσιονομικής διαχείρισης. Η δημοσιονομική διαφάνεια και πειθαρχία που χαρακτηρίζει τις δαπάνες της Ελληνικής Πολιτείας στηρίζεται εν πολλοίς στη σωστή ταξινόμηση του Κώδικα Εσόδων-Εξόδων. Για τις ανάγκες του Προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων (Π.Δ.Ε.) αντί των ειδικών φορέων χρησιμοποιούνται κωδικοί αριθμοί Τομέων Δραστηριότητας. Και οι κωδικοί αυτοί είναι τριψήφιοι, όπως π.χ. ο κωδικός 810 υποδηλώνει τον τομέα δημοσίων επενδύσεων «Επικοινωνίες» και ο κωδικός 920 τον τομέα «Παιδεία».