



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΒΙΩΣΙΜΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ, ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ
ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ»

**[Ο Ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου σε Νοσοκομειακές
Μονάδες]**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
[ΔΑΛΔΑΪΝΑΣ ΗΛΙΑΣ]

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: [ΚΟΥΤΟΥΠΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ]

ΛΑΡΙΣΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2025

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Τμήματος «ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ και ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου εκτίμηση και ευγνωμοσύνη προς τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Ανδρέα Κουτούπη για την πολύτιμη καθοδήγηση, τις χρήσιμες συμβουλές και τη διαρκή υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου όσο και των σπουδών μου..

Η συμβολή του επιβλέποντος όσο και των λοιπών καθηγητών και φοιτητών ήταν σημαντική και θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθέναν ξεχωριστά.

Περιεχόμενα

1. Βιβλιογραφική επισκόπηση	5
1.1 Μονάδες υγείας και σύγχρονες απαιτήσεις.....	5
1.2 Προκλήσεις των νοσοκομειακών μονάδων και κατάλληλοι μέθοδοι.....	7
1.3 Εισαγωγή για την εταιρική διακυβέρνηση στις μονάδες υγείας	10
1.3.1 Η Σημασία της Εταιρικής Διακυβέρνησης και Κοινωνικής Ευθύνης στις Μονάδες Υγείας.....	10
1.3.2 Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη και η Σχέση της με την Εταιρική Διακυβέρνηση.....	11
1.3.3 Η Εφαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας.....	11
1.4 Η Εταιρική Διακυβέρνηση στον Τομέα της Υγείας: Ορισμοί, Εφαρμογή και Διακρίσεις	12
1.4.1 Προσαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στον Τομέα της Υγείας	12
1.4.2 Διακρίσεις Μεταξύ Κερδοσκοπικών και Μη-Κερδοσκοπικών Οργανισμών Υγείας	13
1.4.3 Η Διακυβέρνηση και η Επίδρασή της στη Λήψη Αποφάσεων	14
1.4.4 Προσαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στον Τομέα της Υγείας	14
1.4.5 Διακρίσεις Μεταξύ Κερδοσκοπικών και Μη-Κερδοσκοπικών Οργανισμών Υγείας	15

1.4.6	Η Διακυβέρνηση των Οργανισμών Υγείας και οι Διαφορές με τις Επιχειρήσεις.....	16
1.4.7	Η Ανάπτυξη της Διακυβέρνησης Κλινικών και οι Διεθνείς Τάσεις.....	16
1.4.8	Η Ενοποίηση των Συστημάτων Υγείας και οι Επιπτώσεις της	17
1.4.9	Η Πρόκληση της Διακυβέρνησης στις Υγειονομικές Μονάδες.....	18
1.4.10	Διαφάνεια και Δημοσιοποίηση Οικονομικών Στοιχείων	19
1.4.11	Ανεξάρτητα Μέλη στο Διοικητικό Συμβούλιο	19
1.4.12	Λειτουργία του Διοικητικού Συμβουλίου και Εσωτερικός Έλεγχος.....	20
1.4.13	Διακυβέρνηση και Λειτουργία των Διοικητικών Συμβουλίων	21
1.4.14	Διαφορές στην Παρακολούθηση και τον Έλεγχο	21
1.4.15	Ο Ρόλος της Διοίκησης και οι Σχέσεις με το Ιατρικό Προσωπικό.....	22
1.4.16	Βελτίωση της Διακυβέρνησης στις Υγειονομικές Μονάδες	23
2.	Ο Ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου στις Μονάδες ΥγείαςΟ Ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου στις Μονάδες Υγείας.....	24
3.	Βασικές προϋποθέσεις για τους εσωτερικούς ελεγκτές.....	30
3.1	Ο ρόλος και οι βασικές αρχές του εσωτερικού ελέγχου στον τομέα υγείας.	32
3.2	Σύστημα αναφορών του εσωτερικού ελέγχου	35
	Βιβλιογραφία	40

1. Βιβλιογραφική επισκόπηση

1.1 Μονάδες υγείας και σύγχρονες απαιτήσεις

Η σύγχρονη κοινωνία στηρίζεται στη γνώση, την πληροφορία και την επικοινωνία. Οι επιχειρήσεις, ως μικρογραφία αυτής της κοινωνίας, βασίζονται επίσης σε αυτά τα στοιχεία, τα οποία προέρχονται από το ανθρώπινο δυναμικό τους. Τα τελευταία χρόνια, η χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών έχει αυξηθεί σημαντικά, καθώς αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής. Τομείς όπως η εργασία, ο δημόσιος τομέας, οι συναλλαγές, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η υγεία βασίζονται στην αποτελεσματική διαχείριση μεγάλου όγκου δεδομένων (Βαγγελάτος & Σαριβουγιούκας, 2001).

Ο κλάδος της υγείας, αν και ζωτικής σημασίας για το δημόσιο, δεν έχει αξιοποιήσει πλήρως τις τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών. Νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ασφαλιστικοί φορείς και εξειδικευμένες ιατρικές δομές εξακολουθούν να διαχειρίζονται μεγάλες ποσότητες πληροφοριών με παραδοσιακούς, χειρόγραφους τρόπους (Βαγγελάτος & Σαριβουγιούκας, 2001).

Η καθυστέρηση στην υιοθέτηση τεχνολογικών λύσεων στον τομέα της υγείας αποδίδεται κυρίως στο υψηλό κόστος των σχετικών επενδύσεων και στην αβεβαιότητα ως προς την απόδοσή τους. Αυτή η αβεβαιότητα προέρχεται από την έλλειψη μακροπρόθεσμου σχεδιασμού, την ανωριμότητα της αγοράς, την απουσία σαφών προτύπων, την πολυπλοκότητα των πληροφοριακών συστημάτων, την περιορισμένη τεχνολογική κατάρτιση του προσωπικού και τη δυσκολία αυτοματοποίησης των δεδομένων λόγω ασυμβατότητας (Βαγγελάτος & Σαριβουγιούκας, 2001).

Στη σύγχρονη εποχή, οι πολίτες απαιτούν υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη σε αξιοπρεπείς υποδομές που ανταποκρίνονται στις εξατομικευμένες ανάγκες τους. Τα νοσοκομεία εξελίσσονται συνεχώς για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των ασθενών, τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως. Η αυξημένη ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας, σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση της σχέσης μεταξύ παρόχων υπηρεσιών, ασφαλιστικών εταιρειών και ιατρικού προσωπικού, οδηγεί σε μεγαλύτερη

ζήτηση για προηγμένες τεχνολογικές λύσεις στον χώρο της υγείας (Aggelidis & Chatzoglou, 2008).

Οι ανεπτυγμένες χώρες έχουν ήδη προχωρήσει σε μεταρρυθμίσεις στα εθνικά συστήματα υγείας, κυρίως στον τομέα της διοίκησης, με σκοπό τη μείωση των δαπανών και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Δερβένης & Βογιατζής, 2016). Παράλληλα, οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι και τα δημογραφικά προβλήματα καθιστούν αναγκαίο τον εκσυγχρονισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους απαιτεί την ενσωμάτωση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών, καθώς και την εφαρμογή επιχειρησιακού ανασχεδιασμού (business process reengineering) (Δερβένης & Βογιατζής, 2016).

Στην Ελλάδα, ωστόσο, τέτοιες πρωτοβουλίες καθυστερούν σημαντικά λόγω γραφειοκρατίας και υποχρηματοδότησης των νοσηλευτικών μονάδων, είτε λόγω περικοπών προϋπολογισμού είτε λόγω λανθασμένων διαχειριστικών επιλογών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υποεκμετάλλευση των τεχνολογικών δυνατοτήτων, οδηγώντας σε αυξημένα διαχειριστικά λάθη και άσκοπα κόστη για το κράτος, καθώς και σε ελλείψεις στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Ο βέλτιστος τρόπος για την αξιοποίηση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας είναι η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου συστήματος εσωτερικού ελέγχου, σύμφωνα με τα Διεθνή Επαγγελματικά Πρότυπα Εσωτερικού Ελέγχου.

Μερικά από τα βασικά προβλήματα διακυβέρνησης και εσωτερικού ελέγχου στα νοσοκομεία περιλαμβάνουν:

- Ελλείψεις σε πληροφοριακά συστήματα και μηχανογραφικές εφαρμογές ή ανεπαρκής αξιοποίησή τους από το προσωπικό.
- Δυσλειτουργίες στη διασύνδεση και διαλειτουργικότητα των πληροφοριακών συστημάτων.
- Ελλείψεις σε μηχανισμούς ασφαλείας, όπως πρόσβαση στα δίκτυα και διαδικτυακή ασφάλεια.
- Έλλειψη διαδικασιών δημιουργίας αντιγράφων ασφαλείας εκτός νοσοκομείου, θέτοντας σε κίνδυνο την ακεραιότητα των δεδομένων σε περίπτωση φυσικών καταστροφών.

- Απουσία στοχοθεσίας και ετήσιων προγραμματισμών στα τμήματα πληροφορικής, γεγονός που οδηγεί στην αδυναμία μέτρησης της αποδοτικότητας και αξιολόγησης των υπαλλήλων.

Επιπλέον, παρατηρείται:

- Παλαιότητα του εξοπλισμού πληροφορικής και έλλειψη πολιτικών ασφάλειας και αποκατάστασης δεδομένων.
- Ανεπαρκής εκπαίδευση των υπαλλήλων σε θέματα πληροφορικής, γεγονός που οδηγεί στη σπατάλη εργασιακού χρόνου σε καθήκοντα που δεν σχετίζονται με την πληροφορική.
- Υποστελέχωση τόσο στα τμήματα οργάνωσης και πληροφορικής όσο και στις υπόλοιπες δομές υγείας.
- Έλλειψη διαδικασιών καταγραφής και παρακολούθησης του νοσοκομειακού εξοπλισμού, καθώς δεν χρησιμοποιούνται ετικέτες επισήμανσης για τη διασφάλιση της μοναδικότητας κάθε συσκευής.

Συμπερασματικά, η αναβάθμιση των πληροφοριακών συστημάτων στον τομέα της υγείας και η ενίσχυση του εσωτερικού ελέγχου αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη μείωση του κόστους και τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πόρων.

1.2 Προκλήσεις των νοσοκομειακών μονάδων και κατάλληλοι μέθοδοι

Ο κύριος στόχος της εφαρμογής κατάλληλης διακυβέρνησης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι η αναγνώριση πιθανών προβλημάτων στον εσωτερικό έλεγχο και στη λειτουργία των νοσοκομείων. Μέσω αυτής της προσέγγισης, ενισχύεται η αποτελεσματικότητα του εσωτερικού ελέγχου και βελτιώνεται η διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς προωθείται η καλύτερη κατανόηση των διαθέσιμων πληροφοριών. Η ενίσχυση του εσωτερικού ελέγχου συμβάλλει στην ανάπτυξη πιο αποδοτικών διαδικασιών, οι οποίες στοχεύουν στην επίτευξη επιχειρηματικών στόχων. Ωστόσο, υπάρχουν εμπόδια που δυσχεραίνουν την εφαρμογή της κατάλληλης διακυβέρνησης, η οποία είναι απαραίτητη για την παροχή υψηλού επιπέδου ελεγκτικών υπηρεσιών. Αυτά περιλαμβάνουν παράγοντες όπως η στρατηγική αποδοχή της διακυβέρνησης (strategic buy-in), η εξεύρεση εξειδικευμένου προσωπικού, η έρευνα και ανάπτυξη, η πρόσβαση και διαχείριση δεδομένων, η ερμηνεία πληροφοριών, το κόστος

εκπαίδευσης, η επιλογή τεχνολογικού εξοπλισμού, η κατανόηση εσφαλμένων εξαιρέσεων και η τελική εφαρμογή (Scot, 2013).

Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια είναι η ανάγκη για τη διοίκηση να αναγνωρίσει τη σημασία της ανάλυσης δεδομένων ως στρατηγικό εργαλείο και να επενδύσει στις απαιτούμενες τεχνολογίες, εργαλεία και διαχείριση γνώσης ώστε να αποκτήσει πλήρη εικόνα των διαθέσιμων πληροφοριών. Ανάλογα με το μέγεθος και τη δομή ενός οργανισμού, οι μεγαλύτεροι οργανισμοί ίσως χρειαστεί να αναπτύξουν ένα σύστημα διαχείρισης εσωτερικού ελέγχου και στρατηγικής, ενώ οι μικρότεροι οργανισμοί ενδέχεται να πρέπει να συνεργαστούν πιο στενά με τη διοίκηση και να διασφαλίσουν την υποστήριξη της ανώτερης διοίκησης για την ανάλυση δεδομένων και τον εσωτερικό έλεγχο (Scot, 2013).

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα είναι η εύρεση ή η εκπαίδευση προσωπικού που να διαθέτει δεξιότητες ανάλυσης δεδομένων και εσωτερικού ελέγχου. Οι τεχνικές γνώσεις πρέπει να συνδυάζονται με την ικανότητα κατανόησης των πηγών δεδομένων, της σημασίας τους και των ερωτήσεων που μπορούν να τεθούν για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Παρότι η ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού είναι κρίσιμη, απαιτείται επιπλέον εκπαίδευση ώστε οι ελεγκτές να γνωρίζουν πώς μπορούν να αξιοποιούν τα δεδομένα για την επίτευξη των στόχων ελέγχου και να κατευθύνονται κατάλληλα στον ρόλο τους (Scot, 2013).

Το αρχικό και συνεχές κόστος εκπαίδευσης για την ανάπτυξη και διατήρηση εξειδικευμένων δεξιοτήτων αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα που απαιτεί τη δέσμευση του οργανισμού. Ωστόσο, αυτό το κόστος είναι σχετικά μικρό συγκριτικά με τις ευκαιρίες που προσφέρει η αξιοποίηση πληροφοριακών συστημάτων και ο εσωτερικός έλεγχος. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτείται εξειδικευμένη κατάρτιση στον τομέα που ελέγχεται, όπως η κλινική κωδικοποίηση, η συμμόρφωση, οι τεχνολογίες πληροφορικής, η διαχείριση οικονομικών συναλλαγών ή η αλυσίδα εφοδιασμού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το προσωπικό πρέπει να αποκτήσει βαθύτερη γνώση ή να συνεργάζεται με εξειδικευμένους επαγγελματίες στον συγκεκριμένο τομέα (Scot, 2013).

Εκτός από το ανθρώπινο δυναμικό, η επιλογή του κατάλληλου υλικού και λογισμικού παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία μιας στρατηγικής εσωτερικού ελέγχου. Η

επιλογή του εξοπλισμού πρέπει να περιλαμβάνει υπολογιστικά συστήματα με επαρκή επεξεργαστική ισχύ και δυνατότητα αποθήκευσης μεγάλου όγκου δεδομένων. Παράλληλα, το λογισμικό που επιλέγεται πρέπει να προσφέρει ευρύ φάσμα αναλυτικών και στατιστικών λειτουργιών, δυνατότητα καταγραφής των διαδικασιών ελέγχου και επαναληψιμότητα των αναλύσεων με μικρές προσαρμογές, ώστε να μειώνονται οι ανάγκες για εκ νέου ανάλυση από την αρχή.

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα είναι η εσφαλμένη αναγνώριση εξαιρέσεων κατά την ανάλυση δεδομένων στα νοσοκομεία, λόγω των σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων. Οι ψευδείς εξαιρέσεις μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρονοβόρες και να μειώσουν την αποτελεσματικότητα των επενδύσεων στην ανάλυση δεδομένων. Η βελτιστοποίηση της διαδικασίας αναγνώρισης αυτών των εξαιρέσεων μπορεί να επιτευχθεί μέσω καλύτερης κατανόησης των δεδομένων και ανάπτυξης εξελιγμένων αλγορίθμων που θα επιτρέπουν την προσαρμογή των αναλύσεων ανάλογα με τις παρατηρούμενες τάσεις (Scot, 2013).

Η επιτυχία μιας στρατηγικής βελτίωσης του εσωτερικού ελέγχου ενισχύεται όταν η ανάλυση δεδομένων αποτελεί βασικό εργαλείο για τον οργανισμό και το προσωπικό ελέγχου έχει πλήρη πρόσβαση και γνώση των διαθέσιμων δεδομένων. Ένα εξειδικευμένο ελεγκτικό προσωπικό, εφοδιασμένο με τα κατάλληλα εργαλεία, σύγχρονη εκπαίδευση και αναλυτική σκέψη, είναι σε θέση να μεγιστοποιήσει την ακρίβεια των ελέγχων και να ελαχιστοποιήσει τα σφάλματα στις εξαιρέσεις (Scot, 2013).

Συχνά, τα κριτήρια ελέγχου προσαρμόζονται με βάση την ανατροφοδότηση που λαμβάνεται από ελεγκτές και ενδιαφερόμενα μέρη κατά τη διάρκεια των ελέγχων. Ωστόσο, τα εργαλεία ανάλυσης δεδομένων στον χώρο της υγείας πρέπει να επικαιροποιούνται τακτικά ώστε να αντικατοπτρίζουν τις συνεχείς αλλαγές σε κωδικοποιήσεις και τιμολογήσεις, όπως αυτές που προέρχονται από διεθνείς φορείς, όπως τα Κέντρα Medicare & Medicaid Services (CMS) και η Αμερικανική Ιατρική Ένωση. Παράλληλα, κάθε εργαλείο ελέγχου πρέπει να υπόκειται σε περιοδικές ανασκοπήσεις από ανεξάρτητους ελεγκτές ώστε να διασφαλίζεται η ακρίβεια και η αποτελεσματικότητά του.

Μόλις η ανώτερη διοίκηση αποφασίσει να προχωρήσει στην υιοθέτηση μιας στρατηγικής διακυβέρνησης, πρέπει να πραγματοποιηθεί λεπτομερής αξιολόγηση των ελεγκτικών αναγκών και των διαθέσιμων πόρων. Αυτή η ανάλυση επιτρέπει τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη δημιουργία ενός κεντρικού μηχανισμού ανάλυσης δεδομένων, την επιλογή υλικού και λογισμικού, καθώς και τον σχεδιασμό προγραμμάτων αρχικής και διαρκούς εκπαίδευσης. Παράλληλα, απαιτείται η θέσπιση σαφών διαδικασιών για την κατανομή ρόλων και ευθυνών, τον καθορισμό προτύπων επικύρωσης δεδομένων, τη διαχείριση εξαιρέσεων και τον έλεγχο της συμμόρφωσης με τις διαδικασίες εσωτερικού ελέγχου (Scot, 2013).

1.3 Εισαγωγή για την εταιρική διακυβέρνηση στις μονάδες υγείας

1.3.1 Η Σημασία της Εταιρικής Διακυβέρνησης και Κοινωνικής Ευθύνης στις Μονάδες Υγείας

Η εταιρική διακυβέρνηση αναγνωρίζεται ως ο πιο αποδοτικός τρόπος διοίκησης μιας επιχείρησης (Brown, Santilli, & Scott, 2015), και το ίδιο θα πρέπει να ισχύει και για τις μονάδες υγείας. Παρότι συστήματα διοίκησης των επιχειρήσεων υπήρχαν ήδη εδώ και δεκαετίες, η έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης έχει μελετηθεί εκτενώς μόλις τα τελευταία χρόνια. Ο βασικός λόγος είναι η αλλαγή στη δομή του ιδιωτικού τομέα και στις σχέσεις μεταξύ των επιχειρήσεων. Οι σύγχρονες επιχειρήσεις συνίστανται από τρεις βασικούς παράγοντες: τους μετόχους, τους εργαζομένους και τη διοίκηση. Ωστόσο, μεταξύ αυτών των ομάδων, συχνά εμφανίζεται σύγκρουση, κυρίως ανάμεσα στη διοίκηση και τους μετόχους, εξαιτίας αντικρουόμενων συμφερόντων (Wagner, 2014). Η σημασία της εταιρικής διακυβέρνησης έγκειται στην ικανότητά της να προστατεύει τα δικαιώματα των μετόχων, να εξασφαλίζει τη σύγκλιση των συμφερόντων διοίκησης και επενδυτών και να διασφαλίζει ότι η εταιρεία λειτουργεί με διαφάνεια. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω ενός καλά δομημένου νομοθετικού πλαισίου, το οποίο καθορίζει τους κανόνες λειτουργίας των επιχειρήσεων. Σε κάθε περίπτωση, όλες οι εμπλεκόμενες πλευρές οφείλουν να γνωρίζουν τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους και να ενεργούν με γνώμονα το συλλογικό συμφέρον της επιχείρησης (Dixon, 2013).

1.3.2 Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη και η Σχέση της με την Εταιρική Διακυβέρνηση

Η έννοια της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης αναφέρεται στη δέσμευση μιας επιχείρησης για βιώσιμη ανάπτυξη, τη διασφάλιση των συμφερόντων των μετόχων και τη βελτίωση των σχέσεών της με την κοινωνία (Braithwaite, 2010). Παρόλο που δεν υπάρχει ένας απόλυτα καθορισμένος ορισμός, η εταιρική κοινωνική ευθύνη συνδέεται άμεσα με το επίπεδο δέσμευσης της εταιρίας και τη δημιουργία αξίας, η οποία ικανοποιεί τόσο τις νομικές όσο και τις ηθικές και κοινωνικές απαιτήσεις. Με απλούστερους όρους, πρόκειται για την ηθική υποχρέωση μιας επιχείρησης να αξιοποιεί τους διαθέσιμους πόρους της προς όφελος της κοινωνίας. Παράλληλα, η εταιρεία οφείλει να δρα με τρόπο που να συμβάλλει στη βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη των εργαζομένων της, καθώς και των κοινοτήτων στις οποίες δραστηριοποιείται (Wagner, 2014). Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, η εταιρική κοινωνική ευθύνη περιλαμβάνει ένα σύνολο κανόνων, πρακτικών και πρωτοβουλιών, τα οποία ενσωματώνονται στις βασικές λειτουργίες της επιχείρησης και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο στόχος αυτών των πρακτικών είναι η μεγιστοποίηση των θετικών επιπτώσεων της εταιρείας στην κοινωνία και στο περιβάλλον (Braithwaite, 2010).

1.3.3 Η Εφαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας

Ένα ακόμη σημαντικό κριτήριο που επηρεάζει την ποιότητα της εταιρικής διακυβέρνησης στα νοσοκομεία είναι η συχνότητα συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.). Ο περιορισμός των συμμετοχών σε πολλά Δ.Σ. είναι απαραίτητος, ώστε τα μέλη να μπορούν να επιτελούν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους, επιβλέποντας τη λειτουργία του οργανισμού και καθορίζοντας στρατηγικούς στόχους. Επιπλέον, το κόστος μετακίνησης των μελών και η ανάγκη για αποτελεσματική εποπτεία της μονάδας επιβάλλουν την οργάνωση των συνεδριάσεων με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ελέγχου και διοίκησης (Dixon, 2013). Η εταιρική διακυβέρνηση και η εταιρική κοινωνική ευθύνη είναι άρρηκτα συνδεδεμένες έννοιες, καθώς εκφράζουν τη δέσμευση της επιχείρησης τόσο προς τους μετόχους όσο και προς την κοινωνία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εφαρμογή αυτών των αρχών στις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν επηρεάζει άμεσα τη ζωή και την ευημερία των πολιτών.

1.4 Η Εταιρική Διακυβέρνηση στον Τομέα της Υγείας: Ορισμοί, Εφαρμογή και Διακρίσεις

Η έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης παρουσιάζει ποικίλους ορισμούς στη διεθνή βιβλιογραφία. Σε ορισμένες έρευνες, περιγράφεται ως η μέθοδος με την οποία η διοίκηση και οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων μιας επιχείρησης διαχειρίζονται τις σχέσεις τους με συνεργάτες και ενδιαφερόμενα μέρη (Cadbury, 2000, Jamali et al., 2010). Άλλες έρευνες εστιάζουν στον τρόπο με τον οποίο οι μέτοχοι επηρεάζουν και ελέγχουν τη διοίκηση, με σκοπό την προστασία των οικονομικών τους συμφερόντων (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η εταιρική διακυβέρνηση δεν έχει λάβει την ίδια προσοχή με άλλους κλάδους, παρά το γεγονός ότι οι προκλήσεις και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Μεταξύ των κυριότερων ζητημάτων συγκαταλέγονται η διαρκής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η ανάγκη προσαρμογής στις απαιτήσεις της αγοράς, η εμφάνιση νέων ασθενειών και θεραπειών, οι τεχνολογικές εξελίξεις, η αυξημένη ενημέρωση του κοινού για θέματα υγείας, καθώς και η δυσανεμία των πολιτών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, η εντατικοποίηση του ελέγχου από τα μέσα ενημέρωσης έχει στρέψει την προσοχή στο ζήτημα της διακυβέρνησης των μονάδων υγείας (Wagner, 2014).

Η απαίτηση για ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας και η πρόοδος στον ιατρικό και φαρμακευτικό κλάδο συχνά εξισορροπούνται από τη δυσκολία εξεύρεσης επενδύσεων και την έλλειψη εθελοντικής συμμετοχής. Σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας καταβάλλουν προσπάθειες να προσφέρουν το βέλτιστο επίπεδο φροντίδας, ενώ παράλληλα πρέπει να διασφαλίζουν τη διαφάνεια στις οικονομικές και διαχειριστικές τους λειτουργίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η διαχείριση των κεφαλαίων που προέρχονται από τη φορολογία και η ανάγκη για αποτελεσματικό έλεγχο της κατανομής τους (Dixon, 2013).

1.4.1 Προσαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στον Τομέα της Υγείας

Σύμφωνα με την έρευνα των Eeckloo et al. (2004), τα μοντέλα εταιρικής διακυβέρνησης που εφαρμόζονται στον επιχειρηματικό κόσμο δεν μπορούν να

μεταφερθούν αυτούσια στις υπηρεσίες υγείας, καθώς μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα, ειδικά στη διακυβέρνηση μη-κερδοσκοπικών οργανισμών υγείας. Η διακυβέρνηση στον τομέα της υγείας πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας των υγειονομικών δομών, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η αποστολή τους, η δομή τους και οι ανάγκες των ασθενών (Hutchinson, 2012).

Ο βασικός στόχος της εταιρικής διακυβέρνησης στον κλάδο της υγείας είναι η προσαρμογή των μοντέλων διοίκησης στις μεταβαλλόμενες συνθήκες του περιβάλλοντος, με ιδιαίτερη έμφαση στη διαμόρφωση μιας σταθερής και αξιόπιστης δομής νοσοκομειακής διαχείρισης. Η αποτελεσματική διακυβέρνηση των νοσοκομείων απαιτεί τη συνεχή ευθυγράμμιση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων με τις εξελίξεις του κλάδου και τις ανάγκες της κοινωνίας.

1.4.2 Διακρίσεις Μεταξύ Κερδοσκοπικών και Μη-Κερδοσκοπικών Οργανισμών Υγείας

Οι οργανισμοί υγείας διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες: κερδοσκοπικούς και μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Στους μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, τα διοικητικά συμβούλια δεν αποκομίζουν επιπλέον οικονομικά οφέλη πέρα από τον μισθό τους, ενώ οι οργανισμοί αυτοί συχνά επωφελούνται από φορολογικές ελαφρύνσεις. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, τα πλεονάζοντα έσοδα πρέπει να διατίθενται για σκοπούς κοινωνικής ωφέλειας (Eeckloo et al., 2004). Ένα βασικό πλεονέκτημα των μη-κερδοσκοπικών οργανισμών είναι η απουσία συγκρούσεων συμφερόντων μεταξύ των μελών του διοικητικού συμβουλίου και των μετόχων, καθώς δεν υπάρχουν ιδιωτικά συμφέροντα που να επιδιώκουν την αύξηση της κερδοφορίας (Hutchinson, 2012).

Ωστόσο, ένας σημαντικός περιορισμός των μη-κερδοσκοπικών οργανισμών υγείας είναι η απουσία ενός σαφώς καθορισμένου πλαισίου διοίκησης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες διαχείρισης. Οι διευθυντές αυτών των οργανισμών δεν υπόκεινται σε αυστηρό έλεγχο από μετόχους, όπως συμβαίνει στους κερδοσκοπικούς οργανισμούς, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει πάντα μηχανισμός πειθαρχίας βάσει της απόδοσης τους (Brickley et al., 2003).

Αντίθετα, οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας λειτουργούν με βάση την αρχή της κερδοφορίας και της αποδοτικότητας. Η διακυβέρνησή τους ακολουθεί σαφείς διαδικασίες ελέγχου, καθώς η διοίκηση είναι υποχρεωμένη να λογοδοτεί στους μετόχους. Στις περιπτώσεις αυτές, όλες οι αποφάσεις λαμβάνονται με γνώμονα την οικονομική βιωσιμότητα του οργανισμού, γεγονός που επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας (Hutchinson, 2012).

1.4.3 Η Διακυβέρνηση και η Επίδρασή της στη Λήψη Αποφάσεων

Η κύρια διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων νοσοκομειακής διακυβέρνησης αφορά το επίπεδο ελέγχου και εξουσίας. Στους κερδοσκοπικούς οργανισμούς, η διαχείριση των αποφάσεων είναι πιο απλή, καθώς οι στρατηγικές επιλογές βασίζονται κυρίως σε οικονομικά κριτήρια. Αντίθετα, στους μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι πιο περίπλοκη, καθώς λαμβάνονται υπόψη πολλαπλοί παράγοντες, όπως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα των θεραπειών και ο έλεγχος του κόστους (Dixon, 2013).

1.4.4 Προσαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στον Τομέα της Υγείας

Σύμφωνα με την έρευνα των Eeckloo et al. (2004), τα μοντέλα εταιρικής διακυβέρνησης που εφαρμόζονται στον επιχειρηματικό κόσμο δεν μπορούν να μεταφερθούν αυτούσια στις υπηρεσίες υγείας, καθώς μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα, ειδικά στη διακυβέρνηση μη-κερδοσκοπικών οργανισμών υγείας. Η διακυβέρνηση στον τομέα της υγείας πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας των υγειονομικών δομών, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η αποστολή τους, η δομή τους και οι ανάγκες των ασθενών (Hutchinson, 2012).

Ο βασικός στόχος της εταιρικής διακυβέρνησης στον κλάδο της υγείας είναι η προσαρμογή των μοντέλων διοίκησης στις μεταβαλλόμενες συνθήκες του περιβάλλοντος, με ιδιαίτερη έμφαση στη διαμόρφωση μιας σταθερής και αξιόπιστης δομής νοσοκομειακής διαχείρισης. Η αποτελεσματική διακυβέρνηση των νοσοκομείων απαιτεί τη συνεχή ευθυγράμμιση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων με τις εξελίξεις του κλάδου και τις ανάγκες της κοινωνίας.

1.4.5 Διακρίσεις Μεταξύ Κερδοσκοπικών και Μη-Κερδοσκοπικών Οργανισμών Υγείας

Οι οργανισμοί υγείας διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες: κερδοσκοπικούς και μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Στους μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, τα διοικητικά συμβούλια δεν αποκομίζουν επιπλέον οικονομικά οφέλη πέρα από τον μισθό τους, ενώ οι οργανισμοί αυτοί συχνά επωφελούνται από φορολογικές ελαφρύνσεις. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, τα πλεονάζοντα έσοδα πρέπει να διατίθενται για σκοπούς κοινωνικής ωφέλειας (Eeckloo et al., 2004). Ένα βασικό πλεονέκτημα των μη-κερδοσκοπικών οργανισμών είναι η απουσία συγκρούσεων συμφερόντων μεταξύ των μελών του διοικητικού συμβουλίου και των μετόχων, καθώς δεν υπάρχουν ιδιωτικά συμφέροντα που να επιδιώκουν την αύξηση της κερδοφορίας (Hutchinson, 2012).

Ωστόσο, ένας σημαντικός περιορισμός των μη-κερδοσκοπικών οργανισμών υγείας είναι η απουσία ενός σαφώς καθορισμένου πλαισίου διοίκησης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες διαχείρισης. Οι διευθυντές αυτών των οργανισμών δεν υπόκεινται σε αυστηρό έλεγχο από μετόχους, όπως συμβαίνει στους κερδοσκοπικούς οργανισμούς, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει πάντα μηχανισμός πειθαρχίας βάσει της απόδοσης τους (Brickley et al., 2003).

Αντίθετα, οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας λειτουργούν με βάση την αρχή της κερδοφορίας και της αποδοτικότητας. Η διακυβέρνησή τους ακολουθεί σαφείς διαδικασίες ελέγχου, καθώς η διοίκηση είναι υποχρεωμένη να λογοδοτεί στους μετόχους. Στις περιπτώσεις αυτές, όλες οι αποφάσεις λαμβάνονται με γνώμονα την οικονομική βιωσιμότητα του οργανισμού, γεγονός που επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας (Hutchinson, 2012).

Οι κερδοσκοπικοί και μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας παρουσιάζουν τόσο ομοιότητες όσο και σημαντικές προκλήσεις, ιδιαίτερα στο σύγχρονο, άκρως ανταγωνιστικό περιβάλλον του κλάδου της υγείας (Mersel & Mor-Yosef, 2005). Ορισμένες από τις κοινές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν αφορούν τη διαχείριση των σχέσεων μεταξύ της διοίκησης και του προσωπικού των κλινικών, καθώς οι δύο

πλευρές συχνά έχουν διαφορετικά συμφέροντα. Επιπλέον, οι μονάδες υγείας καλούνται να διαχειριστούν πολυάριθμους παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία τους, ενώ παράλληλα πρέπει να επιτύχουν μια ισορροπία μεταξύ της εξουσίας του διοικητικού συμβουλίου και των ευθυνών της διοίκησης. Οι μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας αντιμετωπίζουν πιο σύνθετες προκλήσεις σε αυτούς τους τομείς (Hutchinson, 2012).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αφορά τη σύγκρουση συμφερόντων και προτεραιοτήτων μέσα στα διοικητικά συμβούλια των μη-κερδοσκοπικών οργανισμών υγείας. Συχνά, τα μέλη τους προσηλώνονται στην κοινωνική προσφορά και όχι στη διαχείριση της οικονομικής αποδοτικότητας, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στη διαχείριση του προϋπολογισμού και των χρηματοδοτήσεων των οργανισμών. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει προκλήσεις στην οικονομική βιωσιμότητα των μονάδων υγείας, καθώς τα διοικητικά συμβούλια μπορεί να μην είναι πλήρως προετοιμασμένα να διαχειριστούν τις πιέσεις που προκύπτουν από την ανάγκη εξισορρόπησης των οικονομικών και κοινωνικών στόχων (Eeckloo et al., 2004).

1.4.6 Η Διακυβέρνηση των Οργανισμών Υγείας και οι Διαφορές με τις Επιχειρήσεις

Η εταιρική διακυβέρνηση στον τομέα της υγείας έχει αρκετά κοινά σημεία με τις επιχειρηματικές δομές διακυβέρνησης, αλλά παρουσιάζει και κρίσιμες διαφορές. Για παράδειγμα, ενώ στις επιχειρήσεις η διακυβέρνηση έχει ως βασικό σκοπό την κερδοφορία και την απόδοση των επενδύσεων, στις υγειονομικές μονάδες η διακυβέρνηση εστιάζει στη λειτουργική αποδοτικότητα, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη συμμόρφωση με κοινωνικούς και ιατρικούς στόχους (Weil, 2003). Στο πλαίσιο αυτό, τα διοικητικά συμβούλια των υγειονομικών μονάδων διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στον στρατηγικό σχεδιασμό και τη διαχείριση θεμάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια, την ποιότητα των υπηρεσιών και τη διαχείριση κινδύνου.

1.4.7 Η Ανάπτυξη της Διακυβέρνησης Κλινικών και οι Διεθνείς Τάσεις

Η διακυβέρνηση των κλινικών έχει γνωρίσει ιδιαίτερη ανάπτυξη σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς και η Αυστραλία, κυρίως λόγω της ανάγκης για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των διοικητικών συμβουλίων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι πιέσεις για αναβάθμιση της διακυβέρνησης στις

υγειονομικές μονάδες αυξήθηκαν ιδιαίτερα τη δεκαετία του 1990, λόγω της ανεπάρκειας πολλών συστημάτων υγείας να διαχειριστούν αποδοτικά τους πόρους τους. Στόχος των μεταρρυθμίσεων ήταν να διασφαλιστεί η ποιότητα και η ασφάλεια των ιατρικών υπηρεσιών, με έμφαση στη λογοδοσία και τη διαφάνεια (Dixon, 2013).

Οι ολοκληρωμένες μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και τα νοσοκομεία που υιοθετούν βέλτιστες πρακτικές εταιρικής διακυβέρνησης εμφανίζουν συχνά μεγαλύτερη διαφάνεια, καλύτερη απόδοση και προθυμία να εισάγουν καινοτόμες προσεγγίσεις. Ένα ισχυρό σύστημα διακυβέρνησης διευκολύνει τη συμμετοχή τόσο του ιατρικού προσωπικού όσο και των ασθενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, γεγονός που ενισχύει τη συνολική απόδοση των μονάδων υγείας (Mersel & Mor-Yosef, 2005, Hutchinson, 2012).

1.4.8 Η Ενοποίηση των Συστημάτων Υγείας και οι Επιπτώσεις της

Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι ο τομέας της υγείας βρίσκεται σε μεταβατική φάση, καθώς πολλές χώρες έχουν προχωρήσει σε ενοποίηση των συστημάτων υγείας τους, με σκοπό τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της περίθαλψης. Ωστόσο, η ενοποίηση αυτή έχει οδηγήσει σε πολύπλοκες δομές διακυβέρνησης, καθώς απαιτείται η επίτευξη πολλαπλών στόχων ταυτόχρονα. Πολλές κυβερνήσεις έχουν θεσπίσει νέα ρυθμιστικά πλαίσια για να διευκολύνουν τη μετάβαση σε ένα περισσότερο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας (Wagner, 2014).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, η ενοποίηση των μονάδων υγείας οδήγησε σε κύμα συγχωνεύσεων και εξαγορών, με τη δημιουργία μεγάλων ομίλων υγειονομικής περίθαλψης που δραστηριοποιούνται σε πολλές πολιτείες. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ότι αυτές οι αλλαγές έχουν βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών ή έχουν μειώσει το κόστος. Αντίθετα, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι ο έλεγχος από τις κεντρικές διοικήσεις μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα συντονισμού και να οδηγήσει σε αύξηση του κόστους, λόγω της πολυπλοκότητας των οργανωτικών δομών (Mersel & Mor-Yosef, 2005).

1.4.9 Η Πρόκληση της Διακυβέρνησης στις Υγειονομικές Μονάδες

Δεν είναι εύκολο να εξαχθούν γενικά συμπεράσματα για τη διακυβέρνηση στον κλάδο της υγείας, καθώς οι πρακτικές διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα (Meyers, 2008). Ωστόσο, είναι σαφές ότι οι υγειονομικές μονάδες πρέπει να εξισορροπήσουν πολλαπλές απαιτήσεις, διαχειριζόμενες ταυτόχρονα τις ανάγκες των ασθενών, την οικονομική βιωσιμότητα και τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών αρχών. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων καλούνται να εφαρμόσουν κατάλληλες μεθόδους διακυβέρνησης, προσαρμοσμένες στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας, ώστε να εξασφαλίσουν την αποδοτικότητα και τη διαφάνεια των υπηρεσιών τους (Dixon, 2013).

Ο ρόλος του διοικητικού συμβουλίου και η δομή του αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στις υγειονομικές μονάδες. Έρευνες δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα ενός νοσοκομείου εξαρτάται άμεσα από τη διακυβέρνησή του, καθώς το διοικητικό συμβούλιο είναι υπεύθυνο για τη στρατηγική κατεύθυνση, τη διαχείριση κινδύνων και τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Επομένως, η διαμόρφωση ενός ισχυρού πλαισίου εταιρικής διακυβέρνησης είναι κρίσιμη για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Wagner, 2014).

Συνολικά, η εταιρική διακυβέρνηση στον τομέα της υγείας αποτελεί μια σύνθετη και διαρκώς εξελισσόμενη διαδικασία, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της διαφάνειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για να επιβεβαιωθούν εμπειρικά οι προαναφερθείσες θεωρητικές προσεγγίσεις, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας των Jamali et al. (2010) σχετικά με την εταιρική διακυβέρνηση και τον εσωτερικό έλεγχο στα νοσοκομεία του Λιβάνου, τα οποία κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: κερδοσκοπικά, μη-κερδοσκοπικά και δημόσια.

Η έρευνα ανέδειξε σημαντικές διαφορές στο μέγεθος και τη σύνθεση των διοικητικών συμβουλίων μεταξύ των διαφορετικών τύπων νοσοκομείων. Τα κερδοσκοπικά ιδιωτικά νοσοκομεία είχαν μικρότερα διοικητικά συμβούλια, κατά μέσο όρο έξι μέλη, με περισσότερα στελέχη (περίπου τρία σε κάθε συμβούλιο). Αντίθετα, τα δημόσια και μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία διέθεταν μεγαλύτερα διοικητικά συμβούλια, με μέσο όρο 16 μέλη, εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν ανεξάρτητα μέλη. Επιπλέον, στο 71%

των κερδοσκοπικών νοσοκομείων, ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου κατείχε ταυτόχρονα τη θέση του διευθύνοντος συμβούλου, ενώ στο 36% των περιπτώσεων ήταν ο ίδιος ο ιδρυτής της μονάδας, και στο 43% κάποιο μέλος της οικογένειάς του (Jamali et al., 2010).

1.4.10 Διαφάνεια και Δημοσιοποίηση Οικονομικών Στοιχείων

Η έρευνα διαπίστωσε ότι μόνο το 14% των νοσοκομείων που μελετήθηκαν πραγματοποιούσαν ετήσιες γενικές συνελεύσεις για να συζητήσουν τη στρατηγική τους και να ενισχύσουν τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων μερών. Παρόλα αυτά, οι συνεδριάσεις αυτές ήταν κυρίως ενημερωτικού χαρακτήρα, χωρίς ουσιαστική εμπλοκή των μετόχων ή άλλων φορέων στη λήψη αποφάσεων.

Τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία είχαν υποχρέωση να δημοσιοποιούν οικονομικά στοιχεία τουλάχιστον σε έναν ρυθμιστικό φορέα. Ωστόσο, αυτή η ενημέρωση ήταν κυρίως τυπική, περιλαμβάνοντας μόνο βασικά οικονομικά δεδομένα, όπως μεταβολές στην ιδιοκτησία, αμοιβές ιατρών και διευθυντικών στελεχών. Από την άλλη πλευρά, τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία δεν είχαν νομική υποχρέωση να δημοσιοποιούν οικονομικά στοιχεία, καθώς απαλλάσσονταν από τη φορολογία. Τα μόνα όργανα που έλεγχαν ενεργά τα οικονομικά τους ήταν τα ίδια τους τα διοικητικά συμβούλια, κάτι που ίσχυε στο 83% των μη-κερδοσκοπικών νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα (Jamali et al., 2010).

1.4.11 Ανεξάρτητα Μέλη στο Διοικητικό Συμβούλιο

Ένα σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι στο 52% των νοσοκομείων, δεν υπήρχαν ανεξάρτητα μέλη στα διοικητικά συμβούλια. Στα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, κανένα από αυτά δεν πληρούσε τη σύσταση της ομάδας Equity Advisory Groups (EAG) του Λιβάνου, η οποία προβλέπει ότι τουλάχιστον το ένα τρίτο των μελών του συμβουλίου πρέπει να είναι ανεξάρτητα (Institute for International Finance, 2005).

Στα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία, η πλειοψηφία των μελών των διοικητικών συμβουλίων ήταν ανεξάρτητα. Ωστόσο, κανένα από αυτά δεν είχε εκλεγεί, αλλά αντίθετα είχαν διοριστεί είτε από ανώτερες επιτροπές είτε από ανώτατα διοικητικά συμβούλια. Στα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, ο ιδιοκτήτης της επιχείρησης ήταν εκείνος

που αποφάσιζε ποια ανεξάρτητα μέλη θα εντάσσονταν στο διοικητικό συμβούλιο (Jamali et al., 2010).

1.4.12 Λειτουργία του Διοικητικού Συμβουλίου και Εσωτερικός Έλεγχος

Όλα τα διοικητικά συμβούλια στα νοσοκομεία του δείγματος εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα εμπλοκής στις διοικητικές διαδικασίες. Ωστόσο, στα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία, οι επιτροπές ελέγχου είχαν πιο ενεργό ρόλο τόσο στον οικονομικό έλεγχο όσο και στον εσωτερικό έλεγχο. Όταν υπήρχαν επιτροπές ελέγχου, ήταν καλά οργανωμένες, διέπονταν από συγκεκριμένες πολιτικές και περιλάμβαναν τουλάχιστον ένα μέλος με εξειδίκευση στη λογιστική και τη χρηματοοικονομική διαχείριση.

Παρά τη σημασία τους, καμία από αυτές τις επιτροπές δεν είχε την αυτονομία να επιλέγει τον εξωτερικό ελεγκτή, παρόλο που ο εξωτερικός έλεγχος αποτελεί κρίσιμη διαδικασία για τη διαφάνεια των οικονομικών στοιχείων (Jamali et al., 2010).

Η μέθοδος επιλογής εξωτερικών ελεγκτών διέφερε ανάμεσα στους τύπους νοσοκομείων. Στα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, ο εξωτερικός ελεγκτής επιλεγόταν άμεσα από το διοικητικό συμβούλιο στο 80% των περιπτώσεων. Στα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία, η επιλογή εξωτερικού ελεγκτή γινόταν σε ποσοστό 33% από το διοικητικό συμβούλιο, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις, οι ελεγκτές επιλέγονταν μέσω διαδικασίας προσφοράς (Jamali et al., 2010).

Η αξιολόγηση της απόδοσης των CEO's ήταν συνήθης πρακτική στα περισσότερα νοσοκομεία, αν και εφαρμοζόταν κυρίως στο υπόλοιπο προσωπικό και όχι στα ανώτερα στελέχη. Πρόσφατα, εισήχθη ένα νέο σύστημα αξιολόγησης των διευθυντικών στελεχών, αλλά όχι των μελών του διοικητικού συμβουλίου (Ammar et al., 2007).

Στα κερδοσκοπικά οικογενειακά νοσοκομεία, ο ίδιος ο CEO/κύριος μέτοχος αξιολογούσε την απόδοσή του, γεγονός που εγείρει ζητήματα αμεροληψίας (Jamali et al., 2010). Επιπλέον, τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία είχαν ελάχιστες περιπτώσεις πειθαρχικών κυρώσεων ή απομάκρυνσης CEO's, κυρίως επειδή οι διευθύνοντες σύμβουλοι ήταν συχνά οι κύριοι μέτοχοι ή οι ιδιοκτήτες των νοσοκομείων. Αντίθετα, στα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία, υπήρχε υψηλότερο ποσοστό αντικατάστασης των

διευθυντών, γεγονός που αντικατοπτρίζει μια περισσότερο δυναμική διοικητική προσέγγιση (Jamali et al., 2010).

1.4.13 Διακυβέρνηση και Λειτουργία των Διοικητικών Συμβουλίων

Σύμφωνα με την έρευνα των Jamali et al. (2010), τα νοσοκομεία που συμμετείχαν στη μελέτη παρουσίασαν διαφοροποιημένες προσεγγίσεις ως προς την εταιρική διακυβέρνηση, με μετριοπαθείς αναφορές αλλά και κάποιες υπερβολές. Η κοινωνική ευθύνη φάνηκε να αποτελεί βασικό κίνητρο για ορισμένα νοσοκομεία, κυρίως λόγω της οικογενειακής τους ιδιοκτησίας, των αξιών των ιεραποστολικών οργανισμών, των κοινωνικών συνθηκών στο Λίβανο και της γενικότερης κατάστασης του συστήματος υγείας. Όλα τα νοσοκομεία δήλωσαν ότι καταβάλλουν προσπάθειες για τη σωτηρία ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, ακόμα και όταν αυτό επιφέρει οικονομικές απώλειες. Τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τέτοιες περιπτώσεις πιο συχνά, καθώς η αποστολή τους επικεντρώνεται στη φροντίδα των ασθενών. Ωστόσο, η πλειονότητα των νοσοκομείων κατέγραψε χαμηλή συμμετοχή σε κοινωνικές δράσεις, όπως εκστρατείες ευαισθητοποίησης, προληπτικούς ελέγχους και δωρεάν

Η μελέτη έδειξε ότι τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία ακολουθούν περισσότερο τις βέλτιστες πρακτικές διακυβέρνησης. Κανένας από τους διευθύνοντες συμβούλους των μη-κερδοσκοπικών νοσοκομείων που εξετάστηκαν δεν κατείχε παράλληλα τη θέση του προέδρου του διοικητικού συμβουλίου, κάτι που είναι σύμφωνο με τις συστάσεις για χρηστή διακυβέρνηση. Επιπλέον, αυτά τα νοσοκομεία είχαν μεγαλύτερα διοικητικά συμβούλια, με χαμηλότερο ποσοστό εκτελεστικών μελών, και περισσότερα ανεξάρτητα μέλη, ακολουθώντας τις διεθνείς πρακτικές διαφάνειας. Αντίθετα, τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία δεν συμμορφώνονταν σε μεγάλο βαθμό με αυτές τις αρχές, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στο ότι η πλειοψηφία αυτών των ιδρυμάτων (86%) ανήκε σε οικογενειακές επιχειρήσεις. Παρόλα αυτά, τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία παρουσίασαν μεγαλύτερη διάθεση συνεργασίας με εξωτερικούς φορείς, όπως ασθενείς, κρατικούς θεσμούς και τοπικές κοινότητες (Jamali et al., 2010).

1.4.14 Διαφορές στην Παρακολούθηση και τον Έλεγχο

Τα αποτελέσματα της έρευνας ενισχύουν την αντίληψη ότι υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στη διακυβέρνηση μεταξύ κερδοσκοπικών και μη-κερδοσκοπικών ιδρυμάτων. Τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία συνήθως διαθέτουν μικρότερα διοικητικά

συμβούλια, γεγονός που τα καθιστά πιο ευέλικτα και αποτελεσματικά στη λήψη αποφάσεων (Larson, 2005). Ωστόσο, αυτά τα συμβούλια αποτελούνται κυρίως από εσωτερικά μέλη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση συμφερόντων, περιορίζοντας τη λογοδοσία και την αντικειμενική αξιολόγηση της απόδοσης των διευθυντικών στελεχών και του ιατρικού προσωπικού.

Αντίθετα, τα μη-κερδοσκοπικά συμβούλια παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την εποπτεία των διευθυντικών στελεχών, τη σύσταση επιτροπών ελέγχου και τη διαδικασία επιλογής εξωτερικών ελεγκτών. Επίσης, τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία είχαν χαμηλότερο επίπεδο επικοινωνίας με την τοπική κοινότητα, καθώς δημοσιοποιούσαν λιγότερες πληροφορίες για τις δραστηριότητές τους, υποδηλώνοντας ότι δεν θεωρούνται υπόλογα απέναντι στην κοινωνία. Αντίθετα, τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία δεν είχαν άμεσους εκπροσώπους των ενδιαφερομένων μερών στα διοικητικά τους συμβούλια, παρότι η λογική τους στηρίζεται στην εξυπηρέτηση κοινωνικών αναγκών (Jamali et al., 2010).

1.4.15 Ο Ρόλος της Διοίκησης και οι Σχέσεις με το Ιατρικό Προσωπικό

Παρά τις αδυναμίες στη λογοδοσία, τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία εμφάνισαν μεγαλύτερη συμμετοχή των διοικητικών συμβουλίων στις καθημερινές λειτουργίες του νοσοκομείου, κυρίως στον έλεγχο του ιατρικού προσωπικού και στη διαχείριση συγκρούσεων μεταξύ ασθενών και γιατρών. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι ο CEO σε αυτά τα νοσοκομεία είναι συχνά και πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου, γεγονός που του επιτρέπει να λαμβάνει αποφάσεις με μεγαλύτερη ευελιξία. Η κατοχή ιατρικών και διοικητικών γνώσεων από τον CEO αποδεικνύεται κρίσιμο πλεονέκτημα στη διαχείριση των λειτουργιών του νοσοκομείου (Larson, 2005).

Επιπλέον, τα οικογενειακά νοσοκομεία συχνά λειτουργούν με πιο ολοκληρωμένες και κεντροποιημένες δομές διοίκησης, λόγω του μικρότερου μεγέθους τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών και αυξημένη αποδοτικότητα (Eeckloo et al., 2004). Οι διοικητικοί σύμβουλοι που συμμετέχουν άμεσα στις εσωτερικές λειτουργίες του νοσοκομείου έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν πιο αποτελεσματικά τη στρατηγική διακυβέρνησης.

1.4.16 Βελτίωση της Διακυβέρνησης στις Υγειονομικές Μονάδες

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι τόσο τα κερδοσκοπικά όσο και τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν προκλήσεις που σχετίζονται με τη διακυβέρνηση.

Τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία πρέπει να ενισχύσουν την ανεξαρτησία των διοικητικών τους συμβουλίων, να αυξήσουν τη διαφάνεια και να ενσωματώσουν ανεξάρτητα μέλη που θα επιβλέπουν τη λειτουργία της διοίκησης. Επίσης, απαιτείται καλύτερη διαχείριση των κινδύνων και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία χρειάζονται μεγαλύτερη συμμετοχή των ενδιαφερόμενων φορέων στη διοίκηση, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι αποφάσεις ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας. Παράλληλα, θα πρέπει να περιλαμβάνουν ιατρικούς ειδικούς στα διοικητικά συμβούλια, ώστε να βελτιωθεί η ικανότητα λήψης αποφάσεων.

Η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίζουν και οι δύο τύποι νοσοκομείων είναι η ανάγκη να υιοθετήσουν μια κουλτούρα λογοδοσίας και διαφάνειας, που θα εξασφαλίζει τη βιώσιμη και αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών υγείας. Η σύνθεση του διοικητικού συμβουλίου, η ανεξαρτησία των μελών του και η ύπαρξη σαφών διαδικασιών ελέγχου αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την επιτυχία της εταιρικής διακυβέρνησης στα νοσοκομεία (Jamali et al., 2010).

2. Ο Ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου στις Μονάδες Υγείας

Ο Ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου στις Μονάδες Υγείας

Οι διοικήσεις των μονάδων υγείας οφείλουν να διασφαλίζουν την τήρηση των αναγκαίων μέτρων, προκειμένου να αποτρέπονται κίνδυνοι και να επιτυγχάνονται οι στόχοι των ιδρυμάτων υγείας. Στη σύγχρονη πρακτική, η επικρατέστερη μέθοδος διασφάλισης της εύρυθμης λειτουργίας τους βασίζεται στην αξιολόγηση της εφαρμογής των πολιτικών διασφάλισης ποιότητας, καθώς και στις αναφορές που προκύπτουν από τον έλεγχο των κλινικών, οι οποίες περιλαμβάνουν ποιοτικά δεδομένα (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Η διοίκηση των μονάδων υγείας πρέπει να επιδεικνύει αυξημένη αυστηρότητα και τυπικότητα, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι τα δεδομένα που συλλέγονται για την εκτίμηση των κινδύνων είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά. Ο εσωτερικός έλεγχος παρέχει το απαραίτητο μεθοδολογικό πλαίσιο, επιτρέποντας έναν ανεξάρτητο και αντικειμενικό έλεγχο όλων των πιθανών κινδύνων. Σύμφωνα με τους Brown, Santilli και Scott (2015), μια πιλοτική εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου πραγματοποιήθηκε σε μονάδα εντατικής θεραπείας νοσοκομείου.

Κύρια ευθύνη της διοίκησης ενός οργανισμού αποτελεί η διαχείριση των πιθανών κινδύνων που ενδέχεται να απειλήσουν την επίτευξη των στόχων του (Hutchinson, 2012). Στο επίπεδο της διοίκησης, οι κίνδυνοι μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω διαφόρων μηχανισμών, όπως οι διοικητικές αναφορές, οι ελεγκτικές επιτροπές, καθώς και οι διαδικασίες εξωτερικού και εσωτερικού ελέγχου. Ο εσωτερικός έλεγχος, συγκεκριμένα, διασφαλίζει ανεξάρτητα τον περιορισμό των κινδύνων και τη βελτιστοποίηση της λειτουργίας του οργανισμού (Braithwaite, 2010).

Εκτός από τη λειτουργία ελέγχου, ο εσωτερικός έλεγχος μπορεί να επιτελεί και συμβουλευτικό ρόλο, προσφέροντας στη διοίκηση μηχανισμούς για τη βελτίωση της χρηματοοικονομικής διαχείρισης, τον περιορισμό των κινδύνων και την ευθυγράμμιση με τους στόχους του οργανισμού. Στην πράξη, ο εσωτερικός έλεγχος επικεντρώνεται στη διαχείριση των σημαντικότερων κινδύνων, προσπαθώντας να τους περιορίσει όσο το δυνατόν περισσότερο. Οι παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας έχουν σημαντικές

επιπτώσεις στους ασθενείς, καθώς οι πιθανότητες να λάβουν τη σωστή θεραπεία είναι 50%, να υποστούν ιατρική βλάβη 10%, ενώ το 5% κινδυνεύει από θάνατο ή αναπηρία. Για τον λόγο αυτό, η διοίκηση καλείται να μειώσει αυτούς τους κινδύνους στον μέγιστο δυνατό βαθμό.

Ο εσωτερικός έλεγχος στις μονάδες υγείας διαφοροποιείται από τον ιατρικό έλεγχο. Οι ιατρικοί έλεγχοι διεξάγονται από το προσωπικό των κλινικών και εστιάζουν σε συγκεκριμένους κινδύνους, ενώ τα αποτελέσματά τους υποβάλλονται σε επιτροπές αξιολόγησης ποιότητας ή στους διευθυντές των μονάδων. Αντίθετα, ο εσωτερικός έλεγχος εστιάζει στην ανεξάρτητη αξιολόγηση των κινδύνων και πραγματοποιείται από πιστοποιημένο προσωπικό, συμμορφούμενος με διεθνή πρότυπα, με τα αποτελέσματά του να αποστέλλονται σε επιτροπή ελέγχου (Hutchinson, 2012). Λειτουργεί ως πρόσθετος μηχανισμός άμυνας στη διαχείριση κινδύνων, συμπληρώνοντας την καθημερινή εποπτεία και την εφαρμογή των μηχανισμών συμμόρφωσης των κλινικών (Braithwaite, 2010).

Η αυξημένη έμφαση στη διακυβέρνηση των μονάδων υγείας, λόγω των κινδύνων και των αποτυχιών διασφάλισης ποιότητας, έχει αναδείξει την ανάγκη ενίσχυσης του ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρόλο που θεωρητικά η εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου στις μονάδες υγείας είναι λογική, η διεθνής βιβλιογραφία δεν προσφέρει εκτενή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς του. Η βασική πρόκληση στην εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου είναι η έλλειψη κανονιστικού πλαισίου, εργαλείων και ειδικευμένων επαγγελματιών στον τομέα (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Ο εσωτερικός έλεγχος στις υγειονομικές μονάδες διαφέρει από άλλους κλάδους, καθώς απαιτεί τη συμμετοχή των διοικήσεων στον σχεδιασμό του, με στόχο την αναλυτική αποτύπωση και κατανόηση των κινδύνων. Επίσης, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πραγματοποιείται από την επιτροπή ποιότητας των μονάδων υγείας, ενώ σε άλλους κλάδους διενεργείται από την επιτροπή ελέγχου. Η αναγνώριση των ευπαθών περιοχών για έλεγχο βασίζεται σε ώριμες διαδικασίες ανάλυσης κινδύνου, αξιοποιώντας δεδομένα όπως η καταγραφή συμβάντων, τα παράπονα ασθενών και οι εξωτερικές αναφορές (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Ο εσωτερικός έλεγχος στα νοσοκομεία μπορεί να εφαρμοστεί μέσω της ανάπτυξης ενός κατάλληλου πλαισίου, το οποίο θα καθορίζεται από κανόνες και κατευθυντήριες οδηγίες. Ο σχεδιασμός του βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη διεθνή βιβλιογραφία, λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική νομοθεσία, τις πολιτικές και τα συμφέροντα των κύριων εμπλεκόμενων μερών. Ιδιαίτερα, η αποτελεσματική εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου στα νοσοκομεία και τις κλινικές απαιτεί την ενεργή συμμετοχή των διευθυντών των κλινικών στον σχεδιασμό του συστήματος ελέγχου. Με αυτόν τον τρόπο, οι πιθανοί κίνδυνοι μπορούν να εντοπιστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια, ενώ παράλληλα δημιουργείται ένα πιο ολοκληρωμένο πλάνο ελέγχου που λαμβάνει υπόψη όλες τις κρίσιμες παραμέτρους (Hutchinson, 2012).

Ένα ακόμη ζήτημα αφορά την εποπτεία της διαδικασίας ελέγχου και τη σωστή εφαρμογή των ευρημάτων της. Σε αυτό το πλαίσιο, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η επιτροπή ποιότητας, η οποία, σε αντίθεση με τις ιδιωτικές εταιρείες όπου τον πρώτο λόγο έχουν οι επιτροπές ελέγχου, συμβάλλει καθοριστικά στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο προσδιορισμός κρίσιμων περιοχών για ποιοτικό έλεγχο βασίζεται σε μια ώριμη διαδικασία ανάλυσης και αξιολόγησης κινδύνων, η οποία στηρίζεται στην επεξεργασία δεδομένων από συμβάντα, παράπονα ασθενών και εξωτερικές αναφορές από συνεργαζόμενους φορείς (Hutchinson, 2012).

Ένα θεμελιώδες βήμα για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού σχεδίου ελέγχου είναι η λεπτομερής τεκμηρίωση των κατευθυντήριων οδηγιών και διαδικασιών, ώστε να διευκολύνεται η εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου στις κλινικές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τις ιδιαίτερες ανάγκες των νοσοκομείων, τέσσερις κύριοι τομείς αποτελούν αντικείμενο του εσωτερικού ελέγχου (Brown, Santilli, & Scott, 2015):

- Αξιολόγηση συστημάτων ποιότητας: Περιλαμβάνει την ανάλυση της εφαρμογής των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, της διαχείρισης κινδύνου και των πιστοποιήσεων του προσωπικού.
- Αξιολόγηση πολιτικών και διαδικασιών: Αφορά την ανάλυση των διαδικασιών και των πρωτοκόλλων που διαμορφώνουν τη λειτουργικότητα των κλινικών.
- Ανάλυση νοσοκομειακών δεδομένων: Εξετάζει τα δεδομένα που συλλέγονται από τους ασθενείς, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Ανάλυση ιατρικού ιστορικού ασθενών: Αξιολογεί τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, με στόχο την ορθή παρακολούθηση των περιστατικών, τη διαχείριση

και τον σχεδιασμό της θεραπείας τους, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Κάθε τομέας ελέγχου περιλαμβάνει συγκεκριμένα κριτήρια αξιολόγησης, τα οποία διαβαθμίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: αποτελεσματικός, με περιθώρια βελτίωσης, μη ικανοποιητικός και μη εφαρμόσιμος. Παράλληλα, ο σχεδιασμός του ελέγχου προσαρμόζεται ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κλινικής. Στη μελέτη των Brown, Santilli και Scott (2015), το σύστημα εσωτερικού ελέγχου αναπτύχθηκε ειδικά για τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

Η εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου σε 11 νοσοκομειακές μονάδες κατέδειξε ότι 4 από αυτές δεν πληρούσαν τα απαιτούμενα κριτήρια, ενώ 5 είχαν περιθώρια βελτίωσης. Η αξιολόγηση των συστημάτων ποιότητας ανέδειξε την ανάγκη βελτίωσης στη διαδικασία πιστοποίησης του προσωπικού και στον σαφή καθορισμό αρμοδιοτήτων κάθε εργαζομένου. Επιπλέον, εντοπίστηκαν αδυναμίες στη διαχείριση αναφορών περιστατικών στα επείγοντα, με αποτέλεσμα την ελλιπή πληροφόρηση και λανθασμένη εκτίμηση κινδύνων. Αντίστοιχα, η αξιολόγηση των νοσοκομειακών πρωτοκόλλων αποκάλυψε σημαντικές ελλείψεις σε έγγραφα που αφορούν τις διαδικασίες έκτακτης ανάγκης (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Όσον αφορά την αξιολόγηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών, διαπιστώθηκαν σοβαροί κίνδυνοι που δεν ελέγχονταν επαρκώς από τις κλινικές, καθώς το προσωπικό δεν έδινε την απαραίτητη προσοχή στο ιστορικό των ασθενών και δεν πραγματοποιούσε συστηματική καταγραφή των περιστατικών. Ένα κρίσιμο στοιχείο για την επιτυχία της διαδικασίας εσωτερικού ελέγχου είναι η αποδοχή της από τη διοίκηση. Στη μελέτη περίπτωσης, το διοικητικό συμβούλιο των νοσοκομείων επέδειξε υψηλό βαθμό αποδοχής και προχώρησε στην υιοθέτηση των βασικών συστάσεων του εσωτερικού ελέγχου (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Τα διοικητικά συμβούλια έχουν την ευθύνη για τη διακυβέρνηση των υγειονομικών μονάδων, σε συνεργασία με τις διοικητικές επιτροπές, ακολουθώντας το ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο. Είναι υπεύθυνα για τη διαχείριση των κινδύνων που επηρεάζουν τις μονάδες υγείας, καθώς και για τη διαμόρφωση ενός επαρκούς και αποτελεσματικού συστήματος εσωτερικού ελέγχου, το οποίο διασφαλίζει την επίτευξη των στρατηγικών τους στόχων. Όλες οι ενέργειες των διοικητικών συμβουλίων πρέπει

να διέπονται από διαφάνεια και ακεραιότητα, προκειμένου να διασφαλίζεται η υπεύθυνη λειτουργία των μονάδων υγείας και η προστασία των ενδιαφερόμενων μερών (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Στο πλαίσιο αυτό, οι βασικές αρμοδιότητες των Διοικητικών Συμβουλίων των Μονάδων Υγείας περιλαμβάνουν τα εξής (Hutchinson, 2012):

- Καθορισμός στρατηγικής: Διαμόρφωση της στρατηγικής του νοσοκομείου σε συνεργασία με την αρμόδια Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ).
- Παρακολούθηση προόδου: Αξιολόγηση της πορείας του νοσοκομείου σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί.
- Λογοδοσία προς τα ενδιαφερόμενα μέρη: Διασφάλιση της διαφάνειας και υπευθυνότητας ως προς τη λειτουργία του νοσοκομείου και τις δραστηριότητές του.
- Διαχείριση καθημερινών λειτουργιών: Λήψη και έγκριση αποφάσεων που αφορούν τη διαχείριση των νοσηλίων, τις προμήθειες, τις εφημερίες, τις υπερωρίες και γενικότερα τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Η αποτελεσματικότητα ενός Διοικητικού Συμβουλίου κρίνεται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους επιδιωκόμενους στόχους με εντιμότητα και ακεραιότητα. Η θέσπιση κατάλληλων πολιτικών είναι κρίσιμη για τη βέλτιστη λειτουργία των Συστημάτων Εσωτερικού Ελέγχου και την αποτελεσματική διαχείριση των κινδύνων που σχετίζονται με τη δραστηριότητα των νοσοκομείων (Hutchinson, 2012).

Η μελέτη κατέδειξε ότι το πιλοτικό πρόγραμμα εσωτερικού ελέγχου, το οποίο εφαρμόστηκε στα επείγοντα τμήματα νοσοκομείων, αποκάλυψε αδυναμίες στη διαχείριση ορισμένων κινδύνων. Αξίζει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή του προγράμματος πραγματοποιήθηκε σε μια περιοχή που είχε πρόσφατα αξιολογηθεί από εξωτερικούς φορείς (κρατικούς μηχανισμούς) αναφορικά με την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι διαδικασίες πιστοποίησης ποιότητας αποσκοπούν στην εξασφάλιση συμμόρφωσης με συγκεκριμένα πρότυπα ασφαλείας. Ωστόσο, δεδομένου ότι οι διαθέσιμοι πόροι – τόσο χρονικοί όσο και οικονομικοί – είναι περιορισμένοι, δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα ποιοτικού ελέγχου σε όλες τις κλινικές. Αυτό σημαίνει ότι οι εξωτερικοί έλεγχοι από

μόνοι τους δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της αγοράς (Hutchinson, 2012).

Για να μειωθεί η εξάρτηση από τους εξωτερικούς φορείς ελέγχου, είναι απαραίτητη η θεσμοθέτηση ενός εσωτερικού συστήματος ελέγχου με προληπτικό χαρακτήρα. Παρόλο που υπάρχουν διαθέσιμα εργαλεία και τεχνικές για την αξιολόγηση της ποιότητας στις κλινικές και τα νοσοκομεία, δεν μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα ότι εφαρμόζονται με ακρίβεια σε κάθε περιοχή υψηλού κινδύνου. Ο εσωτερικός έλεγχος επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας σε κρίσιμες περιοχές κινδύνου, ενώ παράλληλα μπορεί να συνδυαστεί με τις προτάσεις εξωτερικών ελεγκτικών επιτροπών. Με τον τρόπο αυτό, καλύπτει ορισμένα κενά που ενδέχεται να υπάρχουν στα συστήματα ποιοτικού ελέγχου, εξασφαλίζοντας μια πιο εξειδικευμένη προσέγγιση για τη βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομειακών δομών (INCITE, 2012).

Η πιλοτική εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου ανέδειξε τη δυνατότητα εντοπισμού κινδύνων που δεν ανιχνεύονται μέσω των παραδοσιακών μεθόδων. Έτσι, ο εσωτερικός έλεγχος μπορεί να συμβάλει σε πιο αποτελεσματικές διοικητικές αποφάσεις για τον περιορισμό των επικίνδυνων περιοχών. Επιπλέον, τα δεδομένα που συλλέγονται από τον έλεγχο των κλινικών μπορούν να ενσωματωθούν στη διαδικασία του εσωτερικού ελέγχου, ενισχύοντας την ακρίβεια και την αποδοτικότητά του. Ως αποτέλεσμα, ο εσωτερικός έλεγχος μπορεί να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για τη διοίκηση των νοσοκομείων, συμβάλλοντας στην εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και στη μείωση των κινδύνων που ενδέχεται να επηρεάσουν τη λειτουργία τους.

Το πρόγραμμα εσωτερικού ελέγχου μπορεί να εφαρμοστεί επιλεκτικά σε τομείς υψηλού κινδύνου, ενώ παράλληλα μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες και προτεραιότητες. Συνολικά, στόχος του είναι η εναρμόνιση με τις στρατηγικές και επιχειρησιακές απαιτήσεις της διοίκησης των νοσοκομείων, ώστε να διασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία των δομών υγείας και η αποτελεσματική διαχείριση των κινδύνων (Wagner, 2014).

3. Βασικές προϋποθέσεις για τους εσωτερικούς ελεγκτές

Ο εσωτερικός έλεγχος πραγματοποιείται από εξειδικευμένους επαγγελματίες, οι οποίοι επιλέγονται είτε από συγκεκριμένη υπηρεσιακή μονάδα είτε από έναν πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με το άρθρο 286 της ισχύουσας συνταγματικής νομοθεσίας, ένας εσωτερικός ελεγκτής που εργάζεται σε κλινικές του τομέα υγείας πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια (Wagner, 2014, Hutchinson, 2012):

Πρέπει να είναι πολίτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή κάτοικος χώρας που συμμορφώνεται με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του επιτρέπεται να εργαστεί στην Πολωνία.

- Πρέπει να διαθέτει νομική ικανότητα για τη διενέργεια νομικών πράξεων και την εκπλήρωση σχετικών υποχρεώσεων.
- Δεν πρέπει να έχει καταδικαστεί για αξιόποινη πράξη, διεθνές έγκλημα ή οικονομική παράβαση.
- Απαιτείται πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης.
- Πρέπει να είναι πιστοποιημένος από την αρμόδια επιτροπή της Πολωνίας, ώστε να μπορεί να διεξάγει εσωτερικό έλεγχο.
- Απαιτείται κατοχή τουλάχιστον μίας από τις ακόλουθες πιστοποιήσεις: Πιστοποιημένος Εσωτερικός Ελεγκτής, Πιστοποιημένος Κυβερνητικός Ελεγκτής, Πιστοποιημένος Ελεγκτής Πληροφοριακών Συστημάτων, Πιστοποιημένος Ελεγκτής Απατών, Πιστοποιημένος Ελεγκτής Αυτοαξιολόγησης, Πιστοποιημένος Ελεγκτής Οικονομικών Θεμάτων ή Οικονομικός Αναλυτής.
- Εάν η πιστοποίηση αποκτήθηκε την περίοδο 2003-2006, απαιτείται επιτυχής ολοκλήρωση των εξετάσεων εσωτερικού ελέγχου πριν την ίδρυση της επιτροπής ελέγχου από το Υπουργείο Οικονομικών.
- Πρέπει να διαθέτει πιστοποιητικό εξωτερικού ελεγκτή.
- Να έχει τουλάχιστον δύο χρόνια εμπειρίας στον εσωτερικό έλεγχο και μεταπτυχιακές σπουδές συναφείς με τον εσωτερικό έλεγχο, αποκτηθείσες από εκπαιδευτικό ίδρυμα που παρέχει διδακτορικές σπουδές σε οικονομικά και νομικά θέματα.

Επιπλέον, η εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου προβλέπει μερική απασχόληση του υπεύθυνου του οικονομικού τμήματος. Οι βασικές αρμοδιότητές του περιλαμβάνουν (Hutchinson, 2012):

- Τη διεξαγωγή ελέγχων υπό την εποπτεία του εσωτερικού ελεγκτή.
- Την επικύρωση και διασφάλιση οικονομικών ενισχύσεων από την Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με την Πράξη Οικονομικού Περιεχομένου, η οποία περιλαμβάνει τις εξής προϋποθέσεις:
- Ο ελεγκτής πρέπει να έχει την πολωνική υπηκοότητα και να ασκεί πλήρως τα πολιτικά του δικαιώματα.
- Πρέπει να διατηρεί την ανεξαρτησία της γνώμης του και να μην έχει καταδικαστεί για διεθνές έγκλημα.
- Απαιτείται πτυχίο νομικών, οικονομικών ή άλλου συναφούς τομέα με τον οικονομικό έλεγχο.
- Πρέπει να έχει προσληφθεί σε τμήμα οικονομικού ελέγχου και να έχει τουλάχιστον πέντε χρόνια εμπειρίας στη διαχείριση φορολογικών διαδικασιών ή τρία χρόνια εμπειρίας στον οικονομικό έλεγχο νοσοκομειακών μονάδων.
- Πρέπει να έχει επιτύχει στις εξετάσεις πιστοποίησης ελεγκτών πριν την επίσημη αναγνώρισή του από το συμβούλιο των ελεγκτών.
- Να συμμετέχει ενεργά στην επίβλεψη, σε συνεργασία με ανώτερο ελεγκτή του Ανώτατου Συμβουλίου Ελεγκτών, ο οποίος με τη σειρά του πρέπει να πληροί τις εξής προϋποθέσεις:
 - ο Να είναι κάτοικος Πολωνίας.
 - ο Να έχει τη νομική δυνατότητα να εκτελεί πράξεις.
 - ο Να μην έχει καταδικαστεί για διεθνές έγκλημα.
 - ο Να διαθέτει πανεπιστημιακό τίτλο.
 - ο Να είναι σε άριστη φυσική και πνευματική κατάσταση ώστε να μπορεί να εκπληρώνει ανεμπόδιστα τα καθήκοντά του.
 - ο Να έχει ολοκληρώσει εκπαίδευση ελεγκτών και να έχει επιτύχει στις σχετικές εξετάσεις πριν την αξιολόγηση από το Ανώτατο Συμβούλιο Ελεγκτών.

Οποιαδήποτε σύμβαση μεταξύ μιας κλινικής και ενός παρόχου υπηρεσιών πρέπει να περιλαμβάνει τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για την εξασφάλιση ολοκληρωμένου

εσωτερικού ελέγχου και να συμμορφώνεται με την αντίστοιχη νομοθεσία. Η συμφωνία πρέπει να προσδιορίζει λεπτομερώς τη διαδικασία διαχείρισης εγγράφων, με έμφαση τόσο στη διαχείριση των ηλεκτρονικών αρχείων όσο και στην προετοιμασία τους για τον εσωτερικό έλεγχο. Όλα τα σχετικά έγγραφα, ανεξαρτήτως μορφής, πρέπει να είναι προσβάσιμα για ελεγκτικούς σκοπούς, ενώ παράλληλα να προστατεύονται από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή καταστροφή (Hutchinson, 2012, Dixon, 2013).

4. Ο ρόλος και οι βασικές αρχές του εσωτερικού ελέγχου στον τομέα υγείας

Ο εσωτερικός έλεγχος, σε κάθε περίπτωση, οφείλει να διενεργείται σύμφωνα με τις αρχές της εκάστοτε Αρχής Ελέγχου, η οποία ισχύει σε κάθε χώρα, τις νομικές διατάξεις και τις οδηγίες του υπουργείου Οικονομικών. Επίσης, ισχύουν σε όλα τα κράτη ανεξαιρέτως, οι αρχές και οι κανονισμοί της Διεθνούς Επιτροπής Εσωτερικού Ελέγχου. Συνεπακόλουθα, ο βασικός στόχος του εσωτερικού ελέγχου είναι να εντοπίσει και να κατανοήσει επαρκώς τους πιθανούς κινδύνους σε ένα νοσοκομείο, καθώς επίσης και να εξετάσει και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών ελέγχου κι αντιμετώπισης καταστάσεων, οι οποίοι έχουν στόχο την καταστολή και περιορισμό των κινδύνων και τη διασφάλιση της οικονομικής σταθερότητας (Dixon, 2013).

Ο υποκείμενος, πραγματικός, στόχος του εσωτερικού ελέγχου είναι η υποστήριξη της διοίκησης μιας μονάδας υγείας κατά την επίτευξη των στόχων της και την διεκπεραίωση των διαδικασιών της με ορθολογικό τρόπο. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να υπάρχει συχνός έλεγχος της διοίκησης κι αξιολόγηση των δημοσίων δαπανών. Στην περίπτωση της Πολωνίας, υιοθετείται ένας νέος ορισμός του εσωτερικού ελέγχου, σύμφωνα πάντα με την νομοθεσία του υπουργείου οικονομικών (Wagner, 2014). Ειδικότερα, ο εσωτερικός έλεγχος θα πρέπει να διέπεται από ανεξάρτητες κι αντικειμενικές λειτουργίες, οι οποίες υποστηρίζουν το υπουργείο ή τον λήπτη απόφασης, ο οποίος διοικεί μια μονάδα υγείας, με στόχο την επίτευξη των στόχων τους και τη διασφάλιση της ομαλής καθημερινής λειτουργίας της, μέσω του τακτικού ελέγχου της διοίκησης και της λήψης απόφασης, καθώς επίσης έχοντας και συμβουλευτικό ρόλο (Hutchinson, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, αξιολογείται το κατά πόσο η διαχείριση του ελέγχου στον οργανισμό είναι αποτελεσματική κι επαρκής. Σύμφωνα με τις αρχές και τους κανονισμούς της αρμόδιας αρχής ελέγχου, ο θεμελιώδεις στόχος του εσωτερικού ελέγχου είναι η επίτευξη προστιθέμενης αξίας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και η υποστήριξη της λειτουργίας της μονάδας υγείας (Brown, Santilli, & Scott, 2015). Ο εσωτερικός έλεγχος οφείλει να παρέχει, στον διοικητή της μονάδας υγείας, μια αμερόληπτη κι ανεξάρτητη αξιολόγηση αναφορικά με το αν οι μηχανισμοί εσωτερικού ελέγχου της διοίκησης, συμπεριλαμβανομένων και των διαδικασιών οικονομικού ελέγχου, λειτουργούν με σωστό κι αποτελεσματικό τρόπο. Επίσης, ο εσωτερικός έλεγχος περιλαμβάνει την εξέταση κι αξιολόγηση της διαχείρισης κινδύνου και της ποιότητας εκτέλεσης των διαδικασιών της μονάδας (Dixon, 2013).

Ο εσωτερικός έλεγχος περιλαμβάνει διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας και παροχής συμβουλών. Οι δραστηριότητες διασφάλισης ποιότητας αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας ελέγχου. Μια ανεξάρτητη κι αμερόληπτη αξιολόγηση της διοίκησης, η οποία συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση της διαχείρισης κινδύνου και των περιοχών λειτουργίας της μονάδας υγείας, θα πρέπει να παρέχει την απαραίτητη διασφάλιση στον manager ότι όλα λειτουργούν ομαλά (Brown, Santilli, & Scott, 2015).

Η παροχή συμβουλών, μέσω του εσωτερικού ελέγχου, μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά στη λειτουργία της μονάδας (Dixon, 2013). Ο εσωτερικός ελεγκτής μπορεί να ζητά δεδομένα και πληροφορίες από τους διοικητές των μονάδων υγείας, οι οποίες υπόκεινται σε έλεγχο, με απώτερο στόχο την υποστήριξη της βασικής λειτουργίας των μονάδων υγείας. Ανεξάρτητα από τις απαιτήσεις των ελεγκτών, οι προτάσεις και οι συμβουλές δεν είναι δεσμευτικές για την διοίκηση των μονάδων (Hutchinson, 2012).

Ο εσωτερικός έλεγχος θα πρέπει να καλύπτει όλες τις περιοχές των λειτουργιών μιας μονάδας υγείας. Μέσω του εσωτερικού ελέγχου, ο διοικητής μιας μονάδας οφείλει να διασφαλίζεται για τα ακόλουθα (Dixon, 2013):

- Ο στόχος και το αντικείμενο μιας μονάδας υγείας θα πρέπει να επιτυγχάνεται

- Οι διαδικασίες, οι οποίες επιβάλλονται από το νομικό πλαίσιο ή υιοθετούνται από το διοικητή της μονάδας, θα πρέπει να τηρούνται σε κάθε περίπτωση
- Οι μηχανισμοί που απαρτίζουν ένα σύστημα ελέγχου, θα πρέπει να είναι επαρκείς κι αποτελεσματικοί για τη λειτουργία της μονάδας

Οι εσωτερικοί έλεγχοι θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Dixon, 2013, INCITE, 2012):

- Μια περίληψη των μηχανισμών εσωτερικού ελέγχου, όπως επίσης κι αξιόπιστη πληροφόρηση σχετικά με οικονομικά, διοικητικά και λειτουργικά ζητήματα της μονάδας
- Εντοπισμό κι ανάλυση των κινδύνων, οι οποίοι σχετίζονται με τη λειτουργία του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης και της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης κινδύνου και του ίδιου του εσωτερικού ελέγχου
- Την άποψη ότι οι μηχανισμοί ελέγχου, οι οποίοι εφαρμόζονται από τις διαδικασίες εσωτερικού ελέγχου είναι επαρκείς κι αποτελεσματικοί για τη διοίκηση της μονάδας
- Την άποψη σχετικά με τις διαδικασίες και τις πρακτικές ανάπτυξης του συστήματος πληροφόρησης της μονάδας, αναφορικά με οικονομικά ζητήματα
- Την άποψη σχετικά με το αν οι νομοθετικές πράξεις, οι κανονισμοί του εσωτερικού ελέγχου, καθώς επίσης και τα προγράμματα, οι στρατηγικές και τα πρότυπα, τα οποία εφαρμόζονται από το σώμα ελέγχου, είναι σωστά
- Την άποψη σχετικά με θέματα ασφάλειας της μονάδας, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της οικονομικής κατάστασης της μονάδας υγείας, όπως επίσης και την αξιοπιστία του συστήματος δημόσιας χρηματοδότησης.
- Την αξιολόγηση σχετικά με το αν η λειτουργία μιας μονάδας συμμορφώνεται με παρατηρήσεις, οι οποίες απορρέουν από τον εσωτερικό έλεγχο

5. Σύστημα αναφορών του εσωτερικού ελέγχου

Ο υπεύθυνος εσωτερικού ελέγχου πρέπει να συμμορφώνεται με τις νομικές διατάξεις που αφορούν τα πρότυπα ελέγχου. Υπάρχει ένα συγκεκριμένο σύνολο κανόνων και διαδικασιών που πρέπει να ακολουθούνται ώστε να διασφαλίζεται η σωστή παρακολούθηση της διαδικασίας του εσωτερικού ελέγχου. Το είδος και το περιεχόμενο αυτών των κανόνων εξαρτώνται από τον σκοπό, το εύρος και το επίπεδο πολυπλοκότητας του ελέγχου. Τα βασικά έγγραφα που καθορίζουν τη διαδικασία του εσωτερικού ελέγχου είναι το Βιβλίο Εσωτερικού Ελέγχου και η περιγραφή των σχετικών διαδικασιών, καθώς αυτά επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο λειτουργίας και συμπεριφοράς του ελεγκτή (Dixon, 2013).

Συνήθως, το σύνολο των κανόνων που διέπουν τον εσωτερικό έλεγχο αναφέρεται ως Βιβλίο Διαδικασιών Εσωτερικού Ελέγχου. Το συγκεκριμένο έγγραφο περιλαμβάνει τις βασικές αρχές και στόχους του εσωτερικού ελέγχου, καθώς και τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις, τα δικαιώματα και τις ευθύνες του εσωτερικού ελεγκτή. Επιπλέον, προσδιορίζει τον ρόλο και τη θέση του ελεγκτή σε μια μονάδα υγείας, ενώ παράλληλα ορίζει τη σχέση του με άλλους ελεγκτικούς μηχανισμούς, όπως το Ανώτατο Συμβούλιο Ελέγχου και οι ελεγκτικές αρχές του Υπουργείου Οικονομικών (Brown, Santilli & Scott, 2015).

Το Βιβλίο Διαδικασιών Εσωτερικού Ελέγχου καθορίζει τις κύριες αρμοδιότητες του εσωτερικού ελεγκτή και περιγράφει λεπτομερώς τη διαδικασία σχεδιασμού, την υλοποίηση του ελέγχου και τη διαδικασία αναφοράς των αποτελεσμάτων. Λειτουργεί ως βασική πηγή πληροφόρησης τόσο για τις ελεγκτικές αρχές όσο και για τις μονάδες υγείας, περιγράφοντας αναλυτικά τις διαδικασίες που αφορούν τη λειτουργία τόσο του εσωτερικού ελέγχου όσο και του οργανισμού γενικότερα. Ο βασικός σκοπός του Βιβλίου Διαδικασιών είναι να παρέχει ένα σαφές πλαίσιο κανόνων και κατευθυντήριων οδηγιών που βοηθούν στη σωστή διεξαγωγή του ελέγχου και στη βελτίωση της διαχείρισης των διαδικασιών ελέγχου στις μονάδες υγείας (Wagner, 2014).

Το Βιβλίο Διαδικασιών είναι συνήθως δομημένο σε διάφορα τμήματα και καλύπτει βασικούς ελεγκτικούς στόχους τόσο σε επίπεδο οργανωτικής διαχείρισης όσο και σε επίπεδο καθημερινής λειτουργίας της μονάδας. Περιγράφει επίσης τις μεθόδους ελέγχου, τα αρχεία ελέγχου και τη διαδικασία αξιολόγησης του εσωτερικού ελεγκτή.

Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από εσωτερικούς φορείς, όπως οι ελεγκτικές επιτροπές, όσο και από εξωτερικούς φορείς, όπως ανεξάρτητοι ελεγκτές ή τρίτες εποπτικές αρχές (Wagner, 2014).

Το Βιβλίο Διαδικασιών συγκεντρώνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και τις απαραίτητες κατευθύνσεις για την ομαλή διεξαγωγή του εσωτερικού ελέγχου, διασφαλίζοντας ότι οι διαδικασίες ελέγχου είναι καταγεγραμμένες με σαφήνεια και ακρίβεια. Επιπλέον, καθορίζει τις υποχρεώσεις των εσωτερικών ελεγκτών, συμπεριλαμβανομένων των προθεσμιών για την παράδοση εγκεκριμένων αναφορών ελέγχου, καθώς και των πληροφοριών που αφορούν τη λειτουργία της μονάδας και τυχόν προσαρμογές στις διαδικασίες ελέγχου. Περιλαμβάνει επίσης ένα ολοκληρωμένο σύνολο διαδικασιών που περιγράφονται με αναλυτικό τρόπο (Brown, Santilli & Scott, 2015).

Ως εκ τούτου, η διαδικασία του εσωτερικού ελέγχου εφαρμόζεται με βάση ένα σαφές και καθορισμένο πλαίσιο κανόνων. Οι αναφορές ελέγχου ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα και διαδικασίες, γεγονός που διευκολύνει την κατανόηση και την ανάλυση των ελέγχων. Οι τυποποιημένες διαδικασίες συμβάλλουν στην καθιέρωση σαφών προϋποθέσεων για τον εσωτερικό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένων τόσο των ελέγχων που ακολουθούν μετά την ολοκλήρωση της κύριας διαδικασίας όσο και των διαδικασιών που έχουν συμβουλευτικό χαρακτήρα. Ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι η διαρκής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται μέσω του εσωτερικού ελέγχου (Hutchinson, 2012).

Ο εσωτερικός ελεγκτής πρέπει να καταγράφει όλα τα γεγονότα και τις διαδικασίες που έχουν ουσιώδη σημασία για τον έλεγχο. Διαθέτει μόνιμα αρχεία ελέγχου, τα οποία περιέχουν πληροφορίες σχετικά με τις περιοχές κινδύνου και ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν μελλοντικά για περαιτέρω ανάλυση. Επιπλέον, διατηρεί προσωρινά αρχεία ελέγχου, τα οποία καταγράφουν τα τρέχοντα αποτελέσματα της διαδικασίας ελέγχου (Dixon, 2013).

Τα μόνιμα αρχεία ελέγχου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Brown, Santilli & Scott, 2015):

- Μια λίστα με βασικά πρότυπα και νομικές διατάξεις που αφορούν τη λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας.
- Μια λίστα εγγράφων που περιγράφουν τα διοικητικά και ελεγκτικά συστήματα της μονάδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών οικονομικού ελέγχου.
- Τα ετήσια σχέδια ελέγχου και τις σχετικές αναφορές από την εφαρμογή τους.
- Πρόσθετες πληροφορίες που κρίνονται κρίσιμες για τον εσωτερικό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένων των αναλύσεων κινδύνου.
- Τα προσωρινά αρχεία περιλαμβάνουν (Dixon, 2013):
 - Έγγραφα που συλλέγονται πριν από τη διεξαγωγή του ελέγχου, τα οποία παρέχουν βασικές πληροφορίες που διευκολύνουν τη διαδικασία αξιολόγησης.
 - Έγγραφα που παράγονται κατά τη φάση προετοιμασίας του ελέγχου, περιλαμβάνοντας λεπτομερή σχεδιασμό, ανάλυση κινδύνου, πρακτικά συναντήσεων και μεθόδους ελέγχου.
 - Στοιχεία και παρατηρήσεις που προκύπτουν από τον έλεγχο, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που συλλέγονται από τους εργαζομένους.
 - Προκαταρκτικές και τελικές αναφορές ελέγχου, συμπεριλαμβανομένων των αρχικών συμπερασμάτων, των πρακτικών από συναντήσεις εμπλεκόμενων φορέων και των τελικών συστάσεων του εσωτερικού ελεγκτή.
 - Έγγραφα που σχετίζονται με τη διαδικασία επικύρωσης των αποτελεσμάτων ελέγχου, τα οποία περιλαμβάνουν πληροφορίες για τις ενέργειες και το σχέδιο εφαρμογής που προτείνει η διοίκηση της μονάδας.
 - Συμπληρωματικά έγγραφα που σχετίζονται με την εκτέλεση και την αξιολόγηση του εσωτερικού ελέγχου.

Συνολικά, η διατήρηση ενός λεπτομερούς και δομημένου συνόλου αρχείων ελέγχου είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της διαφάνειας, της συμμόρφωσης με τα ελεγκτικά πρότυπα και της συνεχούς βελτίωσης της διαδικασίας ελέγχου στις μονάδες υγείας.

6. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέλυσε τον ρόλο του εσωτερικού ελέγχου στις νοσοκομειακές μονάδες, εξετάζοντας τη συμβολή του στη διακυβέρνηση, τη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση κινδύνων στον τομέα της υγείας. Τα βασικά ευρήματα επιβεβαιώνουν τη σημασία του εσωτερικού ελέγχου ως μηχανισμού ενίσχυσης της διαφάνειας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων.

Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι η εταιρική διακυβέρνηση αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για τη λειτουργία των μονάδων υγείας, είτε αυτές είναι κερδοσκοπικές είτε μη-κερδοσκοπικές. Οι μη-κερδοσκοπικές μονάδες υγείας, αν και συχνά λειτουργούν με λιγότερους οικονομικούς περιορισμούς, παρουσιάζουν προκλήσεις στη διοικητική διαχείριση και τη διαφάνεια. Από την άλλη πλευρά, οι κερδοσκοπικές μονάδες υγείας διαχειρίζονται καλύτερα τους οικονομικούς τους πόρους, ωστόσο συχνά επικεντρώνονται στην κερδοφορία εις βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ο εσωτερικός έλεγχος αναδείχθηκε ως κρίσιμο εργαλείο για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας στις υγειονομικές μονάδες. Οι βασικές λειτουργίες του περιλαμβάνουν την αξιολόγηση των χρηματοοικονομικών διαδικασιών, την ανίχνευση πιθανών αδυναμιών και την πρόταση διορθωτικών ενεργειών για τη βελτίωση της διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων. Επιπλέον, η έρευνα κατέδειξε ότι η ύπαρξη ανεξάρτητων ελεγκτικών επιτροπών και η ενσωμάτωση βέλτιστων πρακτικών εσωτερικού ελέγχου συμβάλλουν στην ορθολογική λήψη αποφάσεων και στη μείωση των λειτουργικών κινδύνων.

Η υιοθέτηση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων αποτελεί επίσης καθοριστικό παράγοντα για την ενίσχυση της διακυβέρνησης και του εσωτερικού ελέγχου. Η έλλειψη διαλειτουργικών συστημάτων, η παλαιότητα του εξοπλισμού και η ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην εφαρμογή ενός αποτελεσματικού ελεγκτικού πλαισίου. Οι τεχνολογικές επενδύσεις και η εκπαίδευση του προσωπικού προκύπτουν ως αναγκαίες προϋποθέσεις για την επίτευξη καλύτερης διαχείρισης και ελέγχου των μονάδων υγείας.

Εν κατακλείδι, η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι η ύπαρξη ενός ισχυρού συστήματος εσωτερικού ελέγχου στις μονάδες υγείας είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, τη βέλτιστη χρήση των πόρων και την ενίσχυση της

εμπιστοσύνης του κοινού προς το υγειονομικό σύστημα. Η διοίκηση των νοσοκομείων οφείλει να δώσει έμφαση στην ανάπτυξη και διαρκή αναβάθμιση των ελεγκτικών μηχανισμών, καθώς και στην καλλιέργεια μιας κουλτούρας διαφάνειας και λογοδοσίας. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα καταστεί δυνατή η βιώσιμη και αποτελεσματική λειτουργία των υγειονομικών μονάδων στο σύγχρονο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

Δερβένης, Χ., Βογιατζής, Γ., (2016), «Οι μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται για ένα βιώσιμο και αποδοτικό σύστημα υγείας», <http://ekyklos.gr/sb/107-gia-ena-viosimo-kai-apodotiko-systima-ygeias.html>

Aggelidis, V., and Chatzoglou, P., (2008), “Methods for evaluating hospital information systems: a literature review”, EuroMed Journal of business, 3 (1), pp. 99-118

Braithwaite, J., Coiera, E., (2010), Beyond patient safety, Flatland. J R. Soc. Med., 103, pp. 219-25.

Brickley, J., Van Horn, L. and Wedig, G. (2003), “Board structure and executive compensation in non-profit organizations: evidence from hospitals”, paper presented at Organizational Economics of Health Care Conference, Simon Graduate School of Business Administration Rochester, NY.

Brown, A., Santilli, M., & Scott, B. (2015, Oct 13). The internal audit of clinical areas: a pilot of the internal audit methodology in a health service emergency department. International Journal for Quality in Health Care Advance Access, pp. 1-3.

Cadbury, A. (2000), “The corporate governance agenda”, Corporate Governance, Vol. 8 No. 1, pp. 7-15.

Control Objectives for Information and Related Technology. Management Guidelines (COBIT). [Internet]. [ISACA], 2001. Available at: www.itgi.org and www.isaca.org.pl

Dixon, N., (2013), Proposed Standards for the design and conduct of a national clinical audit or quality improvement study, Int. J. Qual. Healthcare, 25, pp. 357-65.

Duckett, S.J. (2007), “A new approach to clinical governance in Queensland”, Australian Health Review, Vol. 31, pp. S16-S19.

Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C. and Vleugels, A. (2004), “From corporate governance to hospital governance: authority, transparency and accountability of

Belgian non-profit hospitals' board and management'', Health Policy, Vol. 68, pp. 1-15.

Farinha, J. (2003), "Corporate governance: a survey of literature'', working paper, Research Center on Industrial Labor and Managerial Economics, University of Porto, Porto.

Garvey, G. and Swan, P. (1992), "The interaction between financial and employment contracts: a model of Japanese corporate governance'', Journal of the Japanese and International Economics, Vol. 6, pp.247-74.

Hutchinson, A.M., Johnstone, M.J., Clarke, B., (2012), Literature review: application of the International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing in the Clinical Setting in Healthcare. Melbourne, Victoria, Deakin University, School of Nursing and Midwifery.

INCITE Information, (2012), Clinical Internal Audit Framework. Melbourne: II.

Jamali, D. (2008), "A stakeholder approach to corporate social responsibility: fresh insights into theory vs practice'', Journal of Business Ethics, Vol. 82, pp. 213-31.

Jamali, D., Hallal, M. and Abdallah, H., (2009), Corporate governance and corporate social responsibility: evidence from the healthcare sector Corporate Governance: An International Review, Vol. 10 No. 5, pp. 590-602.

Jamali, D., Safieddine, A. and Rabbath, M. (2008), "Corporate governance and corporate social responsibility: synergies and inter-relationships'', Corporate Governance: An International Review, Vol. 16 No. 5, pp. 443-59.

Larson, L. (2005), "Who does it better? The corporate versus the non-profit governance model'', Trustee, May, pp. 12-16.

Mersel, E.P., Mor – Yosef, S., Shapira, S.C., (2005), Internal and external auditing in health systems, an integrative approach, Health Care Manage Review, 30, pp. 168-73.

Meyers, S. (2008), "Cultivating trust: the board medical staff relationship'', Trustee, December, pp. 8-12.

Nam, S. and Nam, I. (2004), “Corporate governance in Asia: recent evidence from Indonesia, Republic of Korea, Malaysia, and Thailand”, Asian Development Bank Institute Report, Tokyo, pp. 67-8.

Page, J. (2005), “Corporate governance and value creation”, Research Foundation of CFA Institute, University of Sherbrooke, Quebec.

Scot, K. M., (2013) “Data Analytics in Healthcare Internal Audit: A New Level of Value Guidance for Healthcare Internal Auditors” CHAN Healthcare, <https://ahia.org/assets/Uploads/pdfUpload/WhitePapers/DataAnalyticsInHealthcareInternalAuditANewLevelOfValue.pdf>

The International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing. The Institute of Internal Auditors, Florida 2001.

Wagner, C., Groene, O., Thompson, C., (2014), Development and validation of an index to access hospital quality management systems, Int J. Qual. Healthcare, 26, 1, pp. 116-26

Weil, T.P. (2003), “Governance in a period of strategic change in US healthcare”, International Journal of Health Planning and Management, Vol. 18, pp. 247-65.

Wilson, R. (2002), “Leadership and governance: what’s Enron got to do with it?”, Trustee, available at: www.hospitalconnect.com/jsp (accessed June 2, 2019).