



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Θέμα Μεταπτυχιακής Διατριβής:

**«Χρηματοοικονομική Διαχείριση και Ποιότητα Μονάδων και
Υπηρεσιών Υγείας»**

Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας: Δήμητρα Μπαλάσκα

Επιβλέπων καθηγητής: Ευστράτιος Λιβάνης

ΑΘΗΝΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ, 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανεπάρκεια στο δημόσιο τομέα είναι καθοριστικός παράγοντας προκειμένου να διαμορφωθεί η ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών. Οι πολίτες που δεν είναι ευχαριστημένοι από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα λόγω της ελλιπούς υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ξεχωριστή περίπτωση υπηρεσιών, οι οποίες έχουν ως επίκεντρο την επάρκεια των εγκαταστάσεων, των υλικών και του προσωπικού, την παροχή φροντίδας και τους τρόπους βελτίωσης της αποδοτικότητάς της, αλλά και τα αποτελέσματα για το χρήστη, στα οποία συμπεριλαμβάνεται η ικανοποίησή του, οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, η ενημέρωσή του και οι δείκτες θνησιμότητας. Κατά συνέπεια, η ποιοτική ιατρική φροντίδα δεν έχει σχέση με τη συχνότητα με την οποία «αγοράζεται» η υπηρεσία υγείας, αλλά με στοιχεία τα οποία έχουν ως σκοπό τη μοναδικότητα στην παροχή της.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας περιγράφεται εν συντομία ο κλάδος της υγείας, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητές του και πραγματοποιείται αναφορά στη ζήτηση και στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας, αλλά και στους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατό να βελτιωθεί. Επίσης, περιγράφεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες και δίνεται έμφαση στη μέτρηση της ικανοποίησής τους, αλλά και στα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από αυτήν.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται το ελληνικό σύστημα υγείας, πραγματοποιείται αναφορά στο δημόσιο, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα του κλάδου και περιγράφεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια και η σημασία της χρηματοοικονομικής διαχείρισης καθώς και ο ρόλος της ανάλυσης αριθμοδεικτών. Επίσης προσεγγίζονται

θεωρητικά κάποιες από τις σημαντικότερες κατηγορίες αριθμοδεικτών, όπως είναι για παράδειγμα οι αριθμοδείκτες ρευστότητας, αποδοτικότητας, διάρθρωσης κεφαλαίου και δραστηριότητας.

Στον πέμπτο κεφάλαιο της διπλωματικής αυτής εργασίας, γίνεται, αρχικά, μια σύντομη περιγραφή τριών από τους σημαντικότερους ομίλους ιατρικών υπηρεσιών στον κλάδο της υγείας, του ομίλου Euromedica, του Ιασώ και του Ιατρικού Αθηνών. Στη συνέχεια, ακολουθεί πρακτική εφαρμογή των αριθμοδεικτών, αναλύοντας κάποιους από αυτούς που παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην πορεία, στη βιωσιμότητα, στην αποδοτικότητα των Ιδίων Κεφαλαίων των ομίλων, στη ρευστότητά τους, στην κάλυψη απαιτήσεων και υποχρεώσεών τους, αλλά και στη δανειοληπτική τους ικανότητα .

ABSTRACT

The failure in the public sector is a key factor in order to establish the demand for private health services. Citizens who are not happy with National Health System (Greek NHS) are turning to the private sector because of inadequate health care.

It is a fact that health services are a special case of services, which are focused not only on the adequacy of facilities, equipment and staff, care and ways to improve its efficiency, but also on the results for the user, including the satisfaction, change in health status, updating and mortality rates. Consequently, the quality of medical care is not related to the frequency with which is purchased the health service, but with elements that is designed to provide.

In the first chapter of this thesis is described briefly the healthcare industry, are illustrated the characteristics and peculiarities of it and is made a reference to the demand and supply of health services.

In the second chapter are referred the concept of quality of health services, the factors that determine the quality of health, and also the ways in which it may be improved. It is also described the concept of patient satisfaction from medical services, with emphasis on the measurement of satisfaction and the resulting benefits.

The third chapter describes the Greek health system, makes a reference to the public and the private sector of health industry and describes the quality of health services in European countries.

The fourth chapter analyzes the meaning and importance of financial management and the role of analysis ratios. Moreover, theoretically are approached some of the major categories of ratios, for example, the liquidity ratios, capital structure and activity ratios.

In the last chapter of this thesis, is firstly made, a brief description of three major private groups of medical services in Greek healthcare industry; Euromedica, Iaso and

Athens Medical Group. Then , follows the practice of ratios, by analyzing some of those who play the most important role in the process, sustainability, efficiency in equity, in liquidity, in coverage requirements and obligations, and also in their borrowing capacity.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.1.Ο τομέας της υγείας.....	12
1.2.Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας.....	14
1.3.Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες του κλάδου υγείας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	18
2.1. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	18
2.2. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα της υγείας.....	20
2.3. Τρόποι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	21
2.4. Ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας.....	24
2.5. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τα οφέλη της.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ & ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	
3.1. Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	31
3.2. Ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας στον κλάδο της υγείας.....	35
3.3. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ & Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ.....	43
4.1. Η έννοια και η σημασία της χρηματοοικονομικής διαχείρισης	43
4.2. Ο ρόλος της ανάλυσης των αριθμοδεικτών.....	45
4.3. Οι σημαντικότεροι αριθμοδείκτες.....	46

4.3.1. Αριθμοδείκτες ρευστότητας.....	46
4.3.2. Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας.....	48
4.3.3. Αριθμοδείκτες διάρθρωσης κεφαλαίων.....	50
4.3.4. Αριθμοδείκτες δραστηριότητας.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ	
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	55
5.1. Περιγραφή ομίλου Euromedica.....	55
5.2. Περιγραφή ομίλου ΙΑΣΩ.....	58
5.3. Περιγραφή ομίλου Ιατρικό Αθηνών.....	59
5.4. Χρηματοοικονομική ανάλυση των παραπάνω ομίλων υγείας.....	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή τα συστήματα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο πρέπει να αντεπεξέλθουν στην απαίτηση για ισάξια παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, να αντιμετωπίσουν το κόστος που αυξάνεται συνεχώς , να προσπαθήσουν να εισάγουν καινοτομίες και να εφαρμόσουν όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται τις τεχνικές της νέας τεχνολογίας.¹

Τα στοιχεία της Κοινωνικής Ασφάλισης αποδεικνύουν ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία στον ελλαδικό χώρο εμφανίζει λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας συγκριτικά με τα ιδιωτικά. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία επηρεάζουν αρνητικά τόσο την ποιότητα όσο και το κόστος των νοσηλείων, όμως αυτό δε συνεπάγεται ότι η ποιότητα παροχής φροντίδας στα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία δεν υστερεί καθόλου.²

Οι στρατηγικές που ακολουθούν πολλές χώρες της Ευρώπης σχετίζονται με τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων, στοχεύοντας στη μείωση του κόστους και στην αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας. Παρόλο που σε σύντομο χρονικό διάστημα φαίνεται να εξοικονομούνται υλικοί, ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι και να παρουσιάζεται καλύτερευση στη διαχείρισή τους, τα αποτελέσματα που συνεπάγονται οι συγχωνεύσεις όσον αφορά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των μονάδων υγείας αμφισβητούνται.³

Καθώς εξελίσσεται η τεχνολογία κρίνεται όλο και πιο αναγκαία η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της παροχής φροντίδας υγείας καθώς και η βελτίωση της οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά και αποδεκτά μέτρα της αποτελεσματικότητας φροντίδας υγείας από το ευρύτερο κοινό. Η ικανοποίηση όσων νοσηλεύονται στις μονάδες υγείας είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών

¹ Σιγάλας Ι. (1999)

² Kondilis et al. (2011)

³ Τσαβαλιάς κ.ά. (2012)

που προσφέρουν τα νοσοκομεία.⁴

Οι ασθενείς σήμερα παρ' όλο που δέχονται όλο και πιο πολύπλοκες θεραπείες από τους επαγγελματίες υγείας, εξακολουθούν να αισθάνονται ότι δεν έχουν την απαραίτητη φροντίδα. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η συνεχής μέτρηση των επιδράσεων κάθε μεταβολής στην καθημερινότητα των ασθενών. Την καλύτερη βεβαίως απάντηση μπορεί να δώσει ο ίδιος ο ασθενής, αφού μόνο αυτός έχει τη δυνατότητα να απαντήσει ακριβέστερα και λεπτομερέστερα. Εάν ο ασθενής δε συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που συνδέονται άμεσα με την υγεία του είναι λογικό να μη μείνει ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που δέχεται κατά τη νοσηλεία του.⁵ Άλλωστε οι ασθενείς είναι αυτοί που ανακαλύπτουν τα προβλήματα που υπάρχουν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Τα προβλήματα που μπορεί να βλάψουν τους ίδιους τους ασθενείς ή ακόμα και τη διοίκηση των μονάδων υγείας αντιμετωπίζονται επιτυχώς μόνο μέσα από την ερευνητική συλλογή σχολίων και την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών.⁶

Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα φαίνεται να έχει επηρεάσει αρνητικά το σύστημα υγείας και επέφερε σημαντική πτώση στην ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες των νοσοκομειακών μονάδων. Οι συγχωνεύσεις των δημόσιων νοσοκομείων της χώρα μας, η μείωση της αναλογίας νοσηλευτών / ασθενών καθώς και η μείωση των μισθών ωθούν τους επαγγελματίες υγείας να δουλεύουν περισσότερο για λιγότερα χρήματα, ενώ παράλληλα οι εισαγωγές ασθενών αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς στα δημόσια νοσοκομεία. Συνέπεια των αλλαγών αυτών είναι η μείωση της ικανοποίησης και της εμπιστοσύνης των ασθενών απέναντι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.⁷ Όμως πρέπει να σημειωθεί ότι ο χρόνος και η εξοικείωση με το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι δυνατό να συντελέσει στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών του.

⁴ Παπανικολάκου Β. (2007)

⁵ Backhouse S., Brown Y. (2000)

⁶ Παπανικολάου Β. (2007)

⁷ Kalafati M. (2012)

Επομένως, η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς είναι αν όχι το πιο χρήσιμο, ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία που βοηθά στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, στην αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην παρέμβαση για την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό επίπεδο, στη λήψη αποφάσεων, στη σωστή διοίκηση και στην ανάπτυξη της ηθικής και του επαγγελματισμού του προσωπικού.⁸

Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι οι χρηματοοικονομικές επιδόσεις των μονάδων υγείας στη χώρα δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικές σε συνδυασμό με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ υποχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και προσφέρουν χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι χρήστες των υπηρεσιών και να καταφεύγουν τελικά στον ιδιωτικό τομέα επιβαρύνοντας την οικονομική κατάσταση των ασθενών και των οικογενειών τους.⁹

Η διερεύνηση του οικονομικού περιβάλλοντος στο οποίο ασκούν τη δραστηριότητά τους οι μονάδες υγείας, σε εγχώριο και ευρωπαϊκό επίπεδο, είναι πολύ σημαντική και συνδέεται με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς. Η χρηματοοικονομική διαχείριση των μονάδων υγείας αποτελεί λοιπόν ένα αξιόπιστο εργαλείο για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα που αφορούν τη φερεγγυότητα και τη δυναμική τους. Μελετάει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, όπως είναι η αξιολόγηση και η επιλογή των επενδύσεων, η επιλογή των πηγών χρηματοδότησης καθώς και η διαχείριση των οικονομικών κινδύνων. Η σύνδεση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρονται από τις νοσοκομειακές μονάδες και η χρηματοοικονομική τους διαχείριση εξετάζονται με την ανάλυση του κόστους λειτουργίας των μονάδων υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

Το κόστος των μονάδων υγείας σε εγχώριο, αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η

⁸ Μερκούρης κ.ά. (2001)

⁹ Οικονόμου κ.ά. (2007)

διερεύνηση της χρηματοοικονομικής επίδοσης των μονάδων υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι σημαντικά ζητήματα και καθιστούν σημαντική και ενδιαφέρουσα τη μελέτη τους μέσα από την ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία και πιθανότατα οδηγούν σε χρήσιμα συμπεράσματα και λύσεις προς όφελος των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών, για τους οποίους δημιουργήθηκε το σύστημα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Ο τομέας της υγείας

Η υγεία αποτελεί το σύμπλοκο εκείνο παράγοντα που μετράει τόσο τη φυσική όσο και την ψυχολογική και την πνευματική κατάσταση ενός οργανισμού. Μάλιστα το 1946 διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), η έννοια του αγαθού υγείας που ορίζεται ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας κι όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Κατά συνέπεια, η έννοια της υγείας δε βρίσκει αντίκτυπο μόνο στην ιατρική, αλλά γενικότερα και σε άλλους τομείς όπως είναι παραδείγματος χάρι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.λπ.¹⁰

Είναι βέβαιο ότι ο τρόπος με τον οποίο ορίζονται η υγεία και η ασθένεια διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Ενδεχομένως, να διαφέρουν ανάλογα με τις ιδέες και τις πεποιθήσεις, την εκπαίδευση, τις θρησκευτικές αντιλήψεις, τις αντιλήψεις για το σώμα, τις πολιτισμικές διαφορές. Επιπλέον, υπάρχει πληθώρα παραγόντων που ασκεί επιρροή στην κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Τέτοιου είδους παράγοντες είναι οι δημογραφικοί, όπως το φύλο και η ηλικία, οι περιβαλλοντολογικοί όπως ο τρόπος διαβίωσης, η κατοικία, οι συνθήκες εργασίας και η ρύπανση του περιβάλλοντος, οι παράγοντες που συνδέονται με τις συνθήκες ζωής όπως η διατροφή, το κάπνισμα, η χρήση εθιστικών ουσιών και η συμπεριφορά, οι παράγοντες εκπαίδευσης παροχής φροντίδας στους πάσχοντες από κάποια ασθένεια και άλλοι που έχουν σχέση με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας.¹¹

Οι ανθρώπινες ανάγκες είναι απεριόριστες, αλλά τα μέσα, τα οποία απαιτούνται προκειμένου να ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες είναι περιορισμένα. Η επιβίωση είναι ίσως η σημαντικότερη ανάγκη του ανθρώπου. Ο άνθρωπος έρχεται στον κόσμο με κάποιο αρχικό «απόθεμα» υγείας, το οποίο σιγά σιγά μειώνεται και τελικά φθίνει γρηγορότερα λόγω της φυσικής γήρανσης. Επομένως, ο άνθρωπος καταβάλλει

¹⁰ Who, (1946), International Health Conference

¹¹ Χρυσοσπάθη Στ., Γκαράνη-Παπαδάου Τ., (2006)

προσπάθειες ώστε να διατηρήσει το αρχικό επίπεδο υγείας του σε ένα, αν όχι άριστο, ικανοποιητικό τουλάχιστον βαθμό καταφεύγοντας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.¹² Από τους βασικότερους στόχους των μονάδων υγείας είναι η διάγνωση και η θεραπεία των ασθενειών. Στο παρελθόν οι μάνατζερ των νοσοκομειακών μονάδων θεωρούσαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών ήταν αρκετή, όμως, στη σύγχρονη εποχή, η περίθαλψη δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπεία των ασθενών αλλά απαιτεί και ευγενική συμπεριφορά, κατανόηση και καλή επικοινωνία με τους ιατρούς.¹³

Η υγεία είναι θεμελιώδες αγαθό που διαφέρει ουσιαστικά από τα υπόλοιπα. Η υγειονομική περίθαλψη προσφέρεται από γιατρούς σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία με σύγχρονα ή μη μέσα, σε παγκόσμιο επίπεδο. Δύο από τα κύρια στοιχεία της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν η ασύμμετρη πληροφόρηση ανάμεσα στο γιατρό και στον ασθενή και η αβεβαιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Με την ασυμμετρία πληροφόρησης εννοούμε τη διαφορετική πληροφόρηση των δύο πλευρών: ιατρών και ασθενών. Το ιατρικό προσωπικό λαμβάνει αποφάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών οι οποίοι δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να δράσουν ως κυρίαρχοι ορθολογικοί καταναλωτές. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι δυνατό να ωθήσει στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.¹⁴ Το ιατρικό προσωπικό στις μονάδες υγείας έχει τη δυνατότητα να καθορίσει την ποσότητα αλλά και τις τιμές των υπηρεσιών υγείας που ζητούνται από τους ασθενείς. Επομένως, ο ιατρός ενθαρρύνει την παραγωγή ιατρικών υπηρεσιών επιδιώκοντας να αυξήσει το εισόδημά του. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται συνεχώς εντονότερο εξαιτίας της βελτίωσης της ιατρικής τεχνολογίας και των φαρμάκων, αλλά και των πρόσθετων γνώσεων που προκύπτουν από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης. Η περίθαλψη των ασθενών είναι αβέβαια όσον αφορά τη διάρκεια μιας ασθένειας, τη σοβαρότητά της και την εξέλιξή της. Συνεπώς, οι πάσχοντες δεν είναι πάντοτε σε θέση να γνωρίζουν το κόστος όταν πρόκειται να αντιμετωπίσουν ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας. Όμως προκειμένου να αντιμετωπιστεί η αβεβαιότητα της νοσοκομειακής

¹² Μανιαδάκης, Υφαντόπουλος Ι. (1996)

¹³ Sitzia J., Wood, N. (1997)

¹⁴ Υφαντόπουλος Ι. (2006)

περίθαλψης υπάρχει η κοινωνική ασφάλιση η οποία επιβαρύνεται κάποιο μέρος του συνολικού κόστους της νοσηλείας των ασφαλισμένων-ασθενών.¹⁵

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένα σύστημα υγείας πρέπει να χαρακτηρίζεται από κάποιες βασικές αρχές. Βασική αρχή αποτελεί η ισότητα μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών τάξεων που συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη, αλλά και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών.¹⁶ Η δεύτερη αρχή έχει να κάνει με την αποτελεσματικότητα, δηλαδή το βαθμό στον οποίο επιτυγχάνεται ο βασικός σκοπός ενός συστήματος υγείας που σχετίζεται με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Μάλιστα, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα μιας μονάδας υγείας γίνεται χρήση κάποιων δεικτών σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Τέτοιοι δείκτες είναι η γενική θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και η πρόιμη θνησιμότητα. Όμως, για τη συνολική βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού απαιτείται μεγάλη οικονομική δαπάνη η οποία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα για τον προϋπολογισμό αρκετών χωρών.¹⁷

Μία ακόμα βασική αρχή, η οποία θα πρέπει να χαρακτηρίζει τον τομέα της υγείας, είναι η αποδοτικότητα που αφορά τη σχέση μεταξύ εισροών / εκροών. Σε ένα σύστημα υγείας οι εισροές είναι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι υποδομές κτιρίων καθώς και ο ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός. Από την άλλη πλευρά, εκροές αποτελούν η βελτίωση της υγείας των ασθενών και ο αριθμός ημερών νοσηλείας τους. Η αποδοτικότητα στοχεύει λοιπόν στην ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των πολιτών που νοσηλεύονται, αλλά ολόκληρου του πληθυσμού.¹⁸

1.2. Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας

Παρόλο που η υγεία των ατόμων μπορεί να υποστεί φθορά με την πάροδο του χρόνου

¹⁵ Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. (1999)

¹⁶ WHO, (1946) International Health Conference

¹⁷ Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

¹⁸ Tountas Y., Garanis T., Dalla-Vorgia P. (1993)

αυτά επιθυμούν τη διατήρησή της ή ακόμα και τη βελτίωσή της. Σχετικά με το πόσο διατίθεται να πληρώσει κανείς για τις υπηρεσίες υγείας, η απάντηση είναι δύσκολη κι έχει να κάνει με τις επιλογές της κοινωνίας και τις προτεραιότητες που εξαρτώνται από την κατάσταση της εθνικής οικονομίας γενικά, αλλά και από την οικονομική δυνατότητα κάθε ατόμου.

Βασικό κριτήριο για τη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αποτελεί το εισόδημα που διαθέτουν οι πολίτες. Μετά τη διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση που ξέσπασε το 2007, η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται σε καλύτερο επίπεδο σε σύγκριση με τους άλλους κλάδους της οικονομίας. Ο συνδυασμός του δείκτη γήρανσης του πληθυσμού με το προσδόκιμο ζωής ευνοούν τον κλάδο υγείας. Αν και η χώρα μας κατέχει υψηλή θέση ανάμεσα στις χώρες του Ο.Α.Σ.Α. όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης και τη γενική θνησιμότητα, δεν έχει κατορθώσει να μειώσει τη γενική, αλλά και την ειδική θνησιμότητα με τον αντίστοιχο ρυθμό των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Ένας άλλος βασικός παράγοντας που επηρεάζει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας φαίνεται πως είναι οι νέες ασθένειες αφού η ύφεση στην ελληνική οικονομία έχει ασκήσει σημαντική επιρροή στην υγεία των πολιτών και η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται πλέον στις δυτικές κοινωνίες.¹⁹

Η ανεπάρκεια στο δημόσιο τομέα είναι καθοριστικός παράγοντας προκειμένου να διαμορφωθεί η ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες που δεν είναι ευχαριστημένοι από το Ε.Σ.Υ. στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα λόγω της ελλειπούς υγειονομικής περίθαλψης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι λίστες αναμονής, ο ελλιπής αριθμός διαθέσιμων κλινών, το ελλιπές νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και η παλαιότητα του ιατροτεχνικού εξοπλισμού.

Ο ορισμός της προσφοράς υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι προμηθευτές υγείας, όπως είναι λόγου χάρη τα νοσοκομεία, το ιατρικό προσωπικό και τα διαγνωστικά κέντρα. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας προέρχεται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ειδικότερα στον ιδιωτικό τομέα η προσφορά υπηρεσιών υγείας προέρχεται από ιδιωτικές κλινικές ή μαιευτήρια, διαγνωστικά κέντρα και ανεξάρτητα ιατρεία. Η προσφορά των

¹⁹ Kalafati M. (2012)

υπηρεσιών στον τομέα της υγείας επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τη βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού, τις γνώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και από τον αυξανόμενο αριθμό των επιχειρήσεων. Οι όμιλοι του «ΥΓΕΙΑ», του «ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ», της EUROMEDICA, της «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ» και του «ΙΑΣΩ» είναι οι ισχυρότεροι ιδιωτικοί όμιλοι του κλάδου υγείας στην Ελλάδα σήμερα.

1.3. Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες του κλάδου υγείας

Οι μονάδες υγείας που στοχεύουν στην παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας έχουν τεράστια κοινωνική ευθύνη. Τα τελευταία χρόνια για την ίδρυση και τη λειτουργία νέων μονάδων υγείας λαμβάνεται υπόψη ως βασικό κριτήριο η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια των ασθενών. Επομένως, εξαιτίας του υψηλού κόστους καθίσταται δύσκολη η είσοδος νέων μονάδων στο χώρο της υγείας και οι ήδη υπάρχουσες μπορούν να επωφεληθούν τα προσφερόμενα οφέλη.

Οικονομικοί λόγοι ωθούν τους ασθενείς στο δημόσιο τομέα του κράτους, ο οποίος πλέον έχει διευρυνθεί και μπορεί να εφαρμόσει κοινωνική πολιτική. Όμως, πολλές νοσοκομειακές μονάδες που ενδεχομένως έχουν έμπειρο ιατρικό προσωπικό δεν διαθέτουν εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας ή δε διοικούνται με σωστό τρόπο. Για το λόγο αυτό καταβάλλονται προσπάθειες προκειμένου να αναβαθμιστεί ο δημόσιος τομέας μέσω της λειτουργίας καινούργιων νοσοκομειακών μονάδων, του εξοπλισμού τους με νέα τεχνολογία για την πραγματοποίηση μαγνητικών, αξονικών και λοιπών εξετάσεων και της καλής συνεργασίας με τις ιδιωτικές κλινικές. Η προσπάθεια αναβάθμισης του δημόσιου τομέα όσον αφορά το ζήτημα της υγείας αποτελεί απειλή για τον ιδιωτικό τομέα.

Ο κλάδος της υγείας παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα στοιχεία, όπως είναι για παράδειγμα:²⁰

- Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας.

²⁰ Σούλης Σ. (1998)

- Η προσωπική φύση της παροχής υπηρεσιών, αφού κάθε ασθενής είναι μοναδικός, έχει διαφορετικές δυνατότητες θεραπείας και κατά συνέπεια του προσφέρονται διαφορετικές υπηρεσίες υγείας.
- Η αδυναμία κατανόησης της σοβαρότητας της κατάστασης από την πλευρά του ασθενούς λόγω της ψυχολογικής φόρτισής του.
- Η επιδίωξη των ασθενών να αποκομίσουν από τις μονάδες υγείας την κατανόηση, τη φροντίδα καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται.
- Οι υψηλού επιπέδου γνώσεις του ιατρικού προσωπικού και η ευγενική συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς.
- Η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας.
- Η πολύπλοκη δομή και οργάνωση των μονάδων υγείας καθιστά αναγκαία τη μείωση της γραφειοκρατίας όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Η αδυναμία να μετρηθεί με ακρίβεια η απόδοση των υπηρεσιών υγείας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας, αν και αυτό το χαρακτηριστικό έχει αρχίσει πλέον να τροποποιείται, διότι οι ίδιοι οι ασθενείς εκτιμούν την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της ποιότητας είναι αρκετά πιο σύνθετη και πολύπλοκη στο χώρο της υγείας συγκριτικά με τις βιομηχανικές επιχειρήσεις. Στις βιομηχανικές επιχειρήσεις η ποιότητα είναι ταυτόσημη με την τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος με βασικό σκοπό να μην υπάρχουν αποκλίσεις από τη διαδικασία και φυσικά από το τελικό αποτέλεσμα. Κάτι τέτοιο δε μπορεί να συμβεί στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης επειδή οι ασθενείς αφενός διαφέρουν μεταξύ τους και αφετέρου επηρεάζουν τις μεθόδους θεραπείας τους. Προσπάθειες για μηδενικό ελάττωμα ή καμία απόκλιση στο χώρο της υγείας σημαίνουν βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» και ενθάρρυνση της «καλής» πρακτικής.²¹

Κατά συνέπεια γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και εμπεριέχει εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος, οπότε είναι λογικό να μην έχει διατυπωθεί ακόμα ένας σαφής και ακριβής ορισμός γι' αυτήν.²² Οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί εξαρτώνται από τα άτομα που τους επεξηγούν κάθε φορά.

Ο Donabedian ήταν ο πρώτος που εστίασε σε θέματα βελτίωσης στην ποιότητα υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, ποιότητα είναι το είδος φροντίδας που αναμένεται να μεγιστοποιήσει το όφελος του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τις ωφέλειες, αλλά και τις απώλειες που περιέχει η διαδικασία της περίθαλψης. Σύμφωνα με τον Donabedian, η παροχή των υπηρεσιών υγείας έχει τρεις διαστάσεις.²³

²¹ Τούντας Γ. (2003)

²² Ραφτόπουλος Β., Οικονοπούλου Χ., (2003)

²³ Donabedian A. (1980)

α/ Το διαπροσωπικό μέρος που αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από το ιατρικό προσωπικό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, σχετίζεται με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντί του, η οποία προσδιορίζεται από την επαγγελματική δεοντολογία, τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας και από αυτό που προσδοκά ο ασθενής.

β/ Το τεχνικό μέρος, το οποίο αναφέρεται στη εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.

γ/ Τις υποδομές που έχουν σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, αλλά και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες προσφέρεται η φροντίδα και η άνεση στις υπηρεσίες υγείας.

Λίγα χρόνια αργότερα, το 1988, υποστήριξε ότι η περίθαλψη αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό κομμάτι, αλλά γενικότερα και μάλιστα περιλαμβάνει και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Μετά από δύο χρόνια, το 1990, με το άρθρο του “The Seven Pillars of Quality” τόνισε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που συντελούν ώστε να δοθεί ένας πιο σαφής ορισμός για την ποιότητα που χαρακτηρίζεται από:

- την κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)
- την αποτελεσματικότητα (effectiveness)
- την αποδοτικότητα (efficiency)
- τη βελτιστοποίηση (optimality)
- την αποδεκτικότητα (acceptability)
- τη νομιμότητα (legitimacy)
- και τη δίκαιη κατανομή των ωφελειών (equity)

Ο Nelson, το 1996, όρισε την ποιότητα στις μονάδες υγείας ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος λόγω της καλής επαγγελματικής γνώσης.²⁴ Η American Medical Association θεώρησε, το 1990, ότι η παρεχόμενη φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η

²⁴ Nelson A. (1996)

ιατρική φροντίδα που συντελεί συνεχώς στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας. Την ιατρική φροντίδα χαρακτηρίζουν η έγκαιρη παρέμβαση και η πρόληψη των ασθενειών, η ενημέρωση των ασθενών και η αποτελεσματική χρήση των πόρων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που είναι ικανές να διασφαλίσουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας, στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης που στοχεύει στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή. Βάσει των παραπάνω ορισμών γίνεται κατανοητό ότι η ποιότητα στην υγεία είναι ταυτόσημη με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή απαραίτητων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο των ωφελειών και του κόστους που προκύπτουν από αυτές.²⁵

Συμπερασματικά, οι υπηρεσίες υγείας είναι μια ξεχωριστή περίπτωση υπηρεσιών, που έχουν ως επίκεντρο την επάρκεια των εγκαταστάσεων, των υλικών και του προσωπικού, την παροχή φροντίδας και τους τρόπους βελτίωσης της αποδοτικότητας της, αλλά και τα αποτελέσματα για το χρήστη, στα οποία συμπεριλαμβάνονται η ικανοποίησή του, οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, η ενημέρωσή του και οι δείκτες θνησιμότητας. Κατά συνέπεια, η ποιοτική ιατρική φροντίδα δεν έχει σχέση με τη συχνότητα με την οποία «αγοράζεται» η υπηρεσία υγείας, αλλά με στοιχεία, τα οποία έχουν σκοπό τη μοναδικότητα στην παροχή της.²⁶

2.2. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση κάποια κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την ευκολία πρόσβασης σε αυτήν, αλλά και την υποστήριξη που παρέχεται μετά τη διάθεσή της. Η μελέτη για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τα νοσοκομεία. Εκτός από τα παραπάνω κριτήρια υπάρχουν και άλλοι

²⁵ Τούντας Γ. (2008)

²⁶ Παπανικολάου Β. (2007)

παράγοντες, οι οποίοι την επηρεάζουν, οι βασικότεροι εκ των οποίων είναι οι εξής:²⁷

- Η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς η οποία πρέπει να διακατέχεται από ευγένεια, φιλικότητα και σεβασμό προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Η ταχύτητα στην επίλυση των προβλημάτων υγείας.
- Η επάρκεια του προσωπικού η οποία εξαρτάται από την ετοιμότητα στην οποία βρίσκεται και από την ταχύτητα που αυτό λαμβάνει δράση.
- Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και η επαγγελματική δεοντολογία των μονάδων που προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς. Εάν το ιατρικό προσωπικό διαθέτει επαρκείς και υψηλού επιπέδου γνώσεις τότε επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η ασθένεια.
- Η συνεχής εκπαίδευση νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού που συνδέεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Η σωστή επιλογή θεραπευτικής αγωγής.
- Η υποστήριξη και μετά από την παροχή των υπηρεσιών που αρχίζει με την παροχή αναλυτικών οδηγιών από τους ιατρούς και τελειώνει με τον επανέλεγχο των ασθενών.
- Η επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο σωστός σχεδιασμός των εγκαταστάσεων των νοσοκομείων και των κλινικών έτσι ώστε να διευκολύνεται η μετακίνηση των ασθενών και η μεταφορά υλικών.
- Η χρήση νέου τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Η αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών και η καλή λειτουργία των μονάδων υγείας.
- Η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τέλος,
- η διασφάλιση της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

2.3. Τρόποι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

²⁷ Αδαμαντίδου Τ. (2004)

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι ευθύνη όλων. Έχει ως αντικείμενο τη μελέτη των διεργασιών παραγωγής και την αποφυγή τυχόν αποκλίσεων καθώς και την εύρεση καλύτερων δυνατοτήτων για την κάλυψη των προδιαγραφών των ασθενών και του προσωπικού που απασχολείται στα νοσοκομεία. Γενικότερα, στηρίζεται στην άποψη ότι πολλές λειτουργίες και ιεραρχικά επίπεδα θα πρέπει να συμμετέχουν τόσο στην ανάλυση των προβλημάτων όσο και στην επίλυσή τους.

Η βελτίωση της ποιότητας σε έναν οργανισμό είναι θέμα τόσο συλλογικής όσο και ατομικής προσπάθειας. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας προέρχεται από την πεποίθηση ότι ενδεχόμενα λάθη μπορούν να αποφευχθούν ή και να μηδενιστούν ενώ παίζει θετικό ρόλο στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, διότι έτσι εξελίσσεται η παραγωγή, οι λειτουργίες της επιχείρησης, οι ικανότητες και οι δεξιότητες των απασχολούμενων σε αυτές καθώς και ο τεχνολογικός εξοπλισμός τους.²⁸

Η βάση της βελτίωσης της ποιότητας σύμφωνα με τον Gilbert είναι η πρόληψη των ίδιων λαθών, η πρόληψη της διάδοσης των λαθών στα επόμενα στάδια της παροχής της υπηρεσίας υγείας και η διακοπή της μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος που έχει γίνει. Κύρια στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας και τη λήψη των κατάλληλων μέτρων είναι η λεπτομερής και συστηματική καταγραφή και ανάλυση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων τους, οι δεσμεύσεις του προσωπικού και η υποστήριξη της διοίκησης του οργανισμού.²⁹

Κατά κύριο λόγο η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει τους ασθενείς που «καταναλώνουν» τις υπηρεσίες αυτές. Επιπλέον, η ποιότητα ενδιαφέρει και αυτούς που «παράγουν» υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή τους επαγγελματίες υγείας, τους διοικητικούς, αυτούς που επιβαρύνονται με το κόστος των υπηρεσιών (κράτος και ασφαλιστικοί φορείς) και την κοινωνία εν γένει. Τα οφέλη που προκύπτουν από την ολοένα και καλύτερη ποιότητα μπορεί να είναι είτε υγειονομικά, είτε κοινωνικά ή

²⁸ Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. (1999)

²⁹ Gilbert F., Lumpkin J., Dant R. (1992)

ακόμα και οικονομικά.

Τα οφέλη για τον ασθενή διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Πρώτον τα υγειονομικά οφέλη έχουν σχέση με τη γρήγορη διάγνωση της νόσου και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, ανάλογα με την ευαισθησία της νόσου και κατά συνέπεια την αποφυγή μιας λανθασμένης ή ακόμα και καθυστερημένης θεραπευτικής αγωγής. Η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας θα συντελέσει και στην ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της, άρα, το κόστος θα είναι πολύ μικρότερο. Δεύτερον τα ψυχολογικά οφέλη σχετίζονται με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Εάν η ψυχολογία του είναι καλή επηρεάζεται με θετικό τρόπο και η έκβαση της θεραπείας του καθώς και η ταχύτητα αντιμετώπισης του προβλήματος της υγείας του. Στην καλή ψυχολογία του ασθενούς συμβάλλουν οι καλές συνθήκες διαμονής στο νοσοκομείο και η ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής σε αυτό.³⁰

Τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικοί υπάλληλοι κ.ά.) είναι ο σεβασμός κι η εκτίμηση που εισπράττουν από την πλευρά των ασθενών και των συνοδών τους, η ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους και η απαλλαγή από το καθημερινό άγχος.

Τα οφέλη για τις μονάδες υγείας είναι περισσότερο οικονομικά. Σε αυτά συγκαταλέγονται η μείωση του λειτουργικού κόστους που απορρέει από την ταχεία παρέμβαση στην ασθένεια του πάσχοντα γεγονός που συντελεί σημαντικά στην εξοικονόμηση σημαντικών χρηματικών πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη άλλων αναγκών των οργανισμών αυτών. Το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας καρπώνονται και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, διότι έτσι επιτυγχάνεται η μείωση του ύψους των δαπανών υγείας, δηλαδή του χρηματικού ποσού που καταβάλλεται για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.³¹

Τέλος οφέλη προκύπτουν και για το κράτος αλλά και για το κοινωνικό σύνολο, καθώς αυξάνεται σημαντικά η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του

³⁰ Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. (1995)

³¹ Donabedian A. (1996)

υγειονομικού συστήματος με αποτέλεσμα να μειώνεται ο χρόνος αναμονής των ασθενών και να βελτιστοποιείται ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών. Γενικότερα, βελτιώνεται η εικόνα του κράτους και αυξάνεται η εμπιστοσύνη των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

2.4. Ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς και πιο έγκυρους δείκτες προκειμένου να αξιολογηθεί και να καθοριστεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση του ασθενή είναι ουσιαστικά η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει και συνδέεται με τις προσδοκίες και τις αξίες του.³²

Σύμφωνα με το Risser, ικανοποίηση του ασθενή είναι η σύγκλιση ανάμεσα στην προσδοκία του να έχει την ιδανική φροντίδα και στην αντίληψή του για το επίπεδο της φροντίδας που απολαμβάνει. Η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών όσων απολαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Για το λόγο αυτό αποτελεί σημαντική παράμετρο η εκτίμηση της διαφοράς του βαθμού ικανοποίησης από τις προσδοκίες.³³

Επομένως, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να αναφέρεται στην προσωπική του εκτίμηση για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε αυτόν, για τους επαγγελματίες υγείας καθώς και για τον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται οι υπηρεσίες αυτές. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο να γνωρίζουν ιατροί και νοσηλευτές τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών. Εάν υπάρχουν οι απαραίτητες πληροφορίες οι οργανισμοί που προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να προσαρμοστούν, αλλά και να προχωρήσουν σε αναδιοργάνωση των υπηρεσιών τους έτσι ώστε να ικανοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερο οι προσδοκίες των ασθενών.³⁴

³² Johansson P. et al. (2002)

³³ Risser H. (1975)

³⁴ Sansgiriy S. (2005)

Σύμφωνα με παλαιότερη αναφορά των Bond και Thoma³⁵, για να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τόνισαν ότι οι ασθενείς ικανοποιούνται με την εκπλήρωση των εσωτερικών αναγκών τους, όπως είναι λόγου χάρι η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ νιώθουν δυσαρεστημένοι από την ακαταλληλότητα των περιβαλλοντολογικών παραγόντων και συνθηκών.

Πολλές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για την απόσπαση απαντήσεων από άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια σχετικά με αυτά που προσδοκούν από τη θεραπευτική αγωγή που τους παρέχεται. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατό να δημιουργηθεί μια βασική συνεργασία ανάμεσα σε αυτούς και τους επαγγελματίες υγείας η οποία θα αποτελέσει το βασικό κίνητρο για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Είναι άλλωστε λογικό οι ικανοποιημένοι ασθενείς να συνεργάζονται ευκολότερα, να έχουν ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία τους και να εξακολουθούν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.³⁶

Οι παράγοντες, οι οποίοι ασκούν σημαντική θετική ή αρνητική επιρροή στην ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται πως είναι το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό τους επίπεδο, η ικανότητα συνεννόησης, οι πολιτιστικές αξίες τους καθώς και η κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση. Όμως, σύμφωνα με την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, οι υπό εξέταση παράγοντες για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι οι εξής:³⁷

Η ασθένεια

Οι ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από σοβαρότερες ασθένειες είναι πεισμένοι ψυχολογικά και φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Παρ' όλα αυτά δεν είναι ξεκάθαρο αν η δυσαρέσκειά τους οφείλεται στη φύση της ασθένειας, στον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας ή

³⁵ Bond S., Thomas L. (1992)

³⁶ Asa di-Lari M. et al. (2004)

³⁷ Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003)

σε άλλους παράγοντες.³⁸

Οι προσδοκίες των χρηστών

Αυτά που προσδοκούν οι ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας παίζουν καθοριστικό ρόλο ώστε να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη.

Το φύλο

Σχετικά με αυτόν τον παράγοντα δεν είναι πλήρως ξεκάθαρο αν ασκεί επιρροή άμεσα ή έμμεσα στην ικανοποίηση του πάσχοντα. Κάποιες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το γυναικείο φύλο επισκέπτεται πιο συχνά τους ιατρούς, νοσηλεύεται πιο εύκολα και εκφράζει υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τους άνδρες.³⁹

Η ηλικία

Στις περισσότερες έρευνες τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τα νεαρότερα άτομα. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι προσδοκούν λιγότερα επειδή έχουν μεγάλη εμπειρία ή ανέχονται πιο εύκολα τη δυσαρέσκειά τους, διότι εξαρτώνται από τον ιατρό σε χρόνια βάση.⁴⁰

Η προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης

Ο βαθμός στον οποίο ικανοποιούνται οι ασθενείς συνδέεται με το κατά πόσο ικανοποιούνται οι επιθυμίες και οι προσδοκίες τους, αλλά σχετίζεται και με τις εμπειρίες που έχουν από την παροχή υπηρεσιών παλαιότερα.⁴¹

Οι σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς

Η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές θεωρείται ένα από τα πιο βασικά στοιχεία για την ικανοποίηση των ασθενών. Η αποτελεσματική

³⁸ Hall J., Milburn M. (1998)

³⁹ Pappa E., Niakas D. (2006)

⁴⁰ Papanikolaou V., Ntani Sp. (2008)

⁴¹ Crow R., Storey L., Page H. (2003)

επικοινωνία από την πλευρά του ιατρού παίζει σημαντικό ρόλο και αναφέρεται στην προσέγγιση του πάσχοντα με την ξεκάθαρη χρήση της ιατρικής ορολογίας. Επίσης, όταν το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διαθέσιμο να αντιμετωπίσει άμεσα τις ανάγκες των ασθενών για φροντίδα, πληροφόρηση κ.λπ. αυξάνει την ικανοποίησή τους.

Τα χαρακτηριστικά οργάνωσης και λειτουργίας του οργανισμού

Για την ικανοποίηση των ασθενών πάρα πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιότητα των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η άνετη διαμονή του και η διαδικασία αναχώρησής του από αυτό.⁴²

2.5. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τα οφέλη της

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια στον τομέα της υγείας έχοντας ως στόχο την αξιολόγηση των προγραμμάτων και των συστημάτων υγείας και την ανάδειξη των σημείων που χρήζουν βελτίωσης. Είναι βεβαίως πολύ πιθανό να υπάρχουν και άτομα που να μην επιθυμούν την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών του οργανισμού.

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς λοιπόν αποτελεί, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, έναν αξιόπιστο δείκτη για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Donadedian⁴³, ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια για τη διαπίστευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς. Για να αποτιμηθεί η ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητο να ενημερωθεί ο πάσχων για το πρόβλημα της υγείας του, να ληφθεί υπ' όψιν ο χρόνος αναμονής του καθώς και η ποιότητα, αλλά και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού που χρησιμοποιείθηκε για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειάς του.

⁴² Scotto et al. (2009)

⁴³ Donabedian A. (1997)

Ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται περισσότερο από τρεις παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με τις προσδοκίες των ασθενών, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και τον τρόπο που ασκούν επιρροή στην παροχή φροντίδας υγείας οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά μεταξύ των προσδοκιών του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας και των πραγματικών υπηρεσιών που λαμβάνει και μπορεί να επηρεαστεί από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία.⁴⁴

Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, αυτοί επιδρούν στο χρήστη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al,⁴⁵ μεγάλο ποσοστό ασθενών συνηθίζει να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ αντίθετα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών παρά το γεγονός ότι θα έπρεπε να έχει καθιερωθεί σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες σε παγκόσμιο επίπεδο, παραβλέπεται σε μεγάλο βαθμό από την πρακτική των ελληνικών οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ατόμων τα οποία λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι έρευνες όμως που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους μπορούν να ωφελήσουν και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Μέσω των ερευνών αυτών επιτυγχάνεται η βελτίωση της φροντίδας υγείας που παρέχεται στους πάσχοντες από κάποια ασθένεια και πραγματοποιείται πιο αποτελεσματική διαχείριση των δαπανών για την υγεία. Όμως, υπάρχουν και ορισμένες φορές που η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται ότι δε

⁴⁴ Khayat K., Salter B. (1994)

⁴⁵ LeVois M. et al. (1981)

διευκολύνει τη διαδικασία της θεραπείας, επειδή ο ασθενής δεν έχει κλινική εμπειρία και εύκολα μπορεί να επηρεαστεί από μη ιατρικούς παράγοντες.⁴⁶

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών εφαρμόζεται προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Η σωστή αξιοποίηση των πληροφοριών που δίνουν οι ασθενείς μπορεί να συντελέσει στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Επομένως, ένας από τους βασικούς σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης που αποκομίζουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Φυσικά, πρόκειται για μια υποκειμενική διαδικασία από την πλευρά των ασθενών, την οποία οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λάβουν υπόψη τους ανεξάρτητα από το αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Μεγαλύτερη σημασία έχει το πώς αισθάνεται ο ασθενής καθώς και εάν το προσωπικό έχει διαφορετική αντίληψη, διότι η συμπεριφορά του προσωπικού συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών και κατά συνέπεια με την πιθανότητα βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι ό,τι αφορά τον ασθενή. Στο μέλλον όλες οι νοσοκομειακές μονάδες θα συμπεριλαμβάνουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και θα τη λαμβάνουν υπόψη τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει πολλά πλεονεκτήματα για τους ίδιους τους ασθενείς, αφού με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να τους παρέχονται βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας, ταχύτερη ανάρρωση και μικρότερος χρόνος νοσηλείας. Όμως, πολλά είναι και τα οφέλη που απορρέουν και για το προσωπικό, αφού η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών οδηγεί στην αύξηση της υπευθυνότητας των επαγγελματιών υγείας, ευνοεί νέους τρόπους ανταμοιβής των εργαζομένων και διευρύνει τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη για τη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων.

Τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι τα υγειονομικά οφέλη, τα οποία προκύπτουν από τη γρήγορη διάγνωση και την αποφυγή επιπλοκών που οδηγούν σε αύξηση του κόστους, καθώς και τα ψυχολογικά οφέλη που είναι απαραίτητα για μια επιτυχή θεραπεία. Κατά τη διαδικασία μέτρησης

⁴⁶ Crow R. et al. (2003)

της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να συλλεχθούν πληροφορίες η αξιοποίηση των οποίων μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της παροχής φροντίδας υγείας. Με τη διαδικασία αυτή το προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του και αυξάνει έτσι την απόδοσή του. Τέλος, ένα άλλο πλεονέκτημα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών έγκειται στο γεγονός ότι ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών στον τομέα της υγείας που εφαρμόζει τη διαδικασία αυτή `αποκτά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι άλλων οργανισμών, διότι αναγνωρίζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών και θέτει νέους στόχους τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό του.⁴⁷

⁴⁷ Τσελέπη Χ. (2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

3.1. Ελληνικό σύστημα υγείας

Το Ε.Σ.Υ. ιδρύθηκε το 1982 από την τότε κυβέρνηση του Ανδρέα Παπανδρέου προκειμένου να αναβαθμιστεί η δημόσια υγεία και να ενοποιηθούν οι δημόσιες υποδομές περίθαλψης. Απώτερος στόχος του είναι γενικά, η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της δωρεάν παροχής υπηρεσιών. Η μεταρρύθμιση αυτή εισήχθη με το νόμο 1397/83 με τον οποίο δημιουργήθηκαν τα κέντρα υγείας, των περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων της χώρας. Τα κέντρα υγείας είναι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που στοχεύουν στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση, ενώ τα νοσοκομεία είναι μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αποβλέπουν στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ασφαλισμένοι σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης λαμβάνουν παροχές υπηρεσιών υγείας από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους ή από το νεοσύστατο Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)⁴⁸

Η διεθνής οικονομική κρίση που έχει ξεσπάσει από το 2008 σε διεθνές επίπεδο είχε μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομική πορεία της Ελλάδας, σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Μάλιστα από τις αρχές της λειτουργίας του το Ε.Σ.Υ. παρουσίαζε πολλά προβλήματα, τα οποία προέκυπταν τις περισσότερες φορές από τη νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών καθώς και από το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του. Πριν πραγματοποιηθούν μεταβολές στο χώρο της υγείας με το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής (Μνημόνιο I, II) ορισμένα από τα πιο βασικά προβλήματα του Ε.Σ.Υ. ήταν η έλλειψη μακράς διάρκειας στρατηγικού σχεδιασμού, το χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι σπατάλες στην

⁴⁸ <http://el.wikipedia.org>, Εθνικό Σύστημα Υγείας

οικονομική διαχείριση και η έλλειψη κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν είναι δυνατό να μετρηθούν. Το Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζα και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου εξαιτίας των πολύ μεγάλων δημοσιονομικών ελλειμμάτων και χρεών που παρουσίασε και μάλιστα υπό την απειλή χρεοκοπίας. Τα μέτρα που πάρθηκαν για την εξυγίανση του δημόσιου τομέα, όπως αναφέρονταν στο Μνημόνιο Ι, αφορούσαν και τις δαπάνες για την υγεία θέτοντας ως στόχο το δραστικό περιορισμό τους. Το Φεβρουάριο του 2012 η Ελλάδα υπέγραψε το Μνημόνιο ΙΙ στο οποίο περιλαμβάνονταν επιπλέον μέτρα για τη μείωση των δαπανών της υγείας.⁴⁹

Οι βασικότερες διαρθρωτικές αλλαγές που άσκησαν σημαντική επιρροή όχι μόνο στο δημόσιο, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας είναι:

➤ **Η Δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ** (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα μέχρι το έτος 2011 μετρούσε περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς που παρείχαν κάλυψη για υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους. Τα μεγαλύτερα και πιο γνωστά ασφαλιστικά ταμεία που κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού ήταν το Ι.Κ.Α. (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), ο Ο.Γ.Α. (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) και ο Ο.Α.Ε.Ε. (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών)

Η σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με το Ν. 3918/2011, το Μάρτιο του 2011, συνέβαλε στην ενοποίηση των παραπάνω ταμείων που αφορούσαν περίπου το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Ο ενιαίος φορέας δημιουργήθηκε με σκοπό το συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν τη δυνατότητα ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχονταν από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων, την ετήσια επιχορήγηση του ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.) από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή των φαρμακευτικών εταιριών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάχθηκαν περίπου 9,5 εκατομμύρια πολίτες

⁴⁹ Βαγιονής Ν. (2012)

αλλά και στους στόχους που τίθενται από το υπουργείο υγείας και τους φορείς χάραξης πολιτικής. Βασικό μειονέκτημα της εφαρμογής των Κ.Ε.Ν., στην προσπάθεια μείωσης των δαπανών υγείας, είναι ο επηρεασμός της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, αφού εξαιτίας της αβεβαιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και της ιδιαιτερότητας κάθε ασθενούς δεν είναι δυνατό να γίνει χρήση των πόρων με επ' ακριβώς καθορισμένα πρότυπα.⁵¹

➤ Πολιτική για τα Φάρμακα

Τα τελευταία έτη ταυτόχρονα με την πορεία των συνολικών δαπανών υγείας, αυξήθηκε κατά πολύ και η φαρμακευτική δαπάνη. Κύριο χαρακτηριστικό της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης, στον ελλαδικό χώρο, αποτελεί το γεγονός ότι το φάρμακο είναι κοινωνικό αγαθό με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής δαπάνης να καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Η έλλειψη συγκροτημένης ορθολογικής φαρμακευτικής πολιτικής και η αδυναμία ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών ήταν οι λόγοι αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών μέχρι τα τέλη του 2009.⁵²

Ο φαρμακευτικός κλάδος επηρεάστηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση και τις διαρθρωτικές αλλαγές που έγιναν για να εξοικονομηθούν πόροι από το Υπουργείο Υγείας. Στόχος του Μνημονίου ήταν η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης προκειμένου οι δαπάνες να πλησιάσουν τα επίπεδα άλλων ευρωπαϊκών κρατών. Οι κύριες ενέργειες περιελάμβαναν τη χρήση γενόσημων φαρμάκων, τη μείωση περιθωρίων κέρδους των φαρμακοποιών και τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη. Επιπρόσθετα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δημιούργησε νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, επειδή έγινε εφικτός ο αυστηρός δημοσιονομικός έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης και ο έλεγχος του όγκου κατανάλωσης, έτσι ώστε να περιοριστούν τα φαινόμενα σπατάλης και διαφθοράς. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι πλέον υποχρεωτική και καλύπτει το σύνολο των υγειονομικών σχηματισμών (ιατρεία, φαρμακεία, νοσοκομεία και ασφαλιστικά ταμεία).

⁵¹ <http://www.moh.gov.gr>

⁵² ΕΛΣΤΑΤ

3.2. Ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας στον κλάδο της υγείας

Η εξέλιξη που αφορά στην οργάνωση των Υγειονομικών Περιφερειών στην Ελλάδα έγινε πραγματικότητα με το νόμο 4052/2012. Σκοπός αυτού του νόμου είναι η γεωγραφική ταύτιση των 7 υγειονομικών περιφερειών με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του Προγράμματος Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), προκειμένου να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων τους, αποβλέποντας στην καλύτερη δυνατή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Στο πνεύμα του νόμου 3852/2010 μεταβιβάστηκαν αρμοδιότητες του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Γενικό Γραμματέα της Αποκεντρωμένης Διοίκησης. Αποτέλεσμα όλων των πολιτικών και νομοθετικών προσπαθειών που διήρκεσαν αρκετά χρόνια ήταν η δημιουργία ενός ευέλικτου και σταθερού Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο θα μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα, έγκαιρα και αποτελεσματικά στις ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες της περιφέρειας.⁵³

Αν και στην αρχή υπήρξε σχεδιασμός για αποκέντρωση, παρέμειναν ανοικτά κάποια ζητήματα, τα οποία συνετέλεσαν στην ανεπάρκεια των περιφερειακών δομών. Η αδυναμία αυτοτελούς χρηματοδότησης καθιστά τις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών χωρίς αποφασιστικές αρμοδιότητες, χωρίς τη δυνατότητα αποφασιστικής διαχείρισης των χρηματικών πόρων και του διορισμού του προσωπικού τους και γενικότερα χωρίς τη δυνατότητα πραγματοποίησης μεταβολών στο Χάρτη της Υγείας. Στην πραγματικότητα, αυτές καθυστερούν τα περιφερειακά αιτήματα, επιμερίζονται την ευθύνη της κεντρικής εξουσίας και λειτουργούν ως γραφειοκρατικός μηχανισμός για το συμβιβασμό ανάμεσα σε ελεγχόμενα νοσοκομεία. Οι αλλαγές του νομοθετικού πλαισίου σηματοδοτούν πολλές φορές την έλλειψη πρόθεσης της κεντρικής εξουσίας να προχωρήσει σε αποκέντρωση, αλλά και στην εφαρμογή μιας πολιτικής που θα έχει ως γνώμονα την εξυπηρέτηση των αναγκών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.). Με αφορμή τη νομοθετική μεταβολή του Καλλικράτη διαπιστώνεται ότι επιχειρείται πλήρης μετάθεση όλων των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών στην τοπική αυτοδιοίκηση και η κατάργησή τους, που είχε προβλεφθεί με το νόμο

⁵³ Σιγάλας Ι. κ.ά (2013)

3527/2007, με κύριο στόχο να εξοικονομηθούν οι οικονομικοί πόροι, υπό τις δυσχερείς οικονομικές συνθήκες των τελευταίων ετών.⁵⁴

Βάσει του νόμου 1397/1983 έγινε για πρώτη φορά η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και δημιουργήθηκε το Ε.Σ.Υ. Ο νόμος αυτός απαγόρευε την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών έτσι ώστε να ενισχυθούν οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας. Πράγματι από το 1983 έως το 1992 απαγορεύτηκε η ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Με το προεδρικό διάταγμα 247/1991 επανήλθε η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών για την οποία απαιτούνται άδεια ίδρυσης και άδεια λειτουργίας. Με το προεδρικό διάταγμα 2235/2000 καθορίστηκαν ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό, την επέκταση των κλινών, την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας καθώς και τη διακοπή αυτής.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας αποτελείται από 3 βασικούς τομείς υπηρεσιών:⁵⁵

- α)** Τις γενικές ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- β)** Τις γυναικολογικές και μαιευτικές κλινικές που αποτελούν περίπου το 15% της ιδιωτικής αγοράς υπηρεσιών υγείας, και
- γ)** τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία του κλάδου.

Είναι γεγονός ότι το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει συνεχή άνοδο σε διεθνές επίπεδο. Στην Ελλάδα, όσον αφορά στις ενδονοσκομειακές υπηρεσίες, οι χρεώσεις είναι πολύ υψηλές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες. Σχετικά με τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα στην Αττική μπορεί κανείς να πει ότι επικρατεί ένα ολιγοπώλιο που έχει ως αποτέλεσμα το υψηλό κόστος των υπηρεσιών. Στη χώρα μας επικρατεί έντονα ο διχασμός ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, έχοντας ως συνέπεια την αναποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων και από τους δύο τομείς. Τα σύγχρονα προβλήματα υγείας, όπως είναι η αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων, (π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση),

⁵⁴ Σιγάλας Ι. κ.ά. (2013)

⁵⁵ ΕΛΣΤΑΤ

που ασκούν σημαντική επιρροή σε μεγάλο μερίδιο του ελληνικού πληθυσμού αντιμετωπίζονται σε εξωνοσοκομειακή βάση. Η εφαρμογή τεχνολογιών σε πολλές περιπτώσεις συνδέεται με τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά όταν εφαρμόζεται στον τομέα της υγείας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών. Παρ' όλα αυτά, επιτρέπει την άμεση αντιμετώπιση των περιστατικών μιας ημέρας και την ταχύτερη ανάρρωση.

Σχετικά με τις ασφάλειες υγείας στη χώρα μας έχει διαπιστωθεί ότι η ασφαλιστική συνείδηση των Ελλήνων είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τα σύγχρονα προϊόντα υγείας θα πρέπει να επιτρέπουν τη στροφή προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και την αναπροσαρμογή των παροχών και της ασφάλισης. Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης θεωρείται πάρα πολύ σημαντικός και είναι δυνατό να αναβαθμίσει την υγεία στην Ελλάδα. Όμως, είναι απαραίτητη η ύπαρξη των κατάλληλων προϋποθέσεων, του κατάλληλου νομικού πλαισίου, των κινήτρων, του επαγγελματισμού και της εποπτείας του κράτους που θα καθιστούν βιώσιμη την ελληνική ασφαλιστική βιομηχανία και στο χώρο της υγείας. Ο ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν στοχεύοντας στη μέγιστη αξιοποίηση των ήδη υπάρχοντων πόρων και στην παροχή των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών.⁵⁶

3.3. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για τον τομέα της υγείας όπως φαίνεται από άρθρα που έχει δημοσιεύσει στις συνθήκες της Ρώμης (1957), του Μάαστριχτ (1992) και του Άμστερνταμ (1997). Κάθε χώρα - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποχρεούνται να συντάσσει ετησίως έκθεση για την υγεία και την εφαρμογή ή μη των κοινοτικών οδηγιών, να θεσπίζει αποτελεσματικούς μηχανισμούς εξασφάλισης της ποιότητας υγείας και να ιδρύσει ένα φορέα αξιολόγησης των τεχνολογικών εξελίξεων και των πρακτικών των μονάδων υγείας. Η λειτουργία συστημάτων υγείας είναι πάρα πολύ σημαντική όπως και τα μέτρα προστασίας της

⁵⁶ <http://www.insuranceworld.gr>

δημόσιας υγείας. Τα τελευταία χρόνια η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θεσπίσει μέτρα ενάντια σε μονοπωλιακές πρακτικές που ενδεχομένως να εφαρμόστηκαν παλαιότερα και σε άλλους τομείς.⁵⁷

Η έννοια της πιστοποίησης και της διασφάλισης ποιότητας υγείας εμφανίστηκε για πρώτη φορά το έτος 1918 σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το American College of Surgeons. Περίπου τριάντα χρόνια αργότερα, το 1951, δημιουργήθηκε η Ένωση για την Πιστοποίηση των Νοσοκομείων με τη σύμπραξη των American College of Surgeons, American College of Physicians και του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου. Με την πάροδο των χρόνων όμως, τα προγράμματα πιστοποίησης συστημάτων υπηρεσιών υγείας πολλαπλασιάστηκαν και η βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών υγείας αποτελεί πλέον στόχο των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών. Στη Γαλλία και στην Ιταλία ο νόμος ορίζει κάποιες κατευθυντήριες γραμμές για την πιστοποίηση των οργανισμών υγείας.

Στον τομέα της υγείας είναι πάρα πολύ σημαντική η επαναξιολόγηση στην πορεία της συνεχούς μάθησης και βελτίωσης μέσα από την εφαρμογή διοικητικών πρακτικών σε συστήματα υγείας. Για διευκόλυνση έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις και εργαλεία που είναι χρήσιμα στη βιομηχανία και στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Τα πιο γνωστά από αυτά είναι :

- το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας (EFQM)
- το Six Sigma Approach και
- το Πρότυπο ISO 9000:2000

Τη δεκαετία του 1990, εισήχθη με τη βοήθεια του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Ποιότητας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας, το οποίο αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά και αξιόπιστα εργαλεία που χρησιμοποιούν πολλοί οργανισμοί στην Ευρώπη. Το εργαλείο αυτό λειτουργεί σαν εργαλείο αυτοαξιολόγησης για τις επιχειρήσεις ανεξάρτητα από τον τομέα στον οποίο δραστηριοποιούνται, βελτιώνοντας την απόδοσή τους. Με την πάροδο των ετών οι έρευνες αποδεικνύουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ της υιοθέτησης μοντέλων σαν το

⁵⁷ Cusic (2000)

EFQM και της βελτίωσης των αποτελεσμάτων.⁵⁸

Αυτό το σύστημα αξιολόγησης έχει μεγάλη απήχηση στις βιομηχανικές επιχειρήσεις του εξωτερικού. Έχει βρει όμως εξίσου μεγάλη απήχηση και στις υπηρεσίες υγείας. Τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την εφαρμογή του ποικίλλουν. Η αξιοπιστία του μοντέλου, το οποίο δεν κατευθύνεται από φορείς, αλλά στηρίζεται στην επιθυμία του ίδιου του οργανισμού για τη διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί το πρωταρχικό πλεονέκτημά του. Σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί επίσης το γεγονός ότι συμβάλλει στη συμμετοχή όλων αποτρέποντας οποιαδήποτε διάκριση ανάμεσα σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, η συγκριτική απόδοση μεταξύ νοσοκομείων σε χώρες της Ευρώπης έδειξε ότι αυτό το σύστημα αξιολόγησης συνετέλεσε στη βελτίωση του προσωπικού παρ' όλο που το κόστος εφαρμογής του είναι πολύ χαμηλό.⁵⁹

Το εργαλείο EFQM παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα, όπως είναι παραδείγματος χάρη, η χρήση πληροφοριακού συστήματος για την ενίσχυση του συστήματος ποιότητας, η έλλειψη αφιέρωσης χρόνου στο προσωπικό, η δυσλειτουργία των ομάδων λόγω ανεπαρκούς επικοινωνίας. Επιπλέον επειδή σχεδιάστηκε για εφαρμογή σε βιομηχανικές επιχειρήσεις δε μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες ενός νοσοκομείου.

Όμως και το πρότυπο 9000:2000 εφαρμόζεται όλο και περισσότερο στον τομέα της υγείας και καθορίζει με ποιο τρόπο διασφαλίζεται η ποιότητα και συμβάλλει στη διαμόρφωση των προϋποθέσεων για ασφαλή παροχή υπηρεσιών. Παράλληλα προάγει την υιοθέτηση μιας προσέγγισης που έχει ως στόχο την ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος καθώς και την ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών.⁶⁰

Η προσέγγιση Six Sigma αποτελεί μια πρωτοβουλία στο χώρο ποιότητας που στηρίζεται στο στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών. Οδηγεί στη βελτίωση

⁵⁸ ΕΕΔΕ (2008)

⁵⁹ Hendricks K., Singhal V. (1996)

⁶⁰ Simon J. (2004)

παραδοσιακών εργαλείων με τη διεξαγωγή στατιστικής ανάλυσης. Στόχος είναι να παραχθούν προϊόντα και υπηρεσίες με πολύ μικρό αριθμό ελαττωμάτων. Αναμφίβολα, το εργαλείο αυτό βελτιώνει κατά πολύ την ποιότητα των προϊόντων και απαιτεί τέσσερα βήματα: τη μέτρηση, την ανάλυση, τη βελτίωση και τον έλεγχο. Συγκεκριμένα, στον τομέα της υγείας η προσέγγιση επιδιώκει μηδενικά λάθη και είναι σε πολύ καλό σημείο ανάπτυξης για την εφαρμογή από επαγγελματίες που ανησυχούν για την υγεία των ασθενών τους.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι Έλληνες έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στην υγεία τους συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Ολλανδία, η Σουηδία και η Μ. Βρετανία. Το Ινστιτούτο και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με τη Metron Analysis πραγματοποίησαν μια πανελλήνια έρευνα για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους Έλληνες με συνεντεύξεις σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.000 ατόμων άνω των 18 ετών. Σύμφωνα με τον κ. Τούντα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει πολλές πτυχές της υγείας: τη σωματική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και την ευημερία. Σημειώνεται ότι ανεξάρτητα από την ηλικία τους, όσοι ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες δηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι κάτοικοι της χώρας μας σε μεγάλο ποσοστό δεν προσέχουν τη διατροφή τους αρκετά, δε γυμνάζονται αρκετά, καπνίζουν πολύ, αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με τον ύπνο τους, ενώ δεν πραγματοποιούν προληπτικούς ελέγχους που αφορούν την υγεία τους, με συνέπεια να μειώνεται κατά πολύ η ποιότητα ζωής τους.⁶¹

Η Ελλάδα μπορεί να κατέχει την πρωτιά σε αριθμό επαγγελματιών υγείας συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, ωστόσο υστερεί κατά πολύ στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Από ετήσια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι μεταξύ των 33 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα είχε την 23η θέση. Τα πιο φιλικά προς τους ασθενείς συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με την έρευνα, είχαν η Δανία, η Ισλανδία και η Αυστρία. Ο Πίνακας Κατάταξης συντάσσεται με βάση επίσημα στατιστικά στοιχεία, δημοσκοπήσεις ασθενών και ανεξάρτητη έρευνα που λειτουργεί με την υποστήριξη

⁶¹ ΙΚΠΠ (2006)

της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και κατατάσσει τα 33 εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των χωρών της Ευρώπης, στηριζόμενος σε 38 δείκτες που καλύπτουν έξι διαφορετικούς τομείς ιδιαίτερης σημασίας για τους ασθενείς όπως τα δικαιώματα στην πληροφόρηση των ασθενών, τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας, τους χρόνους αναμονής για θεραπεία, τα αποτελέσματα θεραπευτικών αγωγών, το εύρος και τους περιορισμούς των υπηρεσιών που παρέχονται καθώς και την πρόσβαση σε φάρμακα.⁶²

Από ετήσια έρευνα παρακολούθησης και σύγκρισης των συστημάτων δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, που δημοσιεύτηκε από το σουηδικό οργανισμό «Health Consumer Powerhouse» (HCP), που συνεργάζεται με την Ευρωπαϊκή Ένωση και διάφορους διεθνείς οργανισμούς, το 2013, προέκυψε ότι οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που έχει ωθήσει σε ραγδαία επιδείνωση την υγειονομική περίθαλψη στη χώρα μας. Η Ελλάδα φαίνεται να κατέχει την 25η θέση σε έναν κατάλογο 35 ευρωπαϊκών χωρών, από την 22η που κατείχε ένα χρόνο νωρίτερα, το 2012. Οι Έλληνες ασθενείς φαίνεται πως θα πρέπει να υποστούν τη λιτότητα που τους επιβάλλεται λόγω της οικονομικής κρίσης, αφού οι επιδόσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έχουν σημειώσει σημαντική χειροτέρευση.⁶³

Πολλοί τομείς του κλάδου υγειονομικής περίθαλψης έχουν επηρεασθεί αρνητικά λόγω της κρίσης, όπως είναι για παράδειγμα, η ενημέρωση των ασθενών και η συμμετοχή τους στη διαμόρφωση πολιτικών, οι χρόνοι αναμονής για ιατρικές εξετάσεις και τη χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας ή για την πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων, τα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς και η διαθεσιμότητα των διαφόρων υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με την έρευνα, η Ελλάδα καταγράφει μεγάλη μείωση στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία που μειώθηκαν κατά 28% μέσα στην τριετία 2009-2011. Η μείωση αυτή αφορά τη μεγαλύτερη υποχώρηση φαρμακευτικών και νοσοκομειακών δαπανών σε ολόκληρη την Ευρώπη, ακόμη και σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ένωσης που έχουν πληγεί από τη χρηματοπιστωτική κρίση, όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ιταλία και η

⁶² <http://www.makthes.gr>

⁶³ <http://www.makthes.gr>

Ιρλανδία.⁶⁴

Αντιθέτως, παρά τη συνολική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, δε μειώθηκε, συγκριτικά με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που βρίσκονται σε οικονομική κρίση, η κατανάλωση των αντιβιοτικών. Η έρευνα αναφέρεται και στα «φακελάκια» που δίνουν οι ασθενείς στους γιατρούς, κατατάσσοντας την Ελλάδα στην τέταρτη θέση πίσω από τη Ρουμανία, την Ουγγαρία και τη Λετονία. Η χώρα μας παρουσιάζει «κακό» ιατρικό, φαρμακευτικό και νοσοκομειακό σύστημα, τα οποία είναι καλύτερα μόνο από τα αντίστοιχα της Αλβανίας, της Βουλγαρίας, της Σερβίας, της Τσεχίας, της ΠΓΔΜ και της Λιθουανίας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από το 2005 που το HCP άρχισε τη διεξαγωγή των ετήσιων μετρήσεων του διαπιστώνεται η συστηματική διεύρυνση του χάσματος μεταξύ των πλούσιων, ανεπτυγμένων οικονομικά χωρών της βόρειας Ευρώπης και των οικονομικά ασθενέστερων χωρών που πληγεί από την κρίση.⁶⁵

⁶⁴ <http://www.avgi.gr>

⁶⁵ <http://www.avgi.gr>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ

4.1. Η έννοια και η σημασία της χρηματοοικονομικής διαχείρισης

Ο ρόλος της χρηματοοικονομικής ανάλυσης αναφέρεται στην κυκλοφορία χρηματοοικονομικών πληροφοριών και καθιστά όλο και πιο αποτελεσματική τη χρήση τους προκειμένου να ληφθούν διάφορες αποφάσεις σχετικά με τη λειτουργία, την πορεία και φυσικά με την επιβίωση της επιχείρησης. Τις πιο σημαντικές πηγές πληροφόρησης από τις οποίες μπορεί να αντλήσει στοιχεία μια εταιρεία αποτελούν ο ισολογισμός και οι καταστάσεις αποτελεσμάτων χρήσης, στις οποίες παρουσιάζονται όλα τα περιουσιακά στοιχεία της, οι πηγές προέλευσης των κεφαλαίων της, καθώς επίσης και οποιοδήποτε οικονομικό αποτέλεσμα προκύπτει από τις δραστηριότητές της.⁶⁶

Με την ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων μιας επιχειρηματικής μονάδας μπορεί κανείς να αντλήσει τα παρακάτω στοιχεία που την αφορούν:

- Τον κύκλο εργασιών της
- Τις δαπάνες της
- Την περιουσιακή κατάστασή της και την κεφαλαιακή διάρθρωσή της
- Τις πηγές των κεφαλαίων της
- Την αποδοτικότητά της
- Τις επενδύσεις που μπορεί να πραγματοποιήσει
- Την χρηματοπιστωτική διάρθρωσή της

Σχετικά με τη θέση του αναλυτή μπορούμε να διακρίνουμε δύο είδη ανάλυσης λογιστικών καταστάσεων, την εσωτερική και την εξωτερική. Τα πρόσωπα που βρίσκονται σε άμεση σχέση με την επιχείρηση και έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν

⁶⁶ Αλεξιάκης Χ., Ξανθάκης Μ. (2006)

τις διάφορες μεθόδους που εφαρμόστηκαν πραγματοποιούν την εσωτερική ανάλυση. Τα πρόσωπα αυτά έχουν το ενδιαφέρον να προσδιορίσουν την αποδοτικότητά της και να δώσουν εξηγήσεις για οποιεσδήποτε μεταβολές στην οικονομική της θέση. Η εξωτερική ανάλυση πραγματοποιείται από πρόσωπα τα οποία βρίσκονται εκτός της επιχείρησης και τα οποία βασίζονται σε στοιχεία που είναι δημοσιευμένα σε λογιστικές καταστάσεις. Κατά συνέπεια το έργο τους είναι πολύ πιο δύσκολο, αφού δεν έχουν άμεση επαφή με την επιχείρηση.⁶⁷

Οι σπουδαιότερες μέθοδοι ανάλυσης των χρηματοοικονομικών καταστάσεων είναι:⁶⁸

➤ **Η κάθετη ανάλυση**

Αποτελεί μέθοδο ανάλυσης κατά την οποία ένα στοιχείο μιας οικονομικής κατάστασης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση υπολογισμού και εν συνεχεία τα υπόλοιπα στοιχεία της οικονομικής κατάστασης συγκρίνονται με αυτό. Αυτό το είδος ανάλυσης συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας πιο ακριβούς αντίληψης του αναλυτή σχετικά με τη σημαντικότητα κάθε χρηματοοικονομικού στοιχείου. Μπορεί μάλιστα να γίνει η σύγκριση χρηματοοικονομικών καταστάσεων εταιριών που δεν έχουν το ίδιο μέγεθος, αφού τα στοιχεία τους μετατρέπονται σε ποσοστά των συνολικών μεγεθών και με αυτήν τον τρόπο δημιουργείται μια κοινή βάση σύγκρισης ανάμεσά τους.

➤ **Οριζόντια ανάλυση**

Οριζόντια είναι η ανάλυση κατά την οποία πραγματοποιείται σύγκριση και αξιολόγηση των μεταβολών των διαφόρων στοιχείων των λογιστικών καταστάσεων, καθώς και των μεταβολών που πραγματοποιούνται στη χρηματοοικονομική θέση μιας εταιρείας, από έτος σε έτος ή ακόμα και μεταξύ περισσότερων ετών. Σε αυτό το είδος ανάλυσης που είναι αποκαλυπτική για τους αναλυτές, εξετάζεται η διαχρονική εξέλιξη μιας επιχειρηματικής μονάδας και θα πρέπει η ταξινόμηση των στοιχείων να είναι ομοιόμορφη σε όλες τις περιόδους και να υπάρχει τήρηση των λογιστικών

⁶⁷ Νιάρχου Ν. (2004)

⁶⁸ Νιάρχου Ν. (2004)

αρχών.

➤ **Ανάλυση αριθμοδεικτών**

Αυτό το είδος ανάλυσης είναι το πιο γνωστό μέσο ανάλυσης που χρησιμοποιείται ευρύτατα για την αξιολόγηση και την ερμηνεία των οικονομικών καταστάσεων. Προσφέρει στους ενδιαφερόμενους χρήσιμες πληροφορίες, έτσι ώστε να οδηγηθούν σε σωστές αποφάσεις. Ουσιαστικά, οι αριθμοδείκτες αποτελούν την έκφραση των σχέσεων ανάμεσα στα οικονομικά μεγέθη και είναι η σχέση μεταξύ δύο λογιστικών μεγεθών που μπορεί να ληφθούν και από διαφορετικές οικονομικές καταστάσεις.

4.2. Ο ρόλος της ανάλυσης αριθμοδεικτών

Η σημασία των αριθμοδεικτών είναι μεγάλη επειδή προσδιορίζουν τη σχέση ανάμεσα στα βασικά επιχειρηματικά μεγέθη και με τη χρήση τους είναι εφικτή η διευκόλυνση της δράσης μιας επιχειρηματικής μονάδας. Αναμφισβήτητα, αποτελούν ένα πάρα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τους εξωτερικούς αναλυτές και φυσικά για τα διοικητικά στελέχη μιας εταιρείας, τα οποία είναι υποχρεωμένα να λαμβάνουν αποφάσεις. Συνήθως, αποφασίζουν κατόπιν λεπτομερούς ανάλυσης στην οποία προβαίνουν καθώς και μετά από μετρήσεις και συγκρίσεις των στοιχείων που συνθέτουν τη δραστηριότητά της. Η μελέτη των αριθμοδεικτών θα πρέπει να γίνεται πολύ προσεχτικά, επειδή παρά το γεγονός ότι υπολογίζονται εύκολα, η ερμηνεία τους τις περισσότερες φορές παρουσιάζει προβλήματα και υπάρχει το ενδεχόμενο να ωθήσει σε εσφαλμένα συμπεράσματα.⁶⁹

Οι γνώσεις και η εμπειρία που έχει ο αναλυτής σε θέματα, τα οποία σχετίζονται με την εταιρεία, όπως το ιστορικό της, τη θέση της στον κλάδο, τη στρατηγική που ακολουθεί, αλλά και τις συνθήκες που επικρατούν στο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον της (π.χ. οικονομική κρίση), συντελούν στη σωστή ερμηνεία των αριθμοδεικτών. Για τη σημαντικότητα ενός δείκτη, απαιτείται η έκφραση μιας σχέσης που είναι ενδιαφέρουσα από οικονομικής πλευράς. Συνήθως δεν πρέπει να

⁶⁹ Palepu et al. (2007)

υπολογίζονται αριθμοδείκτες που περιλαμβάνουν μεγέθη που δεν είναι βασικά και δεν έχουν καμία σπουδαιότητα για την επιχείρηση. Έτσι, αποκλείονται δείκτες που δεν είναι σημαντικοί και δε βρίσουν καμία εφαρμογή και οι αναλυτές περιορίζονται σε μικρό αριθμό δεικτών που έχουν κάποια χρησιμότητα και τους βοηθούν να καταλήξουν σε κάποια συμπεράσματα για την υπό εξέταση επιχειρηματική οντότητα.⁷⁰

Επομένως ο ρόλος της χρησιμοποίησης των αριθμοδεικτών ως μεθόδου ανάλυσης των οικονομικών καταστάσεων έχει μεγάλη σημασία και οφείλεται κατά κύριο λόγο στα εξής:⁷¹

- Διευκολύνεται η ανάλυση και ερμηνεία των οικονομικών στοιχείων και των μεταξύ τους σχέσεων.
- Γίνεται υπολογισμός μόνο των σημαντικών σχέσεων κι αυτό έχει ως συνέπεια τον περιορισμό του μεγάλου όγκου στοιχείων που περικλείονται στις οικονομικές καταστάσεις. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται πιο εύκολη η ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων.

4.3. Οι σημαντικότεροι αριθμοδείκτες (θεωρητική προσέγγιση)

4.3.1. Αριθμοδείκτες ρευστότητας

Η ρευστότητα μιας επιχείρησης ασκεί σημαντική επιρροή στα κέρδη της, όπως επίσης και στη βιωσιμότητά της. Κάθε επιχειρηματική μονάδα θα πρέπει να διαθέτει επάρκεια διαθεσίμων ρευστών ή ακόμα περισσότερο να έχει τη δυνατότητα μετατροπής των κυκλοφοριακών στοιχείων της σε μετρητά. Εάν δε συμβαίνει κάτι τέτοιο δε θα είναι σε θέση να προμηθεύεται εμπορεύματα και πρώτες ύλες, κατά συνέπεια θα παρουσιαστεί σημαντική μείωση των κερδών της. Επί πρόσθετα, δε θα έχει τη δυνατότητα να ξεπληρώσει οποιαδήποτε υποχρέωση έχει κι αυτό θα έχει ως επακόλουθο τη συρρίκνωση της δραστηριότητάς της. Με αυτόν τον τρόπο θα

⁷⁰ Αλεξανδρίδης Μ. (2004)

⁷¹ Παπαδοπούλου Δ. (1983)

αποκτήσει κακή φήμη, οι συναλλασσόμενοι με αυτήν δε θα την εμπιστεύονται, σιγά σιγά θα αναγκαστεί να προχωρήσει στην πώληση πάγιων στοιχείων της και τελικά θα υποστεί σημαντική μείωση των κερδών της.⁷²

Στην πλειονότητά τους οι μεγάλες επιχειρηματικές μονάδες προκειμένου να καλυφθούν σε σχέση με μελλοντικές εξοφλήσεις, διατηρούν κάποιο πλεόνασμα κυκλοφοριακών στοιχείων που είναι ανάλογο προς τις τρέχουσες υποχρεώσεις. Φυσικά, για κάθε επιχειρηματική μονάδα υπάρχει κάποιο ύψος κυκλοφοριακών στοιχείων και τρεχουσών υποχρεώσεων στο οποίο είναι δυνατό να παρατηρηθεί ότι τα κυκλοφοριακά στοιχεία δεν επαρκούν, γεγονός που έχει καταστροφικά αποτελέσματα για αυτήν.

Αναλύοντας την τρέχουσα οικονομική κατάσταση μιας επιχείρησης προκύπτουν διάφορα ερωτήματα, τα οποία σχετίζονται με τη ρευστότητα και την ικανότητά της να προχωρήσει στην εκπλήρωση των βραχυχρόνιων υποχρεώσεων της και έχουν να κάνουν με το ύψος των απαιτήσεών της, με την ύπαρξη υπερβολικών αποθεμάτων και επαρκών κυκλοφοριακών στοιχείων και τη συνέπεια που τη διακρίνει σχετικά με την εκπλήρωση των υποχρεώσεών της.

➤ Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας (Current Ratio)

Ο υπολογισμός του αριθμοδείκτη αυτού πραγματοποιείται με τη διαίρεση του συνόλου του κυκλοφορούντος ενεργητικού με το σύνολο των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων μιας επιχείρησης.

$$\text{Γενική ρευστότητα} = \frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Μια διαφορετική ονομασία του αριθμοδείκτη αυτού αποτελεί ο όρος κεφάλαιο κίνησης (Working Capital Ratio), αφού αποτελείται από στοιχεία (ΚΕ / ΒΥ) , τα οποία ανήκουν στην ορολογία του κεφαλαίου κίνησης (ΚΕ – ΒΥ). Σε περίπτωση που η τιμή του αριθμοδείκτη είναι μεγαλύτερη της μονάδας, η εταιρεία δεν έρχεται

⁷² Νιάρχου Ν. (2004)

αντιμέτωπη με προβλήματα που συνδέονται με την κάλυψη των υποχρεώσεων της βραχυπρόθεσμα.

Οι πιο βασικές κατηγορίες περιουσιακών στοιχείων που αναφέρονται στο κυκλοφορούν ενεργητικό, είναι τα χρηματικά διαθέσιμα και οποιοδήποτε άλλο στοιχείο είναι δυνατό να ρευστοποιηθεί εντός ενός έτους. Τις σπουδαιότερες κατηγορίες βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων αποτελούν αυτές που λήγουν μέσα στη νέα χρήση και σε αυτές περιλαμβάνονται, παραδείγματος χάρη, οι προμηθευτές, οι υποχρεώσεις προς τις τράπεζες (δάνεια), οι υποχρεώσεις προς το κράτος (φόροι – τέλη) κ.λ.π.

➤ Αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας

Ο υπολογισμός αυτού του αριθμοδείκτη προκύπτει από το πηλίκο του συνόλου των περιουσιακών στοιχείων μιας επιχείρησης που είναι ρευστοποιήσιμα προς το σύνολο των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων της. Δείχνει τον αριθμό των φορών που τα ρευστοποιήσιμα περιουσιακά στοιχεία της επιχειρηματικής μονάδας είναι δυνατό να καλύψουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της. Εμπεριέχει στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού, τα οποία έχουν ήδη ρευστοποιηθεί, όπως ταμείο, καταθέσεις όψεως και προθεσμίας κ.λπ. ή στοιχεία, τα οποία μπορούν εύκολα και γρήγορα να ρευστοποιηθούν, όπως είναι λόγου χάρη τα χρεόγραφα και οι απαιτήσεις.

Κυκλοφορούν Ενεργητικό – ΑποθXματα

Ειδική ρευστότητα = $\frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό – ΑποθXματα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$

4.3.2. Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας μας δείχνουν τη σχέση ανάμεσα στα κέρδη και στα κεφάλαια ή ανάμεσα στα κέρδη και στις πωλήσεις μιας εταιρείας, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί η μέτρηση της δυναμικότητας της επιχείρησης για κέρδη. Συνεπώς, χρησιμοποιώντας αυτούς τους αριθμοδείκτες, οι αναλυτές είναι δυνατό να προχωρήσουν στην εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας της διοίκησης μιας επιχείρησης. Οι πιο γνωστοί αριθμοδείκτες αποδοτικότητας που χρησιμοποιούνται

κατά κύριο λόγο είναι οι παρακάτω:⁷³

➤ **Αριθμοδείκτης Περιθωρίου Μικτού Κέρδους**

Ο αριθμοδείκτης αυτός δείχνει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο μεικτό κέρδος και στις πωλήσεις. Επιπλέον, αποδεικνύει το βαθμό στον οποίο υπάρχει κάλυψη των λειτουργικών, καθώς και των άλλων εξόδων, αλλά και τα περιθώρια να πραγματοποιούνται καθαρά κέρδη. Με τη βοήθεια αυτού του αριθμοδείκτη είναι δυνατό να γνωρίζουμε ποια είναι η λειτουργική αποτελεσματικότητα μιας επιχειρηματικής μονάδας, αλλά και ποια είναι η πολιτική τιμών που αυτή ακολουθεί.

$$\text{Περιθώριο Μικτού Κέρδους} = \frac{\text{Μικτό ΚΧρδος}}{\text{ΠωλΨσεις}} * 100\%$$

➤ **Αριθμοδείκτης Περιθωρίου Καθαρού Κέρδους**

Ο αριθμοδείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους είναι σημαντικός δείκτης επειδή αποτελεί την έκφραση της σχέσης μεταξύ του καθαρού κέρδους και των πωλήσεων ή πιο απλά, δείχνει την αποδοτικότητα των πωλήσεων σε καθαρά κέρδη. Ο αριθμοδείκτης του περιθωρίου καθαρού κέρδους εκφράζει το ποσοστό καθαρού κέρδους που επιτυγχάνει η επιχείρηση από τις πωλήσεις της και εμφανίζει πολλές παραλλαγές, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο στον αριθμητή, ο οποίος είναι δυνατό να συμπεριλαμβάνει τα καθαρά κέρδη της χρήσης πριν τους φόρους ή τα καθαρά κέρδη μετά φόρων ή τα καθαρά κέρδη προ φόρων και τόκων ή ακόμα και τα καθαρά κέρδη εκμετάλλευσης.

$$\text{Περιθώριο Καθαρό Κέρδους} = \frac{\text{Καθαρό ΚΧρδη ΧρΨσης}}{\text{ΠωλΨσεις}} * 100\%$$

➤ **Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων**

Ο αριθμοδείκτης αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων (ΙΚ) συντελεί στη μέτρηση της

⁷³ Παπαδοπούλου Δ. (1983)

αποτελεσματικότητας των ΙΚ μέσα σε μια επιχείρηση και το βαθμό που επιτεύχθηκε ο στόχος της. Ο δείκτης αυτός είναι ιδιαίτερα σημαντικός αφού δείχνει την ικανότητα μιας επιχείρησης για δημιουργία κερδών. Τα στελέχη της διοίκησης και οι επενδυτές επιδιώκουν υψηλές τιμές του δείκτη, αρκεί αυτές οι υψηλές τιμές να μην προκύπτουν από μεγάλη δανειακή επιβάρυνση που κρύβει σοβαρούς κινδύνους και δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην καλή πορεία και βιωσιμότητα της εταιρείας. Ο αριθμοδείκτης δίνεται από την ακόλουθη σχέση:

$$\text{Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Καθαρή ΚΧρδη μετΦ φόρων}}{\text{Ίδια ΚεφΦλαια}}$$

4.3.3. Αριθμοδείκτες διάρθρωσης κεφαλαίου

Η ανάλυση της οικονομικής κατάστασης μιας επιχειρηματικής μονάδας παρουσιάζει μεγαλύτερες δυσκολίες στη μακροχρόνια παρά στη βραχυχρόνια περίοδο. Κατά τη μελέτη της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης δεν υπάρχει τόσο εύκολη πρόβλεψη στη ροή των κεφαλαίων. Η διαδικασία με την οποία γίνεται η εκτίμηση της μακροχρόνιας οικονομικής κατάστασης της επιχείρησης περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την αξιολόγηση της διάρθρωσης των κεφαλαίων της.

Με την έννοια διάρθρωση κεφαλαίων εννοούνται τα διάφορα είδη κεφαλαίων, τα οποία χρησιμοποιεί η επιχειρηματική οντότητα για τη χρηματοδότησή της. Στα κεφάλαια αυτά ανήκουν τα Ίδια Κεφάλαια, αλλά και οι υποχρεώσεις της βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Χρησιμοποιώντας τον όρο δομή κεφαλαίων πραγματοποιείται περιγραφή της ποσοστιαίας συμμετοχής των διαφόρων μορφών κεφαλαίων επί του συνολικού κεφαλαίου της. Για την υλοποίηση των αναπτυξιακών σχεδίων μιας εταιρίας και προκειμένου αυτή να αυξήσει την αξία της, θα πρέπει να συνδυάσει όσο γίνεται καλύτερα τις διάφορες πηγές χρηματοδότησης. Κάποιοι από τους αριθμοδείκτες διάρθρωσης κεφαλαίων, οι οποίοι χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι:⁷⁴

➤ **Αριθμοδείκτης Ξένα Κεφάλαια προς Ίδια Κεφάλαια (Δανειακή**

⁷⁴ Palepu et al. (2007)

Επιβάρυνση)

Σύμφωνα με αυτόν τον αριθμοδείκτη συσχετίζονται και πάλι δύο μορφές κεφαλαίων, τα Ίδια Κεφάλαια με τα Ξένα Κεφάλαια. Τιμή του αριθμοδείκτη αυτού μεγαλύτερου της μονάδας συνεπάγεται ότι τα Ξένα είναι μεγαλύτερα από τα Ίδια Κεφάλαια ή ακόμα και ότι οι πιστωτές έχουν μεγαλύτερο χρηματοοικονομικό ενδιαφέρον για την υπό εξέταση εταιρεία. Μια τιμή του δείκτη μικρότερη του 1 σημαίνει ότι τα Ξένα Κεφάλαια είναι πιο λίγα από τα Ίδια Κεφάλαια ή εναλλακτικά ότι οι πιστωτές ενδιαφέρονται λιγότερο για την χρηματοοικονομική κατάσταση της επιχείρησης. Πολύ σπάνια, η τιμή του αριθμοδείκτη ισούται με το 0, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι η επιχείρηση δεν έχει καμία υποχρέωση προς τρίτους. Ο αριθμοδείκτης αυτός δίνεται από τον τύπο:

$$\frac{\text{Ξένα Κεφάλαια}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

4.3.4. Αριθμοδείκτες δραστηριότητας

Για τη μέτρηση της παραγωγικότητας και του βαθμού χρησιμοποίησης των περιουσιακών στοιχείων μιας επιχειρηματικής μονάδας χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι. Ένας από τους τρόπους αυτούς είναι και ο υπολογισμός των αριθμοδεικτών δραστηριότητας, οι οποίοι είναι δυνατό να συγκρίνουν τις πωλήσεις, οι οποίες είναι το αποτέλεσμα της εντατικής χρησιμοποίησης των περιουσιακών στοιχείων της παραγωγικής και οικονομικής μονάδας. Εκτός από αριθμοδείκτες δραστηριότητας ονομάζονται και δείκτες ταχύτητας κυκλοφορίας επειδή δείχνουν την ταχύτητα με την οποία τα διάφορα περιουσιακά στοιχεία μπορούν να ρευστοποιηθούν.⁷⁵

Βγαίνει λοιπόν το συμπέρασμα, ότι οι αριθμοδείκτες αυτοί μπορούν να προσδιορίσουν τη σχέση ανάμεσα στις πωλήσεις και τα διάφορα περιουσιακά στοιχεία και να ωθήσουν στην ύπαρξη μιας σωστής αναλογίας μεταξύ τους δείχνοντας πόσο καλά αξιοποιούνται τα περιουσιακά στοιχεία, κάτι το οποίο εξασφαλίζει και τη θετική αποδοτικότητα των κεφαλαίων της επιχείρησης. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν δηλαδή δεν είναι σωστή η αναλογία ανάμεσα στις πωλήσεις και στα διάφορα περιουσιακά στοιχεία, η διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων

⁷⁵ Αλεξιάκης Χ., Ξανθάκης Μ. (2006)

είναι κακή, με συνέπεια τη μείωση της αποδοτικότητας των κεφαλαίων της επιχείρησης.⁷⁶

Η παρουσία, ο υπολογισμός, η αξιολόγηση και η ερμηνεία των δεικτών δραστηριότητας είναι πολύ σημαντική όταν ερμηνεύονται οι δείκτες αποδοτικότητας των κεφαλαίων μιας επιχείρησης και κυρίως όταν αυτοί είναι σημαντικά μικρότεροι από τους όμοιους δείκτες του κλάδου, όπου ανήκει η επιχείρηση. Επί πρόσθετα, οι αριθμοδείκτες δραστηριότητας, όπως λόγου χάρη, της ταχύτητας κυκλοφορίας των αποθεμάτων, των απαιτήσεων, των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων κ.λ.π. μπορούν να χρησιμεύσουν και ως κριτήρια του βαθμού ρευστότητας, προκειμένου να αξιολογηθεί η τρέχουσα οικονομική κατάσταση, διότι με βάση αυτούς τους δείκτες πραγματοποιείται ο έλεγχος της αξιοπιστίας των δεικτών της γενικής και ειδικής ρευστότητας.

➤ **Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Απαιτήσεων**

Η ταχύτητα κυκλοφορίας των απαιτήσεων δείχνει την αποτελεσματική διαχείριση των απαιτήσεων της επιχειρηματικής μονάδας, αλλά και το βαθμό που μπορούν να ρευστοποιηθούν. Αν οι απαιτήσεις είναι πάρα πολλές σχετικά με το ύψος των πωλήσεων, κεφάλαια, τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν αλλού, δεσμεύονται σε απαιτήσεις. Επιπλέον, ο δείκτης αυτός δείχνει τη σημασία του κόστους διαχείρισης, των καθυστερήσεων στην είσπραξή τους και τον κίνδυνο απώλειας απαιτήσεων εξαιτίας αφερεγγυότητας. Αντίθετα, με την παρουσία χαμηλών απαιτήσεων, η επιχείρηση χάνει πωλήσεις. Συνεπώς, μια ενδιάμεση κατάσταση είναι επιθυμητή από τη στιγμή που διασφαλίζονται ταυτόχρονα και η ρευστότητα και η αποδοτικότητα της επιχείρησης.

Ο αριθμοδείκτης αυτός είναι το πηλίκο των πωλήσεων προς το μέσο όρο των απαιτήσεων. Στον αριθμητή χρησιμοποιούνται οι πιστωτικές πωλήσεις της επιχείρησης μέσα στη χρήση κι αν δεν είναι γνωστές, χρησιμοποιούνται οι καθαρές πωλήσεις της χρήσης. Στον παρανομαστή χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των απαιτήσεων στην αρχή και στο τέλος της χρήσης.

⁷⁶ Palepu et al. (2007)

Γενικότερα, μια υψηλή τιμή του δείκτη ταχύτητας κυκλοφορίας των απαιτήσεων συνεπάγεται τη γρήγορη είσπραξη των απαιτήσεων, κάτι το οποίο αποδεικνύει την καλή διαχείριση και την καλή ποιότητα, αλλά και τον υψηλό βαθμό ρευστότητας. Αντιθέτως, χαμηλή τιμή του δείκτη σημαίνει αργή είσπραξη των απαιτήσεων που αποτελεί ένδειξη ανεπαρκούς, ή μη αποτελεσματικής διαχείρισης και κακής ποιότητας, άρα και χαμηλό βαθμό ρευστότητας. Συνεπώς, οι υψηλές τιμές του δείκτη είναι οι επιθυμητές.

Η μείωση του αριθμοδείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων πιθανότατα μπορεί να σημαίνει τα εξής:⁷⁷

- Μείωση των πωλήσεων παράλληλα με την αύξηση των απαιτήσεων.
- Μείωση των απαιτήσεων και ακόμα μεγαλύτερη μείωση των πωλήσεων, αλλά και το αντίθετο, δηλαδή, αύξηση των πωλήσεων και ακόμα μεγαλύτερη αύξηση των απαιτήσεων.
- Μείωση των πωλήσεων δίχως να μειώνονται ταυτόχρονα και οι απαιτήσεις.
- Αύξηση των απαιτήσεων χωρίς να μεταβάλλονται παράλληλα και οι πωλήσεις.

➤ **Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων**

Ο αριθμοδείκτης αυτός αποδεικνύει πόσες φορές εντός μιας λογιστικής χρήσης ανακυκλώνονται οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της επιχειρηματικής μονάδας προς τους προμηθευτές της, δηλαδή, πόσες φορές δημιουργεί υποχρεώσεις προς τους προμηθευτές και ανταποκρίνεται σε αυτές λόγω αγοράς αποθεμάτων με πίστωση. Για να υπολογιστεί ο δείκτης χρησιμοποιούνται στον αριθμητή οι αγορές της περιόδου, ενώ στον παρανομαστή, οι μέσες βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις προς τους προμηθευτές, ως ο μέσος όρος των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές της αρχής και του τέλους της χρήσης.

⁷⁷ Νιάρχου Ν. (2004)

Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων =

$$\frac{\text{ΑγορΧς Περιόδου}}{\text{ΜΧσες Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις}}$$

Ειδικότερα, μια χαμηλή τιμή του δείκτη σημαίνει αργή εξόφληση, ενώ μια υψηλή τιμή του δείκτη σημαίνει γρήγορη εξόφληση βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές. Φυσικά, όσο πιο μικρός είναι ο δείκτης τόσο πιο ευνοϊκός είναι για την επιχείρηση αρκεί να μην υπάρχει επιβάρυνση τόκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1. Περιγραφή ομίλου Euromedica

Ο όμιλος Euromedica ξεκίνησε το 1989 με ένα διαγνωστικό κέντρο και από τότε έχει εξελιχθεί σε έναν από τους σημαντικότερους ιατρικούς ομίλους της χώρας. Απασχολεί πάνω από 2.600 εργαζόμενους, συνεργάζεται με 10.500 ιατρούς και διαθέτει περισσότερες από 1.670 κλίνες για την κάλυψη περίπου 2.200 επισκέψεων ασθενών σε καθημερινή βάση. Στη σύγχρονη εποχή, ο όμιλος Euromedica εξακολουθεί να έχει μια επιτυχημένη πορεία, έχοντας πολύ ισχυρή παρουσία τόσο στη χώρα μας όσο και στη Νοτιοανατολική Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική.⁷⁸

Αναμφίβολα, αποτελεί το μεγαλύτερο ιδιωτικό πάροχο υγείας στον ελλαδικό χώρο, με βάση τον αριθμό των κλινών. Προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, με τη βοήθεια του ευρύτατου δικτύου του Ομίλου που περιλαμβάνει συνολικά 72 μονάδες που λειτουργούν σε 25 πόλεις σε ολόκληρη τη χώρα, ενώ οκτώ νέες μονάδες βρίσκονται στο στάδιο της κατασκευής.

Ο Euromedica αποτελεί ένα μεγάλο ιατρικό όμιλο με πολύ γερά θεμέλια. Οι εργαζόμενοι του ομίλου προσπαθούν να γίνονται συνεχώς καλύτεροι, να επενδύουν στην τεχνογνωσία τους και να ενδυναμώνουν τις σχέσεις με τους ασθενείς. Βασικοί στρατηγικοί στόχοι του ομίλου είναι:⁷⁹

- Η είσοδος σε νέες γεωγραφικές αγορές.
- Η επιχειρηματική βιωσιμότητα εντός και εκτός Ελλάδος.

⁷⁸ <http://www.euromedica.gr>

⁷⁹ <http://www.euromedica.gr>

- Η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας διεθνών προδιαγραφών.
- Ο συνδυασμός υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας δίχως την ανατροπή της πολιτικής κόστους που ακολουθείται.
- Η βελτίωση της τεχνογνωσίας στις ιατρικές μονάδες.
- Η ιατρική εξειδίκευση στις ιατρικές μονάδες.
- Η διεύρυνση του φάσματος των υπηρεσιών που παρέχονται.

Η ύφεση της ελληνικής οικονομίας έχει ασκήσει σημαντική επιρροή στο σύνολο των παραγωγικών και οικονομικών μονάδων της χώρας. Στη σύγχρονη εποχή η σημαντική έλλειψη ρευστότητας, η οποία χαρακτηρίζει το σύνολο της οικονομίας, και έχει αντίκτυπο στη μειωμένη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά και η αλλαγή στην τιμολογιακή πολιτική του ΕΟΠΥΥ, έχουν ως συνέπεια τον επηρεασμό των αποτελεσμάτων και του ομίλου Euromedica.

Ενοποιημένα Οικονομικά Αποτελέσματα για το πρώτο εννιάμηνο του 2013

Ο κύκλος εργασιών του ομίλου Euromedica ανήλθε τους πρώτους εννέα μήνες του 2013 σε 131,4 εκατομμύρια ευρώ αντί 176 εκατομμυρίων ευρώ την αντίστοιχη περίοδο του προηγούμενου έτους, δηλαδή, το πρώτο εννιάμηνο του 2012, πράγμα το οποίο σημαίνει μείωση του κύκλου εργασιών κατά 25,4%. Η μεταβολή αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στο μειωμένο αριθμό ασθενών από το εξωτερικό συγκριτικά με την περσινή χρονιά, ενώ η αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα νοσήλια, με την αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής του ΕΟΠΥΥ, συνέβαλε στην μετατόπιση της ζήτησης από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα υγείας, περιορίζοντας ακόμα περισσότερο τις πωλήσεις του ομίλου.

Σχεδόν αντίστοιχα κινήθηκαν και τα μικτά κέρδη του ομίλου, τα οποία ανήλθαν στο πρώτο εννιάμηνο του 2013, σε 31 εκατομμύρια ευρώ έναντι 46 εκατομμυρίων ευρώ το 2012, ενώ η διαμόρφωση του μικτού κέρδους φαίνεται να κυμαίνεται στο ποσοστό του 23,6% επί του ενοποιημένου κύκλου εργασιών αντί για 26,2% που κυμαίνονταν το πρώτο εννιάμηνο του 2012, δηλαδή παρουσίασε μείωση κατά 2,6 μονάδες βάσης.⁸⁰

⁸⁰ <http://www.euromedica.gr>

Σχετικά με τη λειτουργική κερδοφορία, τα κέρδη προ φόρων, χρηματοδοτικών, επενδυτικών αποτελεσμάτων και συνολικών αποσβέσεων (EBITDA) διαμορφώθηκαν από τον Ιανουάριο έως και το τέλος Σεπτεμβρίου του 2013 σε 24,1 εκατομμύρια ευρώ αντί των 30,8 εκατομμυρίων ευρώ την περσινή χρονιά (2012), ενώ σημειώθηκε και μείωση των λειτουργικών δαπανών κατά 10,9%. Το ενοποιημένο οικονομικό αποτέλεσμα προ φόρων στο πρώτο εννιάμηνο του 2013 ήταν ζημιά 4,7 εκατομμυρίων ευρώ έναντι της προηγούμενης χρονιάς που ήταν κέρδος και το οποίο ανέρχονταν στα 0,07 εκ. ευρώ. Το ενοποιημένο αποτέλεσμα που προέκυψε μετά από φόρους ανήλθε σε ζημίες, μικρότερες κατά 12,4 εκατομμύρια ευρώ (8,4 εκατομμυρίων ευρώ) έναντι αυτών που σημειώθηκαν την αντίστοιχη περσινή περίοδο.⁸¹

Σε επίπεδο ρευστότητας υπάρχει κάποια στενότητα και αυτό είναι ένα από τα πιο σπουδαία ζητούμενα για τον όμιλο Euromedica. Σε εξέλιξη φαίνεται να βρίσκονται ενέργειες για την αναχρηματοδότηση του τραπεζικού δανεισμού, ενώ παράλληλα εξακολουθεί να υπάρχει εκκρεμότητα όσον αφορά την αποπληρωμή του μεγαλύτερου μέρους των ληξιπρόθεσμων οφειλών των ταμείων πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ.

Στρατηγική – προοπτικές

Φυσικά, τα διοικητικά στελέχη του ομίλου παρακολουθούν όλες τις εξελίξεις στα πλαίσια ενός συνεχώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, έτσι ώστε να προσαρμόζουν με ανάλογο τρόπο τη στρατηγική τους. Ο στρατηγικός σχεδιασμός έχει ως επίκεντρο τη διεύρυνση των διεθνών δραστηριοτήτων του ομίλου κατά κύριο λόγο στις αγορές της Μέσης Ανατολής και της βορείου Αφρικής. Οι ενέργειες και οι επενδυτικές επαφές γίνονται προς αυτή την κατεύθυνση. Επιπρόσθετα, βασικό πυλώνα της στρατηγικής ανάπτυξης του ομίλου Euromedica αποτελεί η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού με την αξιοποίηση των μονάδων που διαθέτει ο όμιλος στη Ρόδο, την Κρήτη και τη Θεσσαλονίκη.

5.2. Περιγραφή του ομίλου ΙΑΣΩ

⁸¹ <http://www.euromedica.gr>

Ο Όμιλος ΙΑΣΩ αποτελεί ένα σύγχρονο οργανισμό που είναι ανάλογος με οργανισμούς που υπάρχουν σε διεθνές επίπεδο και παρουσιάζει μια πολύ καλή αναπτυξιακή πορεία. Αποστολή του είναι η παροχή ολοκληρωμένων ιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου δείχνοντας σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Το προσωπικό που απασχολεί είναι περίπου 1.800 άτομα και περίπου 4.500 ιατροί όλων των ειδικοτήτων συνεργάζονται με τις κλινικές του ομίλου. Ιδρύθηκε και ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1996, ενώ το 2000 εισήχθη στην κύρια αγορά του Χρηματιστηρίου Αθηνών. Τον Απρίλιο του 2003 πραγματοποιήθηκαν και επίσημα τα εγκαίνια της κλινικής ΙΑΣΩ General. Στην κλινική εφαρμόζονται πρωτοποριακές ιατρικές μέθοδοι, όπως παραδείγματος χάρι, η χειρουργική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας με τη χρήση μηχανικής καρδιάς, ενώ σ' αυτή λειτούργησε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας.⁸²

Το 2007 ο όμιλος ΙΑΣΩ πραγματοποίησε σημαντικές επενδύσεις, ύψους 6 εκατομμυρίων ευρώ, για τον εξοπλισμό των κλινικών ΙΑΣΩ και ΙΑΣΩ General με την πλέον μοντέρνα ιατρική τεχνολογία για την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. Ένα χρόνο μετά πραγματοποιήθηκαν επενδύσεις κεφαλαίων συνολικής αξίας 4 εκατομμυρίων ευρώ για την προμήθεια νέου εξοπλισμού και τη βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων των ήδη υπάρχουσών μονάδων, προκειμένου να εξακολουθήσουν να προσφέρουν υψηλού επιπέδου, καινοτόμες υπηρεσίες. Επίσης, πραγματοποιήθηκε επένδυση κεφαλαίων συνολικής αξίας 29,8 εκατομμυρίων ευρώ σε νέες ιατρικές μονάδες (ΙΑΣΩ Παίδων και ΙΑΣΩ Θεσσαλίας).

Η στρατηγική ανάπτυξης του ομίλου έχει ως βάση:⁸³

- Τη γεωγραφική επέκταση
- Τη διατήρηση ισχυρής θέσης
- Την κάλυψη πλήρους φάσματος υπηρεσιών υγείας για όλη την οικογένεια (ΙΑΣΩ παιδιατρική- ΙΑΣΩ General)
- Τις επενδύσεις σε τομείς στρατηγικού ενδιαφέροντος με την εκ νέου επένδυση

⁸² www.iaso.gr

⁸³ www.iaso.gr

ή μέσω της επένδυσης για την απόκτηση υφιστάμενων ιατρικών μονάδων.

Οικονομικά στοιχεία

Κατά τους πρώτους εννέα μήνες του έτους 2013, ο όμιλος ΙΑΣΩ παρουσίασε αυξημένα κέρδη μετά φόρων. Ειδικότερα, τα καθαρά κέρδη μετά φόρων ανήλθαν στα 5,75 εκατομμύρια ευρώ αντί 3,09 εκατομμύρια ευρώ που ήταν το προηγούμενο έτος. Επιπλέον, τα προ φόρων κέρδη υπερδιπλασιάστηκαν και έφτασαν το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2013, στα 8,99 εκατομμύρια ευρώ, έναντι 4,00 εκατομμυρίων ευρώ το προηγούμενο έτος. Ο ενοποιημένος κύκλος εργασιών παρέμεινε στα ίδια επίπεδα με την προηγούμενη χρονιά (2013), φτάνοντας στα 91,6 εκατομμύρια ευρώ. Τα ενοποιημένα μικτά κέρδη αυξήθηκαν στα 17,35 εκατομμύρια ευρώ αντί των 12,76 εκατομμυρίων ευρώ το 2012. Το EBITDA παρουσίασε αύξηση σε σημαντικό βαθμό, φτάνοντας στα 25,34 εκατομμύρια ευρώ, έναντι των 15,35 εκατομμυρίων του περασμένου έτους.. Τα ενοποιημένα κέρδη προ φόρων παρουσίασαν πολύ μεγάλη αύξηση και έφτασαν, κατά τους πρώτους εννέα μήνες του 2013, τα 12,3 εκατομμύρια ευρώ, αντί για 1,12 εκατομμύρια ευρώ. Πολύ καλά αποδεικνύονται και τα αποτελέσματα μετά φόρων, όπου σημειώθηκαν κέρδη 7,34 εκατομμυρίων ευρώ, σε αντίθεση με το 2012, που είχαν παρουσιάσει ζημιά κατά 0,5 εκατομμύριο ευρώ.⁸⁴

5.3. Περιγραφή του ομίλου Ιατρικό Αθηνών

Ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών χρονολογείται από το 1984. Ιδρύθηκε από τον κύριο Αποστολόπουλο Γεώργιο και ξεκίνησε τη λειτουργία του με το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών στο Μαρούσι, στοχεύοντας στην παροχή υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Οι επενδύσεις του ομίλου είναι συνεχείς, τόσο στον ελλαδικό χώρο όσο και στο εξωτερικό και αποτελεί στις μέρες μας την πιο μεγάλη και πιο αξιόπιστη μονάδα παροχής διαγνωστικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στην ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων. Ο Όμιλος διαθέτει στη χώρα μας 8 υπερσύγχρονες νοσηλευτικές μονάδες με 1.200 κλίνες συνολικά. Έχει ένα δίκτυο από 2.800 έγκριτους ιατρούς και 3.000 εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης.⁸⁵

⁸⁴ www.iaso.gr

⁸⁵ <http://iatriko.gr>

Ο όμιλος διαθέτει πολλές μονάδες, τμήματα, εργαστήρια, και διαγνωστικά – επεμβατικά τμήματα. Η μετοχική σύνθεση σύμφωνα με την τελευταία επίσημη ενημέρωση προς το Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών (Χ.Α.Α.) διαμορφώνεται ως εξής:⁸⁶

Μέτοχος	%
Οικογένεια Αποστολόπουλου	39,23%
Askleipios International GmbH	32,10%
Επενδυτικό κοινό	28,67%
Σύνολο	100,00%

Οικονομικά στοιχεία

Ο κύκλος εργασιών του ομίλου Ιατρικού Αθηνών κατά το πρώτο εξάμηνο της προηγούμενης χρονιάς (2013) ανήλθε περίπου στα 93.360 χιλιάδες ευρώ, σημειώνοντας μείωση κατά 28,38% συγκριτικά με το αντίστοιχο διάστημα του 2012. Τα λειτουργικά κέρδη προ φόρων, τόκων και αποσβέσεων (EBITDA) ήταν, το ίδιο χρονικό διάστημα, 12.032 χιλιάδες ευρώ, δηλαδή παρουσίασαν μείωση κατά 65,77% σχετικά με το αντίστοιχο EBITDA του πρώτου εξαμήνου του 2012. Η μείωση του κύκλου εργασιών οφείλεται στο γεγονός ότι μειώθηκε ο αριθμός των εσωτερικών ασθενών, ο οποίος το 2012 ήταν αυξημένος εξαιτίας της νοσηλείας μεγάλου αριθμού αλλοδαπών ασθενών σε όλες τις κλινικές συνολικά.

Οι λοιποί ασθενείς ήταν περισσότεροι σε σχέση με το αντίστοιχο διάστημα του 2012 και αυτή η αύξηση σχετίζεται με την προσιτή οικονομική πολιτική, την οποία ακολούθησε ο όμιλος συνδυαστικά, με την αύξηση των ασθενών ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ και το ξεκίνημα της συνεργασίας με τη μεγαλύτερη ασφαλιστική εταιρεία της Ελλάδας, την Εθνική Ασφαλιστική, από το Φεβρουάριο του 2013. Επιπλέον, πολύ σημαντικά συνέβαλε και το γεγονός ότι, κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2013, σημειώθηκαν νέες συνεργασίες με πολλούς αξιόλογους συνεργάτες ιατρούς, διαφόρων ειδικοτήτων, που με τα προσόντα και τις εξειδικευμένες γνώσεις

⁸⁶ <http://iatriko.gr>

τους, παρέχουν υπηρεσίες που ωθούν σε αύξηση του κύκλου εργασιών.⁸⁷

5.4. Χρηματοοικονομική ανάλυση των παραπάνω ομίλων υγείας

Παρακάτω παρουσιάζονται οι αριθμοδείκτες ρευστότητας για τους τρεις υπό εξέταση ομίλους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας κατά την τετραετία 2009 - 2012.

Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
2009	0,98	0,96	1,42
2010	0,46	0,99	0,70
2011	0,38	0,64	0,68
2012	0,40	1,21	1,26

Όσον αφορά στον αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας, παρατηρούμε ότι για τον όμιλο Euromedica, η τιμή του αγγίζει τη μονάδα κατά το έτος 2009, ενώ μειώνεται αρκετά με το πέρασμα των χρόνων. Πιο συγκεκριμένα, είναι αρκετά μικρότερη της μονάδας τα επόμενα έτη, από το 2010 έως και το 2012, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι ο όμιλος αντιμετωπίζει προβλήματα με την κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων του.

Οι άλλοι δύο όμιλοι εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας την τριετία 2010-2012 από τον όμιλο Euromedica και μάλιστα με πολύ σημαντική διαφορά το 2012. Ο δείκτης αυτός ανέρχονταν στο 1,21 και 1,26 για τους ομίλους Ιασώ και Ιατρικού Αθηνών αντίστοιχα (έναντι μόλις 0,40 για τον όμιλο Euromedica) γεγονός που σημαίνει ότι η ρευστότητά τους είναι ικανοποιητική και δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα για την κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεών τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι την υψηλότερη τιμή του αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας κατά την υπό εξέταση περίοδο (την τετραετία 2009-2012) παρουσίασε ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών, κατά το έτος 2009, ο οποίος ανέρχονταν στο

⁸⁷ <http://iatriko.gr>

1,42 γεγονός που έδειχνε πολύ ικανοποιητική κάλυψη των υποχρεώσεων του ομίλου βραχυπρόθεσμα.

Ο ακόλουθος πίνακας δείχνει τις τιμές του αριθμοδείκτη ειδικής ρευστότητας για τους τρεις ομίλους κατά την τετραετία 2009-2012.

Αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
2009	0,93	0,90	1,38
2010	0,44	0,94	0,68
2011	0,36	0,61	0,66
2012	0,39	1,16	1,23

Σχετικά με τον όμιλο Euromedica, παρατηρούμε ότι είναι αυτός, ο οποίος παρουσιάζει το χαμηλότερο δείκτη ειδικής ρευστότητας διαχρονικά, σε αντίθεση με τους άλλους δύο ομίλους, οι οποίοι με την πάροδο των χρόνων φαίνεται να πλησιάζουν πιο κοντά στη μονάδα. Η πτώση του ομίλου Euromedica είναι εμφανής από τις τιμές του αριθμοδείκτη στον πίνακα με τα αποτελέσματα ειδικής ρευστότητας.

Όσον αφορά στον όμιλο Ιασώ, παρατηρούμε ότι ο δείκτης εμφανίζει υψηλή τιμή, αρκετά κοντά στη μονάδα (0,90) κατά το έτος 2009 και αυτό δείχνει ότι τα περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησης που ρευστοποιούνται είναι δυνατό να καλύψουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του. Την επόμενη χρονιά παρουσιάζει μια πολύ μικρή αύξηση και κυμαίνεται στην τιμή 0,94, ενώ το 2011 μειώνεται αισθητά (0,61). Απότομη άνοδο φαίνεται να εμφανίζει το 2012 όταν η τιμή του ανέρχεται στο 1,16.

Ο όμιλος Ιατρικό Αθηνών φαίνεται να έχει πολύ ικανοποιητικό αριθμοδείκτη ειδικής ρευστότητας κατά τα έτη 2009 (1,38) και 2012 (1,23). Τα άλλα δύο έτη κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα. Όμως το 2011, ενώ η τιμή του δείκτη κυμαίνονταν στο 0,66 και συγκριτικά με τα υπόλοιπα εξεταζόμενα έτη ήταν η χαμηλότερη, αυτή ήταν παράλληλα η υψηλότερη συγκριτικά με τις αντίστοιχες τιμές του δείκτη στους άλλους δύο ομίλους που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας (του ομίλου Euromedica με

τιμή αριθμοδείκτη ρευστότητας 0,36 και του Ιασώ με τιμή δείκτη στο 0,61).

Στους δύο πίνακες που ακολουθούν φαίνονται οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας των τριών ομίλων. Ο πρώτος αναφέρεται στο καθαρό περιθώριο κέρδους, ενώ ο δεύτερος στο μικτό περιθώριο κέρδους.

Αριθμοδείκτες καθαρού περιθωρίου κέρδους

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
2009	18,56%	21,02%	11,51%
2010	9,10%	12,94%	3,07%
2011	-3,25%	16,19%	4,47%
2012	-14,42%	19,82%	-2,03%

Αυτός ο αριθμοδείκτης εξαρτάται από τα καθαρά κέρδη των ομίλων και τις πωλήσεις τους. Το καθαρό οικονομικό αποτέλεσμα που σημείωσε ο όμιλος Euromedica τα δύο πρώτα υπό εξέταση έτη ήταν θετικό, δηλαδή είχε κέρδος. Τα ποσοστά του καθαρού περιθωρίου κέρδους ήταν θετικά και μάλιστα υψηλότερα το 2009. Κατά τα δύο επόμενα έτη, ο όμιλος παρουσίασε ζημία η οποία ήταν μεγαλύτερη το 2012. Οι αρνητικές τιμές σημαίνουν ότι οι πωλήσεις συνοδεύονται από ένα ποσοστό ζημίας. Διαχρονικά, παρατηρείται όλο και μεγαλύτερη μείωση των καθαρών κερδών, άρα μειώνεται ο αριθμοδείκτης ολοένα και περισσότερο.

Όπως φαίνεται στον πίνακα, ο όμιλος Ιασώ παρουσιάζει καλύτερες τιμές του συγκεκριμένου αριθμοδείκτη. Αισθητή πτώση του δείκτη παρατηρείται από το 2009 στο 2010 (από 21,02% σε 12,94%), ενώ τα επόμενα δύο έτη φαίνεται να παρουσιάζει και πάλι άνοδο. Ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών εμφανίζει μεγαλύτερο ποσοστό καθαρού περιθωρίου κέρδους το 2009, ενώ το 2012 το ποσοστό είναι αρνητικό.

Αριθμοδείκτες μικτού περιθωρίου κέρδους

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
--	-------------------	-------------	---------------------------

2009	21,61%	22,76%	18,28%
2010	15,41%	11,98%	11,85%
2011	13,62%	11,65%	14,23%
2012	26,88%	16,93%	27,94%

Σχετικά με τον αριθμοδείκτη μικτού περιθωρίου κέρδους παρατηρούμε ότι κυμαίνεται σε μεγαλύτερα ποσοστά για τον όμιλο Ιασώ κατά το έτος 2009, ενώ το 2010 ο δείκτης αυτός ήταν υψηλότερος για τον όμιλο Euromedica. Κατά τα δύο επόμενα έτη, 2011 και 2012, τον υψηλότερο δείκτη εμφάνισε ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι οι μεγαλύτερες τιμές του συγκεκριμένου αριθμοδείκτη για τους ομίλους Euromedica και Ιατρικό Αθηνών εμφανίζονται το έτος 2012 (26,88% και 27,94% αντίστοιχα). Τέλος, ο δείκτης φαίνεται να σταθεροποιείται, κατά τα έτη 2010 και 2011, στο 12% περίπου, για τον όμιλο Ιασώ.

Το περιθώριο μικτού κέρδους δεν είναι πάνω από 28% για κανέναν όμιλο την εξεταζόμενη τετραετία και αυτό δηλώνει ότι δεν είναι δυνατό να καλυφθούν τα έξοδα αφήνοντας κάποιο ικανοποιητικό κέρδος στην επιχείρηση. Κανένας από τους τρεις ομίλους δεν παρουσιάζει πάρα πολύ υψηλές τιμές αυτού του αριθμοδείκτη, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι κανένας δεν έχει πολύ καλή λειτουργική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στο να επιτυγχάνει φθηνές αγορές υλικών ή χαμηλό κόστος στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
2009	-7,5%	10,01%	1,11%
2010	-23,7%	-1,3%	-8,19%
2011	-176,5%	-1,8%	-13,9%
2012	-407,9%	2,5%	-5,47%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε αρκετά αρνητικά ποσοστά για τον αριθμοδείκτη αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων, γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται σε αναποτελεσματική διοίκηση, υπερεπένδυση κεφαλαίων ή ακόμα και

στις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες που επικρατούν λόγω οικονομικής κρίσης. Χειρότερη φαίνεται να είναι η πορεία του ομίλου Euromedica στον οποίο τα αρνητικά ποσοστά του αριθμοδείκτη αυξάνονται διαχρονικά. Ο όμιλος Ιασώ, που το 2009 εμφανίζει τον πιο μεγάλο δείκτη (10,01%), σε σχέση με τους άλλους δύο ομίλους, παρουσιάζει απότομη πτώση τα δύο επόμενα έτη, ενώ το 2012 παρουσιάζει μια μικρή αύξηση και ανέρχεται στο 2,5%. Όσον αφορά τον όμιλο του Ιατρικού Αθηνών, παρατηρείται χαμηλή τιμή του αριθμοδείκτη, το έτος 2009 (1,11%) και ακόμα χαμηλότερες τιμές κατά τα τρία επόμενα έτη. Συμπερασματικά, ο όμιλος Ιασώ παρουσιάζει καλύτερες τιμές και αυτού του αριθμοδείκτη.

Αριθμοδείκτες δανειακής επιβάρυνσης

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
2009	2,20	1,84	2,00
2010	2,68	1,90	2,12
2011	7,68	1,75	2,41
2012	41,70	2,28	2,86

Οι τιμές του αριθμοδείκτη δανειακής επιβάρυνσης είναι μεγαλύτεροι της μονάδας και για τους τρεις ομίλους, κατά την τετραετία 2009-2012. Το γεγονός αυτό δείχνει περιορισμένη δανειοληπτική ικανότητα ή δανεισμό με επαχθείς όρους (π.χ. δανεισμό με υψηλούς τόκους, αυστηρές ρήτρες, κ.λπ.). Αξίζει να σημειωθεί η πολύ υψηλή τιμή που εμφανίζει ο αριθμοδείκτης για τον όμιλο Euromedica, το 2012. Όμως και τα προηγούμενα τρία έτη φαίνεται ότι ο συγκεκριμένος όμιλος παρουσιάζει πιο μεγάλες τιμές του δείκτη συγκριτικά με τους άλλους δύο ομίλους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, Ιασώ και Ιατρικό Αθηνών. Ο αριθμοδείκτης δανειακής επιβάρυνσης κυμαίνεται μεταξύ των τιμών 2 και 3 την τετραετία 2009-2012. Καλύτερη πορεία φαίνεται να έχει ο όμιλος Ιασώ, αναφορικά με αυτό το δείκτη, που για τρία συνεχόμενα έτη, από το 2009 έως και το 2011 εμφανίζει τιμές μικρότερες του 2.

Αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
--	-------------------	-------------	---------------------------

2009	2,38	4,61	2,10
2010	1,79	3,56	1,65
2011	1,60	3,22	1,57
2012	1,52	2,78	1,31

Εξετάζοντας τους ομίλους διαχρονικά, διαπιστώνεται κάμψη του δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων. Με άλλα λόγια παρουσιάζεται τάση χαλάρωσης της πιστωτικής πολιτικής των ομίλων και αυτό οφείλεται στη μείωση της αγοραστικής δύναμης των ιδιωτών πελατών των μονάδων υγείας καθώς και στην μη εξασφάλιση σταθερής και ικανοποιητικής ροής πληρωμών των ασφαλιστικών ταμείων προς τις μονάδες υγείας.

Ο όμιλος Ιασώ ξεχωρίζει με τους υψηλούς δείκτες, ενώ οι τιμές για τους άλλους δύο ομίλους απ' ότι φαίνεται παραμένουν ανάμεσα στις τιμές 1 και 2.

Ένας σχετικά υψηλός δείκτης, όπως στην περίπτωση του ομίλου Ιασώ, δείχνει αυστηρή πιστωτική πολιτική ή ακόμα και αδυναμία χορήγησης πίστωσης στους πελάτες. Αντίθετα, ένας χαμηλός δείκτης (μικρότερες τιμές παρουσιάζει ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών) ενδεχομένως να οφείλεται σε υπερβολική χορήγηση πιστώσεων ή ακόμα, σε αδυναμία πληρωμής εκ μέρους των πελατών ή ακόμα και σε ανικανότητα είσπραξης εκ μέρους της επιχείρησης.

Για παράδειγμα, στην περίπτωση του ομίλου Ιασώ, η καλύτερη ταχύτητα είσπραξης απαιτήσεων μπορεί να οφείλεται σε σημαντικούς πόρους που έχουν διατεθεί για την εγκατάσταση εξοπλισμού και την ανάπτυξη συστημάτων για την αποθήκευση και ανάκτηση όλων των δεδομένων, έχοντας ως στόχο τη διασφάλιση των απαιτήσεων του ομίλου. Όπως αναφέρεται σε ετήσια οικονομική έκθεση του ομίλου, ο όμιλος διαθέτει για τη διασφάλιση των απαιτήσεων της εταιρείας ένα σύστημα παρακολούθησης, το οποίο περιλαμβάνει τον έλεγχο σε μηνιαία βάση της συμφωνίας όλων των κατηγοριών απαιτήσεων πελατών, λόγου χάρη μετρητά, επιταγές, γραμμάτια κ.λπ.

Αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας προμηθευτών

	EUROMEDICA	ΙΑΣΩ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
2009	0,88	1,42	1,43
2010	0,39	1,29	0,66
2011	0,33	0,81	0,60
2012	0,21	0,56	0,49

Στον ισολογισμό των επιχειρήσεων δεν αναγράφονται οι αγορές και γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε το κόστος πωληθέντων απαλλαγμένο από τις αποσβέσεις. Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι υπάρχει διαχρονική μείωση του δείκτη και στους τρεις ομίλους για την εξεταζόμενη χρονική περίοδο, γεγονός το οποίο συνεπάγεται αύξηση στις ημέρες αποπληρωμής των χρεών των ομίλων προς τους προμηθευτές τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό κάμψης παρατηρείται στον όμιλο του Ιατρικού Αθηνών (κατά μία περίπου μονάδα). Η τάση ανόδου των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων και μείωσης των πωλήσεων, λόγω της περιόδου οικονομικής κρίσης, έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική κάμψη του αριθμοδείκτη για τους ομίλους Ιασώ και Ιατρικού Αθηνών. Το 2011 και το 2012 ο δείκτης είναι κάτω της μονάδας για τον όμιλο Ιασώ, ενώ για το Ιατρικό Αθηνών κυμαίνεται κάτω από τη μονάδα και το 2010.

Ταυτόχρονα, ο όμιλος Euromedica φαίνεται ότι ξεχωρίζει με έναν ιδιαίτερα χαμηλό δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας προμηθευτών, σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές ομίλους, πράγμα το οποίο σημαίνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για την αποπληρωμή των προμηθευτών του ομίλου. Μάλιστα, η σημαντική πτώση του δείκτη του ομίλου από το 2010 και μετά, οφείλεται κυρίως στην άνοδο των βραχυχρόνιων δανειακών υποχρεώσεων, η οποία με τη σειρά της προέρχεται από το μεγάλο ύψος παλαιότερων μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων, πληρωτέων εντός των επόμενων διαχειριστικών χρήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το εισόδημα που διαθέτουν οι πολίτες αποτελεί ένα πάρα πολύ βασικό κριτήριο για τη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Οι λόγοι που ωθούν τους ασθενείς να κάνουν στροφή προς το δημόσιο τομέα του κράτους, που έχει διευρυνθεί και είναι δυνατό να εφαρμόσει κοινωνική πολιτική, είναι κατά κύριο λόγο οικονομικοί. Υπάρχουν βέβαια πολλές νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες, ενώ έχουν έμπειρο ιατρικό προσωπικό, δε διαθέτουν υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό ή μπορεί να μη διοικούνται με σωστό τρόπο.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται βάσει κάποιων κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία της, την ευκολία πρόσβασης σε αυτή, αλλά και την υποστήριξη που παρέχεται μετά τη διάθεσή της. Τα οφέλη που προκύπτουν από τη συνεχώς βελτιούμενη ποιότητα μπορεί να είναι υγειονομικά, κοινωνικά αλλά και οικονομικά. Στα οικονομικά οφέλη περιλαμβάνεται η μείωση του κόστους, που συντελεί σημαντικά στην εξοικονόμηση σημαντικών χρηματικών πόρων, οι οποίοι είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη άλλων αναγκών των οργανισμών αυτών.

Το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας επωφελούνται και οι ασφαλιστικοί φορείς, αφού μειώνεται το ύψος δαπανών υγείας, δηλαδή το χρηματικό ποσό που καταβάλλεται για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους. Όμως, οφέλη προκύπτουν και για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, αφού αυξάνεται σημαντικά η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος με αποτέλεσμα να μειώνεται ο χρόνος αναμονής των ασθενών και να γίνεται βέλτιστος ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών. Τέλος, παρατηρείται βελτίωση της εικόνας του κράτους και αυξάνεται ολόένα και περισσότερο η εμπιστοσύνη των πολιτών στις παροχές των υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι, αναμφίβολα, ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια στον τομέα της υγείας, με κύριο στόχο την ανάδειξη των σημείων που πρέπει να βελτιωθούν. Ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται περισσότερο από τις προσδοκίες των ασθενών, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους και

τον τρόπο που ασκούν επιρροή στην παροχή της φροντίδας υγείας οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει αποδειχθεί ότι οι Έλληνες έχουν χαμηλότερη ποιότητα υγείας συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Ολλανδία, η Σουηδία και η Μ. Βρετανία.

Ο ρόλος της χρηματοοικονομικής ανάλυσης αναφέρεται στην κυκλοφορία χρηματοοικονομικών πληροφοριών και καθιστά όλο και πιο αποτελεσματική τη χρήση τους προκειμένου να ληφθούν διάφορες αποφάσεις σχετικά με τη λειτουργία, την πορεία και φυσικά την επιβίωση μιας επιχείρησης. Η ανάλυση αριθμοδεικτών αποτελεί ένα πάρα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τους εξωτερικούς αναλυτές και φυσικά για τα διοικητικά στελέχη μιας εταιρείας, τα οποία είναι υποχρεωμένα να λαμβάνουν αποφάσεις γι' αυτήν.

Εξετάζοντας ορισμένους από τους πιο βασικούς αριθμοδείκτες τριών μεγάλων ομίλων παροχής υπηρεσιών υγείας (Euromedica, Ιασώ και Ιατρικό Αθηνών) για την τετραετία 2009-2012, καταλήξαμε σε χρήσιμα συμπεράσματα για την πορεία τους αυτά τα χρόνια. Όσον αφορά στον αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας για τον όμιλο Euromedica, η τιμή του αγγίζει τη μονάδα κατά το έτος 2009, ενώ μειώνεται αρκετά με το πέρασμα των χρόνων. Οι άλλοι δύο όμιλοι εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας την επόμενη τριετία, 2010-2012, από τον όμιλο Euromedica, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι η ρευστότητα είναι ικανοποιητική και δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα για την κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεών τους. Ο όμιλος Euromedica παρουσιάζει και χαμηλότερο δείκτη ειδικής ρευστότητας διαχρονικά, σε αντίθεση με τους άλλους δύο ομίλους, δείχνοντας ότι τα περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησης, που ρευστοποιούνται δύσκολα, καλύπτουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του.

Ο όμιλος Ιασώ παρουσιάζει καλύτερες τιμές του αριθμοδείκτη καθαρού περιθωρίου κέρδους, ενώ αρνητικές τιμές παρουσιάζει ο όμιλος Euromedica για το 2011 και το 2012, δείχνοντας ότι έχει ζημίες αντί για κέρδη. Σχετικά με τον αριθμοδείκτη μικτού περιθωρίου κέρδους παρατηρούμε ότι κανένας από τους τρεις ομίλους δεν παρουσιάζει πάρα πολύ υψηλές τιμές, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι κανένας δεν έχει πολύ καλή λειτουργική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στο να επιτυγχάνει φθηνές αγορές υλικών ή χαμηλό κόστος στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Σχετικά με τον αριθμοδείκτη αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων χειρότερη φαίνεται να είναι η πορεία του ομίλου Euromedica, στον οποίο τα αρνητικά ποσοστά του αριθμοδείκτη αυξάνονται διαχρονικά. Οι τιμές του αριθμοδείκτη δανειακής επιβάρυνσης είναι μεγαλύτερες της μονάδας και για τους τρεις ομίλους, κατά την τετραετία 2009-2012, γεγονός ενδεικτικό περιορισμένης δανειοληπτικής ικανότητας ή δανεισμό με επαχθείς όρους.

Επίσης, εξετάζοντας τους ομίλους διαχρονικά, διαπιστώνεται κάμψη του δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων, δηλαδή τάση χαλάρωσης της πιστωτικής πολιτικής των ομίλων, γεγονός το οποίο οφείλεται στη μείωση της αγοραστικής δύναμης των ιδιωτών πελατών των μονάδων υγείας, αλλά και στη μη εξασφάλιση σταθερής και ικανοποιητικής ροής πληρωμών των ασφαλιστικών ταμείων προς τις μονάδες υγείας. Ο όμιλος Euromedica φαίνεται ότι ξεχωρίζει με έναν ιδιαίτερα χαμηλό δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας προμηθευτών, σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές ομίλους, πράγμα το οποίο σημαίνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για την αποπληρωμή των προμηθευτών του. Μάλιστα, η σημαντική πτώση του δείκτη του ομίλου, από το 2010 και μετά, οφείλεται κυρίως στην άνοδο των βραχυχρόνιων δανειακών υποχρεώσεών του, η οποία με τη σειρά της προέρχεται από το μεγάλο ύψος παλαιότερων μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων πληρωτέων εντός των επόμενων διαχειριστικών χρήσεων.

Σε γενικές γραμμές καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο όμιλος Ιασώ παρουσιάζει μεγαλύτερη ευχέρεια στη ρευστοποίηση περιουσιακών στοιχείων του και έχει μεγαλύτερη αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων. Επίσης, έχει μεγαλύτερη δανειοληπτική ικανότητα καθώς και πιο υψηλούς δείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων και κυκλοφοριακής ταχύτητας προμηθευτών. Στη δεύτερη καλύτερη θέση, αναφορικά με τους παραπάνω δείκτες, ακολουθεί ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών και τελευταίος στη σειρά βρίσκεται ο όμιλος παροχής ιατρικών υπηρεσιών Euromedica.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αδαμαντίδου Τ. (2004), *Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας*, Επιθεώρηση Υγείας, σελ. 29-31.
- Αλεξιάκης Χ., Ξανθάκης Μ. (2006), *Χρηματοοικονομική Ανάλυση Επιχειρήσεων*, Αθήνα : εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε..
- Αλεξανδρίδης Μ., (2004), *Χρηματοοικονομική Διαχείριση*, Αθήνα : Εκδοτικός Οίκος Σύγχρονη εκδοτική Ε.Π.Ε.
- Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. (1999), *Υπηρεσίες Υγείας, Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Τόμος Δ΄, σελ. 31, 39-43, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Νιάκας Δ., Γαρδέλης Χ. (2000), «Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας», *Ιατρική*, **77**(5), 464-470.
- Νιάρχου Ν. (2004), *Χρηματοοικονομική Ανάλυση Λογιστικών Καταστάσεων*, Αθήνα: εκδόσεις Σταμούλη.
- Οικονόμου Α., Τούντας Γ., Νιάκας Δ. (2007), «Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **24**(1), 48-57.
- Παπαδοπούλου Δ. (1983), *Ανάλυση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων της Επιχείρησης*, Θεσσαλονίκη : εκδόσεις Κυριακίδη.
- Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. (1995), «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», *Επιθεώρηση Υγείας*, **56**, 248-256.
- Πολύζος Ν. (2007), *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Διόνικο.
- Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Ν., Πιερράκος Δ., Ασημακοπούλου Γ., Υφαντόπουλος Ι. (2004), «Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **22**(3), 284-295.
- Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ. (2003), «Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας», *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, **48**(2), σελ. 84-94.

- Σιγάλας Ι. (1999), «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Τόμος Δ', Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ.15-97.
- Σούλης Σ. (1998), *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Τούντας Γ. (2003), «Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίες υγείας», *Αρχεία Ελληνική Ιατρικής*, **20**(5), σελ. 532-546.
- Τούντας Γ. (2008), *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
- Τσαβαλιάς Κ., Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ. (2012), «Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη. Διδάγματα και προοπτικές για τη Ελλάδα», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **29**(2), σελ. 233-239.
- Τσελέπη Χ., (2000), *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων υπηρεσιών υγείας*, τόμος Α, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 158-164.
- Τσιριντάνη Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιώρης Σ., Γούλα Α. (2010), «Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών», *Νοσηλευτική*, **49**(1), 40-52.
- Υφαντόπουλος Γ. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Τυπώθητω.

Ξένη

- Arnetz J., Arnetz B. (2001), "Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care", *Soc Sci Med*, **52**(3), pp. 417-427.
- Backhouse S., Brown Y. (2000), "Using a patient satisfaction survey to close the theory-practise gap", *Nur Stand*, **14**(38), pp.32-25.
- Bond S., Thomas L.H. (1992), "Measuring patients satisfaction with nursing care", *Journal of advanced Nursing*, **17**, pp. 52-56.
- Crow R., Storey L., Page H. (2003), "The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature", *Health Technology Assessment*, **6**, pp. 32.
- Donabedian A. (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press.
- Donabedian A. (1996), *Quality improvement through monitoring health care*,

- Annual meeting of the society of the quality assurance in health care.
- Gilbert F., Lumpkin J., Dant R. (1992), “Adaptation and customer expectations of health care options”, *Journal of Health Care Managment*, **12**(3), pp. 46-55.
 - Hall J., Milburn M. (1998), “Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models”, *Health Psychology*, **17**(1), pp. 70-75.
 - Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003), “Measurement of patient satisfaction – Guidelines”, *Health Strategy Implementation project 2003*, Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
 - Johansson P., Oleni M., Fridlund B. (2002), “Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study”, *Scand J Caring Sci*, **16**(4), pp. 337-344.
 - Kalafati M. (2012), “How Greek healthcare services are effected by the Euro crisis”, *Emerg Nurse*, **20**(3), pp. 26-27.
 - Khayat K., Salter B., (1994), “Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices”, *Br J Gen Pract*, **44**, pp. 215-219.
 - Kondilis E., Gavana M., Giannakopoulos S., Smyrnakis E., Dombros N., Benos A. (2011), “Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece”, *Health Services Research*, **11**, pp. 234.
 - Kounetas K., Ppathanasopoulos F. (2013), “How efficient are Greek hospital? A case study using a double bootstrap DEA approach”, *European Journal of Health Economics*, **14**(6), pp. 979-994.
 - LeVois M., Nguyen T., Attkisson C. (1981), “Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings”, *Evaluation and Program Planning*, **4**, pp. 139-150.
 - Nelson A. (1996), *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling Publications.
 - Niakas D., Gnardellis C., Theodorou M. (2004), “Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey”, *Health Services Management Research*, **17**(1), pp. 62-69.
 - Palepu K., healy P., Bernard V., Peek E. (2007), *Business Analysis and Valuation – IFRS Edition*.
 - Pappa E., Niakas D. (2006), “Assessment of health care needs and utilization in a

- mixed public – private system: the case of the Athens area”, *BMC Health Services Research*, **6**, pp. 146.
- Papanikolaou V., Ntani Sp., (2008), “Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital Care”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **21**(6), pp. 548-561.
 - Polyzos N., Karanikas H., Kastanioti C., Kontodimopoulos N. (2013), “Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system”, *Health Policy*, **109**(1), pp. 14-22.
 - Risser H. (1975), “Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings”, *Nurs. Res.* **24**, pp. 45-52.
 - Rosenheck R., Wilson N., Mterko M. (1997), “Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment”, *Psychiatric Services*, **48**(12), pp. 1553-1561.
 - Sansgiry S. (2005), “Pharmacy patient – reported satisfaction with health care services offered by health plans, health clinics and pharmacies”, *Drug Benefit Trends*, **17**(1), pp. 38-49.
 - Scotto F., De Ceglie A., Guerra V., Misciagna G., Pellicchia A. (2009), “Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services”, *Clinical Governance International Journal*, **114**(2), pp. 86-97.
 - Smits M., Huibers L., Oude Bos A., Giesen P. (2012), “Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives”, *A longitudinal study*, **30**, pp. 206-213.
 - Sitzia J., Wood N. (1997), “Patient satisfaction: A review of issues and concepts”, *Social Science and Medicine*, **45**(12), pp. 1829-1843.
 - Terris J., Leman P., O’Connor N., Wood R. (2004), “Making an IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at triage”, *Emerg Med J.*, **21**, pp. 537-541.
 - Tountas Y., Garanis T., Dalla-Vorgia P. (1993), “Health Promotion, Society and Health Care Ethics”, *In Principles of Health Conference*, New York.
 - Yellen E., Davis G.C., Ricard R. (2002), “The measurement of patient satisfaction”, *J Nurs Care Qual.*, **16**(4), pp. 23-29.

Διαδικτυακές Πηγές

- <http://www.euromedica.gr>
- <http://www.iaso.gr>
- <http://www.iatriko.gr>
- <http://www.ase.gr>
- <http://www.eopyy.gov.gr>
- <http://www.moh.gov.gr>
- <http://www.insuranceworld.gr>
- <http://www.makthes.gr>
- <http://www.avgi.gr>