



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης  
Πρόγραμμα Σπουδών “Διοίκηση Μονάδων Υγείας”

Θέμα μεταπτυχιακής διατριβής:  
**Χρηματοοικονομική ανάλυση δημόσιου και  
ιδιωτικών νοσοκομείων σε διάστημα έξι ετών με τη  
βοήθεια συγκριτικών καταστάσεων και  
αριθμοδεικτών**

**Συγγραφέας:  
Κοτσαμίδα Ιωάννα**

Επιβλέπων καθηγητής :  
Λιβάνης Ευστράτιος

Θεσσαλονίκη

1/6/2016



## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
ABSTRACT .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	8
ΥΓΕΙΑ .....	8
1.1 Ορισμός της υγείας .....	8
1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας.....	9
1.3 Δείκτες υγείας .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	11
Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ .....	11
2.1 Δημόσια υγεία.....	11
2.2 Σύστημα υγείας.....	13
2.3 Συστήματα υγείας σε Ευρώπη και Αμερική.....	14
2.4 Ελληνικό σύστημα υγείας .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	17
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
3.1 Ιστορική αναδρομή .....	17
3.2 Τα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα.....	18
3.3 Υγεία δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό .....	19
3.4 Η κρατική παρέμβαση στην υγεία .....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	26
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	26
4.1 Η αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας με βάση το ΑΕΠ .....	26
4.2 Αιτίες που οδήγησαν στην οικονομική κρίση του 2008 .....	28
4.3 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών.....	31
4.4 Άσκηση της ιατρικής επιστήμης στην περίοδο της οικονομικής κρίση .....	34
4.5 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στις δομές υγείας.....	37
4.6 Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στις δομές υγείας .....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	43
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ .....	43
5.1 Έννοια και ρόλος χρηματοοικονομικής ανάλυσης .....	43
5.2 Μέθοδοι ανάλυσης χρηματοοικονομικών καταστάσεων .....	46
5.3 Ορισμός και ρόλος αριθμοδεικτών στις χρηματοοικονομικές καταστάσεις.....	48

5.4 Ανάλυση των κυριότερων αριθμοδεικτών ( θεωρητική προσέγγιση) .....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	55
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	55
6.1 Περιγραφή χρηματοοικονομικής κατάστασης νοσοκομείου Παπαγεωργίου .....	55
6.2 Χρηματοοικονομική ανάλυση κέντρου αποκατάστασης Αναγέννηση .....	62
6.3 Περιγραφή χρηματοοικονομικής κατάστασης κέντρου αποκατάστασης Αρωγή .....	68
6.4 Χρηματοοικονομική ανάλυση κλινικής Αγίου Λουκά .....	72
6.5 Σύγκριση χρηματοοικονομικών καταστάσεων μέσω των αριθμοδεικτών των 4 υγειονομικών μονάδων.....	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	83

## Περίληψη

Η πρόσφατη οικονομική κρίση που ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες και μεταφέρθηκε με απίστευτη ταχύτητα και σφοδρότητα στην Ευρώπη επηρέασε τόσο την παραγωγική και γενικότερα οικονομική δραστηριότητα του κάθε κράτους όσο και την καθημερινότητα των πολιτών. Κυριότερη και σημαντικότερη συνέπεια της κρίσης ήταν η απώλεια πολλών θέσεων εργασίας και επομένως οι αλλαγές στις συνθήκες διαβίωσης έως το σημείο της απόλυτης φτώχειας. Αυτές οι ραγδαίες εξελίξεις ανάγκασαν τις κυβερνήσεις να μειώσουν τις δαπάνες τους και να διενεργούν αυστηρούς ελέγχους για την καταπολέμηση της σπατάλης σε όλους τους τομείς. Παράλληλα κλονίστηκε τόσο η ψυχική υγεία των πολιτών λόγω του άγχους για την επιβίωση και την κατάθλιψη, όσο και η σωματική υγεία εξαιτίας των άθλιων συνθηκών διαβίωσης και των περικοπών σε φάρμακα. Η κάθε χώρα οφείλει να αντιμετωπίσει πέραν της οικονομικής κρίσης και την αύξηση της ροής της προσέλευσης των ασθενών στις δημόσιες δομές υγείας, διότι η υγεία είναι ένα αγαθό το οποίο πρέπει να παρέχεται σε όλους όποτε το έχουν ανάγκη ανεξάρτητα από το κόστος.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας δίνεται ο ορισμός της υγείας, οι παράγοντες που την επηρεάζουν τόσο σε οικονομικό και κοινωνικό όσο και σε ατομικό και βιολογικό επίπεδο. Επίσης αναφέρονται συνοπτικά οι δείκτες υγείας οι οποίοι εκτιμούν το επίπεδο της με την πάροδο των χρόνων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται ο ορισμός της δημόσιας υγείας και αναλύονται οι τομείς στους οποίους υποδιαιρείται οι οποίοι είναι η προαγωγή, η αγωγή και η πρόληψη ( πρωτογενή- δευτερογενή-τριτογενή). Στη συνέχεια ορίζεται το σύστημα υγείας και περιγράφονται τα συστήματα υγείας σε Αμερική, Ευρώπη και Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στο πεδίο των οικονομικών της υγείας και ιδιαίτερα στο τι συμβαίνει στην Ελλάδα. Έπειτα τίθεται το ερώτημα αν η υγεία είναι δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό και εξηγείται για ποιο λόγο είναι αναγκαία η κρατική παρέμβαση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας με βάση το ΑΕΠ. Στη συνέχεια αναλύονται οι παράγοντες που οδήγησαν στην οικονομική κρίση. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην επίδραση της κρίσης στην υγεία των πολιτών, στον τρόπο που ασκείται η ιατρική στη δύσκολη αυτή εποχή και στον τρόπο που χειρίζονται οι δομές υγείας τις οικονομικές δυσκολίες που έχουν

προκύψει λαμβάνοντας διάφορα μέτρα αντιμετώπισης της.

Στο πέμπτο κεφάλαιο ορίζεται η χρηματοοικονομική ανάλυση και η συμβολή της στην οικονομική δραστηριότητα των μονάδων υγείας. Παράλληλα περιγράφονται συνοπτικά οι μέθοδοι ανάλυσης των χρηματοοικονομικών καταστάσεων και γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στη σημασία και ανάλυση των κυριότερων αριθμοδεικτών.

Στο έκτο κεφάλαιο περιγράφεται και συγκρίνεται η χρηματοοικονομική κατάσταση 4 νοσοκομείων, ενός που ανήκει στο δημόσιο τομέα και τριών που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα σε μια περίοδο έξι ετών.

## **ABSTRACT**

The recent economic crisis that had started from the United States and transferred with incredible velocity and intensity in Europe, affect as the productivity and generally the financial activity as the daily life of the citizens. The basic and most important consequence of the crisis is the loss of a lot of job positions and therefore changes in the living conditions until the total poverty. Those rapid changes are forced the governments to reduce the expenditures and to conduct severe controls in order to fight the waste of money in all sectors. At the same time as the mental health of the citizens is influenced because of the anxiety for survival and the depression as the physical health because of the bad living conditions and the cuts in taking expensive medicines. Every country has to face the economic crisis and the rise of the turnout of patients in the public structure, because the health is a good that must be provided in everybody when is needed regardless of cost

In the first chapter is given the definition of health, the factors that influence the health in social, economic, individual, biological level. Also are referred the health indicators that evaluate the level of health.

In the second chapter is referred the definition of public health and the sectors that is subdivide : the promotion, the education and the prevention ( primary-secondary-tertiary). Then is defined the health system and are described briefly some health systems in America and in Europe. Afterwards is described the health system in Greece.

In the third chapter is done a historical flashback in the field of economics in health and specially in Greece. Afterwards is mooted the question if the health is a public or private good and is explained for what reason is necessary the state intervention.

In the quarter chapter is described the impact of the economic crisis in the health sector with the help of GDP. Then are analyzed the factors that are conducted in the economic crisis. Specially, is reported the effect of crisis in the health of citizens, in the way that medicine is practiced in that difficult moment and the way that the health institutions are dealing with the difficulties that are raised and the measurements that have to be taken.

In the fifth chapter is defined the financial analysis and the use in the economic activity of the health units. At the same time are described briefly the methods of analysis of financial statements and are approached the most important financial ratios.

In the sixth chapter is described and confronted the financial statement of four hospitals, one belongs in public sector and the other three in the private sector in a period of time of six years.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται διεθνώς μια υπέρμετρη αύξηση των δαπανών και οι εκάστοτε κυβερνήσεις θεωρώντας την καταστροφική τόσο για την οικονομία της κάθε χώρας όσο και για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η λήψη μέτρων αντιμετώπισης γρήγορα και αποτελεσματικά. Η ραγδαία αυτή αύξηση όσον αφορά την υγεία οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γήρανση του πληθυσμού και κατά συνέπεια στην παρουσία χρόνιων παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, οι καρδιοπάθειες οι οποίες απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες με κυμαινόμενα κόστη ανάλογα με τη συνοσηρότητα του κάθε ασθενή. Παράλληλα η ολοένα και πιο εξελιγμένη τεχνολογία σε συνδυασμό με την ακολουθούμενη θεραπεία βάση πρωτοκόλλων και τις προσδοκίες των ασφαλισμένων για ποιοτική παροχή υπηρεσιών, επιβαρύνει επιπλέον το σύστημα υγείας.

Ήδη από το 1965 λόγω των ρυθμών ανάπτυξης και των αλλαγών σε επίπεδο εργασιακό και κοινωνικό, αναφέρεται μια ανησυχητική άνοδος στις δαπάνες για την υγεία και ιδιαίτερα στον τομέα του δημοσίου. Στις χώρες του ΟΟΣΑ το 1960 οι δαπάνες ανήλθαν στο 4,2% του ΑΕΠ με το 61% να αφορά το δημόσιο τομέα. Το 1975 το ποσοστό αυτό έφτασε το 6,5% και ο δημόσιος τομέας παρουσίασε αύξηση της τάξης του 76,2%. Κατά τη δεκαετία του '90 η ανοδική πορεία παραμένει σε όλες

τις χώρες του ΟΟΣΑ αν και γίνεται προσπάθεια σε κρατικό επίπεδο για τον περιορισμό των δαπανών, τον εκσυγχρονισμό και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό επιτεύχθηκε με την δημιουργία οργανωμένων υγειονομικών μονάδων τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, την κατανομή των ιατρών βάση του πληθυσμού και την καταγραφή των ασφαλισμένων με σκοπό τον έλεγχο καταβολής των εισφορών από εργοδότες και εργαζόμενους.

Παρά όλες τις προσπάθειες των κρατών για συγκράτηση των δαπανών κάτι τέτοιο δεν επιτεύχθηκε και το 2007 οι δαπάνες ανήλθαν στο 8,9% του ΑΕΠ. Η αποτυχία αυτή αποδόθηκε στην ανάπτυξη της παραοικονομίας στον τομέα υγείας εξαιτίας της φοροδιαφυγής και της μη συσχέτισης των δαπανών και του εισοδήματος. Επιπλέον ο ιατρικός κλάδος λόγω της προκλητής ζήτησης και της ασύμμετρης πληροφόρησης στη σχέση μεταξύ ιατρού - ασθενή, λειτουργούσε με βάση το προσωπικό όφελος και κέρδος αδιαφορώντας για τις σπατάλες και τη ζημιά που προκαλούσε στο ασφαλιστικό και γενικότερα υγειονομικό σύστημα. Ταυτόχρονα η ταχύτατη αύξηση των παροχών υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα μετατρέπει την υγεία από δημόσιο αγαθό που παρέχεται δωρεάν σε ένα εμπόρευμα που πωλείται έναντι κάποιας συγκεκριμένης αμοιβής. Από τη στιγμή που η υγεία εμπορευματοποιείται υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς και κατά συνέπεια και του ανταγωνισμού. Οι πολίτες εξαιτίας της οικονομικής ευημερίας αδιαφορούσαν για το κόστος και απαιτούσαν άριστη και γρήγορη παροχή υπηρεσιών.

Από το 2008 όπου ξέσπασε η κρίση στην Αμερική και μεταφέρθηκε στην Ευρώπη ήταν αναγκαίο περισσότερο από ποτέ να ληφθούν μέτρα καταπολέμησης της φοροδιαφυγής και ελέγχου των δαπανών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Λύσεις όπως η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η δυνατότητα συνταγογράφησης καθορισμένων κατηγοριών φαρμάκων ανά ειδικότητα, είχαν αποτέλεσμα σε επίπεδο περιορισμού δαπανών γιατί πλέον κάθε ιατρός ελέγχεται. Ταυτόχρονα η εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων έδωσε τη δυνατότητα κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των χωρών αλλά και σε εθνικό επίπεδο διότι κάθε πάθηση δικαιολογεί προκαθορισμένες ημέρες νοσηλείας πέραν των οποίων απαιτείται αιτιολόγηση. Επιπλέον η κατάθεση των ισολογισμών των νοσοκομείων είναι τρόπος ελέγχου της οικονομικής δραστηριότητας της κάθε υγειονομικής μονάδας και η χρήση αριθμοδεικτών ένας γρήγορος και αποτελεσματικός τρόπος εκτίμησης της λειτουργίας της ( Ρεκλείτη και συν., 2012 ).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΥΓΕΙΑ

### 1.1 Ορισμός της υγείας

Η υγεία θεωρείται ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά για τον άνθρωπο. Όταν ο άνθρωπος είναι υγιής είναι ικανός να ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις που έχει αναλάβει τόσο σε εργασιακό, κοινωνικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο με επιτυχία και πάντα προσηλωμένος στους στόχους του. Αντίθετα όταν δεν είναι υγιής, αφενός μεν δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει οτιδήποτε αναλαμβάνει, αφετέρου είναι απαραίτητο να δαπανήσει αρκετό από το χρόνο του και να δαπανήσει τις οικονομίες του για να αποκαταστήσει την υγεία του ( Χλέτσος,2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η υγεία ορίστηκε το 1946 ως η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Αυτός ο ορισμός κατοχυρώθηκε το 1978 στη συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Alma-Ata όπου τονίζεται ότι η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ατόμου και η προάσπιση της αποτελεί υποχρέωση του κάθε κράτους με τη βοήθεια των εκάστοτε δομών στις οποίες έχει ανατεθεί αυτή η ευθύνη. (Κρεμαστινού, 2010).

Πέραν του θετικού ορισμού της υγείας που αναφέρθηκε παραπάνω υπάρχει και ο αρνητικός ορισμός όπου γίνεται αναφορά στην απουσία νόσου. Με τη συμβολή της ιατρικής στην πάροδο των ετών αποδείχτηκε ότι υπάρχουν διαταραχές στον ανθρώπινο οργανισμό, οι οποίες αρχικά δεν προκαλούν συμπτώματα αλλά είναι υπεύθυνες για την εκδήλωση νόσου.

Επίσης από το 1979 γίνεται αναφορά στο λειτουργικό ορισμό της υγείας όπου αξιολογείται η ικανότητα του ατόμου να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο είτε στον εργασιακό τομέα μέσω των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνει, είτε στο οικογενειακό περιβάλλον προασπίζοντας και φροντίζοντας τον ιδιωτικό του χώρο ( σχέσεις με σύζυγο, γονείς , παιδιά και λοιπό περίγυρο).

Τέλος υπάρχει και ο βιοματικός ορισμός ο οποίος ασχολείται με το άτομο, τους τρόπους και το χρόνο που αφιερώνει για την προάσπιση της υγείας του και τη βελτίωσή της. Αυτό είναι εφικτό καταφεύγοντας στις διάφορες μονάδες υγείας αναφέροντας οτιδήποτε τον απασχολεί και αναζητώντας λύσεις έτσι ώστε να μην επηρεαστούν όλες του οι δραστηριότητες. ( Χλέτσος, 2011).



## **1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας**

Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η υγεία ενός ατόμου αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο αλλά και το περιβάλλον στο οποίο ανήκει. Η υγεία ενός ατόμου επηρεάζεται κατά 40-50% από το ίδιο ( συμπεριφορά, διατροφικές συνήθειες), κατά 20-30% από το περιβάλλον στο οποίο ζει, 20% από την κληρονομικότητα και 10-20% από την παροχή υπηρεσιών υγείας ( Κρεμαστινού, 2010).

Οι ατομικοί, βιολογικοί παράγοντες αφορούν την ηλικία ( οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν περισσότερα και πιο σύνθετα προβλήματα και η αντιμετώπισή τους είναι δυσκολότερη λόγω των μειωμένων τους εφεδρειών ) , το φύλο (οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση αυτοάνοσων νοσημάτων και προστατεύονται από καρδιαγγειακά συμβάματα λόγω των οιστρογόνων) , την κληρονομικότητα ( ασθένειες όπως η αιμορροφιλία, η θρομβοφιλία, ο αλμπινισμός κληρονομούνται από τους γονείς με αυτοσωμικό ή φυλοσύνδετο χαρακτήρα). Επιπλέον σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η γενετική προδιάθεση, όπως για παράδειγμα, συμβαίνει στα αυτοάνοσα νοσήματα, στο σακχαρώδη διαβήτη, στην αθηροσκλήρωση. Ακόμη ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες όπως η καθιστική ζωή, η παχυσαρκία, το κάπνισμα αποτελούν παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία.

Το φυσικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει κάθε άνθρωπος μπορεί να επιβαρύνει την υγεία του. Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και του νέφους τα οποία προκαλούν αναπνευστικά προβλήματα όπως βρογχικό άσθμα και χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια τα οποία επιβαρύνουν την υγεία και χρήζουν συχνών επισκέψεων σε μονάδες υγείας για την παροχή πρώτων βοηθειών. Επιπλέον ο χώρος στον οποίο εργάζεται κάποιος είναι δυνατό να επηρεάσει την υγεία του όπως συμβαίνει σε εργαζόμενους σε ορυχεία ή εργοστάσια όπου τα ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα και νεοπλασιών του αίματος είναι ιδιαίτερα αυξημένα.

Το βιοτικό επίπεδο του ατόμου είναι ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την υγεία. Οι οικονομικά ασθενέστερες ομάδες παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να νοσήσουν εξαιτίας της μη πρόσβασης σε μονάδες υγείας αφού για αυτούς είναι σημαντικός ο αγώνας για την επιβίωση. Αντίθετα οι οικονομικά εύρωστες κοινωνικές ομάδες καταφεύγουν στις μονάδες υγείας μόλις αντιληφθούν το πρόβλημα ή και στα πλαίσια συχνών προληπτικών ελέγχων ανακαλύπτουν κάποια ανωμαλία και το αντιμετωπίζουν άμεσα ( Χλέτσος,2011). Περίπου το 1/5 του παγκόσμιου πληθυσμού

( 1,2 δισεκατομμύρια άτομα) αναφέρεται ότι ζουν σε συνθήκες εξαθλίωσης με λιγότερο από 1\$ την ημέρα. Επίσης 3 δισεκατομμύρια άτομα τα οποία αποτελούν το 50% του παγκόσμιου πληθυσμού ζουν με <2\$ την ημέρα. Τέλος έχει αποδειχτεί ότι η υγεία ως προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση εμφανίζεται αυξημένο όταν το κατά κεφαλή εισόδημα βρίσκεται στα 5000 δολάρια ( Κρεμαστινού, 2010).

Το κοινωνικό επίπεδο αποτελεί έναν ακόμη καθοριστικό παράγοντα της υγείας. Για το λόγο αυτό οι άνεργοι παρουσιάζουν συχνότερα επιβάρυνση της υγείας τους αφού δεν έχουν τη δυνατότητα να καταφύγουν στις διάφορες δομές της υγείας λόγω έλλειψης ασφάλισης και αδυναμίας πληρωμής της παροχής υπηρεσιών. Τα τελευταία χρόνια αυτή η κατάσταση έχει βελτιωθεί λόγω της προστασίας των ευπαθών ομάδων από τις κρατικές δομές στις οποίες μπορούν να καταφύγουν όποτε έχουν ανάγκη.

Το μορφωτικό επίπεδο είναι ένας ακόμη παράγοντας της υγείας και κυρίως της διατήρησης της. Όσο περισσότερη μόρφωση διαθέτει τόσο περισσότερο ασχολείται με την πρόληψη και έτσι δεν παραλείπει τους προληπτικούς ελέγχους όπως το τεστ-παπ, τη μαστογραφία, την κολonosκόπηση, τον έλεγχο του προστάτη. Έχουν επίγνωση ότι είναι σωστότερο να προλαμβάνει κανείς παρά να αντιμετωπίζει αργότερα τις συνέπειες.

Επίσης το πολιτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εργάζεται και ζει το κάθε άτομο καθορίζει και αυτό την υγεία διότι έχει την υποχρέωση να προασπίζει την υγεία των πολιτών. Συχνά λαμβάνει μέτρα για την προστασία των ευπαθών ομάδων και προασπίζει την υγεία, για παράδειγμα, με την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους μαζικούς εμβολιασμούς, την απαγόρευση του αλκοόλ σε ηλικίες μικρότερες των 17 ετών ( Χλέτσος, 2011).

### **1.3 Δείκτες υγείας**

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν το επίπεδο της υγείας του κάθε πληθυσμού. Είναι βασικά ένα κλάσμα στο οποίο ο αριθμητής αποτελείται από ένα αριθμό ατόμων που ανήκουν σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ενώ ο παρονομαστής αναφέρεται στο σύνολο των ατόμων του εκάστοτε πληθυσμού σε μια προκαθορισμένη χρονική στιγμή (Κρεμαστινού, 2010).

Διακρίνονται τόσο σε θετικούς όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, ο δείκτης γεννητικότητας, ο δείκτης γονιμότητας όσο και σε αρνητικούς όπως ο δείκτης νοσηρότητας, ο δείκτης θνησιμότητας και ο δείκτης θνητότητας. Παράλληλα

υπάρχουν οι διοικητικοί και οι οικονομικοί δείκτες όπως οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, αριθμός ιατρών ή νοσηλευτών ή κλινών ανά αριθμό κατοίκων, μέση διάρκεια νοσηλείας, μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών και δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών ( Χλέτσος, 2011). Από το 2000 και μετά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χρησιμοποιεί και άλλους δείκτες όπως ο DALY, ο οποίος αναφέρεται στα χρόνια που χάνονται εξαιτίας ενός πρόωρου θανάτου και των χρόνων ζωής κάποιου με ανικανότητα. Ένας ακόμη εξειδικευμένος δείκτης είναι ο HALE ο οποίος αναφέρεται ως τα έτη επιβίωσης με καλή υγεία ενός ανθρώπου κατά τη γέννηση του ( Κρεμαστινού, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

#### ***2.1 Δημόσια υγεία***

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό και για αυτό το λόγο το κάθε κράτος οφείλει να την παρέχει σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο και τον αν ζουν σε χωριό, κωμόπολη ή μεγαλούπολη.

Σύμφωνα με τον Winslow όπου το 1923 έδωσε τον ορισμό της δημόσιας υγείας, είναι η επιστήμη που ασχολείται με την πρόληψη των νόσων, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την προαγωγή της υγείας μέσω μιας συντονισμένης προσπάθειας της κοινωνίας που έχει ως στόχο την εκπαίδευση και προστασία των πολιτών στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες διαβίωσης. Παράλληλα οφείλει να οργανώνει τις διάφορες δομές και το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό που την απαρτίζουν και να εφαρμόζει όλα όσα μέτρα είναι απαραίτητα για την προάσπιση της υγείας των πολιτών ( Κρεμαστινού, 2010).

Το 1981, η 34<sup>η</sup> συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αποφάσισε ότι έως το 2000 θα έχουν δημιουργηθεί τόσο οι απαραίτητες δομές όσο και οι προϋποθέσεις ώστε η υγεία να μπορεί να παρασχεθεί σε όλους. Επίσης καθορίστηκαν οι ρόλοι των 3 εννοιών που απαρτίζουν την δημόσια υγεία και οι οποίοι είναι η προαγωγή της υγείας, η αγωγή της υγείας και η πρόληψη των νόσων.

Η προαγωγή της υγείας στοχεύει στην προάσπιση της υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και στη δημιουργία δομών, δραστηριοτήτων που θα βοηθήσουν ώστε όλοι οι πολίτες να καταφέρουν να διατηρούν την υγεία τους στο μέγιστο βαθμό που θα τους επιτρέπει να είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας στην οποία ζουν και δρουν ( Τσαλακοπούλου, Σαράφης, 2013). Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός είναι απαραίτητος ο ενεργός ρόλος του κάθε ατόμου ξεχωριστά, αλλά και σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς ώστε να κατανοήσει ποιοι παράγοντες είναι πιθανό να προκαλέσουν βλάβη ή να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του. Αυτή η συνεργασία ανθρώπων-πολιτείας-κυβέρνησης για να αποδειχθεί αν έχει αποδώσει καρπούς θα παρατηρηθεί, για παράδειγμα, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αύξηση των υγιών ετών ζωής, μείωση της θνησιμότητας και της θνητότητας. Η προαγωγή της υγείας οφείλει ακόμη να προστατεύσει τις ευπαθείς ομάδες, να δημιουργήσει δομές στις οποίες μπορούν να καταφύγουν όποτε χρειαστούν βοήθεια και να τους παρέχει τα μέσα ώστε να καταφέρουν να βελτιώσουν την υγεία τους ( Κρεμαστινού, 2010).

Η αγωγή της υγείας είναι ένα μέσο που χρησιμοποιεί η προαγωγή της υγείας ώστε να εκπαιδεύσει και να ενημερώσει τους πολίτες με διάφορα μέσα όπως ενημερωτικά φυλλάδια και εκπομπές, σεμινάρια, συνεντεύξεις ειδικών επιστημόνων σε πληθώρα θεμάτων με στόχο την προστασία της υγείας. Επιπλέον μέσω της αγωγής υγείας γνωστοποιούνται σε όλους τα μέτρα τα οποία έχει λάβει η πολιτεία για την προάσπιση της υγείας απέναντι σε μία αρνητική συμπεριφορά που έχει υιοθετηθεί, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα ή το αλκοόλ ( απαγόρευση καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, απαγόρευση αλκοόλ σε ηλικία μικρότερη των 17 ετών). Παράλληλα ανακοινώνει ότι η μη συμμόρφωση στους κανόνες και νόμους που έχουν θεσπιστεί θα έχει συνέπειες οι οποίες μπορεί να κυμαίνονται από μια επίπληξη, ένα χρηματικό πρόστιμο έως και την ποινή φυλάκισης ( Τσαλακοπούλου, Σαράφης, 2013).

Η πρόληψη της υγείας είναι το στάδιο της δημόσιας υγείας το οποίο αναφέρεται στους χειρισμούς που υιοθετούνται έτσι ώστε να προληφθεί η εμφάνιση ή η ανάπτυξη ή η εξέλιξη μιας ασθένειας. Περιλαμβάνει τρία επίπεδα την πρωτογενή, η οποία αφορά τις ενέργειες εκείνες που θα προστατεύσουν το άτομο από μια πιθανή επαφή με ένα νοσογόνο παράγοντα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω αναγνώρισης των παραγόντων κινδύνου και αναζητώντας τρόπους ενίσχυσης της άμυνας του οργανισμού για να προστατευτεί. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στη

διάγνωση της νόσου η οποία εξελίσσεται στον οργανισμό του ασθενή. Η διάγνωση θα πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατό ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα μόνιμης βλάβης και κατά συνέπεια αναπηρίας. Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στις ενέργειες που θα βοηθήσουν το άτομο να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και να προσαρμοστεί σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις από τη στιγμή που έχει εγκατασταθεί η νόσος. Ουσιαστικά αφορά θεραπείες που οδηγούν σε μείωση του πόνου, σε έναρξη φυσιοθεραπειών για την αποκατάσταση ορισμένων αδυναμιών όπως η πάρεση σε περίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή η κινητοποίηση μετά από κάταγμα ισχίου ( Κρεμαστινού, 2010). Συμπερασματικά και σύμφωνα με τη ρήση του Ιπποκράτη: Υγείαν εστί προνοεῖν και προλαμβάνειν το δε προλαμβάνειν προτιμότερον του θεραπεύειν. Στη σημερινή εποχή όπου η οικονομική κρίση μαστίζει τον πλανήτη είναι περισσότερο αναγκαίο από ποτέ να δαπανούνται χρήματα για να αποκτήσουν οι πολίτες αγωγή υγείας και να μάθουν να θωρακίζουν την υγεία τους παρά να ξοδεύονται υπέρογκα ποσά για την αντιμετώπιση των συνεπειών μιας νόσου ( Τσαλακοπούλου, Σαράφης,2013).

## **2.2 Σύστημα υγείας**

Δεδομένου ότι η υγεία είναι ένα αγαθό για όλους τους πολίτες είναι απαραίτητο να υπάρχουν δομές που να προάγουν μία καλή υγεία. Το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο τμημάτων τα οποία είναι άρτια συνδεδεμένα μεταξύ τους και με σχέση αλληλεπίδρασης έτσι ώστε να εκτελούν μια λειτουργία. Ακόμη το σύστημα δεν είναι ένας όρος στατικός αλλά μεταβάλλεται και προσαρμόζεται στις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Το κάθε σύστημα έχει ένα συγκεκριμένο ρόλο τον οποίο οφείλει να φέρει σε πέρας, ο οποίος μπορεί να είναι περίπλοκος ή και να απαιτεί τη συνεργασία με άλλα συστήματα. Αποτελεί ένα τρόπο οργάνωσης των έμψυχων και άψυχων υλικών στον τομέα της υγείας ώστε να παρέχονται υπηρεσίες υγείας με τον γρηγορότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο σε όλους τους πολίτες. Κάθε σύστημα είναι δυνατό να υποδιαιρείται σε επιμέρους υποσυστήματα με διαφορετικές κατανεμημένες αρμοδιότητες, όπως η χρηματοδότηση προγραμμάτων για τη βελτίωση της υγείας, οι διοικητικές υπηρεσίες που οργανώνουν τις δομές που είναι υπεύθυνες για την προαγωγή της υγείας. Θεωρώντας το σύστημα υγείας μια παραγωγική διαδικασία αποτελείται από εισροές ( ανθρώπινο δυναμικό και υλικο-τεχνικός εξοπλισμός), από εκροές ( σύνολο ιατρικών και παρακλινικών εξετάσεων ,

ημέρες νοσηλείας που έχουν ως στόχο τη διάγνωση και τη θεραπεία). Τέλος κάθε σύστημα υγείας μπορεί να είναι ανοικτό οπότε δέχεται τις επιδράσεις από τον χώρο στον οποίο αναπτύσσεται ή παραμένει κλειστό και οπότε δεν επηρεάζεται από το περιβάλλον στο οποίο ανήκει ( Χλέτσος, 2011).

### **2.3 Συστήματα υγείας σε Ευρώπη και Αμερική**

Τα συστήματα υγείας διαχωρίζονται σε 4 κύριες κατηγορίες ανάλογα με το πως καλύπτονται οι ανάγκες του κάθε ασφαλισμένου σε περίπτωση ασθένειας, ατυχήματος και αναπηρίας.

Στην Αμερική ισχύει το φιλελεύθερο σύστημα ασφάλισης όπου το κράτος συμμετέχει με περιορισμένο ποσοστό στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κυρίως ασχολείται με τις οικονομικά ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες και τους ηλικιωμένους. Για το λόγο αυτό έχουν θεσμοθετηθεί δύο προγράμματα το Medicare ( αφορά ηλικιωμένους άνω των 65 ετών ) και το Medicaid ( αφορά φτωχούς, ανέργους και ανάπηρους). Η χρηματοδότηση αυτών των προγραμμάτων βασίζεται κυρίως στη φορολογία, στην κρατική χρηματοδότηση και στην καταβολή ενός μικρού ποσού από τους ίδιους. Οι υπόλοιποι πολίτες είναι αναγκαίο να καταφύγουν στη σύναψη συμβολαίου με ιδιωτική ασφάλεια όπου θα συμφωνηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες και το αντίστοιχο αντίτιμο. Επειδή η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική και είναι συνάρτηση του εισοδήματος, το 15% των πολιτών στην Αμερική είναι ανασφάλιστοι. Οι ιατροί εργάζονται είτε ως υπάλληλοι των ασφαλιστικών εταιρειών είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

Ένα άλλο σύστημα το οποίο ονομάζεται εθνικό σύστημα υγείας ( τύπου Beveridge), προβλέπει την πλήρη κάλυψη των αναγκών των πολιτών από το κράτος ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση του κάθε ατόμου και από το κόστος τόσο των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων όσο και της θεραπείας. Το αγγλοσαξονικό μοντέλο το οποίο δημιουργήθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge και που οι κύριοι αντιπρόσωποι του είναι η Αγγλία και η Ιρλανδία έχει ως χαρακτηριστικό την πρόσβαση των πολιτών στις διάφορες μονάδες υγείας όποτε το κρίνουν απαραίτητο ή όποτε η κατάσταση τους χρήζει περαιτέρω διερεύνησης κατόπιν εκτίμησης του ιατρού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε αυτό το σύστημα η ισότητα είναι εκείνη που παραχωρεί ίσα δικαιώματα σε κάθε άτομο το οποίο έχει ανάγκη να μεταβεί σε οποιαδήποτε μονάδα υγείας. Οι αναγκαίοι πόροι για την

ισότιμη πρόσβαση εξασφαλίζονται από τη φορολογία (80%) και τις ασφαλιστικές εισφορές (15%) και τους ιδιωτικούς πόρους (5%). Η παροχή των υπηρεσιών διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και αφορά τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς ιατρούς. Οι οικογενειακοί ιατροί αποτελούν ένα καλά οργανωμένο σύστημα το οποίο παρέχει το εισιτήριο παραπομπής στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια μονάδα υγείας. Τα νοσοκομεία θεωρούνται αυτόνομες μονάδες οι οποίες έχουν το δικαίωμα να προσλάβουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που επιθυμούν και να καθορίσουν το μισθό τους.

Το σύστημα τύπου Bismarck, το οποίο ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο, βασίζεται στις προτάσεις του Bismarck το 1883. Κύριοι εκπρόσωποι αυτού του συστήματος είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η υγειονομική κάλυψη των ατόμων βασίζεται στις ασφαλιστικές εισφορές που αποδίδουν οι εργαζόμενοι (50%) και οι εργοδότες (50%) και οι εισφορές που καταβάλλονται είναι διαφορετικές από ταμείο σε ταμείο. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αυτόνομοι οργανισμοί που ασφαλίζουν εργαζόμενους που κάνουν το ίδιο επάγγελμα και που έχουν συμβάσεις με επιχειρήσεις αλλά, υπεύθυνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και οι κυβερνήσεις των διαφόρων κρατιδίων. Ιδιαίτερα για τη Γαλλία η παρουσία του κράτους είναι εμφανής και διασφαλίζει την καθολική πρόσβαση των πολιτών στις μονάδες υγείας και ασκεί έλεγχο στους φορείς χρηματοδότησης έτσι ώστε να διασφαλίσει την εύρυθμη λειτουργία τους. Οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία συνάπτουν συμβάσεις με προκαθορισμένο μισθό, ενώ οι ιδιώτες αμείβονται ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχουν.

Το σκανδιναβικό μοντέλο το οποίο έχουν υιοθετήσει η Δανία, η Σουηδία και οι υπόλοιπες χώρες της Βόρειας Ευρώπης. Το σύστημα χρησιμοποιεί ως κύρια πηγή χρηματοδότησης τους φόρους και κατά δεύτερο λόγο από τις ασφαλιστικές εισφορές. Αποτελεί ένα δημόσιο σύστημα όπου όλοι οι πολίτες μπορούν να απευθύνονται στις μονάδες υγείας οι οποίες βρίσκονται υπό τον έλεγχο των περιφερειακών και νομαρχιακών συμβουλίων. Η διάρθρωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας γίνεται σε επίπεδο περιφέρειας, νομού και δήμου. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία περιλαμβάνει τα κέντρα υγείας και έχει τον πρώτο λόγο στην παροχή των υπηρεσιών, απαρτίζεται κυρίως από τους γενικούς ιατρούς ( Boyle et al., 2008).

## 2.4 Ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας ιδρύθηκε το 1983 και χαρακτηρίζεται ως μεικτό διότι βασίζεται τόσο στην κοινωνική ασφάλιση ( εισφορές που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι- εγγεγραμμένοι στα ασφαλιστικά ταμεία) όσο και στη φορολογία. Υπεύθυνο για την οργάνωση των δομών, για την φαρμακευτική δαπάνη, για την προστασία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης το συγκεκριμένο υπουργείο είναι υπεύθυνο για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αποτελείται από τα κέντρα υγείας, τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ και για την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις μονάδες υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από ιδιώτες και παρατηρείται αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας όσο και στη χρηματοδότηση. Υπολογίζεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται στο 43% του συνόλου των δαπανών για την υγεία (Χλέτσος,2011).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία και ο προϋπολογισμός τους προέρχεται κατά 70% από την φορολογία των πολιτών και κατά 30% από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών και τέλος ένα μικρό ποσοστό πληρώνεται κατευθείαν από τους πολίτες κατά την προσέλευση τους στις μονάδες υγείας.

Ο αριθμός των νοσοκομείων στην Ελλάδα ανέρχεται σε 123 γενικά και ειδικά νοσοκομεία με 36.621 κλίνες. Οι ιατροί που εργάζονται σε αυτά ανέρχονταν στους 47.944 το 2002 και η Ελλάδα το συγκεκριμένο έτος είχε την πρώτη θέση όσον αφορά την αναλογία των ιατρών σε σχέση με τους κατοίκους ( 4,4/1000 κατοίκους). Αντίθετα ο αριθμός των νοσηλευτών ( 3,9/1000 κατοίκους) την κατατάσσει στην προτελευταία θέση. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ανομοιογένεια στην κατανομή των ιατρών ανά την Ελλάδα και επομένως παρατηρείται υποστελέχωση στην περιφέρεια και συσσώρευση στα μεγάλα αστικά κέντρα ( Κρεμαστινού, 2010).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Ιστορική αναδρομή

Τα οικονομικά της υγείας είναι ένα αυτόνομο πεδίο των οικονομικών το οποίο δημιουργήθηκε από την αρχαιότητα μιας και έγινε γρήγορα κατανοητό ότι οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται συνεχώς, ότι μεταξύ ιατρών και ασθενών υπάρχει οικονομική δοσοληψία και ότι η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα όλων των πολιτών.

Ήδη φιλόσοφος Ξενοφών ( 430-355 π.Χ.) στο έργο του ' Οικονομικός' ανέφερε την σύνθεση των όρων οίκος και νόμος και ότι η Υγεία και η Πανάκεια ήταν κόρες του Ασκληπιού. Στη συνέχεια ο Ιπποκράτης ( 460-370 π.Χ. ) στη συγγραφή του έργου ' Πέρι Επιδημιών, το Έκτον' προσπαθεί να συνδέσει την οικονομία με την υγεία.

Η πορεία της σύνδεσης των οικονομικών με την υγεία συνεχίζεται στη χριστιανική, βυζαντινή και μεσαιωνική περίοδο και των δέκατο έβδομο αιώνα στη Γαλλία και στην Αγγλία παρουσιάζονται τα οικονομικά της υγείας ως επιστήμη με την βοήθεια των Jean Baptiste Colbert ( 1619-1683) , Thomas Man ( 1571-1641) και Francois Quesnay ( 1694-1774).

Στη βικτωριανή εποχή όπου παρατηρείται άνθηση της οικονομίας ο Farr ( 1807-1883), συνδέει την ανάπτυξη της οικονομίας με τις επιπτώσεις στην υγεία των εργαζομένων. Βέβαια ο Karl Marx το 1867 με το έργο του ' Das Kapital ' θέτει τις βάσεις της οικονομίας της αγοράς και οι απόψεις του χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνδεση της υγείας τόσο ως παραγωγή υπηρεσιών από τους ιατρούς όσο και ως αποζημίωση για την προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Έπειτα ο Otto Von Bismarck ( 1815-1898) στη Γερμανία και ο William Beveridge ( 1879-1963), ασχολήθηκαν με την κοινωνική ασφάλιση και την παρέμβαση του κράτους για τον έλεγχο του κόστους, τη χρηματοδότηση και την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις δομές υγείας.

Εκείνος που ουσιαστικά θεώρησε την υγεία ένα αγαθό που υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς και αυτό καθιστά αναγκαίο την προστασία των πολιτών από την υπερβολική κοστολόγηση της παροχής υπηρεσιών ήταν ο Arrow ( βραβείο Νόμπελ 1972). Είναι ο πρώτος οικονομολόγος που εισηγήθηκε ως μέτρο

καταπολέμησης της άνιση κατανομής των πόρων την παρέμβαση του κράτους με τη βοήθεια και της κοινωνικής ασφάλισης.

Στη συνέχεια κάθε χώρα προσπάθησε να δημιουργήσει το δικό της σύστημα υγείας βασισμένη σε μοντέλα τα οποία έχουν ήδη αναφερθεί και να επενδύσει τεράστια χρηματικά ποσά για την ανάπτυξη δομών σε όλες τις περιφέρειες, την οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων με εξειδικευμένο ανά ειδικότητα προσωπικό και τον εκσυγχρονισμό του εξοπλισμού. Παράλληλα επενδύθηκαν υπέρογκα ποσά στην έρευνα και την ανεύρεση θεραπειών για τις υπάρχουσες ανά εποχή παθήσεις που είχαν ως στόχο την αύξηση των ετών του προσδόκιμου επιβίωσης ( Κυριόπουλος, 2007).

### **3.2 Τα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα**

Η ανάπτυξη στον τομέα της υγείας δεν θα μπορούσε να αφήσει αδιάφορη την Ελλάδα η οποία καθυστέρησε να αναπτύξει τον συγκεκριμένο τομέα είτε λόγω του μικρού μεγέθους του οικονομικού τομέα είτε λόγω της ελλιπούς υγειονομικής πολιτικής από πλευράς πολιτείας ( Κυριόπουλος, 2007).

Η Ευρώπη ήδη από τις αρχές του μεσαίωνα ασχολείται με την οργάνωση μονάδων υγείας με την παρουσία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τη βοήθεια κρατικών επιχορηγήσεων, ενώ στην Ελλάδα αρχικά η παροχή των υπηρεσιών γινόταν στα πλαίσια της φιλανθρωπίας και μόλις το 1833 αναφέρεται η πρώτη κρατική προσπάθεια όπου ιδρύεται η Γραμματεία Εσωτερικών. Η Γραμματεία είχε τον ρόλο της υγειονομικής επίβλεψης των έως τότε οργανωμένων δομών και τον στόχο της οργάνωσης περαιτέρω μονάδων παροχής υπηρεσιών σε όσο το δυνατό περισσότερες περιφέρειες της χώρας. Έπειτα το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών με ρόλο την εκπαίδευση ατόμων που επιθυμούσαν να ασκήσουν το επάγγελμα του ιατρού. Το 1867 γίνεται μια προσπάθεια ίδρυσης των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων τα οποία είναι των ναυτικών, των μεταλλωρύχων και των δημοσίων υπαλλήλων.

Η Ελλάδα παρουσιάζει άνθιση στον τομέα της υγείας από το 1911 όπου συστήνεται ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός όπου απαρτίζεται κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο παρείχε υπηρεσίες ανά πάσα χρονική στιγμή σε πάσχοντες προερχόμενους από πολεμικές συγκρούσεις αλλά και σε περίπτωση επιδημιών. Στη συνέχεια το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης το οποίο ασχολείται με τη θέσπιση νόμων για

φροντίδα των πολιτών, την οργάνωση των νοσοκομείων, την δημιουργία των ασφαλιστικών ταμείων. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης το οποίο ασχολείται με τη θέσπιση νόμων και κανόνων για την εύρυθμη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων και για πρώτη φορά με τον ορισμό χρηματικού αντίτιμου για την εξασφάλιση της ασφάλισης τόσο από τον εργοδότη όσο και από τον εργαζόμενο. Το 1934 συστήθηκε το ΙΚΑ με σκοπό την ασφάλιση των εργαζομένων και την εξοικονόμηση χρημάτων για την καταβολή συντάξεων. Μία από τις πιο σημαντικές στιγμές για την υγεία ήταν η θέσπιση του νόμου 965/37 όπου εξασφάλιζε τη δημόσια περίθαλψη για όλους τους πολίτες. Ο ΟΓΑ ιδρύεται το 1961 με την πρόθεση της ασφαλιστικής κάλυψης του αγροτικού πληθυσμού, ο οποίος αποτελούσε το 70% του πληθυσμού της χώρας.

Σημείο σταθμός στην εξέλιξη του συστήματος υγείας είναι η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983. Είχε προηγηθεί το 1976 μία έκθεση του ΚΕΠΕ όπου πρότεινε τη θέσπιση ενός ενιαίου συστήματος συντονισμού και στη συνέχεια το νομοσχέδιο του Δοξιάδη το 1980 έκανε λόγο για την επιτακτική ανάγκη δημιουργίας ενός εθνικού φορέα με στόχο την εξυπηρέτηση των ασθενών όπου και αν βρίσκονται και ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση ή το μορφωτικό τους επίπεδο. Ταυτόχρονα μερίμνησε για την ίδρυση νέων ακαδημαϊκών εδρών όπως της κοινωνιολογίας, της ιατρικής οικονομίας και της διοίκησης υπηρεσιών υγείας στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών, που αργότερα το 1996 ονομάστηκε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Παράλληλα το ίδιο έτος ιδρύθηκε και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων με στόχο τη δημιουργία οδηγιών για την ορθολογική χρήση των διαφόρων σκευασμάτων ανάλογα με την πάθηση έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή θεραπεία.

Δυστυχώς στις αρχές της δεκαετίας και με την άνθιση και του ιδιωτικού τομέα παρατηρείται αδυναμία ελέγχου του κόστους και υπερβολική αύξηση των δαπανών για την υγεία, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η εφαρμογή μέτρων που θα σταματήσουν αυτή την ανεξέλεγκτη πορεία της οικονομίας της υγείας ( Μανιού, Ιακωβίδου ,2009).

### **3.3 Υγεία δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό**

Όταν γίνεται αναφορά στον όρο δημόσιο αγαθό σημαίνει ότι το συγκεκριμένο προϊόν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλα τα άτομα ανεξάρτητα από την οικονομική τους

κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο, τη χώρα από την οποία κατάγονται. Τα οφέλη από τη χρήση του αφορούν το σύνολο και όχι τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά. Επειδή δεν διατίθεται στην αγορά, δεν υπόκειται στους νόμους και στους κανόνες της ελεύθερης αγοράς και δε θεωρείται ανταγωνιστικό. Σε αυτό το αγαθό είναι αναγκαία η παρέμβαση του κράτους το οποίο θα αποφασίσει για την ποσότητα παραγωγής του, τον τρόπο χρηματοδότησης του και τον τρόπο κατανομής και διανομής του με γνώμονα πάντα την ωφέλεια που προκύπτει από αυτό σε όλο τον πληθυσμό.

Υποστηρικτής της θεωρίας ότι η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό ήταν ο Arrow όπου από το 1963 αναφέρει ότι η υγεία πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους πολίτες και ότι ο καθένας από αυτούς μπορεί να κάνει χρήση αυτού του αγαθού όποτε το χρειαστεί και σε οποιαδήποτε περιοχή και αν βρίσκεται. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας αποφασίζεται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες και όχι με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια, επαγγέλματος ή εκπαίδευσης. Ακόμη σε κανένα άτομο δε μπορεί κανείς να αρνηθεί την παροχή υπηρεσιών υγείας για κανένα λόγο. Αυτό σημαίνει ότι ο πολίτης δεν έχει πάντα τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε αυτό το τεράστιο κόστος και η κρατική παρέμβαση είναι απαραίτητη. Το κράτος θεωρείται υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση των υγειονομικών μονάδων είτε για τον φαρμακευτικό και υλικο-τεχνολογικό εξοπλισμό είτε για τη στελέχωση των υπηρεσιών με άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Επιπλέον η πολιτεία έχει ως υποχρέωση να ελέγχει τόσο το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την αποδοτικότητα της κάθε μονάδας.

Συμπερασματικά θεωρώντας την υγεία ως δημόσιο αγαθό τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από αυτό είναι η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε κάθε μονάδα υγείας όποτε έχουν ανάγκη και η προστασία του κοινωνικού συνόλου το οποίο δε χρειάζεται να διαπραγματευτεί για το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας και ο ιατρός αμείβεται από το κράτος και τόσο το κόστος για τον έλεγχο για την οποιαδήποτε διάγνωση όσο και η θεραπεία που απαιτείται για την αποκατάσταση της υγείας αποτελούν ευθύνη του κρατικού μηχανισμού. Ο κάθε πολίτης αισθάνεται ασφαλής διότι ο κρατικός μηχανισμός φροντίζει να του παρέχει όλα όσα χρειάζεται είτε είναι άνεργος, φτωχός είτε οικονομικά ευκατάστατος. Επιπλέον η θεραπεία που θα λάβει ή η εισαγωγή του σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο δεν απαιτεί την καταβολή κάποιου αντιτίμου οπότε δεν αποκλείεται κάποια κοινωνική ομάδα.

Αντίθετα στα μειονεκτήματα της χρήση της υγείας ως δημόσιο αγαθό είναι η υπερβολική αύξηση των δαπανών για την υγεία διότι δεν υπάρχει επαρκής έλεγχος

λόγω των ελλείψεων του προσωπικού ή την ανεπαρκή κατανομή των θέσεων στις διάφορες υπηρεσίες. Επιπλέον η γραφειοκρατία παρατηρείται σε υπέρμετρο βαθμό καθώς πολλές φορές απαιτείται η συγκέντρωση δικαιολογητικών, για παράδειγμα για τον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας, από πολλές υπηρεσίες όπως είναι ο θεράπων ιατρός για τη γνωμάτευση, ο ειδικός ιατρός για την εκτίμηση της ασθένειας με βάση τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο και η σύσταση επιτροπής για την έκδοση της απόφασης του ποσοστού. Επίσης στον δημόσιο τομέα ο ασθενής δε μπορεί να επιλέξει πάντα από ποιον ιατρό θα εξεταστεί, για παράδειγμα για ένα επείγον περιστατικό ούτε μπορεί να αποφασίσει για το είδος των εξετάσεων ούτε για την ποιότητα των υλικών που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια ενός χειρουργείου.

Για να χαρακτηριστεί ένα αγαθό ως ιδιωτικό θα πρέπει να διατίθεται στην αγορά εργασίας, θα πρέπει να έχει καθοριστεί η τιμή του, η οποία διαφέρει από προϊόν σε προϊόν και η οποία θα πρέπει να είναι ελκυστική ώστε να προτιμηθεί από τον καταναλωτή. Τα οφέλη από τη χρήση του κάθε αγαθού είναι ατομικά και η χρήση του αποφασίζεται από το ίδιο το άτομο το οποίο καταβάλλει και το αντίστοιχο αντίτιμο.

Ο καταναλωτής είναι εκείνος που επιλέγει πότε και πως θα το χρησιμοποιήσει και από ποιον θα το αγοράσει έχοντας πραγματοποιήσει και μια έρευνα αγοράς όσον αφορά την ποιότητα αλλά και το κόστος.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 οι υποστηρικτές της άποψης ότι η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό όπως ο Lees, ο Jewkes και ο Wiseman τόνιζαν ότι ο κάθε άνθρωπος με βάση την οικονομική του δυνατότητα μπορεί να επιλέξει το νοσοκομείο ή το ιατρείο που θα του προσφέρει όλα όσα χρειάζεται. Ο χρόνος όπως και ο τόπος καθορίζονται από τον ίδιο ανάλογα με τις προτιμήσεις του. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί αποτέλεσμα δικής του επιλογής έχοντας προηγηθεί η απαραίτητη έρευνα αγοράς. Σε αυτή την περίπτωση η υγεία υπόκειται στους νόμους και τους κανόνες που διέπουν την προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών. Οι άνθρωποι που δεν έχουν τη δυνατότητα να αποζημιώσουν τους παρέχοντες των παρασχόμενων υπηρεσιών αποκλείονται από την αγορά της υγείας.

Τα πλεονεκτήματα της θεωρίας της υγείας ως ιδιωτικό αγαθό είναι ότι μειώνεται ο χρόνος αναμονής των ραντεβού μεταξύ ιατρών και ασθενών, δεν υπάρχει μία λίστα αναμονής όπου ο ασθενής περιμένει να τον καλέσουν ώστε να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε κάποια συγκεκριμένη θεραπεία. Υπάρχει στον ιδιωτικό τομέα υγείας μία ευελιξία στον προγραμματισμό κάθε ιατρικής πράξης μιας και η επικρατούσα

άποψη είναι ότι ο ασθενής είναι ο πελάτης που επιθυμεί να αγοράσει ένα πακέτο παροχής υπηρεσιών και επιβάλλεται να εξυπηρετηθεί άμεσα. Ο πελάτης-ασθενής διαλέγει τον ιατρό που επιθυμεί, συνεννοείται μαζί του για το πότε θα υποβληθεί στον απαραίτητο έλεγχο, επιλέγει τον χώρο συνάντησης και αποφασίζει για το αν θα νοσηλευτεί σε μονόκλινο, δίκλινο ή τρίκλινο ή τετράκλινο ανάλογα με την οικονομική του δυνατότητα. Επίσης η γραφειοκρατία δεν αποτελεί αιτία κωλυσιεργίας μιας και στόχος της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών είναι η ταχύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή. Ακόμη υπάρχει αμεσότητα στη σχέση ιατρού και ασθενή μιας και ο ασθενής μπορεί να καλέσει στο κινητό του τηλέφωνο τον θεράπων ιατρό και να απαντήσει και να επιλύσει κάθε του απορία. Αντίθετα η σχέση αυτή είναι απρόσωπη στο δημόσιο τομέα όπου ο ασθενής προγραμματίζει το ραντεβού με τον ιατρό και τον γνωρίζει εκείνη τη στιγμή και οι συναντήσεις τους πραγματοποιούνται στο χώρο του νοσοκομείου, του κέντρου υγείας ή των ιατρείων του ΠΕΔΥ.

Το κυριότερο μειονέκτημα της υγείας ως ιδιωτικό αγαθό είναι ότι η προσφορά των υπηρεσιών υγείας παρέχεται μόνο σε εκείνους τους ασθενείς που έχουν τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στο κόστος που προκύπτει. Επομένως ευπαθείς ομάδες όπως άνεργοι, φτωχοί, οικονομικοί μετανάστες αποκλείονται από τον ιδιωτικό τομέα. Δεν υπάρχει δωρεάν υγεία ούτε και ισότιμη πρόσβαση στις ιδιωτικές μονάδες υγείας αφού το κόστος καθορίζει την απόφαση χρήσης της συγκεκριμένης ιατρικής υπηρεσίας. Επιπλέον πολλές φορές τόσο το ιατρικό όσο και το λοιπό προσωπικό μιας ιδιωτικής κλινικής λειτουργούν με γνώμονα το κέρδος και το προσωπικό όφελος που οδηγεί στην αύξηση των κερδών, αδιαφορώντας για έννοιες όπως δίκαιη κατανομή των πόρων, ισότιμη πρόσβαση και γενικά οτιδήποτε προσφέρεται πρέπει να αποπληρώνεται. Ακόμη ο ανταγωνισμός λειτουργεί ως κίνητρο μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων ώστε να παρέχουν ελκυστικά πακέτα παροχής υπηρεσιών και να αυξάνουν τον αριθμό των πολιτών που τους προτιμούν.

Συμπερασματικά η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό είναι ένα προϊόν που παρέχεται σε λίγους που μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά αγνοώντας το κοινωνικό σύνολο και την κοινωνική ευημερία. Αντίθετα η υγεία ως δημόσιο αγαθό ακολουθεί τις ανάγκες του συνόλου, ενδιαφέρεται για τη βελτίωση της υγείας όλων και παρέχει ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη σε όλους χωρίς να κάνει διακρίσεις οποιουδήποτε τύπου (Μαζαράκη, 2012).

### **3.4 Η κρατική παρέμβαση στην υγεία**

Θεωρώντας ότι η υγεία αποτελεί ένα αγαθό το οποίο πρέπει να παρέχεται σε όλους ανεξάρτητα του εισοδήματος και του μορφωτικού επιπέδου του κάθε ανθρώπου αποφασίστηκε η ίδρυση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ευρώπη και επομένως και στην Ελλάδα. Το δημόσιο νοσοκομείο είναι αδύνατο να θεωρηθεί ως επιχείρηση μιας και επιδίωξη του είναι η φροντίδα της υγείας όλου του πληθυσμού. Παρόλα αυτά δανείζεται τεχνικές που χρησιμοποιεί μια επιχείρηση όπως η πρόσληψη διοικητικού προσωπικού με εξειδίκευση στα οικονομικά της υγείας έτσι ώστε να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε όλους αλλά να μεριμνά και για το κόστος και τα έξοδα που προκύπτουν από την παροχή των υπηρεσιών, τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τη φαρμακευτική δαπάνη. Παράλληλα πραγματοποιεί διαγωνισμούς και αναζητά προσφορές για οτιδήποτε επιθυμεί να αποκτήσει όπως ακριβώς συμβαίνει σε μια επιχείρηση και αποφασίζει με γνώμονα το κόστος σε συνδυασμό με την ποιότητα. Επιπλέον όπως και σε μια επιχείρηση κάθε χρόνο με βάση την κατάρτιση του προϋπολογισμού αποφασίζει πως θα χρησιμοποιήσει τα πιθανά έσοδα και πως θα τα καταναίμει στους διάφορους τομείς αλλά και τις διορθωτικές κινήσεις που θα πρέπει να εφαρμόσει στην περίπτωση που λειτουργεί με ζημία (Καρασούλος, 2014).

Δεδομένου ότι η υγεία πέρα από δημόσιο αγαθό θα μπορούσε να αποτελεί και ιδιωτικό αγαθό δόθηκε η ευκαιρία σε ιδιώτες να παρέχουν τις υπηρεσίες τους έναντι αμοιβής. Αυτό το γεγονός ενισχύθηκε από την αύξηση του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και της αδυναμίας των δημόσιων νοσοκομείων να αντιμετωπίσουν αυτή την αύξηση. Επιπρόσθετα υπήρξε άνιση κατανομή της προσφοράς υπηρεσιών με υποστελέχωση της περιφέρειας τόσο σε εργατικό δυναμικό όσο και σε εξοπλισμό και συγκέντρωση του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η οικονομική ευμάρεια μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα βοήθησε στην αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών κλινικών και των ιατρικών διαγνωστικών κέντρων (Μανιού, Ιακωβίδου, 2009).

Σε κάθε χώρα επειδή η υγεία χρησιμοποιείται τόσο ως δημόσιο όσο και ως ιδιωτικό αγαθό είναι αναγκαία η κρατική παρέμβαση ώστε να φροντίζει από τη μία τις ανάγκες των πολιτών παρέχοντας του ισότιμα τις υπηρεσίες υγείας και από την άλλη να τους προστατεύει από φαινόμενα αισχροκέρδειας όπου κάποιοι εκμεταλλεύονται τον ανθρώπινο πόνο ζητώντας υπέρογκα ποσά για την προσφορά των υπηρεσιών.

Ένας από τους ρόλους που έχει αναλάβει το κράτος είναι η χρηματοδότηση των

υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτό είναι εφικτό με την επιβολή φόρων που επιβάλλονται στους πολίτες είτε είναι εργαζόμενοι είτε είναι επιχειρηματίες και με αυτό τον τρόπο έχει τη δυνατότητα να καταβάλλει τους μισθούς του προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και τις λοιπές δομές. Η κρατική επιχορήγηση χρησιμοποιείται και για την πληρωμή των προμηθευτών στις μονάδες υγείας, τα έξοδα από την παροχή των υπηρεσιών στις ευπαθείς ομάδες αλλά και τα έξοδα που προκύπτουν από τη φαρμακευτική δαπάνη. Ακόμη το κράτος είναι εκείνο που χρηματοδοτεί τόσο την έρευνα που σχετίζεται με την ανεύρεση νέων θεραπειών για τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων όσο και τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με επιδοτούμενα σεμινάρια ώστε να είναι πάντοτε ενημερωμένοι για τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας.

Επιπλέον το κράτος έχει την δυνατότητα να νομοθετεί και έτσι να καθορίζει, για παράδειγμα, το μισθό των δημοσίων υπαλλήλων ανάλογα με το βαθμό που κατέχουν, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ειδικότητα τους. Με τη βοήθεια των νόμων προσδιορίζει τις ανώτατες και κατώτερες τιμές για κάθε ιατρική πράξη είτε αυτή είναι ένας εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας είτε ένας απεικονιστικός έλεγχος είτε μια εξειδικευμένη ογκολογική θεραπεία. Με τον τρόπο αυτό ο κάθε ασφαλισμένος γνωρίζει εκ των προτέρων το κόστος και αποφασίζει αν θα απευθυνθεί στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Πέρα από την παρέμβαση σε επίπεδο χρηματικών ποσών, ασχολείται και με τις συνθήκες υγιεινής και ασφαλείας που θα πρέπει να τηρεί κάθε μονάδα υγείας ώστε να μη θέτει σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών που απευθύνονται σε αυτήν και να ενθαρρύνει την καταγγελία ανθρώπων που αντιλαμβάνονται το ενδεχόμενο παρεμβάσεων, ώστε να διενεργηθούν ενδεδειγμένοι έλεγχοι και να τιμωρηθούν με παραδειγματικό τρόπο όσοι θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ατόμων στο βωμό του κέρδους.

Παράλληλα το κράτος παρεμβαίνει και στην περίπτωση επιδημιών όπου παρέχει τις απαραίτητες οδηγίες για την προστασία των πολιτών όπως στην περίπτωση κατά τους χειμερινούς μήνες της σύστασης για τον εμβολιασμό καθορισμένων ομάδων πληθυσμού ώστε να προστατευτούν από την εποχιακή γρίπη και με ενημερωτικά φυλλάδια και τηλεοπτικά σποτάκια δίνει οδηγίες για την υγιεινή των χεριών ως ένα από τα σπουδαιότερα προστατευτικά μέτρα. Ταυτόχρονα επιδοτεί προγράμματα μαζικού εμβολιασμού όπως συμβαίνει κατά τη διενέργεια της δερματοαντίδρασης Mantoux στην πρώτη τάξη του δημοτικού για τον έλεγχο των κρουσμάτων φυματίωσης ( Χλέτσος, 2011).



Αξίζει να σημειωθεί ο ρόλος της κρατικής παρέμβασης στην προστασία των πολιτών σε οικονομικό επίπεδο διότι στον τομέα της υγείας παρατηρούνται δύο αλληλένδετα φαινόμενα τα οποία είναι η προκλητή ζήτηση και η ασύμμετρη πληροφόρηση. Η ασύμμετρη πληροφόρηση αφορά τη σχέση ιατρού και ασθενή όπου ο ασθενής επισκέπτεται τον ιατρό γιατί δεν αισθάνεται καλά και περιγράφει τα συμπτώματα εκείνα που του προκαλούν νευρικότητα και ανησυχία. Αυτό που επιζητά είναι ο ιατρός να του παρέχει τη λύση στο πρόβλημα του, καθώς όμως δεν έχει τις επιστημονικές γνώσεις βασίζεται πλήρως στην εμπειρία και στις ικανότητες του εξεταστή- ιατρού ο οποίος δεν εξηγεί πλήρως το τι ακριβώς συμβαίνει γιατί θεωρεί ότι ο εξεταζόμενος δε διαθέτει την επιστημονική κατάρτιση για να κατανοήσει όλες τις ιατρικές πληροφορίες. Επίσης πολλές φορές δεν είναι σε θέση να γνωρίζει αν η ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται είναι αντίστοιχη του αντίτιμου που καταβάλλουν είτε αυτό είναι ένα πενιχρό ποσό είτε ένα υπέρογκο ποσό. Επομένως ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που καθορίζει το πλήθος των ιατρικών ενεργειών που απαιτούνται για την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος. Παράλληλα επειδή οι επαγγελματίες υγείας δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην εκτίμηση του ιατρικού κόσμου αφού συνεργάζονται μεταξύ τους παρά στους ασθενείς και προτιμούν τη χρήση δαπανηρών εξετάσεων και θεραπειών που τους προσδίδουν κύρος λόγω της εξειδίκευσής τους. Σε αυτό το σημείο από τη μια πλευρά εμφανίζεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, όπου ο ιατρός εκμεταλλευόμενος την άγνοια του εξεταζόμενου και στοχεύοντας στο προσωπικό του όφελος από την αποζημίωση που θα λάβει για τον έλεγχο που θα ζητήσει, προτείνει μια σειρά εξετάσεων ή και θεραπειών που πιθανόν να είναι περιττές ή που το πρόβλημα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με άλλες θεραπείες που στοιχίζουν λιγότερο ή με έναν λιγότερο δαπανηρό έλεγχο. Από την άλλη πλευρά ο ασθενής αδιαφορεί πέραν του ότι αγνοεί το κόστος όλων αυτών των απαραίτητων ή μη διαγνωστικών εξετάσεων διότι αυτές καλύπτονται από το ασφαλιστικό του ταμείο ή στην περίπτωση των ευπαθών ομάδων παρέχονται δωρεάν και το κράτος καταβάλλει το αντίτιμο. Επιπλέον ο ασφαλισμένος θεωρεί ότι εφόσον παρακρατούνται αρκετά χρήματα ως ασφαλιστικές εισφορές στον κλάδο της υγείας, το κράτος οφείλει να του παρέχει όλα όσα έχει ανάγκη και όποτε τα έχει ανάγκη. Αυτό ισχύει σε ένα μεγάλο ποσοστό και στον ιδιωτικό τομέα μιας και οι ιδιωτικές μονάδες υγείας συνάπτουν συμβάσεις με διάφορα ασφαλιστικά ταμεία και επομένως ο ασφαλισμένος- ασθενής καταβάλλει μόνο το αντίτιμο που δεν αποζημιώνεται από τον ασφαλιστικό φορέα. Σε αυτό το σημείο υπεισέρχεται η

παρουσία του κράτους όπου θα προλάβει συμπεριφορές υπερκατανάλωσης περιττών υπηρεσιών για τη βελτίωση της υγείας του κάθε ατόμου. Παράλληλα είναι απαραίτητο να διενεργεί ελέγχους που αφορούν τη συνταγογράφηση τόσο των ιατρικών εξετάσεων όσο και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων διότι είναι εκείνο που θα καταβάλλει την αποζημίωση στους επαγγελματίες υγείας και στα διαγνωστικά κέντρα και άρα θα πρέπει να είναι προσεκτικό στις εκροές του. Ταυτόχρονα οφείλει να υπενθυμίζει και να επιστά την προσοχή του ιατρικού κόσμου αλλά και να επιπλήττει εκείνους που αγνοούν την ηθική υποχρέωση του ιατρού στον αδύναμο ασθενή που αγωνιά για την υγεία του και να μην εκμεταλλεύονται αυτή του την αδυναμία. Τέλος αξίζει να σημειωθεί η περίπτωση της σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης η οποία παρέχει προνόμια στα άτομα που ασφαλίζει αλλά αποκλείει και άτομα όπως ηλικιωμένους ή βαρέως πάσχοντες επειδή κοστίζουν ακριβά. Προστάτης αυτών των κατηγοριών των ασθενών είναι το κράτος όπου φροντίζει για την παροχή φροντίδας σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως του κόστους ( Κυριόπουλος, 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### ***4.1 Η αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας με βάση το ΑΕΠ***

Η οικονομική κρίση η οποία κάνει την εμφάνιση της στις αρχές του 2000 γίνεται εντονότερη το 2008 και ξεσπά στην Αμερική όπου αφορά το τραπεζικό σύστημα το οποίο καταρρέει. Οι συνέπειες αυτής της κατάστασης οδήγησαν στην απώλεια περιουσιών μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού της Αμερικής και ένα μέρος από αυτό πλησίασε τα όρια της φτώχειας λόγω απώλειας πολλών θέσεων εργασίας και κατά συνέπεια αδυναμία αποπληρωμής δανείων και λοιπών υποχρεώσεων. Τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν σε ανησυχητικό βαθμό και η ανάγκη επιβολής μέτρων ήταν επιτακτική. Η κατάσταση που δημιουργήθηκε στην Αμερική επεκτάθηκε σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και επομένως και στην Ελλάδα μιας και μεταξύ των κρατών πραγματοποιούνται διακρατικές συναλλαγές ( Karanikolos, 2013).

Οι δαπάνες για την υγεία στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ από το 4% του ΑΕΠ το 1960 διπλασιάστηκαν το 1994 και σε πολλές χώρες το 2008 ξεπέρασαν το 9,2% του ΑΕΠ.

Από τα παραπάνω μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι οι δαπάνες ανά δεκαετία παρουσιάζουν μια αύξηση που ξεπερνά το 25%. Από το 1974 έως το 2004 χώρες όπως το Βέλγιο, η Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, η Πορτογαλία, οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής διπλασίασαν τα χρηματικά ποσά που απέδιδαν στον τομέα της υγείας ενώ στην Τουρκία το ίδιο χρονικό διάστημα τριπλασιάστηκαν. Χώρες όπως η Ιρλανδία, η Αυστρία, ο Καναδάς, η Φιλανδία, η Ιταλία, η Ολλανδία κατάφεραν να συγκρατήσουν αυτή την αύξηση σε σταθερά επίπεδα την τελευταία δεκαετία εφαρμόζοντας μέτρα που αποτρέπουν τις σπατάλες στον εν λόγω τομέα. Αντίθετα χώρες όπως η Δανία, η Νορβηγία, η Σουηδία παρουσιάζουν αύξηση κατά 1/3 έως 1/5 του ΑΕΠ λόγω της μικρής συμμετοχής του κράτους στη χρηματοδότηση αν και χαρακτηρίζονται ως χώρες με τα πιο αναπτυγμένα και οργανωμένα συστήματα υγείας.

Η Ελλάδα στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και κυρίως τη δεκαετία 1984-1994 παρουσίασε τη μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών ανάμεσα στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ με ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 37% του ΑΕΠ. Ωστόσο η τεράστια αύξηση αυτού του ποσοστού δεν είναι πραγματική και οφείλεται σε μια αναδιαμόρφωση των Εθνικών Λογαριασμών προ της εισόδου στην ΟΝΕ, οπότε το ποσοστό ανέρχεται στο 7,4% του ΑΕΠ το 1996 και στο 7,7% το 2005.

Οι δαπάνες για την υγεία στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ προέρχονται από την κρατική επιχορήγηση. Εξάιρεση αποτελούν χώρες όπως η ΗΠΑ, η Αυστρία, η Τουρκία και προσφάτως και η Ελλάδα. Χώρες που χαρακτηρίζονται από εθνικά συστήματα υγείας το χρονικό διάστημα 1996-2005 παρουσίασαν αύξηση στο κόστος για την υγεία όπως η Φιλανδία και η Ιρλανδία αλλά οι συνολικές δαπάνες δεν αυξήθηκαν λόγω της παρουσίας και του ιδιωτικού τομέα. Το ίδιο διάστημα την πορεία της Φιλανδίας και της Ιρλανδίας παρουσίασαν η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Γαλλία ( δεν ανήκει στα εθνικά συστήματα υγείας) αλλά αυτή η αύξηση παρατηρήθηκε σε μικρότερο ποσοστό. Αντίθετα οι χώρες που εφαρμόζουν το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης όπως το Βέλγιο το οποίο κατάφερε να ελαττώσει τα υπέρογκα ποσά που δαπανούσε για την υγεία σε επίπεδο κρατικής χρηματοδότησης με μερική συγκράτηση των δαπανών και η Γερμανία που μειώνοντας την κρατική επιδότηση, κέρδισε και σε επίπεδο συνολικών δαπανών, αποτελούν δύο χώρες που έλαβαν άμεσα μέτρα για να προστατευτούν από την οικονομική κρίση που βρισκόταν προ των πυλών.

Στην Ελλάδα συμβαίνει το παράδοξο της ελάττωσης των δημοσίων δαπανών με 51%

το 2005 και της ανόδου του ποσοστού των ιδιωτικών δαπανών αν και διαθέτει ένα εθνικό σύστημα υγείας που διακηρύσσει τη δωρεάν υγεία και την ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις βαθμίδες υγείας. Επομένως όσον αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες η υγεία στην Ελλάδα ακολουθεί τις ΗΠΑ, την Ελβετία ( 59%) και την Ολλανδία ( 66%) που όμως εφαρμόζουν το φιλελεύθερο σύστημα υγείας ( Πολύζος, Δρακόπουλος, 2008)

#### **4.2 Αιτίες που οδήγησαν στην οικονομική κρίση του 2008**

Το γεγονός της αύξησης των δαπανών σε όλους τους τομείς και κατά συνέπεια και στον τομέα της υγείας ανησύχησε τον επιστημονικό και πολιτικό κόσμο τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε κρατικό επίπεδο. Κατά συνέπεια κάθε κράτος συγκάλεσε υπουργικά συμβούλια με τη συμμετοχή οικονομολόγων ώστε να ανευρεθούν τα αίτια και να ληφθούν άμεσα μέτρα. Το ίδιο συνέβη και σε επίπεδο κρατών όπου τα διάφορα ευρωπαϊκά συμβούλια με τη συμμετοχή της ευρωπαϊκής τράπεζας και του διεθνούς νομισματικού ταμείου αποφάσισαν την ενίσχυση των οικονομικά αδύνατων χωρών και έλαβαν μέτρα συνολικά για τη θωράκιση από την κρίση.

Πριν γίνει αναφορά στις συνέπειες και τα μέτρα που ελήφθησαν είναι σημαντικό να γίνει αναφορά στο πως οδηγήθηκε η παγκόσμια κοινότητα σε αυτό το κρίσιμο σημείο.

- Οικονομική ανάπτυξη. Η αύξηση της παραγωγής, η πρόοδος στην τεχνολογία, η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων οδήγησαν στη δημιουργία πολλών θέσεων εργασίας σε διάφορους τομείς και με ικανοποιητικές αμοιβές των εργαζομένων. Αυτή η άνοδος του βιοτικού επιπέδου είχε ως αποτέλεσμα οι άνθρωποι να δαπανήσουν χρήματα για τη βελτίωση της υγείας τους όπως για τη διενέργεια προληπτικών ελέγχων, χειρουργικών επεμβάσεων για αισθητικό σκοπό αλλά και θεραπείες για την αποκατάσταση της υγείας τους.
- Δημογραφικές αλλαγές. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού και τη μείωση του αριθμού των γεννήσεων οδήγησε σε αύξηση των δαπανών για την υγεία. Οι υπερήλικες χρησιμοποιούν πολύ συχνότερα τις μονάδες υγείας διότι οι παθήσεις που τους συνοδεύουν χρήζουν συνεχούς φροντίδας. Παθήσεις που μαστίζουν αυτή τη μερίδα του πληθυσμού και που απαιτούν τεράστια ποσά για τη θεραπεία και την αποκατάσταση είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, οι νεοπλασίες, τα αγγειακά

εγκεφαλικά επεισόδια, τα κατάγματα λόγω πτώσεων, ο καταρράκτης και το γλαύκωμα.

- Τεχνολογική ανάπτυξη. Η φαρέτρα του τομέα της υγείας διαθέτει πλέον υπερσύγχρονο εξοπλισμό όπως ψηφιακό τομογράφο, δυνατότητα βιοψιών με καθοδήγηση από υπερήχους και γενικά ανιχνεύονται νεοπλασίες σε πρώιμα στάδια πριν ακόμα παρουσιαστούν συμπτώματα. Για όλα αυτά τα μηχανήματα η συντήρηση στοιχίζει και δεδομένου ότι ολοένα αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που κάνουν χρήση, τα ποσά που απαιτούνται είναι υπέρογκα.
- Ιατρική επιστήμη. Η πρόοδος στον τομέα της επιστήμης οδήγησε στην ανακάλυψη τόσο θεραπειών όσο και φαρμάκων για παθήσεις που παλαιότερα μάστιζαν τον πλανήτη. Οι άνθρωποι δεν πεθαίνουν πλέον από φυματίωση και ασθένειες όπως χολέρα, πανώλη, πολιομυελίτιδα δεν προκαλούν πανδημίες.
- Ιατρικός πληθωρισμός. Με την πρόοδο της επιστήμης ολοένα και περισσότεροι εκπαιδύτηκαν και ασχολήθηκαν με τον τομέα της υγείας. Στην υγεία ισχύει όπως έχει ήδη αναφερθεί το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης και της ασύμμετρης πληροφόρησης. Με βάση αυτό το δεδομένο ο ιατρός βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση σε σχέση με τον ασθενή που δεν κατέχει τις απαιτούμενες γνώσεις για την πάθηση του και βασίζεται στον επαγγελματία υγείας. Αυτός με τη σειρά του πολλές φορές λειτουργεί με γνώμονα το προσωπικό όφελος και κέρδος και επιλέγει μια δαπανηρή θεραπεία ή και περιττές εξετάσεις με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία.
- Πολυπλοκότητα οργανωτικών δομών. Η ανάπτυξη του τομέα της υγείας σε συνδυασμό με την αύξηση του πληθυσμού καθιστά αναγκαία τη δημιουργία δομών ώστε να κατανέμεται ο πληθυσμός και να προσφέρονται σε όλους οι υπηρεσίες υγείας. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη σε κάθε μία από τις οποίες θα παραπέμπονται οι ασθενείς αναλόγως των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν ( Χλέτσος, 2011).
- Φαρμακευτική δαπάνη. Οι ΗΠΑ το 2000 αναφέρουν ότι τα χρήματα που επένδυσαν σε αυτό τον τομέα ανέρχονται σε 1,3 τρισ.δολάρια και η δαπάνη κατά κεφαλήν αντιστοιχούσε σε 4.600 δολάρια. Το ποσοστό που αναλογεί σε αυτά τα ποσά είναι το 13,2% του εθνικού εισοδήματος και ήταν κατά 30% περισσότερο από το αντίστοιχο κάθε άλλης χώρας. Επίσης τονίζεται ότι το ποσοστό των

περιττών φαρμάκων κατά την αντιμετώπιση ασθενειών ανέρχεται στο 30%. Η εξήγηση αυτής της υπέρμετρης αύξησης της δαπάνης οφείλεται τόσο στον ασθενή που αδιαφορεί για το κόστος και επιζητά λύσεις μέσω φαρμακευτικής αγωγής ακόμα και για παθήσεις που δε χρήζουν θεραπείας. Θεωρούν ότι καλός ιατρός είναι εκείνος ο οποίος τους παρέχει την κατάλληλη αγωγή για την επίλυση του προβλήματος του. Συγχρόνως μεγάλο μέρος της ευθύνης αντιστοιχεί στον επαγγελματία υγείας όπου αδιαφορεί για το κόστος που προκαλεί η υπερσυνταγογράφηση και ο μη αναγκαίος εργαστηριακός έλεγχος.

- Προμήθεια-αποζημιώσεις. Εφόσον αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης αυτό συνεπάγεται ότι για την εξυπηρέτηση των πολιτών απαιτούνται περισσότερα χρήματα τόσο για την αγορά αναλώσιμου υλικού όσο και υλικο-τεχνολογικού εξοπλισμού όσο και για την καταβολή μισθού για το προσωπικό της κάθε δομής υγείας. Παράλληλα λόγω και της άνθισης του ιδιωτικού τομέα όπου η αμοιβή των ιατρών γίνεται κατά πράξη ή κατά κεφαλή απαιτούνται υπέρογκα ποσά για την αποζημίωση τους ( Rice, 2006).
- Παραοικονομία. Σύμφωνα με τους Souliotis et al., σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Ελλαδικό χώρο από τον 12/11 έως 2/12 σε 2741 άτομα με τη μορφή ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε ότι η δωροδοκία κάτω από το τραπέζι το λεγόμενο 'φακελάκι' παρατηρείται στο 32,4% στις εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία ενώ στον ιδιωτικό τομέα η αποζημίωση των οδοντιάτρων χωρίς την παραλαβή της απόδειξης παροχής υπηρεσιών ανέρχεται στο 36%. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες δωροδοκούσαν τους επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο αυτούς, ήταν για την γρήγορη εισαγωγή τους για τη διενέργεια κάποιου χειρουργείου, για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής για κάποια θεραπεία, για την τοποθέτηση σε καλύτερο δωμάτιο μονόκλινο ή δίκλινο ενώ η ασφάλεια του δικαιολογεί το τετράκλινο δωμάτιο. Επίσης χρηματίζουν και το νοσηλευτικό προσωπικό για να προσέχουν περισσότερο κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο.

Στον ιδιωτικό τομέα οι λόγοι έχουν να κάνουν με την προσέγγιση εκπροσώπων των φαρμακευτικών εταιρειών, όπου απαιτούν τη συνταγογράφηση συγκεκριμένων σκευασμάτων καταβάλλοντας στον ιατρό ένα προκαθορισμένο χρηματικό αντίτιμο. Ο παράνομος χρηματισμός είναι εμφανής και σε επίπεδο προμηθειών αλλά και σε επίπεδο υλικών τόσο αναλώσιμων όπως γάντια, σύριγγες, καθετήρες όσο και σε

υλικά που χρησιμοποιούνται σε χειρουργεία όπως μεταλλικές προθέσεις, κολοστομίες, γαστροστομίες.

Η διαφθορά ενισχύεται από την οικονομική κρίση όπου από τη μια μεριά οι πολίτες δείχνουν απροθυμία να καταβάλλουν περισσότερα χρήματα λόγω και της προσθήκης του φόρου προστιθέμενης αξίας και προτιμούν την εξοικονόμηση χρημάτων. Από την άλλη πλευρά οι υγειονομικές μονάδες προτιμούν να αποφεύγουν την παράδοση δελτίου παροχής υπηρεσιών για να καταβάλλουν όσο το δυνατό μικρότερα χρηματικά ποσά ως φόρο στο κράτος. Με όλες αυτές τις επιζήμιες συμπεριφορές οι ιατρικές δαπάνες έφτασαν το 2014 στα 17,7 δισεκατομμύρια ευρώ ( Souliotis et al., 2016).

#### ***4.3 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών***

Η οικονομική κρίση όπως ήταν αναμενόμενο επηρέασε τη ζωή των ανθρώπων σε όλο των πλανήτη μιας και όλοι είναι αναγκασμένοι να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες. Όλες οι χώρες αναγκάστηκαν να λάβουν μέτρα περιορισμού των δαπανών, να προστατεύσουν τις ευπαθείς ομάδες το ποσοστό των οποίων αυξήθηκε δραματικά και να συνεχίσουν να παράγουν με μικρότερο κόστος χωρίς να επηρεάζεται η ποιότητα. Από το 2010-2012 όλες οι χώρες αναγκάστηκαν να μειώσουν τις δαπάνες για την υγεία κατά 25%, να ελαττώσουν το διοικητικό προσωπικό κατά 50%, να περιορίσουν τόσο τις προσλήψεις των ιατρών όσο και τις απολαβές τους κατά 25%. Παράλληλα τόσο ο δημόσιος τομέας όσο και ο ιδιωτικός μείωσαν τον αριθμό των κλινών, περιόρισαν τον αριθμό των εισαγωγών και προχώρησαν σε απολύσεις προσωπικού και σε συγχωνεύσεις μονάδων υγείας.

Η ανεργία ανερχόταν στο 5,7% το 2007 και το 2009 έφτασε το 6,7-7,1% δηλαδή ο αριθμός των ανέργων παρουσίασε αύξηση κατά 18-51 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέδωσε ο ΟΟΣΑ για τις χώρες του ΟΟΣΑ όσον αφορά την ανεργία τον 8/2009 η ανεργία έφτασε το 8,6% κατά 2,3% υψηλότερη από τον 8/2008. Στην Ευρώπη το ίδιο χρονικό διάστημα το ποσοστό της ανεργίας ανέρχεται στο 9,6% κατά 2% υψηλότερο από το 2008 ( Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Χώρες όπως η Ισπανία αναφέρουν ότι από το 2006-2010 αυξήθηκε το ποσοστό των ψυχικών διαταραχών με αποτέλεσμα την αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% ιδιαίτερα το διάστημα 1/11 έως 5/11. Επιπλέον το ποσοστό των αλκοολικών αυξήθηκε δραματικά σε ποσοστά της τάξης του 50%. Στην Καταλονία το διάστημα 2005-2010 το ποσοστό των παιδιών που ζουν στα όρια της φτώχειας ανέρχεται στο

23,7% από το 20,6% που ήταν το 2004. Τα ίδια αυξημένα ποσοστά παρατηρήθηκαν και στην Πορτογαλία όπου επιπρόσθετα οι θάνατοι ηλικιωμένων ηλικίας πάνω από 75 ετών αυξήθηκε κατά 10% λόγω της κακής ή και μειωμένης διατροφής, αλλά και της μειωμένης πρόσβασης στις μονάδες υγείας λόγω οικονομικής δυσχέρειας. Ανάλογα ποσοστά παρατηρήθηκαν και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπου προσπαθούν να αντιμετωπίσουν δυστυχώς όχι ακόμα με απόλυτη επιτυχία τα προβλήματα που συνοδεύουν την οικονομική κρίση ( Karanikolos, 2013).

Σε όλες τις μελέτες που συνοδεύουν την οικονομική κρίση διαπιστώθηκε ότι η απόλυση ενός ατόμου και η μετάπτωση του σε κατάσταση ανεργίας με συνέπεια την απώλεια του εισοδήματος του οδήγησε σε αύξηση του στρες. Το στρες από απώλεια της εργασίας καταλαμβάνει την 8<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις πιο επιζήμιες για την υγεία καταστάσεις σε συνάρτηση με την κατάχρηση του αλκοόλ, το κάπνισμα, τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Ο απολυμένος εργαζόμενος πέρα από τις δυσκολίες επιβίωσης που αντιμετωπίζει, αισθάνεται άχρηστος διότι δεν αποτελεί πια ενεργό μέλος της κοινωνίας και δεν προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο. Συναισθήματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμός κάνουν την εμφάνιση τους και αυτό έχει ως συνέπεια τη διαταραχή και του ψυχικού του κόσμου με αποτέλεσμα την εκδήλωση κατάθλιψης ή και βίαιων συμπεριφορών λόγω αδυναμίας διαχείρισης των νέων δεδομένων. Η ανεργία συνδέθηκε και με αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων τόσο λόγω του στρες που προκαλεί όσο και λόγω των άσχημων συνθηκών διαβίωσης. Αύξηση της ανεργίας κατά 1% προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 2,18/100.000 κατοίκους ( Καραίσκου και άλλοι, 2012).

Η εμφάνιση ανεργίας σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση προκάλεσε την εμφάνιση επιδημιών και νέων ασθενειών ή ανθεκτικών στελεχών λόγω των άθλιων συνθηκών διαβίωσης, της μη χρήσης της ιατρικής βοήθειας αφού το κάθε άτομο ασχολείται με πιο σημαντικά για αυτό θέματα όπως η επιβίωση. Δεν έχει χρόνο να καταφεύγει σε έναν επαγγελματία υγείας κάθε φορά που εμφανίζεται κάποιο σύμπτωμα. Καταλήγει να επισκεφτεί μια οργανωμένη μονάδα υγείας όταν πλέον η κατάσταση φτάσει στο απροχώρητο και πλέον ο κίνδυνος επιδείνωσης της ήδη βεβαρυσμένης υγείας του είναι τεράστιος.

Η γρίπη από το στέλεχος H1N1 προκάλεσε των θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο και τη νοσηλεία εκατοντάδων σε μονάδες εντατικής θεραπείας με δαπάνη υπέρογκων ποσών για την αποκατάσταση της υγείας τους. Οι λόγοι της



εξάπλωσης έχουν να κάνουν τόσο με τις συνθήκες διαβίωσης, τις κακές συνθήκες υγιεινής, το άγχος, τα συνοδά νοσήματα που παύουν να φροντίζουν οι περισσότεροι άνεργοι, για παράδειγμα να ακολουθούν την αγωγή που τους έχει δοθεί. Κάτι τέτοιο συμβαίνει στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και ή δεν ακολουθούν την αντιδιαβητική αγωγή ή δεν τρέφονται σωστά και έτσι γίνονται πιο επιρρεπείς σε διάφορες ασθένειες όπως η εποχιακή γρίπη. Παράλληλα δε συμμορφώνονται με τις οδηγίες των ειδικών που συστήνουν τον προληπτικό εμβολιασμό διότι παύουν να ασχολούνται με την υγεία τους.

Επιπλέον εμφανίζονται νέες ασθένειες όπως ο ιός του Δυτικού Νείλου ο οποίος εμφανίστηκε στις χώρες της νότιας Ευρώπης και κυρίως στην Ελλάδα και οφείλεται στην καθυστέρηση από τον κρατικό μηχανισμό του εναέριου ψεκασμού ως αντιμετώπιση του αυξημένου αριθμού των κουνουπιών. Αυτή η καθυστέρηση οφείλεται τόσο στην αδυναμία εύρεσης πόρων λόγω της οικονομικής κρίσης αλλά και των περικοπών στο προσωπικό που εμπλέκεται στον εν λόγω πρόγραμμα. Το αποτέλεσμα όλης αυτής της κατάστασης είναι η μόλυνση 25000 κατοίκων, ιδιαίτερα για την Βόρεια Ελλάδα από τους οποίους οι 35 απεβίωσαν. Το 2011 η επίθεση από το συγκεκριμένο ιό συνεχίστηκε και οι ιθύνοντες κατανόησαν ότι είναι επιτακτική ανάγκη η προστασία των πολιτών.

Τέλος η οικονομική εξαθλίωση και οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης οδήγησαν στην εμφάνιση ασθενειών που είχαν περιοριστεί όπως η φυματίωση η οποία ευνοείται λόγω της μετάδοσης της μέσω των σταγονιδίων αέρα από το συνωστισμό, μιας και μεγάλο ποσοστό των ανέργων λόγω απώλειας της περιουσίας τους στοιβάζονται κατά δεκάδες σε οικήματα. Η αύξηση των μεταναστών οι οποίοι μετακινούνται από τις χώρες καταγωγής με σκοπό τη μετάβαση σε χώρες που θα βελτιώσουν το βιοτικό τους επίπεδο και αναγκάζονται να επιβιώσουν σε άσχημες συνθήκες όντας ήδη αρκετά ταλαιπωρημένοι σωματικά, βοηθά στην εξάπλωση της προαναφερόμενης ασθένειας. Οι ίδιοι λόγοι ευνοούν την εξάπλωση της ηπατίτιδας Α, της χολέρας, της μαλάριας και της ελονοσίας ( Bonovas, Nikolopoulos, 2012).

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει για την περίπτωση της Ελλάδας όπου ακόμα δεν έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση σε αντίθεση με χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία. Το χρέος της από το 2007-2010 αυξήθηκε από το 105,4% του ΑΕΠ στο 142,8% του ΑΕΠ και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εκτόξευση της ανεργίας από το 6,6% τον 5/2008 στο 16,6% το 2011. Παράλληλα το ποσοστό των Ελλήνων που παραδέχονται ότι δεν έχουν επισκεφτεί κάποια μονάδα υγείας και το ποσοστό

αυτό ανέρχεται στο 95% όσον αφορά την περίπτωση των οδοντιάτρων. Οι λόγοι που ανάγκασαν τους Έλληνες στην αποστροφή προς το σύστημα υγείας είναι η οικονομική δυσχέρεια που αντιμετωπίζουν, η πεποίθηση ότι θα γίνουν καλύτερα από μόνοι τους, η αύξηση των ωρών αναμονής στα επείγοντα των δημόσιων νοσοκομείων και η απόσταση που πρέπει να διανύσουν για να λάβουν μια εξειδικευμένη θεραπεία. Επίσης το ποσοστό των ατόμων που επισκέπτονται ένα κοινωνικό ιατρείο ή τα ιατρεία των ιατρών του κόσμου ανέρχεται στο 30% την τελευταία πενταετία. Συνάμα παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων HIV λόγω της αύξησης της πορνείας και την αύξηση των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών όπου σε συνδυασμό με την άρνηση τους να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης ανέρχεται στο 85% ( Kentilenis et al., 2011).

Ειδικότερα για τον Ελλαδικό χώρο η Αθήνα ως πρωτεύουσα αλλά και ως πόλη η οποία φιλοξενεί περισσότερο από το 50% του πληθυσμού αυτής της χώρας και το μεγαλύτερο αριθμό των μεταναστών αντιμετωπίζει πολύ σημαντικά προβλήματα και συμβαίνει το παράδοξο της μη χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών από τη μια και από την άλλη την αύξηση κατά 24% των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία. Γεγονός που οφείλεται και στον αυξημένο αριθμό των κατοίκων αλλά και στο ότι κάποια στιγμή αναγκάζονται να ζητήσουν βοήθεια γιατί η υγεία τους κινδυνεύει. Επίσης σε δείγμα 1426 πολιτών όπου το 52,4% είναι γυναίκες αναφέρεται ότι ο κύριος λόγος που ο γυναικείος πληθυσμός επισκέπτεται τις μονάδες υγείας αφορά διαταραχές της ψυχικής υγείας όπως κατάθλιψη, άγχος τα οποία σωματοποιούν και έτσι αναφέρουν ότι υποφέρουν από κεφαλαλγία, κοιλιακά άλγη, στηθαγχικά ενοχλήματα. Αντίθετα ο αντρικός πληθυσμός καταφεύγει στις μονάδες υγείας λόγω προβλημάτων αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών ουσιών και εμπυρέτων εξαιτίας φλεγμονών σε διάφορα όργανα. Είναι απαραίτητο λοιπόν η Ελλάδα να αντιμετωπίσει τα δημοσιονομικά της ελλείμματα το συντομότερο δυνατό ώστε οι πολίτες της να λαμβάνουν όλες τις υπηρεσίες που χρειάζονται για να βελτιώσουν το βιοτικό τους επίπεδο ( Pappa, Niakas, 2006).

#### ***4.4 Άσκηση της ιατρικής επιστήμης στην περίοδο της οικονομικής κρίσης***

Ο επαγγελματίας-ιατρός σύμφωνα με τον νόμο 3418/2005 οφείλει να προσφέρει τις ιατρικές του γνώσεις και υπηρεσίες ανεξάρτητα από την επαγγελματική, οικονομική, κοινωνική κατάσταση του ασθενή που βρίσκεται απέναντι του και χρειάζεται τη

βοήθεια του. Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται αδύναμος και αγωνιά για την υγεία του και περιμένει από τον ιατρό να του δώσει λύσεις στο πρόβλημα που τον απασχολεί. Ο ασθενής και ο ιατρός συνδέονται με μια σχέση ευθύνης όπου ο ιατρός είναι ο εντολοδόχος και ο ασθενής είναι ο εντολέας, ο οποίος του παρέχει τη δυνατότητα να αποφασίσει για εκείνον για μια συγκεκριμένη χρήση μιας υπηρεσίας υγείας και με τη βοήθεια συγκεκριμένων εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων να επιτευχθεί ο στόχος που είναι η διάγνωση. Αφού η διάγνωση είναι πλέον γνωστή ο ιατρός οφείλει να επιλέξει την κατάλληλη θεραπεία για τον ασθενή του που θα τον ανακουφίσει όσο το δυνατό γρηγορότερα και με τις λιγότερες παρενέργειες. Επειδή όμως ο ιατρός δεν έχει μόνο έναν ασθενή θα πρέπει να συνυπολογίζει το κόστος των επιλογών του τόσο όσον αφορά τη διάγνωση όσο και τη θεραπεία. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης της υγείας και της θεραπείας και κατά συνέπεια οι δαπάνες για την υγεία αφορούν τους πάντες. Ο ιατρός έχει ένα διπλό καθήκον, από τη μια μεριά βρίσκεται ο ασθενής τον οποίο οφείλει να προστατεύσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και από την άλλη πλευρά απαιτείται από αυτόν να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας με ορθολογικό τρόπο έτσι ώστε να τις απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες. Ο επαγγελματίας υγείας γνωρίζει ότι κάθε ιατρική πράξη που επιλέγει είναι μια δαπάνη για το κράτος και σε περιόδους οικονομικής κρίσης θα πρέπει να λειτουργεί γνωρίζοντας ότι κάθε του απόφαση μπορεί να επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό. Αυτή του η απόφαση ειδικά αν είναι ιδιαίτερα δαπανηρή, μειώνει τη διαθεσιμότητα της εν λόγω υπηρεσίας για τους επόμενους ασθενείς και επιβαρύνει τις δαπάνες υγείας. Ο ρόλος του ιατρού δεν αφορά μόνο τη θεραπεία αλλά και την πρόληψη όπως οι συμβουλές για αναγκαιότητα διακοπής του καπνίσματος, οι οδηγίες για υιοθέτηση υγιεινής διατροφής, σύσταση για εμβολιασμό κατά της εποχικής γρίπης. Αυτή του η συμμετοχή στην πρόληψη έχει διπλό ρόλο γιατί αφενός περιορίζονται οι δαπάνες από την πρόληψη κάποιων παθήσεων και αφετέρου βελτιώνεται το επίπεδο της υγείας των πολιτών χωρίς να χρειαστεί να χρησιμοποιήσουν τις μονάδες υγείας ( Μηλιώνης, 2011).

Η οικονομική κρίση δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο και τον ιατρικό κόσμο ο οποίος λόγω των συγχωνεύσεων και των μειώσεων του προσωπικού στον ιδιωτικό τομέα βρέθηκε αντιμέτωπος με την ανεργία όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός. Ο αριθμός των ιατρών στην Ελλάδα το 2000 ανερχόταν σε 47.979 και αντιστοιχούσε ένας ιατρός ανά 210 κατοίκους. Το σύνολο των νέων ιατρών που εγγράφονται στους ιατρικούς συλλόγους όλης της χώρας ανέρχεται σε 1800 ( αύξηση κατά 4-5%), ενώ οι

ιατροί που συνταξιοδοτούνται ετησίως ανέρχονται σε 600( μείωση κατά 1,5%). Επομένως συμβαίνει το παράδοξο όπου το κάθε κράτος αποφασίζει τη μείωση των δαπανών για την υγεία και την ελάττωση των αποδοχών, ενώ ο αριθμός των νέων ιατρών που αποφοιτούν από τις διάφορες ιατρικές σχολές αυξάνεται κάθε έτος. Αυτό το γεγονός δεν μπορεί παρά να οδηγήσει στην ανεργία ένα μεγάλο μέρος των ιατρών, οι οποίοι όντας απογοητευμένοι από τις πολιτικές των κρατών που διαμένουν, αποφασίζουν να μεταναστεύσουν αναζητώντας νέες ευκαιρίες με ικανοποιητικές απολαβές σε άλλες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική. Η απόφαση της μετανάστευσης δεν αφορά μόνο εργασιακούς λόγους αλλά και λόγους εκπαίδευσης αφού και αυτός ο τομέας επηρεάζεται σε περιόδους κρίσης και δεν δαπανώνται χρήματα στην έρευνα και στην εκπαίδευση των νέων ιατρών ( Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000).

Εκτός από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νέοι ιατροί υπάρχουν και εκείνοι που εργάζονται ήδη και αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο σε οικονομικό επίπεδο όσο και σε εργασιακό. Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό του κάθε νοσοκομείου δεν μένει ανεπηρέαστο από τις περικοπές των δαπανών στον τομέα της υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας να είναι αντιμέτωποι με περικοπές στους μισθούς τους που ανέρχονται στο 25% , ενώ είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται τις ίδιες ώρες με λιγότερα χρήματα ή να δουλεύουν περισσότερες μέρες χωρίς ρεπό και να μην τους δίνεται άδεια για κανένα λόγο των ελλείψεων προσωπικού. Είναι αναγκασμένοι να υπερβάλλουν εαυτό και να μην κάνουν ούτε τα αναγκαία διαλείμματα για να φροντίσουν όλους τους ασθενείς. Πολλές φορές είναι εκείνοι που δέχονται τα αρνητικά σχόλια των δυσαρεστημένων ασθενών που δεν εξυπηρετούνται άμεσα. Δεν έχουν το δικαίωμα να αναλάβουν πρωτοβουλίες γιατί οι δαπάνες είναι περιορισμένες και η ηθική ικανοποίηση είναι ανύπαρκτη αφού τα μέσα που διαθέτουν για την παροχή των υπηρεσιών είναι περιορισμένα. Κάθε μέρα αισθάνονται ολοένα και πιο δυσαρεστημένοι και αυτό έχει επίπτωση στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών που γίνεται με μηχανικό τρόπο και χωρίς κανένα ενδιαφέρον. Η απογοήτευση τους στρέφεται και προς τη διοίκηση όπου της αναφέρουν τις εργασιακές αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν και εκείνη όχι μόνο δεν αναζητά τρόπους για την επίλυση των προβλημάτων, αλλά αντιδρά με περικοπές μισθών και προσωπικού κάτι που δημιουργεί εντάσεις μεταξύ εργαζομένων και προϊσταμένων ( Platis et al., 2015).

Οι δυσκολίες στην επικοινωνία που αντιμετωπίζει το ιατρικό και νοσηλευτικό

προσωπικό σε επίπεδο διοίκησης αφορούν τόσο το δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα οι διευθυντές λειτουργούν με γνώμονα το κέρδος οπότε μόλις παρατηρήσουν πτώση στα έσοδα της υγειονομικής μονάδας που διοικούν, συγκαλούν συμβούλια παρουσία και οικονομικού συμβούλου και αποφασίζουν άμεσα τις απαιτούμενες διορθωτικές κινήσεις, τις οποίες ανακοινώνουν στο προσωπικό. Το προσωπικό εκτελεί τις εντολές αλλά δεν έχει τη δυνατότητα παρέμβασης και διαφωνίας γιατί υπάρχει ο φόβος της απώλειας της εργασίας των διαφωνούντων.

Στο δημόσιο τομέα η κατάσταση είναι διαφορετική. Η λήψη των αποφάσεων χαρακτηρίζεται από πολλούς ως δυσκίνητη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν αρκεί μόνο η σύγκλιση ενός συμβουλίου για τη λήψη αποφάσεων μιας και ο προϋπολογισμός του εκάστοτε νοσοκομείου εξαρτάται από την κρατική χρηματοδότηση, οπότε θα πρέπει να περιμένουν να λάβουν την έγκριση από τις επιτροπές του υπουργείου και έπειτα να ξεκινήσουν τις διεργασίες. Για το λόγο αυτό τα κτίρια είναι απαρχαιωμένα και το ίδιο ισχύει και για τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Αυτό αποτελεί ένα λόγο δυσαρέσκειας και μη ικανοποίησης από την εργασία τους αφού τα μέσα που διαθέτουν δεν τους επιτρέπουν να παρέχουν ότι καλύτερο στους πολίτες που καταφεύγουν σε αυτές τις δομές. Ακόμη στο δημόσιο τομέα ο εργαζόμενος δεν ζει με το φόβο της απόλυσης μιας και η σύμβαση των εργαζομένων είναι επ' αόριστον. Αυτό τους δίνει τη δυνατότητα να διαφωνούν, να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και να προτείνουν λύσεις. Γενικά υπάρχει μια σχετική ελευθερία η οποία όμως δεν θα πρέπει και να καταργεί το σεβασμό στην ιεραρχία όπου κάποιοι αποφασίζουν, αναλαμβάνουν την ευθύνη και το κόστος της απόφασης πάντα με γνώμονα το κοινωνικό όφελος και κάποιοι άλλοι εκτελούν τις εντολές με σκοπό την προσφορά στο κοινωνικό σύνολο ( Γώγος, 2011).

#### ***4.5 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στις δομές υγείας***

Η οικονομική κρίση δεν επηρέασε μόνο την υγεία των πολιτών αλλά και την οργάνωση των δομών οι οποίες είναι αναγκαίο να προσαρμοστούν στις νέες, δύσκολες συνθήκες και να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με λιγότερο κόστος. Σύμφωνα με την Marier το 2014 οι ΗΠΑ από όπου ξεκίνησε η οικονομική κρίση το 2008 αντιμετώπισαν μια αύξηση του ποσοστού των πολιτών που επισκέπτονταν τα νοσοκομεία κατά 26%. Οι άνθρωποι αυτοί ήταν άνεργοι, ηλικιωμένοι και λοιπές

ευπαθείς ομάδες των οποίων η υγεία επιβαρύνθηκε από τις κακουχίες που αντιμετώπιζαν και τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Από τη μια πλευρά οι υγειονομικές μονάδες προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στα νέα δεδομένα με μείωση του αριθμού των κρεβατιών, με περικοπές μισθούς στους εργαζόμενους, με κλείσιμο κλινικών που δε δέχονται μεγάλο αριθμό ασθενών και παραπέμποντας τους σε γειτονικές δομές. Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς λόγω της δεινής τους οικονομικής κατάστασης αδιαφορούν για την υγεία τους ή και θεωρούν ότι το πρόβλημα θα λυθεί χωρίς ιατρική παρέμβαση και όταν αποφασίζουν να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό, η υγεία τους έχει επιβαρυνθεί τόσο που θα πρέπει να δαπανηθούν πολύ περισσότερα χρήματα από ότι αν αναζητούσαν βοήθεια στα αρχικά στάδια της νόσου ( Palasca, Jaba, 2014). Τα νοσοκομεία αδυνατούσαν να φροντίσουν αυτή την αύξηση των πασχόντων και επιδοτούν παρά τις αποφάσεις για περικοπές δαπανών με 300 δολάρια ανά ασθενή την κάθε μονάδα υγείας. Το κόστος για την υγεία το 2009, με την παρουσία των προγραμμάτων Medicare και Medicaid στα οποία εντάχτηκαν οι προαναφερόμενες ευπαθείς ομάδες, ανέρχεται στα 9,1 δισεκατομμύρια δολάρια ( Marier, 2014).

Εκτός από τις ΗΠΑ και οι χώρες της Ευρώπης αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της οικονομικής και είναι αναγκασμένες να λάβουν επώδυνα μέτρα για να επιβιώσουν και να μην πτωχεύσουν. Για παράδειγμα στην Ιταλία, το 1/3 των περιφερειών κυρίως της Κεντρικής και Νότιας Ιταλίας αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα και υπολογίζεται ότι το χρέος από το 2001-2010 για αυτές τις περιοχές ανέρχεται σε 38 δισεκατομμύρια ευρώ. Οι περιοχές αυτές όπως και όλες οι χώρες αναγκάστηκαν να περιορίσουν τις δαπάνες περιορίζοντας τα χρήματα που παρείχαν για την προληπτική ιατρική με αποτέλεσμα προγράμματα μαζικού εμβολιασμού να καταργούνται και μεγάλο μέρος του πληθυσμού να παραμένει εκτεθειμένο σε διάφορες παθήσεις. Παράλληλα η εντολή που δόθηκε στις μονάδες υγείας ήταν η μείωση του αριθμού τόσο των κλινών όσο και των εισαγωγών αλλά και ο περιορισμός των ημερών παραμονής στα νοσοκομεία, δίνοντας οδηγίες για συνέχισης της φαρμακευτικής αγωγής στην οικεία τους ( Belvis et al., 2012).

Ένας παράγοντας ακόμη που επηρεάστηκε από τα νέα οικονομικά δεδομένα είναι η ρευστότητα των υγειονομικών μονάδων. Τα νοσοκομεία αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τους προμηθευτές για κάθε είδους δαπάνη όπως για αναλώσιμα υλικά, φάρμακα, υλικά και αναγκάζονταν να λειτουργούν με πιστώσεις. Όμως αδυνατούσαν να αποπληρώσουν και αυτές και το πρόβλημα διογκωνόταν με

αποτέλεσμα να λειτουργούν με ζημία και μειώνοντας την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών τους . Για να μπορέσουν να επιβιώσουν ανέστειλαν την αγορά νέου τεχνολογικού υπερσύγχρονου εξοπλισμού, ακύρωναν συμφωνίες για επέκταση, πωλούσαν τα περιουσιακά τους στοιχεία και περιορίζαν τα αποθέματα τους για να μπορούν να αποπληρώνουν τα δάνεια τους και να συνεχίσουν να λειτουργούν (Bazzoli et al., 2008).

Τα δημόσια νοσοκομεία αν και δέχονταν ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που λόγω της οικονομικής δυσχέρειας δεν μπορούσαν να καταφύγουν σε άλλες δομές, κατάφερναν να λειτουργούν με πολλές ελλείψεις αλλά και με τη στήριξη του κράτους ( και εμμέσως και με την οικονομική ενίσχυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης) που όφειλε να προστατεύει τις ευπαθείς ομάδες και να στηρίζει οικονομικά τα κέντρα υποδοχής αυτών ( Bemet et al., 2014). Επίσης το κράτος συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων και στον έλεγχο των δαπανών και ζητά εξηγήσεις από τους διοικητές των νοσοκομείων για το χειρισμό καταστάσεων όπως την εξάπλωση μολύνσεων είτε λόγω περικοπών στο προσωπικό είτε λόγω αγοράς υλικών αμφιβόλου ποιότητας. Στην Ολλανδία ( σε νοσοκομείο στο Ρότερνταμ) και στην Αγγλία ( σε νοσοκομείο στο Στάνφορντ) οι κυβερνήσεις αντιμετώπισαν αυστηρά και απαίτησαν την απόλυση των διοικητών των εν λόγω νοσοκομείων λόγω εξάπλωσης λοιμώξεων και αύξηση του ποσοστού της θνησιμότητας. Τόνιζαν ότι είναι αναγκαία η προσαρμογή στις δύσκολες αυτές καταστάσεις χωρίς όμως να τίθεται σε κίνδυνο η ανθρώπινη ζωή ( Botje et al., 2013).

Αντίθετα οι δυσκολίες είναι πολύ περισσότερες για τα ιδιωτικά νοσοκομεία όπου δεν έχουν άλλο τρόπο επιβίωσης παρά τις χρηματικές αποζημιώσεις των πολιτών που αναζητούν την παροχή των υπηρεσιών σε αυτά. Όσο όμως η προσέλευση τους μειώνεται τόσο η οικονομική τους δραστηριότητα συρρικνώνεται με κίνδυνο πτώχευσης ( Bemet et al., 2014). Είναι φανερό η αγωνία των μετόχων που προσφέρουν ελκυστικές τιμές παροχής υπηρεσιών για να αυξήσουν την προσέλευση των ασθενών. Επιπρόσθετα αποφασίζουν μειώσεις των μισθών του προσωπικού ή και απολύσεις όταν η κατάσταση των οικονομικών της επιχείρησης δεν είναι βιώσιμη. Παράλληλα επιδιώκουν συνεργασίες με άλλες επιχειρήσεις που θα βοηθήσουν στην επιβίωση τους ( Friedman, Shortell, 1988). Παρόλα αυτά σύμφωνα με έρευνα των Καρακόλια και Πολύζου το 2015, που διενεργήθηκε σε 42 ιδιωτικές κλινικές από το 2006-2013( 35 υγιείς και 7 δυσπραγούσες), μόνο οι κλινικές με λιγότερο από 70 κλίνες και που δεν ανήκαν σε κάποιο όμιλο κήρυξαν πτώχευση. Καμία από τις

μεγάλες κλινικές αν και αντιμετώπιζε προβλήματα ρευστότητας δεν κατέρρευσε διότι οι άλλες κλινικές του ομίλου μπορεί να παρουσίαζαν λειτουργία με κέρδος και αντιστάθμιζαν τα αρνητικά αποτελέσματα των πρώτων. Επιπλέον η συνεργασία των κλινικών του ομίλου λειτουργεί ως σανίδα σωτηρίας προσφέροντας χρηματικές πηγές αναδιάρθρωσης για τη συνέχιση της λειτουργίας τους.

Τέλος η οικονομική κρίση προκάλεσε προστριβές μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι από τη μια πλευρά εξαντλημένοι από τις πολλές ώρες εργασίας και με περικοπές στη χορήγηση των αδειών που επιδεινώνεται από τις περικοπές σε μισθούς και σε προσωπικό, θεωρούν ότι είναι αδύνατο να συνεχίσουν να εργάζονται με τέτοιους ρυθμούς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κατάσταση επιδεινώνεται από τη συνεχή αύξηση της προσέλευσης των ασθενών στις δημόσιες μονάδες υγείας και τα παράπονα τους μέσω των προϊσταμένων και των διευθυντών των κλινικών μεταφέρονται στη διοίκηση και απαιτούν την εξεύρεση λύσεων. Από την άλλη πλευρά η διοίκηση υποστηρίζει ότι το ιατρικό και λοιπό προσωπικό δεν έχει οικονομικές γνώσεις και δεν ανησυχεί για το αν λειτουργεί με κέρδος ή ζημία, ή αν αδυνατεί να αποπληρώσει τα δάνεια στους πιστωτές και τους προμηθευτές. Σημαντικό όμως σε τέτοιες περιόδους κρίσης είναι να ενημερώνονται όλοι για τις συνθήκες λειτουργίας του ιδρύματος που ανήκουν και να προσπαθούν να βοηθήσουν προτείνοντας λύσεις που θα βελτιώσουν τις οικονομικές του δραστηριότητες (Molinari et al., 1993).

Όπως όλες οι χώρες έτσι και η Ελληνικό Σύστημα Υγείας αντιμετωπίζει τα ίδια προβλήματα στη χρηματοδότηση των ιδρυμάτων υγείας. Αν και σύμφωνα με το υγειονομικό της σύστημα το οποίο είναι ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, θεωρείται μία από τις πιο ιδιωτικοποιημένες χώρες κάτι που οφείλεται στη δυσαρέσκεια των πολιτών από την υποστελέχωση των δημόσιων δομών. Οι δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν ανοδική άνοδο τα τελευταία 15 χρόνια από 7,4% του ΑΕΠ το 1990 σε 10% το 2004 με αύξηση των ιδιωτικών κατά 47% το 2004 ( το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ χωρών του ΟΟΣΑ το 2004). Παράλληλα το 4% της δαπάνης αφορά πληρωμές σε αποκλειστικές νοσοκόμες, κατάσταση που δεν περιγράφεται σε κανένα σύστημα υγείας στην Ευρώπη. Στη συνέχεια το 2005 οι αποπληρωμή δαπανών στον ιδιωτικό τομέα ανερχόταν σε 4.180 εκατομμύρια ευρώ που αντιστοιχούσε στο 68% των δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών και οι ιδιωτικές επενδύσεις το ίδιο έτος έφτασαν τα 438 εκατομμύρια ευρώ. Από όλα τα παραπάνω είναι δυνατό να συμπεράνει κανείς ότι δεν ελήφθησαν τα αναγκαία μέτρα



από την πρώτη στιγμή που παρουσιάστηκε αυτή η άνοδος των δαπανών με αποτέλεσμα το ελληνικό σύστημα να βρίσκεται σε τόσο δεινή θέση ενώ χώρες όπως η Γερμανία έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο ( Σίσκου και άλλοι, 2008).

#### **4.6 Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στις δομές υγείας**

Δεδομένου ότι είναι αναγκαία η μείωση των δαπανών κάθε κράτος θα πρέπει να λάβει μέτρα που θα μειώσουν τα ελλείμματα και να μπορέσουν να κινηθούν ξανά σε τροχιά ανάπτυξης. Τα μέτρα θα πρέπει να είναι αντίστοιχα των χρεών όπως για παράδειγμα αρχικά, η αλλαγή των υπηρεσιών του όπου θα ενισχυθούν τα τμήματα που παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσέλευση με ενίσχυση του προσωπικού και του τεχνολογικού εξοπλισμού, ενώ θα κλείσουν εκείνα με μικρό ποσοστό εισαγωγών και οι ασθενείς θα παραπέμπονται σε γειτονικές μονάδες υγείας. Είναι συνετό να καθυστερήσουν τις προγραμματισμένες επενδύσεις, αγορές υλικού και να εκμεταλλευτούν τα αποθέματα τους. Ακόμη θα πρέπει να δοθεί η οδηγία στο ιατρικό προσωπικό να είναι προσεκτικοί στις εισαγωγές ασθενών έτσι ώστε να αποφεύγονται οι περιττές εισαγωγές που θα μπορούσαν να διερευνηθούν σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. Θα πρέπει να είναι προσεκτικοί τόσο στον εργαστηριακό όσο και τον απεικονιστικό έλεγχο που επιλέγουν για τη διάγνωση μιας πάθησης για να αποφεύγονται οι δαπανηρές εξετάσεις οι οποίες μπορεί να είναι και ανούσιες. Μόνο ένα 10% των νοσοκομείων που εφάρμοσαν τα παραπάνω μέτρα με συνέπεια και ευθύνη συνέχισε να λειτουργεί με απώλειες, ενώ το 90% των μονάδων υγείας παρουσίασαν σημάδια βελτίωσης ( Duffy, Friedman, 1993).

Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης είναι οι συμμαχίες μεταξύ των νοσοκομείων οι οποίες μπορεί να είναι μόνο σε διοικητικό επίπεδο ώστε να υπάρχει ένας διοικητής, ένας υποδιοικητής και κοινό διοικητικό προσωπικό. Συνήθως πρόκειται για δύο νοσοκομεία ένα μικρό και ένα μεγάλο όσον αφορά τον αριθμό των κλινών τα οποία συνεργάζονται για την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών στους πολίτες ( Clement et al., 1997).

Πέρα από τις συμμαχίες των υγειονομικών μονάδων πολλοί διοικητές σε συνεργασία με την εκάστοτε κυβέρνηση αποφάσισαν τη συγχώνευση δύο ή περισσότερων νοσοκομείων για να αποφύγουν την πτώχευση. Τους δίνεται με αυτό τον τρόπο η δυνατότητα να συνεχίζουν να λειτουργούν στηριζόμενοι σε άλλα των οποίων η οικονομική δραστηριότητα δε βρίσκεται σε ύφεση ( Levitz, Brooke, 1985). Στη Δανία

η απόφαση της συγχώνευσης βοήθησε στην εξοικονόμηση πόρων κατά 19,5-22,5%. Στη Μεγάλη Βρετανία 178.700 λίρες εξοικονομήθηκαν τον πρώτο χρόνο και 346.800 λίρες το δεύτερο από τη διάλυση 25 νοσοκομείων και τη δημιουργία 11 συγχωνεύσεων (Τσαβαλιάς και άλλοι, 2012). Επίσης παρατηρήθηκε βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών, μείωσης των χρεών, αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας. Οι μικρές μονάδες υγείας λειτουργούν με αυξημένη αποδοτικότητα και με περισσότερο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό και παρέχεται ο απαραίτητος εξοπλισμός για την ολοκλήρωση της διερεύνησης παθήσεων, μειώνοντας την ταλαιπωρία των ασθενών που αναγκάζονται να μεταβούν σε άλλες μονάδες υγείας για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων. Ακόμη καταργούνται τμήματα που είναι κοινά και δημιουργείται ένα ενιαίο πολυδύναμο με δυνατότητα φιλοξενίας περισσότερων ασθενών λόγω μεγαλύτερου αριθμού κλινών. Κατά συνέπεια γίνονται πιο ανταγωνιστικά, πιο αποδοτικά, πιο λειτουργικά και πιο αποτελεσματικά λόγω των ανταλλαγών των θετικών σημείων του κάθε νοσοκομείου και ελαττώνοντας τα αδύναμα τους σημεία ( Chu, Chiang, 2013).

Εκτός από τα πλεονεκτήματα η συγχώνευση παρουσιάζει και αρκετά μειονεκτήματα τα οποία όμως είναι αμελητέα αν αναλογιστεί κανείς τα οφέλη. Στα αρχικά στάδια των ενοποιήσεων παρατηρείται καθυστέρηση στην πρόσβαση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα στον προγραμματισμό ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία, στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στις εισαγωγές και στα εξιτήρια των ασθενών. Ο χρόνος αναμονής στα επείγοντα αυξάνεται και οι διαμαρτυρίες των πολιτών είναι έντονες, οι οποίες επιτείνονται από τις ενστάσεις του προσωπικού για τις αλλαγές στις αρμοδιότητες τους και στη μεταφορά τους σε άλλες κλινικές στις οποίες δε γνωρίζουν το αντικείμενο ( Τσαβαλιάς και άλλοι, 2012).

Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στη δημιουργία συστημάτων που θα λειτουργούν ως κοινός κώδικας επικοινωνίας μεταξύ των κρατών ώστε να γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των δαπανών τους για την υγεία, να δημιουργούνται στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό προσέλευσης και το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες και να πραγματοποιούνται αυστηροί έλεγχοι στα κράτη που συνεχίζουν να αυξάνουν τα ελλείμματα τους. Αυτό επιτεύχθηκε με την υιοθέτηση των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών σε συνδυασμό με τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια τα λεγόμενα DRG. Στην Αμερική η εφαρμογή τους ξεκίνησε το 1983, ενώ οι χώρες της Ευρώπης ξεκίνησαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και η Ελλάδα η οποία ήταν η τελευταία χώρα που το εφάρμοσε το 2011 δανειζόμενη αρχικά την αυστραλιανή και

στη συνέχεια τη γερμανική έκδοση. Με βοήθεια αυτού του προγράμματος τέθηκε ως στόχος η μείωση των δαπανών μιας και για κάθε πάθηση αντιστοιχούσαν συγκεκριμένες ημέρες νοσηλείας τις οποίες αποζημιώνει ο εκάστοτε ασφαλιστικός φορέας και κατά συνέπεια και το κράτος, πέραν των οποίων θα έπρεπε να υπάρχει αιτιολογημένη επεξήγηση της αύξησης των ημερών παραμονής για τη συγκεκριμένη διάγνωση και θεραπεία. Παράλληλα υπήρξε και μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αφού και αυτή θα έπρεπε να συμβαδίζει με τις ημέρες νοσηλείας, να δικαιολογείται γιατί επιλέχθηκε μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή από μία άλλη και γιατί παρατάθηκε η χορήγηση της ή γιατί ενισχύθηκε με την προσθήκη ενός άλλου φαρμάκου. Προσφέρεται ως ένα μέσο κοινής συνεννόησης και κατανόησης μεταξύ ιατρών και διοίκησης αφενός διότι οι ιατροί κατανοούν ότι η οποιαδήποτε ιατρική πράξη ενέχει ένα κόστος το οποίο επιβαρύνει τη μονάδα στην οποία εργάζονται και αφετέρου η διοίκηση μέσω των ενοποιημένων νοσηλίων κατανοεί ότι κάθε πάθηση διαφέρει από την άλλη όπως και η σοβαρότητα της με αποτέλεσμα να γίνονται διορθωτικές κινήσεις για την υποστήριξη κλινικών που δέχονται μεγάλο αριθμό υποδοχής ασθενών με πολυήμερες νοσηλείες όπως οι παθολογικές και οι χειρουργικές κλινικές και οι μονάδες εντατικής θεραπείας ( Polyzos et al., 2013).

Συμπερασματικά ήδη από το 2000 όπου το 1/3 των νοσοκομείων σε όλη την Ευρώπη παρουσίασε μείωση των εσόδων τους, αύξηση των χρεών τους με κίνδυνο πτώχευσης ήταν αναγκαία τόσο η συνεργασία σε επίπεδο εγχώριων δομών όσο και σε επίπεδο διακρατικών οικονομικών ενισχύσεων. Επειδή οι διοικήσεις των υγειονομικών δομών είναι απαραίτητο να λάβουν επώδυνες αποφάσεις με συνέπεια τη δυσαρέσκεια των εργαζομένων είναι προτιμότερο να υπάρξει μια συνεργασία με τον ιατρικό κόσμο, ο οποίος με τη συμμετοχή του θα συνεισφέρει προτείνοντας σε ποιους τομείς θα μπορούσαν να γίνουν περικοπές δαπανών χωρίς να τεθεί σε κίνδυνο η δημόσια υγεία η οποία θα πρέπει να είναι ποιοτική αλλά με λιγότερο κόστος ( Zhao et al., 2008).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ**

#### ***5.1 Έννοια και ρόλος χρηματοοικονομικής ανάλυσης***

Οι υγειονομικές μονάδες ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης θα πρέπει να μπορούν γρήγορα και συνοπτικά να γνωρίζουν τις εισροές και εκροές τους και να

αναζητούν λύσεις πριν ο κίνδυνος γίνει ορατός. Η διοίκηση οφείλει να είναι ευέλικτη και να αντιμετωπίζει, για παράδειγμα την αύξηση της εισροής των πολιτών λόγω μιας έξαρσης νόσου όπως η εποχιακή γρίπη. Επίσης οφείλει πάντοτε να φροντίζει τις ευπαθείς ομάδες που καταφεύγουν στα νοσοκομεία, οι οποίες αδυνατούν λόγω οικονομικής δυσχέρειας να απευθυνθούν σε άλλες μονάδες που απαιτούν την αμοιβή για την παροχή υπηρεσιών. Ακόμη η διοίκηση απαιτείται να είναι προσεκτική στις επενδύσεις που αποφασίζει να πραγματοποιήσει διότι κάθε λάθος επιλογή οδηγεί σε απώλεια χρημάτων. Κατά συνέπεια η απώλεια χρημάτων οδηγεί σε μείωση της ρευστότητας και δεδομένου ότι το κράτος πολλές φορές αδυνατεί να βοηθήσει ενισχύοντας τες οικονομικά, είναι αναγκαίο να μπορούν να επιβιώσουν με τις δικές τους δυνάμεις ( McCue, 2010).

Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται η χρηματοοικονομική ανάλυση όπου είναι ένας τρόπος παρουσίασης και αξιολόγησης των οικονομικών καταστάσεων των μονάδων υγείας με τη βοήθεια αριθμητικών εννοιών, οι οποίες μπορεί να είναι τιμές λογαριασμών ή ποσοτικά μεγέθη ή ημερολογιακά χρονικά διαστήματα ή ποσοστά ή ηλικία εννοιών. Οι οικονομικές καταστάσεις είναι πίνακες οι οποίοι αναλύουν τα οικονομικά μιας επιχείρησης όπως έσοδα, έξοδα, αποθέματα, δάνεια, επενδύσεις με σκοπό τον έλεγχο των δραστηριοτήτων της. Αποτελεί μια μέθοδο αξιοποίησης των δυνατών της σημείων και αναζήτηση λύσεων για τη βελτίωση ή την εξάλειψη των αδύνατων της στοιχείων. Η κατάρτιση αυτών των πινάκων μπορεί να γίνει σε μηνιαία, εξαμηνιαία ή ετήσια βάση και όσοι θα ασχοληθούν με την εξέταση των στοιχείων, θα μπορούν να διακρίνουν εύκολα τις μεταβολές των μεγεθών και να φροντίσουν για τη λήψη αποφάσεων με βάση τα δεδομένα που έχουν προκύψει. Τα δεδομένα για την κατάρτιση αυτών των πινάκων προέρχονται από τα λογιστικά της βιβλία. Οι μεταβολές των στοιχείων μπορούν να τοποθετηθούν σε στήλες και με τον τρόπο αυτό δημιουργούνται οι συγκριτικές οικονομικές καταστάσεις με τις οποίες είναι δυνατό να γίνουν συγκρίσεις τόσο μεταξύ διαφόρων ετών όσο και μεταξύ διαφορετικών χρήσεων.

Οι διαφορετικοί τύποι της χρηματοοικονομικής ανάλυσης είναι ο ισολογισμός, η κατάσταση των αποτελεσμάτων χρήσης και οι ταμειακές ροές. Ο ισολογισμός αναφέρεται στα οικονομικά στοιχεία της εκάστοτε υγειονομικής μονάδας. Μπορεί να δημιουργηθεί σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή και αποτελείται από τα περιουσιακά στοιχεία-ενεργητικό, τις υποχρεώσεις-παθητικό και την καθαρά θέση-ίδια κεφάλαια. Με τον όρο περιουσιακά στοιχεία γίνεται αναφορά σε όλα τα υλικά αγαθά που

διαθέτει για να φέρει σε πέρας τις οικονομικές της δραστηριότητες. Το κυκλοφορούν ενεργητικό περιλαμβάνει μετρητά, καταθέσεις, αναλώσιμα, αποθέματα τα οποία μπορούν να μετατραπούν γρήγορα σε ρευστό και να χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες της κάθε επιχείρησης. Στο πάγιο ενεργητικό ανήκουν αγαθά που προσδίδουν οφέλη σε μια οικονομική μονάδα στο μέλλον δηλαδή η διάρκεια τους είναι μεγαλύτερη της μια λογιστικής χρήσης όπως τα έξοδα πολυετούς απόσβεσης και οι μακροχρόνιες απαιτήσεις, τα κτίρια, τα μηχανήματα, οι εδαφικές εκτάσεις και τα έπιπλα. Το παθητικό αποτελείται από τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις. Οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις για την αποπληρωμή τους έχουν ένα όριο το οποίο είναι μέχρι το τέλος της επόμενης χρήσης και περιλαμβάνουν τους προμηθευτές, τα γραμμάτια πληρωτέα, τους πιστωτές, τις υποχρεώσεις σε τράπεζα και τις υποχρεώσεις από φόρους και τέλη. Αντίθετα οι μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις μπορούν να αποπληρωθούν και μετά το τέλος της επόμενης χρήσης και είναι τα ομολογιακά δάνεια και οι μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις προς τράπεζες. Η καθαρά θέση προκύπτει όταν από το ενεργητικό αφαιρεθεί το παθητικό. Αποτελεί ουσιαστικά τους πόρους που έχει η κάθε μονάδα στη διάθεση της για να επιβιώσει και να πραγματοποιήσει τα μελλοντικά της σχέδια, έχοντας αποδώσει έγκαιρα τις υποχρεώσεις της στους διάφορους φορείς.

Η κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης είναι μια κατάσταση η οποία περιγράφει τα έσοδα (κάθε αύξηση της καθαρής θέσης) δηλαδή το κέρδος, τη ζημία και άρα τα έξοδα (κάθε μείωση της καθαρής θέσης) της οικονομικής δραστηριότητας μιας μονάδας υγείας σε μια συγκεκριμένη περίοδο (μήνας, τρίμηνο, εξάμηνο, έτος). Είναι υποχρεωτικό να δημιουργείται στο τέλος κάθε χρήσης και ουσιαστικά απεικονίζει τις οικονομικές δυνατότητες μιας επιχείρησης μεταξύ δύο διαδοχικών ισολογισμών. Επομένως τόσο η διοίκηση, οι μέτοχοι αλλά και οι λοιποί εμπλεκόμενοι στα οικονομικά της μονάδας εκτιμούν την αποδοτικότητα της υπό εξέταση επιχείρησης και τις επενδυτικές της επιλογές. Συνοπτικά τα αποτελέσματα χρήσης αποτελούνται από πέντε στοιχεία τα οποία είναι τα έσοδα (οργανικά και ανόργανα), οι δαπάνες (οργανικά και ανόργανα έξοδα), τα κέρδη, οι ζημίες, τα ειδικά στοιχεία.

Η καθαρή ταμειακή ροή υπολογίζεται από τη διαφορά μεταξύ της ταμειακής εισροής και εκροής σε μια συγκεκριμένη επενδυτική δραστηριότητα. Αφορά την είσπραξη χρηματικού ποσού που θα εισχωρήσει στο ταμείο της οικονομικής μονάδας, έχοντας υπολογίσει την εκροή μετρητών για την εργασία, τα υλικά και των φόρων τους οποίους περιλαμβάνουν οι δαπάνες που έχουν αποφασιστεί. Σημασία και στον

καθορισμό της ταμειακής ροής έχει το χρονικό διάστημα στο οποίο πραγματοποιείται η επένδυση, διότι τα αποτελέσματα της επένδυσης μπορεί να είναι ορατά στο μέλλον ( Διαμαντής, 2014).

## **5.2 Μέθοδοι ανάλυσης χρηματοοικονομικών καταστάσεων**

Οι χρηματοοικονομικές καταστάσεις όπως έχει ήδη αναφερθεί περιλαμβάνουν όλα εκείνα τα δεδομένα τα οποία είναι αναγκαία ώστε κάθε ενδιαφερόμενος που έχει σκοπό να ασχοληθεί με οποιαδήποτε οικονομική μονάδα, να μπορεί να αξιολογήσει τις επενδυτικές της επιλογές.

Επομένως οι καταστάσεις αυτές χρησιμοποιούνται από τη διοίκηση για να εκτιμήσει κατά πόσο οι αποφάσεις που ελήφθησαν βοήθησαν στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της επιχείρησης. Επίσης είναι δυνατό να αποφασιστούν διάφορες διορθωτικές κινήσεις στην περίπτωση που η μονάδα λειτουργεί με ζημία ή η προοπτική περαιτέρω ανάπτυξης της μέσω επενδύσεων στην περίπτωση της λειτουργίας με κέρδος. Παράλληλα οι διοικούντες έχουν την ευκαιρία μέσω αυτών των στοιχείων να κάνουν προβλέψεις για τον μέλλον του νοσοκομείου σε σχέση με την προσφορά της παροχής υπηρεσιών.

Τόσο οι πιστωτές όσο και οι δανειστές ενδιαφέρονται για την οικονομική θέση στην οποία βρίσκεται η υγειονομική μονάδα. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να εκτιμήσουν αν υπάρχει η δυνατότητα εξόφλησης των υποχρεώσεων της όπως δάνεια, καταβολή τόκων και επιστροφή δανειακού κεφαλαίου. Έτσι έχουν μια διαβεβαίωση της ασφάλειας που προκύπτει από τις οικονομικές δραστηριότητες της εν λόγω μονάδας.

Σημαντικός είναι και ο ρόλος των μετόχων οι οποίοι έχουν ως στόχο την αποκόμιση κερδών, έχοντας επενδύσει υπέρογκα χρηματικά ποσά όπως συμβαίνει στην ίδρυση μεγάλων ιδιωτικών κλινικών. Είναι εκείνοι που κινδυνεύουν με απώλεια των χρημάτων τους όταν η μονάδα λειτουργεί με ζημία και είναι αυτοί που πιέζουν περισσότερο για περικοπές προσωπικού, μισθών και αναλώσιμων υλικών για να περιορίσουν τις απώλειες.

Τέλος και οι εργαζόμενοι ενδιαφέρονται για την οικονομική δραστηριότητα του νοσοκομείου ή της κλινικής μιας και η λειτουργία της με κέρδη τους εξασφαλίζει τη συνέχιση καταβολής του μισθού τους και την προοπτική της αύξησης. Αντίθετα στην περίπτωση χρηματοοικονομικής αστάθειας εργάζονται συνεχώς με την πιθανότητα περικοπών του μισθού τους ή και την απώλεια της εργασίας τους.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω μία αρχική διάκριση της χρηματοοικονομικής ανάλυσης είναι η εσωτερική όπου τα δεδομένα και η κατάρτιση της γίνεται από τους οικονομικούς συνεργάτες που έχουν άμεση πρόσβαση στα λογιστικά της βιβλία. Αντίθετα η ανάλυση είναι εξωτερική όταν οι εκτιμήσεις γίνονται με βάση δεδομένα που έχουν δοθεί στη δημοσιότητα είτε για να προσεγγίσουν επενδυτές είτε για να εκθειάσουν την επενδυτική ικανότητα της υπό εξέταση οικονομικής μονάδας.

Ένας άλλος τρόπος ανάλυσης είναι οι καταστάσεις κοινού μεγέθους ή κάθετη ανάλυση όπου το κάθε στοιχείο της οικονομικής κατάστασης παρουσιάζεται ως ποσοστό ενός συνολικού μεγέθους το οποίο θεωρείται ίσο με 100. Για το λόγο αυτό ονομάζονται και καταστάσεις 100 ή εκατοστιαίου ποσοστού. Αποτελεί μια μέθοδο αξιολόγησης των μεγεθών που μεταβάλλονται στο χρόνο σε σχέση με το σύνολο του ενεργητικού, το σύνολο των ιδίων κεφαλαίων, το σύνολο των υποχρεώσεων, το σύνολο των εσόδων. Επίσης είναι ένας τρόπος σύγκρισης μεταξύ στοιχείων σε διάφορα χρονικά διαστήματα και σε συνδυασμό και με επιχειρήσεις των ανταγωνιστών των οποίων το μέγεθος μπορεί να είναι διαφορετικό μιας και η αναγωγή όλων είναι σε ποσοστιαίες μονάδες.

Η οριζόντια ανάλυση αποτελεί έναν ακόμη τρόπο πιο απλό και διαχρονικό όπου παρουσιάζονται οι μεταβολές των μεγεθών για μια σειρά ετών 3-5. Η κατηγοριοποίηση των δεδομένων θα πρέπει να είναι ομοιόμορφη έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αξιολόγησης των διαφοροποιήσεων στην πάροδο των ετών. Είναι εφικτό με μια προσεκτική ματιά να εκτιμηθεί η οικονομική αξιοποίηση ενός περιουσιακού στοιχείου και το αν συνέβαλλε θετικά ή αρνητικά στην οικονομική δραστηριότητα της εξεταζόμενης υγειονομικής μονάδας. Παράλληλα εκτιμώνται οι διορθωτικές κινήσεις στην περίπτωση που κάποιο στοιχείο του ισολογισμού επιβαρύνει την επιχείρηση.

Το πιο διαδεδομένο μέσο ανάλυσης των χρηματοοικονομικών καταστάσεων είναι οι αριθμοδείκτες οι οποίοι ουσιαστικά είναι ένας τρόπος σύγκρισης μεγεθών μεταξύ τους. Είναι ένας αριθμός που προκύπτει από ένα κλάσμα του οποίου τόσο ο αριθμητής όσο και ο παρονομαστής μπορεί να περιέχουν ένα ή περισσότερα μεγέθη. Ο αριθμός που προκύπτει μπορεί να αναχθεί και σε ποσοστιαία βάση έτσι ώστε ο συγκριτικός έλεγχος διαφορετικών μονάδων να είναι ευκολότερος ( Παπαδέας,2015) .

### **5.3 Ορισμός και ρόλος αριθμοδεικτών στις χρηματοοικονομικές καταστάσεις**

Οι αριθμοδείκτες όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι μια σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεγεθών μιας χρηματοοικονομικής κατάστασης. Έτσι προκύπτει ένα κλάσμα από τον αριθμό του οποίου εξάγονται συμπεράσματα για την οικονομική δραστηριότητα της επιχείρησης, όπως για παράδειγμα για τη ρευστότητα της, την αποδοτικότητα της, τη λειτουργία της με κέρδος ή ζημία. Είναι ένας τρόπος να διακριθούν οι αδυναμίες της οικονομικής μονάδας και να αναζητηθούν λύσεις και διορθωτικές ενέργειες για την αντιμετώπιση τους. Ιδιαίτερη σημασία δεν έχει τόσο το θετικό πρόσημο του κλάσματος όσο το αρνητικό γιατί εφιστά την προσοχή των υπευθύνων σε συγκεκριμένα μεγέθη τα οποία πιθανόν στο μέλλον να θέσουν σε κίνδυνο τη λειτουργία της επιχείρησης. Οι αριθμοδείκτες αποτελούν μια ένδειξη η οποία είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί από τους διοικούντες για τη λήψη μιας απόφασης όπως η πώληση ενός περιουσιακού στοιχείου ή η δυνατότητα επέκτασης κάποιων τμημάτων ενός νοσοκομείου με σκοπό την αύξηση του αριθμού των κλινών και κατά συνέπεια την αύξηση της ροής των ασθενών. Μία ακόμη χρησιμότητα των αριθμοδεικτών είναι η δυνατότητα σύγκρισης μεγεθών μεταξύ διαφορετικών οικονομικών μονάδων είτε μεγάλων είτε μικρών των οποίων η σχέση είναι ανταγωνιστική. Αυτό δίνει την ευκαιρία στις διοικήσεις να λαμβάνουν αποφάσεις για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και κατά συνέπεια να διεκδικήσουν την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των πολιτών.

Για σχηματιστεί ο κάθε αριθμοδείκτης θα πρέπει μεταξύ του αριθμητή και του παρονομαστή να υπάρχει μια λογική σχέση και τα δεδομένα να μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους, όπως για παράδειγμα τα καθαρά κέρδη προς το σύνολο του επενδυθέντος κεφαλαίου. Επιπλέον τα στοιχεία που συγκρίνονται μεταξύ τους θα πρέπει να ανήκουν στην ίδια οικονομική κατηγορία, όπως για παράδειγμα το κόστος των πωληθέντων το οποίο αξιολογείται σε σχέση με την αξία των αποθεμάτων. Παράλληλα είναι σημαντικό τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται να μεταβάλλονται κατά τον ίδιο τρόπο και να παρουσιάζονται σε κάθε έτος είτε ως αριθμός είτε ως ποσοστό για να είναι εύκολη η εκτίμηση τους και να μη χρειάζεται να γίνεται αναγωγή σε άλλα μεγέθη ή μετατροπή με χρήση αριθμητικών πράξεων που ενέχουν τον κίνδυνο του λάθους.



Με βάση τις διάφορες κατηγορίες της οικονομικής δραστηριότητας οι αριθμοδείκτες διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- αριθμοδείκτες ρευστότητας
- αριθμοδείκτες δραστηριότητας
- αριθμοδείκτες δανειακής επιβάρυνσης
- αριθμοδείκτες αποδοτικότητας

#### **5.4 Ανάλυση των κυριότερων αριθμοδεικτών (θεωρητική προσέγγιση)**

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα οι αριθμοδείκτες διακρίνονται σε 4 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους αριθμοδείκτες ρευστότητας. Η ρευστότητα είναι συνώνυμο με την επιβίωση της οικονομικής μονάδας. Αποτελεί ένα τρόπο εκτίμησης της δυνατότητας της εκάστοτε επιχείρησης να αποπληρώνει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι εκφράζει την ικανότητα της μονάδας να μετατρέπει τα περιουσιακά στοιχεία που διαθέτει σε μετρητά είτε για την αποπληρωμή κάποιου δανείου είτε για μια επένδυση που αποφασίστηκε. Στην περίπτωση που η επιχείρηση δε διαθέτει τέτοια υλικά αγαθά τα οποία είναι δυνατό να ρευστοποιηθούν και να χρησιμοποιηθούν άμεσα, κινδυνεύει να χάσει την εμπιστοσύνη των συναλλασσόμενων με αυτή, γεγονός που την καθιστά αφερέγγυα. Η ρευστότητα λειτουργεί ως δείκτης ασφαλείας που προειδοποιεί την επιχείρηση ότι αν δε γίνουν οι απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις δεν θα αποφευχθούν ανεπιθύμητες εξελίξεις και θα αντιμετωπίσει την πιθανή απώλεια των κεφαλαίων της. Ιδιαίτερη σημασία για τον εν λόγω αριθμοδείκτη αποτελεί η σχέση μεταξύ του κυκλοφορούντος ενεργητικού και των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Η διαφορά αυτών των δύο μεγεθών ονομάζεται κεφάλαιο κίνησης και αποτελεί μια μέτρηση των ρευστών αποθεμάτων της οικονομικής μονάδας.

Η ρευστότητα αξιολογείται με τη βοήθεια του δείκτη γενικής ρευστότητας και του δείκτη ειδικής ρευστότητας. Ο πρώτος δείκτης δίνεται από τον τύπο:

$$\text{Γενική ρευστότητα} = \frac{\text{Κυκλοφορούν ενεργητικό}}{\text{Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις}}$$

Για να θεωρηθεί ότι η ρευστότητα της επιχείρησης βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα θα πρέπει ο αριθμητής να είναι μεγαλύτερος του παρονομαστή και επομένως  $> 1$ . Στην περίπτωση που το πηλίκο είναι  $< 1$  ή παρατηρείται μείωση του πηλίκου αυτό σημαίνει ότι η επιχείρηση βρίσκεται σε δυσμενή θέση ή ότι μελλοντικά θα

αντιμετωπίσει προβλήματα στην αποπληρωμή των υποχρεώσεων της και είναι αναγκαίο να διερευνηθούν τα αίτια και να παρθούν έγκαιρα αποφάσεις.

Ένας ακόμη δείκτης ρευστότητας είναι η ειδική ρευστότητα ο οποίος περιλαμβάνει εκείνα τα μεγέθη που είναι δυνατό να μετατραπούν άμεσα σε μετρητά και δίνεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Ειδική ρευστότητα} = \frac{\text{Κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία} - \text{Αποθέματα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις}}$$

Ο δείκτης αυτός εκτιμά το σύνολο των φορών που τα στοιχεία τα οποία μπορούν να ρευστοποιηθούν άμεσα αποπληρώνοντας τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Για το λόγο αυτό δεν περιλαμβάνονται τα αποθέματα μιας και δεν υπάρχει δυνατότητα ταχύτατης ρευστοποίησης τους ή κάποιες αντιξοότητες δεν επιτρέπουν τη μετατροπή τους σε μετρητά. Επομένως είναι ένας πιο αυστηρός δείκτης αξιολόγησης της ρευστότητας της εκάστοτε υγειονομικής μονάδας. Όπως και στη γενική ρευστότητα έτσι και στην ειδική όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης τόσο πιο ασφαλής είναι η επιχείρηση αφού μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ξαφνικό έξοδο, όπως την αυξημένη εισροή ασθενών όπου χρειάζονται περισσότερα αναλώσιμα υλικά και φάρμακα για την αποκατάσταση της υγείας τους.

Η δεύτερη κατηγορία αριθμοδεικτών είναι οι αριθμοδείκτες δραστηριότητας που αποδεικνύουν πως η οικονομική μονάδα διαχειρίζεται τα κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία με στόχο την αύξηση των πωλήσεων της. Με βάση τις πωλήσεις αξιολογείται το μέγεθος του ενεργητικού. Στην περίπτωση που το μέγεθος είναι μεγάλο, συνεπάγεται ότι οι τα έξοδα είναι αυξημένα και κατά συνέπεια τα έσοδα μειώνονται. Αντίθετα όταν το μέγεθος είναι μικρό, αυτό έχει ως συνέπεια την απώλεια μέρους από το κέρδος των πωλήσεων. Επομένως οι δυσκολίες που είναι πιθανό να αντιμετωπίσει η επιχείρηση έχουν να κάνουν με την οικονομική της δραστηριότητα και κατά συνέπεια τη ρευστότητα, την παρουσία της στην ελεύθερη αγορά και τις ταμειακές της ροές. Επίσης αποτελούν έναν τρόπο εκτίμησης τόσο της παραγωγικότητας της όσο και της ταχύτητας με την οποία μπορούν να ρευστοποιηθούν τα ταμειακά διαθέσιμα. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά χρησιμοποιεί το ενεργητικό τόσο μεγαλύτερη θα είναι η αποδοτικότητα της μονάδας και άρα η πολιτική που ακολουθείται από τη διοίκηση είναι επιτυχής.

Σε αυτήν την κατηγορία ανήκει ο δείκτης της κυκλοφοριακής ταχύτητας των αποθεμάτων που δίνεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων} = \frac{\text{Κόστος πωληθέντων}}{\text{Μέσο ύψος αποθεμάτων}}$$

Ο εν λόγω δείκτης δίνει την πληροφορία του αριθμού ( πόσες φορές) κυκλοφορούν τα αποθέματα σε ένα έτος με στόχο την αύξηση των πωλήσεων. Κατά συνέπεια όσο μεγαλύτερος είναι τόσο πιο δυναμική είναι η παρουσία της επιχείρησης στην αγορά και οι επενδύσεις που πραγματοποιεί αυξάνουν τις εισροές χρηματικών ποσών στο ταμείο της. Ακόμη ένας αυξημένος δείκτης συνεπάγεται μείωση του κόστους διατήρησης των αποθεμάτων στις αποθήκες και μείωση του κινδύνου απώλειας αριθμού αποθεμάτων λόγω αλλοιώσεων ή παρόδου του ορίου χρήσης τους όπως συμβαίνει με πανάκριβα υλικά που δεν χρησιμοποιήθηκαν εξαιτίας ακύρωσης χειρουργείων. Αν τα αποθέματα έχουν αγοραστεί με πίστωση ή με δανειακά κεφάλαια για τα οποία η οικονομική μονάδα καταβάλλει τόκους, η μη χρησιμοποίηση τους επηρεάζει τις αποφάσεις για βελτίωση των οικονομικών της.

Ένας ακόμη δείκτης της κατηγορίας αυτής είναι ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού ο οποίος αφορά τα έσοδα που προκύπτουν από την αξιοποίηση των περιουσιακών της επιχείρησης και οπότε συνδέεται με την αποτελεσματικότητα των χειρισμών της διοίκησης. Παρουσιάζεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Σύνολο ενεργητικού}}$$

Στην περίπτωση που η τιμή που υπολογίζεται είναι υψηλή, αυτό αποτελεί θετική ένδειξη για την οικονομική μονάδα η οποία αυξάνει τις πωλήσεις της, εφαρμόζοντας ένα επιτυχημένο επιχειρηματικό πλάνο επενδύσεων.

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα παγίων η οποία δίνεται από τον τύπο:

$$\text{Κυκλοφοριακή ταχύτητα παγίων} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Καθαρά πάγια}}$$

Ο τύπος αυτός αναφέρεται στην ικανότητα της υγειονομικής μονάδας να χρησιμοποιεί όσο το δυνατό περισσότερο πάγια και επομένως να διαθέτει υψηλή κεφαλαιακή ένταση. Η τιμή που προκύπτει θα πρέπει να είναι μικρή μιας και εξαρτάται από την ύπαρξη ενός μεγάλου παρονομαστή.

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων αναφέρεται σε εκείνο το ποσό των πωλήσεων το οποίο αφορά τους εισπρακτέους λογαριασμούς και την ταχύτητα ανακύκλωσης τους ανά έτος. Συνδέεται άμεσα με τη ρευστότητα της επιχείρησης μιας και όσο περισσότερες φορές εισπράττονται οι απαιτήσεις τόσο περισσότερα θα είναι τα

έσοδα. Ταυτόχρονα είναι μια ένδειξη της ποιότητας των συνδιαλεγόμενων που τηρούν τις συμφωνίες και δεν κινδυνεύει από την μη αποπληρωμή τους. Στην περίπτωση που οι απαιτήσεις εμπεριέχουν ένα σημαντικό κόστος, καθυστερήσεις στη μη καταβολή τους ίσως θέσουν σε δύσκολη θέση την οικονομική μονάδα λόγω απώλειας ρευστότητας. Επιπλέον όταν το ύψος των απαιτήσεων είναι υψηλό, σημαντικό ποσοστό του κεφαλαίου κίνησης είναι δεσμευμένο με αποτέλεσμα την καθυστέρηση προγραμματισμένων επενδύσεων. Ο τύπος που την χαρακτηρίζει είναι:

$$\text{Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων} = \frac{\text{Πιστωτικές πωλήσεις}}{\text{Μέσο ύψος απαιτήσεων}}$$

Στον αριθμητή του κλάσματος καταγράφονται είτε το σύνολο των πωλήσεων είτε οι πιστωτικές πωλήσεις και στον παρονομαστή ο μέσος όρος των απαιτήσεων σε αρχή και τέλος κάθε χρήσης. Μια αυξημένη τιμή δείκτη είναι επιθυμητή διότι συνεπάγεται ότι ο εισπρακτικός μηχανισμός της οικονομικής μονάδας λειτουργεί άψογα. Αντίθετα μια μειωμένη τιμή μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως:

- μείωση των απαιτήσεων και κατά συνέπεια ελάττωση των πωλήσεων,
- μείωση των πωλήσεων και αύξηση των απαιτήσεων,
- αύξηση των πωλήσεων και περαιτέρω αύξηση των απαιτήσεων,
- ελάττωση των πωλήσεων χωρίς αυξομείωση των απαιτήσεων,
- αύξηση των απαιτήσεων χωρίς διαφοροποίηση των πωλήσεων.

Η επόμενη κατηγορία αριθμοδεικτών που χρησιμεύει στη χρηματοοικονομική ανάλυση μιας επιχείρησης είναι οι αριθμοδείκτες χρέους ή δανειακής επιβάρυνσης. Κάθε οικονομική μονάδα εκτός από έσοδα, οφείλει να φροντίζει να αποπληρώνει και τα έξοδα της. Αυτά περιλαμβάνουν τόσο επενδύσεις και κατά συνέπεια την αξιοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων όσο και την καταβολή τόκων. Οι τόκοι προέρχονται είτε από δάνεια που έχει λάβει η επιχείρηση για την πραγματοποίηση επενδύσεων είτε από χρηματικά ποσά που της έχουν δοθεί για την αποπληρωμή χρεών. Οι δανειακές της υποχρεώσεις είναι βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες και τα χρονικά όρια για την καταβολή τους προκαθορισμένα με συνέπεια κάθε καθυστέρηση να δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα στη μονάδα υγείας λόγω της ενεργοποίησης ρητρών. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να γίνει και εκτίμηση της οικονομικής δραστηριότητας της επιχείρησης διότι στην περίπτωση αδυναμιών καταβολής δόσεων, καθίσταται αφερέγγυα τόσο στις τράπεζες όσο και στην επιχειρηματική αγορά η οποία θα διατηρεί μια στάση δυσπιστίας.

Ο πρώτος δείκτης είναι το σύνολο των ξένων κεφαλαίων προς το σύνολο των κεφαλαίων και δίνεται από τον παρακάτω τύπο:  $\Xi/K = \text{Σύνολο Ξένων Κεφαλαίων} / \text{Σύνολο Κεφαλαίων}$ . Ο δείκτης αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί και με βάση τα επιμέρους στοιχεία δηλαδή τα ξένα κεφάλαια προς τα ίδια κεφάλαια αλλά και τα μακροπρόθεσμα ξένα κεφάλαια προς τα ίδια κεφάλαια με σκοπό να εκτιμηθούν τα χρηματικά ποσά που καταβάλλονται από τους πιστωτές σε συνδυασμό με τα κεφάλαια της υγειονομικής μονάδας. Στην περίπτωση που γίνεται αναφορά στη σχέση μεταξύ ξένων κεφαλαίων με ίδια κεφάλαια όπου προκύπτει ένας δείκτης μεγαλύτερος της μονάδας, προκύπτει ότι η μονάδα προκαλεί το ενδιαφέρον πιστωτών και επενδυτών. Αντίθετα όταν ο δείκτης είναι μικρότερος της μονάδας η επιχείρηση αντιμετωπίζει προβλήματα ή δεν έχει τέτοια παρουσία στην αγορά ώστε να προσελκύει το ενδιαφέρον των επενδυτών.

Ένας ακόμη σημαντικός δείκτης αυτής της κατηγορίας είναι ο δείκτης κάλυψης τόκων ο οποίος παρουσιάζει την ικανότητα αποπληρωμής των τόκων από τα έσοδα της οικονομικής μονάδας προ του υπολογισμού των ποσών που πρέπει να καταβληθούν για τόκους και φόρους. Ο τύπος με τον οποίο περιγράφεται είναι:

$$\text{Δείκτης κάλυψης τόκων} = \frac{\text{Κ.Π.Τ.Φ.}}{\text{Τόκοι πληρωτέοι}} .$$

Η τελευταία κατηγορία των αριθμοδεικτών είναι εκείνοι που αναφέρονται στην αποδοτικότητα. Η αποδοτικότητα ισούται με τους χειρισμούς της διοίκησης που έχουν ως σκοπό την εκμετάλλευση των κεφαλαίων της, τις επενδύσεις με αποτέλεσμα την αύξηση των κερδών της. Επίσης εκτιμάται η σχέση μεταξύ των κερδών και των κεφαλαίων ή ανάμεσα στα κέρδη και στις πωλήσεις της οικονομικής μονάδας. Έτσι διαπιστώνεται ποιες επενδύσεις μπορούν να συνεχιστούν, ποιες είναι αναγκαίο να διακοπούν γιατί ζημιώνουν την επιχείρηση και σε ποιες πρέπει να γίνουν διορθωτικές κινήσεις για να αυξηθούν τα κέρδη. Ουσιαστικά με αυτούς τους δείκτες γνωστοποιείται σε μετόχους, επενδυτές, πιστωτές αν η μονάδα λειτουργεί με κέρδη ή ζημία. Οι σχέσεις που προκύπτουν περιλαμβάνουν τις πωλήσεις, τα κεφάλαια, τα κέρδη ή την ποσότητα της παραγωγής.

Ο αριθμοδείκτης μεικτού κέρδους σχετίζεται με την οικονομική δραστηριότητα της επιχείρησης διότι ασχολείται με το κέρδος που προκύπτει από τις πωλήσεις αν αφαιρεθεί το κόστος που δαπανήθηκε για αυτές. Η παραγωγή διαφόρων προϊόντων

όπως και η παροχή υπηρεσιών υγείας κοστίζει στην επιχείρηση μιας και θα πρέπει να εκταμιευτούν χρήματα ή να παρθούν δάνεια για τη συγκεκριμένη επιλογή. Το ποσό που θα αποταμιευτεί αποτελεί το κέρδος της μονάδας αφαιρώντας τις άμεσες δαπάνες. Με τον τρόπο αυτό αξιολογείται η ικανότητα των διοικούντων να λαμβάνουν αποφάσεις που μειώνουν τα έξοδα των πωλήσεων. Ο δείκτης αυτός περιγράφεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Περιθώριο ακαθάριστου κέρδους} = \frac{\text{Ακαθάριστο κέρδος}}{\text{Πωλήσεις}} * 100$$

Το ακαθάριστο κέρδος είναι η διαφορά μεταξύ των πωλήσεων και του κόστους πωληθέντων όπου το κόστος πωληθέντων είναι η διαφορά μεταξύ των πωλήσεων, του αρχικού αποθέματος και των αγορών, όπου στο αποτέλεσμα που προκύπτει προστίθεται το τελικό απόθεμα. Από τη μια πλευρά αν ο δείκτης αυτός είναι αυξημένος τότε τα κέρδη της επιχείρησης είναι αυξημένα διότι καταφέρνει να αγοράσει τις πρώτες ύλες σε οικονομικές τιμές και να παράγει με το χαμηλότερο κόστος. Αν επιτύχει και την πώληση σε χαμηλές τιμές και επομένως να αποκτήσει κέρδη προσελκύοντας το αγοραστικό κοινό, αυτό σημαίνει ότι μπορεί να ανταπεξέλθει σε μια αύξηση του κόστους των αναγκαίων αγαθών της. Από την άλλη πλευρά αν ο δείκτης είναι μειωμένος η μονάδα λειτουργεί με ζημία και αδυνατεί να αποπληρώσει της υποχρεώσεις της, γεγονός που την καθιστά αφερέγγυα.

Ένας ακόμη δείκτης αυτής της κατηγορίας είναι ο δείκτης καθαρού κέρδους ( προ και μετά φόρων) όπου εκτιμά την ικανότητα της επιχείρησης να καταβάλλει τα έξοδα που προκύπτουν από τους τόκους, τους φόρους και τις δαπάνες λειτουργίας της. Αυτά τα έξοδα διαφέρουν από μονάδα σε μονάδα ανάλογα με το μέγεθος της, τις επενδύσεις της, τα προϊόντα της παραγωγής της και τις αποφάσεις των διοικούντων. Ακόμη με το δείκτη αυτό αποκαλύπτονται τα καθαρά κέρδη αφαιρώντας όλες τις υποχρεώσεις της οικονομικής μονάδας οι οποίες αποτελούν το κόστος. Στη σχέση αυτή δεν υπολογίζονται τα μη λειτουργικά έσοδα και έξοδα και οι ζημίες. Αφενός αν ο δείκτης παρουσιάζεται αυξημένος, η επιχείρηση είναι κερδοφόρα και κατ' επέκταση προκαλεί το ενδιαφέρον των επενδυτών και αφετέρου αν ο δείκτης εμφανίζεται ελαττωμένος, η οικονομική μονάδα αντιμετωπίζει προβλήματα είτε λόγω ανταγωνισμού είτε λόγω λανθασμένων χειρισμών των διοικούντων. Ο τύπος που τον καθορίζει είναι ο εξής:

$$\text{Περιθώριο καθαρού κέρδους} = \frac{\text{Καθαρά κέρδη}}{\text{Πωλήσεις}} * 100.$$

Δύο επιπλέον δείκτες που αποδεικνύουν τη δυνατότητα μιας επιχείρησης να παράγει κέρδη και να αυξάνει τα κεφάλαια της είναι οι δείκτες απόδοσης επί της επένδυσης (

ROI ) και επί των συνολικών στοιχείων ( ROA) και η αποδοτικότητα των ιδίων κεφαλαίων με έκφραση μέσω των παρακάτω τύπων:

$$\text{ROI ή ROA} = \frac{\text{Καθαρά κέρδη}}{\text{Σύνολο περιουσιακών στοιχείων}}$$

και

$$\text{ROE} = \frac{\text{Καθαρά κέρδη}}{\text{Ίδια κεφάλαια}}$$

Όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές των δεικτών τόσο πιο επικερδής είναι η επιχείρηση υπό αξιολόγηση ( Οδηγός μελέτης- ΑΠΚΥ, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### *6.1 Περιγραφή χρηματοοικονομικής κατάστασης νοσοκομείου Παπαγεωργίου*

Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι μια υγειονομική μονάδα στη βορειοδυτική πλευρά της Θεσσαλονίκης στην περιοχή της Ν. Ευκαρπίας του δήμου Παύλου Μελά. Κατέχει μια οικοδομική έκταση 150 στρεμμάτων και μια δομημένη επιφάνεια 75000τ.μ. Τον Αύγουστο του 1999 πραγματοποιήθηκαν τα εγκαίνια της έναρξης του και το 2004 εγκαταστάθηκαν οι πανεπιστημιακές κλινικές της παθολογίας, της χειρουργικής και έπειτα και οι υπόλοιπες. Η χωρητικότητα του είναι 750 κλίνες με 69 εντατικές και 25 ανανήψεις και οι θάλαμοι αντιστοιχούν σε μία, δύο ή τέσσερις κλίνες. Η εν λόγω μονάδα χαρακτηρίζεται ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και είναι ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ. Λειτουργεί υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διοικείται από ένα 7μελές διοικητικό συμβούλιο. Το διοικητικό συμβούλιο απαρτίζεται από 3 μέλη του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, 3 μέλη από το Υπουργείο και 1 μέλος από τη σύγκλητο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, όλοι υπό 3ετή θητεία. Το σύνολο των εργαζομένων που απασχολούνται είτε με συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου είτε με δημοσίου δικαίου είναι 1542. Καθημερινά οι ασθενείς που επισκέπτονται τα τμήματα των επειγόντων περιστατικών ανέρχονται στους 800 και ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων υπολογίζεται στις 105 ημερησίως. Η καθημερινή κίνηση ατόμων στο

χώρο του νοσοκομείου προσθέτοντας τους φοιτητές προς εκπαίδευση, τους συνοδούς και τους επισκέπτες υπολογίζεται στους 7000. Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου δημιουργήθηκε με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο στον τομέα της πρόληψης, της διάγνωσης όσο και της θεραπείας και της αποκατάστασης. Αυτό είναι εφικτό χάρη στον εξοπλισμό που διαθέτει, έχοντας στη διάθεση του 2 αξονικούς τομογράφους, 1 μαγνητικό τομογράφο, 1 αγγειογράφο, 2 μαστογράφους και 2 γραμμικούς επιταχυντές φωτονίων, ηλεκτρονίων και HDR βραχυθεραπεία για την ακτινοθεραπευτική καταπολέμηση των όγκων. Επίσης πέραν του υλικο-τεχνολογικού εξοπλισμού διαθέτει ένα άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο ενημερώνεται συνεχώς για τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας μέσω σεμιναρίων και λοιπών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που πραγματοποιούνται στο αμφιθέατρο χωρητικότητας 320 ατόμων. Τέλος από το 2008 μετά από έλεγχο του διαπιστευμένου φορέα TUV Hellas χορηγήθηκε στο εν λόγω νοσοκομείο πιστοποιητικό ελέγχου ποιότητας ISO 9001 ( [http:// www.papageorgiou-hospital.gr](http://www.papageorgiou-hospital.gr) ).

Όπως όλα τα νοσοκομεία έτσι και το Παπαγεωργίου αναγκάστηκε να περιορίσει τις δαπάνες του, να υιοθετήσει στρατηγικές σωστά μελετημένες που να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες στους πολίτες, αλλά με όσο το δυνατό μικρότερο κόστος λόγω της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η Ελλάδα από το 2008 έως και σήμερα.

Ο δείκτης της γενικής ρευστότητας παρουσιάζει μια σταδιακή αύξηση από το 2007 όπου υπολογίστηκε στο 1,11 ως το 2014 όπου έφτασε το 2,53.

Πίνακας 1. Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Γενική Ρευστότητα</b>	2,53	2,17	2,39	1,32	1,02	1,11

Αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα να αποπληρώνει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του με τα δικά του κεφάλαια και χωρίς να είναι αναγκαία η παρέμβαση δανειστών. Ταυτόχρονα είναι φανερό ότι από το έτος 2007-2014 πάντα η ρευστότητα του ήταν μεγαλύτερη της μονάδας και επομένως η ικανότητα ρευστοποίησης του κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Άρα η αξία του κυκλοφορούντος ενεργητικού ( 180.578.614,97 ) για το 2014, για παράδειγμα είναι μεγαλύτερη του συνόλου των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων ( 71.378.046,48).



Όπως η γενική ρευστότητα έτσι και η άμεση ρευστότητα που είναι ένας ακόμη πιο αξιόπιστος δείκτης παρουσιάζει ανοδική πορεία στην πάροδο των ετών με αρχική τιμή γύρω στο 1 το 2007 και που διπλασιάζεται το 2014 και φτάνει το 2,49.

Πίνακας 2. Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Άμεση ρευστότητα</b>	2,49	2,14	2,36	1,30	1,00	1,08

Με τη βοήθεια αυτών των δύο δεικτών διαφαίνεται ότι το υπό εξέταση νοσοκομείο δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα ρευστότητας μη λαμβάνοντας υπόψη την παρουσία των αποθεμάτων τα οποία είναι δύσκολο να ρευστοποιηθούν. Άρα οι διοικούντες αισθάνονται ότι η επιχείρηση τους λειτουργεί με ένα περιθώριο ασφαλείας και μπορεί να αντιμετωπίσει μια ξαφνική αλλαγή όπως την αυξημένη εισροή ασθενών, αφού υπάρχει η δυνατότητα της ρευστοποίησης των περιουσιακών στοιχείων. Δεδομένης της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα, τα νούμερα που χαρακτηρίζουν τη ρευστότητα προσδίδουν μια καλή εικόνα για την οικονομική διαχείριση της εν λόγω υγειονομικής μονάδας.

Στους δείκτες δραστηριότητας ανήκει ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων όπου φανερώνει αν τα αποθέματα μετατρέπονται σε έσοδα αργά ή γρήγορα μέσω των πωλήσεων. Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου παρουσιάζει μια σταθερή μείωση της κυκλοφοριακής ταχύτητας που διαφαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3. Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων</b>	33,00	39,79	50,40	54,99	47,22	45,41

Από τον πίνακα αυτό προκύπτει μια αύξηση της παρουσίας αποθεμάτων που δεν έχουν αξιοποιηθεί από την μονάδα υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη ενός συγκεκριμένου κόστους διατήρησης ή και την απώλεια χρημάτων λόγω μη χρησιμοποίησης εντός της ημερομηνίας λήξης οπότε θα πρέπει να καταστραφούν.

Έτσι τα αποθέματα τα τελευταία έτη δεν κυκλοφορούν με ικανοποιητικό ρυθμό για τη δημιουργία πωλήσεων. Το γεγονός αυτό ενισχύεται από την σύγκριση μεταξύ της μέσης διάρκειας είσπραξης των απαιτήσεων και της μέσης διάρκειας πίστωσης από τους προμηθευτές. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται η αύξηση των ημερών απαιτήσεων και οι αυξομειώσεις των ημερών πίστωσης από τους προμηθευτές.

Πίνακας 4. Μέση διάρκεια είσπραξης αποθεμάτων

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Μέση διάρκεια είσπραξης αποθεμάτων</b>	706	533	707	501	429	318

Πίνακας 5. Μέση διάρκεια πίστωσης προμηθευτών

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Μέση διάρκεια πίστωσης προμηθευτών</b>	288	262	0	431	357	265

Με τους δύο παραπάνω δείκτες διαφαίνεται ότι αυτό που συμβαίνει είναι πιθανό να οδηγήσει σε προβλήματα ρευστότητας στο μέλλον γιατί από τη μια πλευρά η μονάδα υγείας εισπράττει χρήματα για παράδειγμα από τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή των υπηρεσιών υγείας κάθε 24 μήνες περίπου ( 706/ 30) και από την άλλη πλευρά το νοσοκομείο είναι απαραίτητο να αποπληρώνει τις υποχρεώσεις του σε 10 μήνες περίπου ( 288/30). Αξίζει να σημειωθεί ότι το έτος 2012 δεν καταβλήθηκαν οι οφειλές προς τους προμηθευτές το οποίο αποδεικνύει την απώλεια εσόδων είτε λόγω της οικονομικής κρίσης, είτε από την αύξηση των εξόδων λόγω της αυξημένης ροής ασθενών, εργαστηριακών εξετάσεων και απεικονιστικών ελέγχων.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από την κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων η οποία ελαττώνεται με την πάροδο των ετών και επομένως οι πωλήσεις-παροχή υπηρεσιών που είναι δεσμευμένες σε εισπρακτέους λογαριασμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι μειωμένες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της ροής των ασθενών που είναι άνεργοι ή δεν έχουν πληρώσει τις ασφαλιστικές εισφορές.

Ένας ακόμη δείκτης δραστηριότητας είναι η κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού

όπου δίνει πληροφορίες για την εισοδηματική πολιτική της υγειονομικής μονάδας. Οπότε ένας υψηλός δείκτης σημαίνει ότι η χρησιμοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων γίνεται με τέτοιο τρόπο που να οδηγεί σε αύξηση των πωλήσεων. Κάτι τέτοιο δεν προκύπτει για το νοσοκομείο Παπαγεωργίου όπου παρατηρείται μείωση της ταχύτητας με εξαίρεση το έτος 2013 όπου σημείωσε αύξηση.

Πίνακας 6.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Κυκλοφοριακή ταχύτητα Ενεργητικού</b>	0,44	0,58	0,46	0,42	0,61	0,73

Ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίων αξιολογεί τον αριθμό των κεφαλαίων που χρησιμοποιεί η μονάδα υγείας για να αυξήσει τις πωλήσεις της. Αφορά εκείνα τα περιουσιακά στοιχεία της μονάδας τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν μακροπρόθεσμα για την παραγωγή κέρδους, όπως μια έκταση που κατέχει για την επέκταση κάποιου τμήματος όπου είναι αναγκαία η αύξηση του αριθμού των κλινών για την άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών.

Πίνακας 7.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίων

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Κυκλοφοριακή ταχύτητα Παγίων</b>	0,51	0,68	0,51	0,72	0,84	1,13

Στους αριθμοδείκτες δανειακής επιβάρυνσης ανήκει ο δείκτης των συνολικών υποχρεώσεων τόσο μακροπρόθεσμων όσο και βραχυπρόθεσμων σε σχέση με τα συνολικά κεφάλαια ( ίδια και ξένα). Ο δείκτης αυτός το 2014 υποδιπλασιάστηκε σε σχέση με το 2007 όπως διαφαίνεται από τον παρακάτω πίνακα και γενικά παρουσιάζει μια σταδιακή ελάττωση στα υπό εξέταση έτη εκτός του 2008.

Πίνακας 8.Συνολικές υποχρεώσεις

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
Συν.υποχρεώσεις/ Συν. κεφάλαια	36,35%	42,29%	38,77%	68,54%	81,33%	69,64%

Όσο μικρότερος είναι αυτός ο δείκτης τόσο μεγαλώνει η ασφάλεια όσον αφορά τη δυνατότητα αποπληρωμής των πιστωτών ακόμα και σε περίπτωση που η μονάδα αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες και κατά συνέπεια λειτουργεί με ζημία. Ακόμα και αν χρειαστεί να ρευστοποιήσει κάποια κεφάλαια έχει την ικανότητα να αποπληρώσει τις υποχρεώσεις της και αποφεύγεται ο κίνδυνος να χαρακτηριστεί αφερέγγυα. Ταυτόχρονα οι πιστωτές είναι ικανοποιημένοι με την πορεία της επένδυσης που επέλεξαν και θα την επιλέξουν εκ νέου σε οτιδήποτε αποφασίσει.

Στην ίδια κατηγορία ανήκει και ο δείκτης των ξένων κεφαλαίων προς τα ίδια κεφάλαια. Είναι ένας τρόπος εκτίμησης της δυνατότητας του νοσοκομείου να βασιστεί στις δικές του δυνάμεις για την καταβολή των οφειλών του ή αν μπορεί να επιβιώσει χωρίς την παρουσία δανειστών. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η πτωτική πορεία του εν λόγω δείκτη.

Πίνακας 9.Ίδια κεφάλαια

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
Συν.υποχρεώσεις/ Ίδια κεφάλαια	0,60	0,78	0,66	2,27	4,73	2,41

Όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο δείκτης τόσο πιο υπερχρεωμένη είναι η οικονομική μονάδα και επομένως λειτουργεί με ζημία και στηρίζεται σε ξένα κεφάλαια. Επίσης αποδεικνύει την αδυναμία της διοίκησης να λάβει σωστές και αποτελεσματικές αποφάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων.

Επιπλέον ο αριθμοδείκτης των μακροπρόθεσμων προς τα ίδια κεφάλαια για το υπό εξέταση νοσοκομείο είναι μηδενικός οπότε όλα τα κεφάλαια της εν λόγω υγειονομικής μονάδας χρησιμοποιούνται για τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της.

Τέλος ο δείκτης κάλυψης τόκων προσφέρει τη δυνατότητα εκτίμησης της δανειακής κατάστασης της υγειονομικής μονάδας σε σχέση με τα κέρδη της τα οποία πρέπει να είναι τόσα που να επαρκούν για την εξόφληση των τόκων των ξένων κεφαλαίων. Ο πίνακας αποδεικνύει ότι η δανειακή κάλυψη δεν είναι επαρκής με αποτέλεσμα

κάποιες χρονιές να καταφέρνει να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της και κάποιες άλλες όχι.

Πίνακας 10.Αριθμοδείκτης κάλυψης τόκων

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Πιστ.τόκοι</b>	0,54%	-0,59%	0,75%	0,58%	-2,66%	-1,70%

Στους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας ανήκει ο δείκτης του μεικτού περιθωρίου κέρδους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί πρόκειται για ένα δείκτη που εκτιμά την πολιτική του νοσοκομείου όσον αφορά την αύξηση των κερδών. Ουσιαστικά με τη βοήθεια του ελέγχονται οι αποφάσεις της διοίκησης για τις επενδύσεις που έχουν αποφασιστεί όπως η αγορά ενός αξονικού τομογράφου, η επέκταση κάποιων τμημάτων, η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού και η αγορά συγκεκριμένων αναλώσιμων υλικών ή φαρμάκων. Φανερώνει το μεικτό όφελος που προκύπτει από τις παροχές υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες, από τη συνεργασία με ασφαλιστικά ταμεία και εταιρείες. Ο υπό εξέταση δείκτης παρουσιάζει μια σταθερή αύξηση στην πάροδο των ετών, αλλά παραμένει σε αρνητικό πρόσημο γεγονός που αποδεικνύει ότι η μονάδα υγείας δυσκολεύεται να καλύψει τα λειτουργικά της έξοδα. Επομένως η διοίκηση είναι αναγκαίο να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες μέσω καινοτόμων επενδύσεων για να προσελκύσει περισσότερους πολίτες. Είναι προφανές ότι έχουν γίνει φιλότιμες προσπάθειες αλλά ακόμα δεν έχει επιτευχθεί ο στόχος.

Πίνακας 11.Αριθμοδείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
<b>Μεικτό περιθώριο κέρδους</b>	-6,46%	-5,82%	-13,49%	-40,79%	-39,85%	-38,72%

Ο δείκτης του περιθωρίου καθαρού κέρδους ενισχύει τον προηγούμενο και αφορά το καθαρό κέρδος με το οποίο λειτουργεί η υγειονομική μονάδα. Είναι το ποσό που διαθέτει για να πληρώσει τους μισθούς του προσωπικού, τα αναλώσιμα, τα φάρμακα και όλα όσα είναι απαραίτητα για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου. Επιπλέον το καθαρό κέρδος είναι δυνατό να υπολογιστεί προ ή μετά φόρων.

Πίνακας 12.Αριθμοδείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
Καθαρό περιθώριο κέρδους( μετά φόρων)	39,20%	-36,5%	45,51%	44,68%	-12,70%	-14,40%

Είναι σημαντικό για να θεωρηθεί μια οικονομική μονάδα επιτυχημένη τόσο το μεικτό όσο και το καθαρό περιθώριο κέρδους να είναι αυξημένα. Το καθαρό περιθώριο κέρδους παρουσιάζει αυξομειώσεις στα υπό εξέταση έτη. Αυτό μπορεί να οφείλεται αφενός στις λανθασμένες επιλογές των διοικούντων που οδηγούν σε μείωση των κερδών και αφετέρου στην προσέλευση των ασθενών και κατά συνέπεια στην ποσότητα της παροχής υπηρεσιών αναλόγως της ζήτησης.

Ένας ακόμη δείκτης αποδοτικότητας είναι η αποδοτικότητα των ιδίων κεφαλαίων όπου είναι ένα μέσο αξιολόγησης της ικανότητας της μονάδας να χρησιμοποιεί τα κεφάλαια που διαθέτει είτε από τους μετόχους είτε από δικούς της πόρους για να αυξήσει τα έσοδα της και να έχει μια ικανοποιητική παραγωγική δραστηριότητα. Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι το Παπαγεωργίου προσπαθεί να εκμεταλλευτεί τις δυνάμεις του για να παράγει έργο αλλά δεν τα καταφέρνει σε κάθε έτος μιας και στα 3 από τα 6 έτη το πρόσημο είναι αρνητικό. Το ίδιο γεγονός προκύπτει και αν προσδιοριστεί η απόδοση επί των συνολικών περιουσιακών στοιχείων.

Πίνακας 13.Αριθμοδείκτης απόδοσης κεφαλαίων

Έτη	2014	2013	2012	2009	2008	2007
Απόδοση ιδ.κεφαλαίων	28,41%	-39,08%	35,70%	62,69%	-45,24%	-36,34%

## 6.2 Χρηματοοικονομική ανάλυση κέντρου αποκατάστασης Αναγέννηση

Το κέντρο αποκατάστασης Αναγέννηση ιδρύθηκε την Άνοιξη του 2005 και βρίσκεται στη Νέα Ραιδεστό στον οικισμό Φιλοθέη. Η κτιριακή του δομή έχει σχεδιαστεί βάση των προτύπων των κέντρων αποκατάστασης στο εξωτερικό, ώστε να παρέχονται στους ασθενείς όλες οι απαραίτητες υπηρεσίες για την αποκατάσταση της υγείας τους

και την επανένταξη στην κοινωνία. Οι βασικές του δομές είναι οι θάλαμοι νοσηλείας μονόκλινοι, δίκλινοι, τρίκλινοι και τετράκλινοι συνολικής χωρητικότητας 230 νοσηλευόμενων. Επίσης υπάρχει εστιατόριο κατάλληλο για τη σίτιση 110 ατόμων το οποίο είναι δυνατό να μετατραπεί σε αίθουσα πολλαπλών χρήσεων για κάθε είδους εκδήλωση. Ακόμη υπάρχουν όλες οι απαραίτητες αίθουσες όπως γυμναστήριο, φυσιοθεραπευτήριο, πισίνες και όλος ο αναγκαίος εξοπλισμός για την αποθεραπεία των ασθενών. Το άρτιο εκπαιδευμένο προσωπικό περίπου 230 ατόμων περιλαμβάνει ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο απαντά άμεσα σε κάθε κλήση των ασθενών, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς. Επιπλέον είναι πιστοποιημένο κέντρο με το σύστημα ποιότητας ISO 9001: 2008 και το πρώτο κέντρο αποκατάστασης που πιστοποιήθηκε από τον φορέα πιστοποίησης AVRV με το εξειδικευμένο πρότυπο DIN EN 15224: 2012. Μια δεύτερη πρωτιά του κέντρου είναι η μονάδα αυξημένης φροντίδας για τη νοσηλεία περιστατικών που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών.

Ξεκινώντας την χρηματοοικονομική ανάλυση του κέντρου αποκατάστασης αξίζει να γίνει αναφορά στους δύο πιο διαδεδομένους αριθμοδείκτες τη γενική και την άμεση ρευστότητα. Η γενική ρευστότητα παρουσιάζει μια σταθερή αύξηση και από το 2009 έως το 2014 έχει τετραπλασιαστεί η τιμή της. Γεγονός που σημαίνει ότι η μονάδα αυτή μπορεί με ευκολία να καλύψει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της αν χρειαστεί με τη ρευστοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων ( <http://www.anagennisi-ae.gr>).

Πίνακας 14.Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Γενική ρευστότητα	4,34	5,49	3,51	3,23	1,86	1,10

Ο πιο ειδικός δείκτης της άμεσης ρευστότητας που προκύπτει με την αφαίρεση των αποθεμάτων διατηρεί και αυτός ανοδική πορεία και πάλι με τετραπλάσια αύξηση που επιβεβαιώνει ότι η εν λόγω μονάδα δεν αντιμετωπίζει προβλήματα ρευστότητας και σε μια περίοδο κρίσης υπάρχει η δυνατότητα μετατροπής των πόρων της σε μετρητά. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 15.Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Άμεση ρευστότητα	4,29	5,43	3,48	3,16	1,83	1,09

Η δεύτερη κατηγορία των δεικτών δραστηριότητας όπου αποδεικνύει πόσο ικανοποιητική είναι η αξιοποίηση των πόρων περιλαμβάνει την κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων. Με αυτό το δείχνει διαφαίνεται η ταχύτητα με την οποία ανακυκλώνονται τα αποθέματα ώστε να επιτευχθεί μια ικανοποιητική ποσότητα παροχής υπηρεσιών. Ένας υψηλός δείκτης ταχύτητας φανερώνει μια επιτυχημένη διοικητική πολιτική όπου τα αποθέματα είναι πρόσφατα και ανανεώνονται γρήγορα. Κάτι τέτοιο δε συμβαίνει στην υπό εξέταση μονάδα υγείας όπου παρατηρείται μείωση της ταχύτητας με την πάροδο των ετών όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 16.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων	50,98	51,22	76,54	53,80	83,53	103,14

Συσχετίζοντας τη μέση διάρκεια είσπραξης των απαιτήσεων με τη μέση διάρκεια πίστωσης των προμηθευτών προκύπτει ότι για το έτος 2014 η είσπραξη των χρημάτων πιθανών από τις συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία είναι εφικτή κάθε 13,5 (405/30) μήνες, ενώ είναι το κέντρο αποκατάστασης υποχρεωμένο να αποπληρώνει τις υποχρεώσεις του κάθε (107/30) 3,5 μήνες, γεγονός που είναι πιθανό να δημιουργήσει προβλήματα ρευστότητας στο μέλλον.



Πίνακας 17. Μέση διάρκεια εισπραξης απαιτήσεων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Μέση διάρκεια εισπραξης απαιτήσεων	405	340	357	188	140	106

Πίνακας 18. Μέση διάρκεια πίστωσης προμηθευτών

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Μέση διάρκεια πίστωσης προμηθευτών	107	114	188	90	71	167

Τα παραπάνω ενισχύονται από την κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων η οποία παρουσιάζει πτωτική πορεία στα υπό εξέταση έτη και επομένως τα κέρδη της μονάδας που είναι δεσμευμένα σε εισπράξεις ελαττώνονται ανά έτος.

Πίνακας 19. Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων	0,89	1,06	1,01	1,92	2,58	3,41

Ένας ακόμη δείκτης δραστηριότητας είναι η κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού όπου αν είναι αυξημένος όπως έχει ήδη αναφερθεί συνεπάγεται ότι η διοίκηση με τις αποφάσεις που λαμβάνει χρησιμοποιεί τα περιουσιακά της στοιχεία με τέτοιο τρόπο που να προκύπτει αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αρχικά το 2009 το κέντρο αποκατάστασης παρουσιάζει ένα υψηλό δείκτη που όμως δε διατηρείται ως το έτος 2014.

Πίνακας 20.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού	0,45	0,53	0,57	0,74	1,08	1,11

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα παγίων εκτιμά την κεφαλαιακή ένταση του κέντρου αποκατάστασης Αναγέννηση και από τον παρακάτω πίνακα είναι φανερό ότι ο δείκτης υποδιπλασιάστηκε και επομένως χρησιμοποιούνται οι πόροι της μονάδας για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και για την αύξηση της ροής των ασθενών. Αυτό είναι εφικτό είτε προσφέροντας οικονομικά πακέτα, είτε επεκτείνοντας τη διαφημιστική τους εκστρατεία και σε άλλους νομούς εκτός Θεσσαλονίκης τονίζοντας τη μοναδικότητα του σε κάποιους τομείς όπως η παρουσία μονάδας αυξημένης φροντίδας.

Πίνακας 21.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκλοφοριακή ταχύτητα παγίων	1,02	1,23	1,49	1,45	2,28	2,28

Η επόμενη κατηγορία αριθμοδεικτών είναι οι δείκτες δανειακής επιβάρυνσης στους οποίους ανήκουν τόσο οι συνολικές υποχρεώσεις προς τα ίδια κεφάλαια όσο και οι συνολικές υποχρεώσεις προς τα συνολικά κεφάλαια. Στην υπό εξέταση μονάδα και οι δύο δείκτες παρουσιάζουν πτωτική πορεία γεγονός που επιβεβαιώνει την ικανότητα του κέντρου αποκατάστασης να αποπληρώνει τις μακροχρόνιες και βραχυχρόνιες υποχρεώσεις του και να καταβάλει εμπρόθεσμα τόκους, δόσεις δανείων. Παράλληλα η καταβολή δόσεων πραγματοποιείται κυρίως μέσω των δικών του κεφαλαίων και δεν είναι αναγκαία η λήψη επιπλέον δανείων για την εξυπηρέτηση των αναγκών του. Επίσης και σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις. Στους πίνακες αναδεικνύεται η πορεία των δεικτών.

Πίνακας 22.Συνολικές υποχρεώσεις

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Συν.υποχρεώσεις/ Συν.κεφάλαια	12,72%	10,35%	17,45%	14,17%	28,14%	46,39%

Πίνακας 23.Ίδια κεφάλαια

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Συν.υποχρεώσεις/ Ίδια κεφάλαια	0,15	0,12	0,22	0,17	0,42	0,90

Ο δείκτης κάλυψης τόκων του κέντρου αποκατάστασης παρουσιάζει διακυμάνσεις στα υπό εξέταση έτη. Όσο πιο αυξημένος είναι τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανότητα διαχείρισης της πληρωμής των τόκων και αυτό δεν παρατηρείται στη συγκεκριμένη μονάδα. Όμως ένας δείκτης ιδιαίτερα αυξημένος όπως το έτος 2013 και το έτος 2011 μπορεί να οφείλεται και σε λανθασμένες επιλογές σε επίπεδο δανεισμού οπότε είναι απαραίτητο να γίνουν διορθωτικές κινήσεις ή να επιλεγούν άλλοι τρόποι δανεισμού. Ο παρακάτω πίνακας αποδεικνύει όσα έχουν αναφερθεί.

Πίνακας 24.Αριθμοδείκτης κάλυψης τόκων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Πιστ.τόκοι	0,10%	10,90%	0,23%	7,97%	0,81%	1,60%

Οι δείκτες αποδοτικότητας οι οποίοι περιλαμβάνουν το περιθώριο μεικτού κέρδους και το περιθώριο καθαρού κέρδους όσον αφορά την Αναγέννηση παρουσιάζουν πτωτική πορεία. Από τη μια πλευρά το περιθώριο μεικτού κέρδους ελαττώνεται στα υπό εξέταση έτη συμπεραίνοντας ότι η πολιτική που ακολουθείται από τους διοικούντες δεν είναι ικανοποιητική στην ελαχιστοποίηση του κόστους παροχής υπηρεσιών είτε γιατί έχει μειωθεί η προσέλευση των ασθενών είτε γιατί τα συνοδά νοσήματα των ασθενών απαιτούν δαπανηρές θεραπείες. Από την άλλη πλευρά το περιθώριο καθαρού κέρδους δεν ακολουθεί μια σταθερή πορεία οπότε και η δυνατότητα ελέγχου των λειτουργικών εξόδων, τόκων και φόρων διαφέρει ανά έτος. Όλα τα παραπάνω προκύπτουν από τους δύο παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 25.αριθμοδείκτης περιθωρίου μεικτού κέρδους

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Περιθώριο μεικτού κέρδους	21,57%	33,00%	34,05%	29,59%	38,46%	43,37%

Πίνακας 26.Αριθμοδείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Περιθώριο καθαρού κέρδους	6,32%	1,61%	16,83%	1,73%	16,00%	20,09%

Η απόδοση των ιδίων κεφαλαίων η οποία εκτιμά το πως επενδύει τα κεφάλαια της η μονάδα υγείας θα πρέπει να είναι όσο το δυνατό υψηλότερη ώστε οι επενδύσεις όπως η επέκταση ενός τμήματος να γίνεται με το μικρότερο κόστος. Δυστυχώς κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει μιας και ο δείκτης παρουσιάζει πτώση ιδιαίτερα τα έτη 2014,2013,2011 ενώ το 2012,2010 και το 2009 η ανάπτυξη της προκαλεί ενδιαφέρον στους επενδυτές μετόχους. Την ίδια πορεία ακολουθεί και η αποδοτικότητα του συνόλου των περιουσιακών στοιχείων.

Πίνακας 27.Αριθμοδείκτης απόδοσης κεφαλαίων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Απόδοση ιδ.κεφαλαίων	3,45%	1,00%	12,39%	1,56%	25,41%	43,53%

### **6.3 Περιγραφή χρηματοοικονομικής κατάστασης κέντρου αποκατάστασης Αρωγή**

Το κέντρο αποκατάστασης Αρωγή ανήκει στον όμιλο Euromedica και βρίσκεται στους Ελαιώνες Πυλαίας σε ένα ιατρικό πάρκο του ομίλου έκτασης 120 στρεμμάτων μαζί με την μαιευτική- γυναικολογική- χειρουργική κλινική Γένεσις και τη γενική και ογκολογική κλινική Ζωή. Η έναρξη της λειτουργίας έγινε τον Οκτώβριο του 2010 σε ένα κτίριο 15.947 τμ., με 4.500 τμ. χώρους θεραπειών και 1200 τμ. κλειστούς χώρους αθλητικών δραστηριοτήτων. Επιπλέον διαθέτει 170 θέσεις στάθμευσης, 3 πισίνες και όλοι οι χώροι είναι εξοπλισμένοι με τον κατάλληλο εξοπλισμό για την παροχή

άριστων υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί μια επένδυση 26 εκατομμυρίων ευρώ που διαθέτει 5 πτέρυγες κλειστής νοσηλείας με 200 κλίνες από τις οποίες οι 6 ανήκουν στη μονάδα αυξημένης φροντίδας και είναι κατανεμημένες σε 3 ορόφους. Το προσωπικό που απασχολείται ανέρχεται στα 240 άτομα και είναι άρτια εκπαιδευμένο και πάντα διαθέσιμο για τη φροντίδα και αποκατάσταση της υγείας των ασθενών (<http://www.euromedica-arogi.gr>).

Από την ανάλυση του ισολογισμού της Αρωγής αυτό που προκύπτει για τη ρευστότητα της είναι ότι υπάρχει δυνατότητα κάλυψης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων της μέσω των στοιχείων του ενεργητικού της. Αυτό αποδεικνύεται και με τον δείκτη της άμεσης ρευστότητας που ακολουθεί την ίδια πορεία με τη γενική ρευστότητα και πάντα κοντά στη μονάδα που είναι η ιδανική τιμή.

Πίνακας 28.Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Γενική ρευστότητα	0,74	0,96	1,27	1,22	0,64	0,75

Πίνακας 29.Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Άμεση ρευστότητα	0,73	0,95	1,26	1,20	0,63	0,75

Από τους αριθμοδείκτες δραστηριότητας η κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων του υπό εξέταση κέντρου παρουσιάζει αυξημένες τιμές . Το 2012 ήταν το έτος με την υψηλότερη τιμή και επομένως η δραστηριοποίηση της διοίκησης τη συγκεκριμένη χρονιά στον προγραμματισμό της ποσότητας των αποθεμάτων και στη διαχείριση του κεφαλαίου ήταν ικανοποιητική.

Πίνακας 30.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010
Κυκ.ταχ.αποθεμάτων	54,51	61,34	70,29	53,85	57,58

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων συνδυάζεται με τις ημέρες απαιτήσεων, τις ημέρες πίστωσης από τους προμηθευτές και την κυκλοφοριακή ταχύτητα των

απαιτήσεων για να εκτιμηθεί πόσο ικανοποιητικά διαχειρίζεται τους πόρους της για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Η κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων φανερώνει την ταχύτητα με την οποία εισπράττει χρήματα και όπως έχει ήδη αναφερθεί όσο πιο μεγάλη είναι τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να υποστεί ζημία από κακοπληρωτές πελάτες ( ασφαλιστικά ταμεία, ασθενείς). Στην περίπτωση της Αρωγής η ταχύτητα αυξομειώνεται και μόνο το 2011 και το 2014 είναι αρκετά ικανοποιητική.

Πίνακας 31.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010
Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων	2,05	0,73	1,22	2,09	0,52

Για να ολοκληρωθεί η εκτίμηση της δραστηριότητας οι ημέρες απαιτήσεων για το κέντρο δεν έχουν μια σταθερή πορεία και επομένως δε μπορεί να γίνει μια σύγκριση στην πάροδο των ετών. Οι διοικούντες δεν μπορούν να διαμορφώσουν μια εικόνα για το τι μπορεί να συμβεί την επόμενη χρονιά. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί και για τη μέση διάρκεια πίστωσης. Παρόλα αυτά αν γίνει μια εκτίμηση του έτους 2014 η μονάδα υγείας εισπράττει χρήματα κάθε 6 μήνες περίπου ( 175/30) και είναι υποχρεωμένη να εξοφλήσει τις υποχρεώσεις της κάθε 8 μήνες περίπου οπότε δεν υπάρχει περίπτωση να χαρακτηριστεί ως αφερέγγυα.

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού που έχει να κάνει με την αξιολόγηση της αύξησης των παροχών υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια με τα έσοδα παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα, αν εξαιρεθεί το έτος έναρξης που σημαίνει ότι η διοίκηση θα πρέπει να προβεί σε διορθωτικές κινήσεις για την ορθή χρησιμοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του κέντρου. Το ίδιο διαφαίνεται και από την ταχύτητα του μη κυκλοφορούντος ενεργητικού με εξαίρεση το έτος 2012 όπου είναι αυξημένη.

Πίνακας 32.Αριθμοδείκτης συνολικού ενεργητικού

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010
Κυκ.ταχ.ενεργητικού	0,22	0,18	0,31	0,22	0,01
Κυκ.ταχ.μη κυκλ.ενεργητικού	0,27	0,25	0,45	0,27	0,01

Οι δείκτες δανειακής επιβάρυνσης τόσο σε επίπεδο συνολικών κεφαλαίων όσο και σε επίπεδο ιδίων κεφαλαίων παραμένουν σταθεροί στην πάροδο των ετών με αποτέλεσμα η αποπληρωμή των υποχρεώσεων να γίνεται με τον ίδιο τρόπο και η μονάδα υγείας να μην αντιμετωπίζει προβλήματα. Ο δείκτης κάλυψης τόκων δεν μπορεί να σχολιαστεί διότι δεν παρατίθενται στοιχεία.

Πίνακας 33.Συνολικές υποχρεώσεις

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Συν.υποχρεώσεις/ Συν.κεφάλαια	59,15%	58,51%	54,60%	55,13%	51,74%	46,61%

Πίνακας 34.Ίδια κεφάλαια

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Συν.υποχρεώσεις/ Ίδια κεφάλαια	1,45	1,41	1,20	1,23	1,07	0,87

Το περιθώριο μεικτού και καθαρού κέρδους ως κύριοι δείκτες αποδοτικότητας παρουσιάζουν αρνητικό πρόσημο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία της διοίκησης με την πολιτική που ακολουθεί να ελέγχει τα λειτουργικά και χρηματοοικονομικά της έξοδα ( τόκοι και φόροι). Είναι επιβεβλημένο να γίνουν αλλαγές, να αποφασιστούν νέες επενδύσεις, να μειωθούν τα κόστη σε υλικο-τεχνολογικό εξοπλισμό έτσι ώστε να υπάρξει ανάκαμψη της οικονομικής δραστηριότητας του κέντρου αποκατάστασης. Ειδικότερα το έτος ίδρυσης η αποδοτικότητα είναι δείκτης που βρίσκεται σε ανησυχητικά επίπεδα αν και αυτό μπορεί να οφείλεται στην μικρή ροή των ασθενών και στο ότι δεν έχει γίνει μια ευρεία διαφημιστική εκστρατεία.

Πίνακας 35.Αριθμοδείκτες περιθωρίου κέρδους

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Περιθώριο μεικτού κέρδους	-2,60%	-8,42%	40,32%	32,90	-553,71%	0%
Περιθώριο καθαρού κέρδους	-24,93%	-35,51%	20,66%	3,99%	-917,47%	0%

Οι δείκτες απόδοσης τόσο του συνόλου του ενεργητικού όσο και των ιδίων κεφαλαίων προ φόρων είναι μειωμένοι εκτός των δύο ετών 2012 και 2011. Αυτό σημαίνει ότι οι επενδυτές-μέτοχοι δεν θα προτιμήσουν να χρηματοδοτήσουν την εν λόγω μονάδα υγείας διότι η ανάπτυξη της στοιχίζει αρκετά. Επιπλέον αποδεικνύεται και η αδυναμία της να επιτύχει τους στόχους της με όσο το δυνατό μικρότερο κόστος κεφαλαίων.

Πίνακας 36.Αριθμοδείκτης απόδοσης ενεργητικού

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Απόδοση συν.ενεργητικού	-4,95%	-5,63%	8,79%	1,94%	-6,06%	0,08%

Πίνακας 37.Αριθμοδείκτης απόδοσης κεφαλαίων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Απόδοση ιδ.κεφαλαίων	-12,12%	-13,80%	19,36%	4,33%	-12,55%	0,15%

#### 6.4 Χρηματοοικονομική ανάλυση κλινικής Αγίου Λουκά

Η κλινική Άγιος Λουκάς είναι ένα ιδιωτικό ίδρυμα συνόλου 278 κλινών και βρίσκεται στην περιοχή του Πανοράματος Θεσσαλονίκης. Η έναρξη της λειτουργίας του τοποθετείται στο 1975 και περιλαμβάνει το σύνολο των παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων. Με μια πρόσφατη επέκταση των εγκαταστάσεων του απέκτησε τόσο μονάδα εντατικής θεραπείας, μονάδα πολυτραυματιών, μονάδα



τεχνητού νεφρού και περιβάλλοντα χώρο πρασίνου συνολικής έκτασης 5.500τμ. Κτίστηκε με κεφάλαια που προήλθαν από την Αμερική και ανήκει σε μια μη κερδοσκοπική εταιρεία την AMG International που εδρεύει στην Chattanooga του Tennessee. Τα κέρδη της παρέχονται για φιλανθρωπικό σκοπό σε χώρες των Βαλκανίων και της Αφρικής. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας διατίθεται στους πολίτες όλο το 24ωρο μέσω των εξωτερικών ιατρείων και υπάρχει πλήρης εργαστηριακή- απεικονιστική κάλυψη. Επίσης συνεργάζεται με όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και τις διάφορες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Το σύστημα των υπηρεσιών της έχει λάβει άδεια λειτουργίας βάση του προτύπου ISO 9001: 2008 από την εταιρεία πιστοποίησης TUV Austria Hellas (<http://www.klinikiagiosloukas.gr>). Όπως και στις προηγούμενες αναλύσεις έτσι και σε αυτή την περίπτωση οι αριθμοδείκτες ρευστότητας κατέχουν καίρια θέση. Στην υπό εξέταση κλινική τόσο η γενική όσο και η ειδική ρευστότητα διατηρούνται γύρω από τη μονάδα που είναι η ιδανικότερη τιμή και επομένως δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες στη ρευστοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων. Αυτό είναι προφανές στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 38.Αριθμοδείκτες ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Γενική ρευστότητα	1,04	0,94	1,00	0,87	0,88	0,87
Άμεση ρευστότητα	1,01	0,91	0,99	0,85	0,86	0,84

Οι αριθμοδείκτες δραστηριότητας περιλαμβάνουν την κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων η οποία στην υπό εξέταση κλινική αντί να παρουσιάζει ανοδική πορεία που θα ήταν το πιο ικανοποιητικό, συμβαίνει το αντίθετο και έτσι τα αποθέματα δεν ανακυκλώνονται γρήγορα και αυτό ενέχει ένα κόστος συντήρησης. Ακόμη θα πρέπει να γίνεται μια πιο σωστή εκτίμηση της ροής προσέλευσης των ασθενών και τον παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 39.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκλοφοριακή ταχ.αποθεμάτων	30,85	26,42	32,50	34,09	45,80	42,73

Παράλληλα η κυκλοφοριακή ταχύτητα παραμένει σχεδόν σταθερή στην πάροδο των ετών οπότε το κεφάλαιο που είναι δεσμευμένο σε εισπρακτέους λογαριασμούς δε βελτιώνεται και αν προστεθούν και τα αποθέματα που δεν ανακυκλώνονται γρήγορα και πελάτες-ασθενείς που δεν θα είναι συνεπείς τότε στο μέλλον υπάρχει η πιθανότητα οικονομικών δυσκολιών. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 40.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκλ.ταχ.απαιτήσεων	1,20	1,11	0,80	0,97	1,06	1,54

Στη συνέχεια η μέση διάρκεια είσπραξης των απαιτήσεων σε συνδυασμό με τη μέση διάρκεια πίστωσης από τους προμηθευτές αξιολογούν τις επιλογές της υγειονομικής μονάδας ως προς τις επιλογές των συνεργατών και με βάση αυτού του γεγονότος την ικανότητα εξόφλησης των υποχρεώσεων της. Από τον πίνακα προκύπτει ότι η μονάδα υγεία εισπράττει και αποπληρώνει τα χρέη της στο ίδιο περίπου χρονικό διάστημα οπότε διαχειρίζεται σωστά τα περιουσιακά της στοιχεία.

Πίνακας 41.Μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων - πίστωσης

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Μέση διάρκεια είσπρ.απαιτήσεων	300	325	450	370	340	234
Μέση διάρκεια είσπρ.πίστωσης	293	362	472	424	385	298

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού παρουσιάζει μικρές διακυμάνσεις στην πάροδο των ετών και βρίσκεται κοντά στη μονάδα που είναι ο ιδανικός στόχος απόδειξης αποτελεσματικότητας της διαχείρισης της διοίκησης στον τομέα της παροχής υπηρεσιών.

Πίνακας 42.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκ.ταχ.ενεργητικού	0,70	0,63	0,54	0,59	0,65	0,80

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα παγίων θα πρέπει όπως έχει αναφερθεί να είναι όσο το δυνατό μικρότερη ώστε να χρησιμοποιούνται τα πάγια περιουσιακά στοιχεία για την αύξηση των κερδών. Όμως αν και παραμένει σταθερή, είναι γύρω στο 2.

Πίνακας 43.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Κυκ.ταχ.παγίων	2,00	1,77	1,94	1,74	2,01	2,05

Οι δείκτες δανειακής επιβάρυνσης όσον αφορά τα συνολικά κεφάλαια παρουσιάζουν σταδιακή μείωση γεγονός που σημαίνει ότι διαχειρίζεται η κλινική ικανοποιητικά τις υποχρεώσεις της. Στην περίπτωση των ιδίων κεφαλαίων υπάρχει μια διακύμανση όπου το 2010 και το 2011 είναι ιδιαίτερα αυξημένος, οπότε τότε η στήριξη από τα ξένα κεφάλαια είναι προφανής λόγω των επενδυτικών της επιλογών που μπορεί να περιλαμβάνουν την επέκταση κάποιων τμημάτων.

Πίνακας 44.Συνολικές υποχρεώσεις και ίδια κεφάλαια

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Συν.υποχρεώσεις/ Συν.κεφάλαια	80,19%	87,17%	87,77%	95,74%	94,87%	91,06%
Συν.υποχρ./ιδ.κεφ.	4,95	10,05	11,33	32,06	22,48	11,44

Ο δείκτης κάλυψης τόκων τα πρώτα τρία έτη παρουσιάζει αρνητικό πρόσημο και στη συνέχεια αυξάνεται αλλά όχι σε ικανοποιητικό βαθμό γεγονός που αποδεικνύει τη δυσκολία στην αποπληρωμή των τόκων ίσως λόγω απρόοπτων εξόδων και υποχρεώσεων.

Πίνακας 45.Αριθμοδείκτης κάλυψης τόκων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Δείκτης κάλ.τόκων	0,98%	2,17%	0,89%	-4,53%	-0,53%	-0,33%

Οι δείκτες αποδοτικότητας περιλαμβάνουν το περιθώριο μεικτού κέρδους και εκείνο του καθαρού κέρδους. Ο πρώτος δείκτης χαρακτηρίζεται από μια σταδιακή αύξηση

εκτός από το έτος 2013 όπου παρατηρείται μια μικρή πτώση. Άρα η κλινική καλύπτει ικανοποιητικά τα λειτουργικά και λοιπά της έξοδα. Αντίθετα το καθαρό κέρδος είναι αυξημένο το 2014 και 2012 ενώ τα υπόλοιπα χρόνια ο δείκτης έχει αρνητικό πρόσημο. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην πτώση της προσέλευσης των ασθενών είτε στην αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν γίνει πολλές αλλαγές όπως η αύξηση του Φ.Π.Α. Ο παρακάτω πίνακας αποδεικνύει όλα όσα έχουν αναφερθεί.

Πίνακας 46.Αριθμοδείκτης περιθωρίου κέρδους

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Περ.μεικ.κέρδους	19,32%	12,07%	17,35%	4,26%	0,28%	-0,09%
Περ.καθ.κέρδους	10,64%	-2,23%	7,99%	-2,24%	-5,45%	-4,29%

Τέλος η απόδοση του συνολικού ενεργητικού όσο και των ιδίων κεφαλαίων είναι ικανοποιητική μόνο τα έτη 2014 και 2012 οπότε τότε θεωρείται μια ελκυστική επένδυση για τους πιθανούς μετόχους. Παράλληλα στα εν λόγω έτη χρησιμοποιεί μικρό μέρος από τα κεφάλαια της για να επιτύχει τους στόχους της.

Πίνακας 47. Αριθμοδείκτες απόδοσης ενεργητικού και ιδίων κεφαλαίων

Έτη	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Απόδοση συν.ενεργητικού	7,50%	-1,39%	4,35%	-1,32%	-3,52%	-3,41%
Απόδοση Ιδ.κεφαλαίων	46,26%	-16,08%	56,19%	-44,11%	-83,43%	-42,84%

### **6.5 Σύγκριση χρηματοοικονομικών καταστάσεων μέσω των αριθμοδεικτών των 4 υγειονομικών μονάδων**

Η οικονομική κατάσταση των μονάδων υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία σε περιόδους οικονομικής κρίσης γιατί αφενός είναι αναγκαία η περικοπή των δαπανών για να κατανεμηθούν οι πόροι σε όλους τους νευραλγικούς τομείς και αφετέρου η υγεία είναι από τα πολυτιμότερα αγαθά και θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους. Δυστυχώς στο δημόσιο τομέα μόνο το νοσοκομείο Παπαγεωργίου αποκαλύπτει την οικονομική του δραστηριότητα και για 2 διαφορετικές τριετίες. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα η

χρηματοοικονομικές αναλύσεις είναι διαθέσιμες στο κοινό από την έναρξη της λειτουργίας τους έως και σήμερα.

Ο παρακάτω πίνακας γενικής ρευστότητας παρουσιάζει την πορεία της στην κοινή τριετία 2014-2013-2012 των νοσοκομείων. Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει ότι όλες οι μονάδες υγείας δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες ρευστοποίησης, αλλά το κέντρο αποκατάστασης Αναγέννηση παρουσιάζει τον μεγαλύτερο δείκτη ρευστότητας και άρα οι βραχυπρόθεσμες του υποχρεώσεις καλύπτονται χωρίς προβλήματα από τα ρευστοποιήσιμα του στοιχεία. Γενικά επικρατεί η παραδοχή ότι όσο μεγαλύτερος ο δείκτης τόσο καλύτερα, όμως η συσσώρευση μετρητών ή αποθεμάτων χωρίς κάποιο λόγο είναι λανθασμένη μιας και το κεφάλαιο αυτό θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αύξηση των κερδών της μονάδας.

Πίνακας 48. Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012
Παπαγεωργίου	2,53	2,17	2,39
Αναγέννηση	4,34	5,49	3,51
Αρωγή	0,74	0,96	1,27
Άγιος Λουκάς	1,04	0,94	1,00

Ο τόσο καλός δείκτης ρευστότητας ενισχύεται από την παρουσία της ειδικής ρευστότητας όπου δεν υπολογίζονται τα αποθέματα. Η Αναγέννηση όπως ήταν αναμενόμενο παρουσιάζει τον καλύτερο δείκτη αν και όλες οι μονάδες βρίσκονται σε καλά επίπεδα και μπορούν να ανταπεξέλθουν σε οποιαδήποτε αρνητική απρόοπτη εξέλιξη.

Πίνακας 49. Αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας

Έτη	2014	2013	2012
Παπαγεωργίου	2,49	2,14	2,36
Αναγέννηση	4,29	5,43	3,48
Αρωγή	0,73	0,95	1,26
Άγιος Λουκάς	1,01	0,91	0,99

Από τους αριθμοδείκτες δραστηριότητας ιδιαίτερη σημασία έχει ο δείκτης

κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού αφού αποδεικνύει πόσο αποτελεσματικά το κάθε νοσοκομείο διαχειρίζεται τους πόρους του με σκοπό την αύξηση των πωλήσεων- παροχών υπηρεσιών υγείας. Ο παρακάτω πίνακας εκτιμά τον εν λόγω δείκτη στην τριετία 2014-2013-2012, όπου η κλινική Άγιος Λουκάς καταφέρνει να αξιοποιήσει το κεφάλαιο κίνησης με τέτοιο τρόπο ώστε και να καταβάλλει τις υποχρεώσεις της και να λειτουργεί με κέρδος παρέχοντας άριστες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 50 Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού

Έτη	2014	2013	2012
Παπαγεωργίου	0,44	0,58	0,46
Αναγέννηση	0,45	0,53	0,57
Αρωγή	0,22	0,18	0,31
Άγιος Λουκάς	<b>0,70</b>	<b>0,63</b>	<b>0,54</b>

Η δραστηριότητα μιας οικονομικής μονάδας χαρακτηρίζεται και από την ταχύτητα κυκλοφορίας των αποθεμάτων καθώς έτσι προκύπτει η συχνότητα με την οποία ανανεώνονται τα αποθέματα σε κάθε λογιστική χρήση. Όσο αυτός ο δείκτης ανεβαίνει τόσο περισσότερο επιτυχημένη θεωρείται η επιχείρηση, αφού με ελάχιστα δεσμευμένα κεφάλαια τα οποία είναι και πρόσφατα επιτυγχάνει αύξηση των κερδών της. Τα παρακάτω δεδομένα αποδεικνύουν ότι η Αρωγή εμφανίζει τον πιο αυξημένο δείκτη ο οποίος όμως παρουσιάζει πτωτική πορεία στην υπό εξέταση τριετία. Αυτή η πτώση της ταχύτητας αποθεμάτων αποδεικνύεται σε όλες τις υγειονομικές μονάδες.

Πίνακας 51.Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων

Έτη	2014	2013	2012
Παπαγεωργίου	33,00	39,79	50,40
Αναγέννηση	50,98	51,22	76,54
Αρωγή	<b>54,51</b>	<b>61,34</b>	<b>70,29</b>
Άγιος Λουκάς	30,85	26,42	32,50

Οι κυριότεροι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας που αξίζει να συγκριθούν είναι το περιθώριο μεικτού και καθαρού κέρδους. Με αυτούς συμπεραίνουν οι διοικήσεις των μονάδων υγείας αν η πολιτική που έχουν ακολουθήσει στην παροχή των υπηρεσιών

υγείας προσδίδει κέρδη έχοντας αποπληρώσει όλα τα λειτουργικά της έξοδα, τόκους και φόρους. Επιθυμία των διοικήσεων είναι αυτά τα δύο μεγέθη να είναι όσο το δυνατό μεγαλύτερα στην πάροδο των ετών. Η οικονομική μονάδα που έχει την πιο επιτυχημένη τιμολογιακή πολιτική είναι όσον αφορά το περιθώριο μεικτού κέρδους είναι η Αναγέννηση αν και παρατηρείται πτώση από το 2012 έως το 2014. Η κλινική Άγιος Λουκάς έχει μια ικανοποιητική πορεία στην υπό εξέταση τριετία αλλά δεν έχει φτάσει ακόμα στα επίπεδα του δείκτη της Αναγέννησης. Αυτό προκύπτει και από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 52.Αριθμοδείκτης περιθωρίου μεικτού κέρδους

Έτη	2014	2013	2012
Παπαγεωργίου	-6,46%	-5,82%	-13,49%
Αναγέννηση	21,57%	33%	34,05%
Αρωγή	-2,60%	-8,42%	40,32%
Άγιος Λουκάς	19,32%	12,07%	17,35%

Η περίπτωση του καθαρού κέρδους είναι πιο σύνθετη διότι οι υγειονομικές μονάδες δεν ακολουθούν μια σταθερή πορεία. Το Παπαγεωργίου παρουσιάζει κέρδη σε σχέση με το 2013 όπου αδυνατούσε να λειτουργήσει με κέρδος. Η Αναγέννηση επίσης παρουσιάζει κέρδη με αυξητική πορεία σε σχέση με το 2013. Για την Αρωγή το περιθώριο κέρδους έχει αρνητικό πρόσημο γεγονός που ότι η πολιτική των διοικούντων δεν είναι η ενδεδειγμένη και είναι αναγκαίο να υπάρξουν διορθωτικές κινήσεις. Όσον αφορά την κλινική Άγιος Λουκάς φανερώνεται η προσπάθεια των διοικούντων για βελτίωση της αποδοτικότητας αφού το 2013 υπήρξαν απώλειες και το 2014 το λογιστικό έτος ολοκληρώθηκε με οφέλη για τη μονάδα υγείας. Όλα τα παραπάνω καταγράφονται στο ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 53.Αριθμοδείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους

Έτη	2014	2013	2012
Παπαγεωργίου	39,20%	-36,54%	45,51%
Αναγέννηση	6,32%	1,61%	16,83%
Αρωγή	-24,93%	-35,51%	20,66%
Άγιος Λουκάς	10,64%	-2,23%	7,99%

Τέλος στους δείκτες δανειακής επιβάρυνσης αποτελεί ενδιαφέρον για την εκάστοτε μονάδα υγείας η αποπληρωμή των υποχρεώσεων του με τη βοήθεια των δικών του κεφαλαίων και το ποσοστό συμμετοχής των ξένων κεφαλαίων. Επομένως με τον αριθμοδείκτη ξένα κεφάλαια προς ίδια κεφάλαια εκτιμάται αυτή η ικανότητα των υπό εξέταση μονάδων, ο οποίος όπως έχει ήδη αναφερθεί θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μικρότερος. Η Αναγέννηση για ακόμη μια φορά καταφέρνει να επιτύχει τον στόχο και για αυτό το δείκτη, ακολουθεί το νοσοκομείο Παπαγεωργίου στο οποίο ο δείκτης παρουσιάζει καθοδική πορεία. Η κατάσταση είναι δύσκολη για την κλινική Άγιος Λουκάς όπου ο δείκτης αν και παρουσιάζει πτώση, διατηρεί ακόμα αυξημένες τιμές γεγονός που αποδεικνύει την ανάγκη για βοήθεια από μετόχους και λοιπούς επενδυτές.

Από όλα όσα έχουν αναφερθεί αποδεικνύεται ότι κάθε μονάδα υγείας αντιμετωπίζει προβλήματα από το 2008 και μετά. Ο τρόπος με τον οποίο κάθε διοίκηση αντιδρά στις προκλήσεις εξαρτάται τόσο από την εμπειρία των διοικούντων αλλά και από την οικονομική δραστηριότητα της οικονομικής μονάδας προ κρίσης. Όταν και πριν την κρίση τόσο η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της υγειονομικής μονάδας δεν ήταν ικανοποιητική, η κατάσταση για την οικονομική δραστηριότητα θα είναι ακόμα πιο δύσκολη και η διοίκηση οφείλει να είναι διορατική και ευέλικτη, ώστε να εκμεταλλευτεί τα δυνατά της σημεία και να ελαττώσει τα αδύνατα της σημεία. Ακόμα η διαφορά μεταξύ του δημοσίου τομέα και του ιδιωτικού είναι ότι ο δημόσιος τομέας λειτουργεί με τη στήριξη του κράτους, ενώ ο ιδιωτικός στηρίζεται στους πολίτες και στους μετόχους. Ωστόσο ο δημόσιος τομέας δέχεται πλήθος ασθενών που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες που οφείλει να φροντίσει αφιλοκερδώς, ενώ στον ιδιωτικό τομέα οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών έχει ένα αντίτιμο το οποίο αν δεν καταβληθεί, δεν προσφέρεται η παροχή. Πάντως παραμένει γεγονός ότι κάθε μονάδα καταβάλλει προσπάθειες να διατηρήσει την παραγωγική της δραστηριότητα παρά τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζει.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2009 καμιά χώρα δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την οικονομική κρίση που παρουσιάστηκε το 2008 στις Ηνωμένες



Πολιτείες της Αμερικής και στη συνέχεια στην Ευρώπη. Αναφέρεται ότι οι αυξήσεις των τιμών σε τρόφιμα και καύσιμα τα τελευταία χρόνια οδήγησαν 100 εκατομμύρια πολίτες στην Ευρώπη κάτω από το όριο της φτώχειας. Για το λόγο αυτό κρίνεται περισσότερο αναγκαίο από ποτέ να γίνει σωστή και δίκαιη ανακατανομή του δημοσίου πλούτου για την αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης μεταξύ των οποίων κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει η επίδραση στην υγεία των πολιτών.

Ένας πολίτης υγής είναι χρήσιμος στην κοινωνία διότι παράγει έργο, είναι δημιουργικός, εργάζεται για το καλό του κοινωνικού συνόλου και γενικότερα για την ευημερία του τόπου όπου ζει. Επομένως ένα υγιές άτομο προσφέρει θετικές επιπτώσεις στην οικονομία και είναι υψίστης σημασίας η επένδυση και η διατήρηση αυτής. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών το 2009 το 17% των 6,7 δισεκατομμυρίων ατόμων της γης ζει σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας και κατά συνέπεια με κακή υγεία. Αυτό έχει ως συνέπεια τη δαπάνη υπέρογκων ποσών για τη διατήρηση της μιας και όταν αναγκαστούν να αναζητήσουν βοήθεια η υγεία τους βρίσκεται σε κρίσιμο σημείο.

Η ανεργία, η μείωση των ορών εργασίας αλλά και η ανασφάλεια από την πιθανή απώλεια εργασίας και κατά συνέπεια του εισοδήματος έχουν αρνητική επίπτωση στην υγεία. Οι άνεργοι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα καθημερινά έξοδα και αναγκάζονται να περικόψουν τόσο αναγκαία φάρμακα όσο και εργαστηριακές εξετάσεις προληπτικού ελέγχου ή εμβολιασμούς μικρών παιδιών. Παράλληλα παρουσιάζονται προβλήματα ψυχικής υγείας όπως κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας λόγω αδυναμίας διαχείρισης των δυσκολιών τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό-εργασιακό επίπεδο.

Καθώς λοιπόν ολοένα και περισσότεροι πολίτες αναγκάζονται να ζουν σε άθλιες συνθήκες, ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή παροχής υπηρεσιών υγείας για όλους αυτούς τους ανθρώπους. Από τη μια πλευρά η κυβέρνηση της κάθε χώρας αντιμετωπίζει την πίεση του περιορισμού των δαπανών σε όλους τους τομείς, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων και από την άλλη πλευρά η ροή προσέλευσης των ασθενών στις διάφορες μονάδες υγείας έχει αυξηθεί και χρειάζονται περισσότερα χρήματα για την αποκατάσταση της υγείας τους.

Για όλους τους παραπάνω λόγους τα κράτη είναι απαραίτητο να εφαρμόζουν πολιτικές στον τομέα της υγείας που με λιγότερα χρήματα να φροντίζουν την υγεία των πολιτών ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση. Αυτό

είναι εφικτό με σωστό προγραμματισμό και τακτικούς ελέγχους των δαπανών που διατίθενται για την υγεία, όπως για παράδειγμα τη δημιουργία πρωτοκόλλων για χρόνια νοσήματα τύπου σακχαρώδης διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, καρδιοπάθειες, ψυχικά νοσήματα, νεοπλάσματα. Έτσι οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι χορηγούν την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή διαλέγοντας από μια προκαθορισμένη λίστα φαρμάκων με βάση συγκεκριμένες ενδείξεις και με γνώμονα πάντα το συνδυασμό κόστους-θεραπείας ( Ευκαρπίδης, 2011).

Από όσα έχουν αναφερθεί οι πολιτικοί παράγοντες του κάθε κράτους και κυρίως ο υπουργός Υγείας έχουν διπλή ευθύνη από τη μια να συγκρατούν το κόστος και από την άλλη να αυξήσουν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας για να προσφέρονται σε όλους όποτε τις έχουν ανάγκη. Για το λόγο αυτό το κράτος έχει φροντίσει σε όλους τους ανασφάλιστους και ανέργους οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται δωρεάν σε όλες τις δομές υγείας, προστατεύοντας έτσι τις ευπαθείς ομάδες. Έχοντας εξασφαλίσει την ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας, οφείλει να εξασφαλίσει και τον έλεγχο του κόστους το οποίο είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια. Παράλληλα προσπαθεί να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη με την εντατική χρησιμοποίηση των γενοσήμων στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Ταυτόχρονα επενδύει στον τομέα της πρόληψης οργανώνοντας σε διάφορες μονάδες υγείας προληπτικούς ελέγχους όπως μαστογραφία, έλεγχο χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων, έλεγχο προστατικού αντιγόνου ( Μπανούση, 2014).

Επειδή όμως δεν αρκεί μόνο να περιορίζει τις δαπάνες με οδηγίες ή νόμους που επιβάλλει είναι αναγκαία και η συνεργασία με τους διοικούντες των φορέων υγείας. Οι διοικούντες οφείλουν να καταθέτουν στο Υπουργείο Υγείας κάθε έτος τον ισολογισμό των νοσοκομείων τους ώστε να εκτιμάται αν λειτουργούν με κέρδος ή ζημία και ποιες κινήσεις πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση των αδύνατων τους σημείων ή να αποφασιστεί και η συγχώνευση τους σε περίπτωση δυσκολιών λειτουργίας. Οι αριθμοδείκτες αποτελούν έναν γρήγορο και αποτελεσματικό τρόπο εκτίμησης της χρηματοοικονομικής κατάστασης των μονάδων υγείας.

Σε αυτή την προσπάθεια βελτίωσης της οικονομικής δραστηριότητας είναι απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ των διοικούντων και των εργαζομένων και ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού αφού κάθε τους απόφαση ως ιατρική πράξη ενέχει κάποιο κόστος. Για το λόγο αυτό προτάθηκε από πολλές διοικήσεις η

συμμετοχή τους στο διοικητικό συμβούλιο, σε επιτροπές και διαγωνισμούς για την αγορά εξοπλισμού και φαρμάκων. Η συμμετοχή των ιατρών δεν έγινε αποδεκτή με τον ίδιο τρόπο από όλες τις διοικήσεις. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία από τη μια πλευρά οι διοικητές των νοσοκομείων επεσήμαναν ότι οι ιατροί γνωρίζουν την ιατρική ως ιατρική πράξη και αγνοούν τα κόστη. Τονίζουν ότι είναι αναγκαίο κάποιο φάρμακο ή κάποια αναλώσιμα και το απαιτούν βασιζόμενοι στην αναγκαιότητα μιας θεραπείας, ενώ η διοίκηση θα πρέπει να αναζητήσει τα χρήματα, να περικόψει κάτι ή και να δανειστεί για να το αποκτήσει ( Goes, 1995). Από την άλλη πλευρά η παρουσία των ιατρών στα διάφορα συμβούλια είναι σημαντική για να υπάρχει μια ισορροπία ανάμεσα στους τεχνοκράτες διοικητές που πολλές φορές δε γνωρίζουν τίποτε ιατρικό και ασχολούνται μόνο με το κόστος ενώ οι ιατροί μπορούν να εξηγήσουν για ποιο λόγο είναι απαραίτητη μια αγορά εξοπλισμού ή ένα φάρμακο ( Brown et al., 2003).

Η οικονομική κρίση επηρέασε όλους τους τομείς και δυσκόλεψε τη ζωή των ανθρώπων. Ευθύνη των κρατών είναι η προσφορά των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση και την καταγωγή τους. Οι μονάδες υγείας με τη βοήθεια της χρηματοοικονομικής ανάλυσης αξιολογούν αν έχουν χρησιμοποιήσει σωστά τους πόρους τους, ώστε να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας παρά τις οικονομικές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### Ελληνική

1. Γώγος Χ. ( 2011 ), 'Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα', Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ.10, τεύχ.1, σελ.1-12.
2. Διαμαντής Α. ( 2014 ), 'Ανάλυση Ισολογισμών', πτυχιακή εργασία, σελ.1-55.
3. Ευκαρπίδης Α. ( 2011 ), 'Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο', Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης,

τόμ.4, τεύχ.3, σελ.48-53.

4. Καραίσκου Α, Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. ( 2012 ), 'Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας', Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμ.4, τεύχ.2, σελ.49-54.
5. Καρακόλιας Σ., Πολύζος Ν. ( 2015 ), 'Εφαρμογή και αξιολόγηση υποδείγματος πρόβλεψης της χρηματοοικονομικής δυσπραγίας σε ιδιωτικές γενικές κλινικές', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.32, τεύχ.4, σελ.475-483.
6. Καρασούλος Χ. ( 2014 ), 'Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου', Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ.12, τεύχ.1, σελ.6-20.
7. Κουρέα - Κρεμαστινού Τ. ( 2010), 'Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές', Αθήνα : Εκδόσεις Τεχνόγραμμα.
8. Κυριόπουλος Γ. ( 2007), 'Τα Οικονομικά της Υγείας Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι', Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.
9. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. ( 2010 ), 'Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.27, τεύχ.5, σελ.834-840.
10. Μαζαράκη Η. ( 2012 ), 'Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό', Αχαϊκή Ιατρική, τόμ.31, τεύχ.1, σελ.62-70.
11. Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε. ( 2014 ), 'Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα', Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ.8, τεύχ.4, σελ.380-401.
12. Μηλιώνης Χ. ( 2011), 'Η άσκηση της Ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των οικονομικών πόρων', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.28, τεύχ.6, σελ.737-745.
13. Μπανούση Α. ( 2014 ), 'Υγεία: Η πορεία ενός κεκτημένου κοινωνικού αγαθού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο', Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμ.3, τεύχ.3, σελ.134-142.
14. Παπαδέας Π. ( 2015 ), 'Διοικητική Λογιστική', Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.
15. Πολύζος Ν., Δρακόπουλος Σ. ( 2008 ), 'Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας', Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, τόμ.3, τεύχ.2, σελ.121-136.

16. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. ( 2000), 'Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας', Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.17, τεύχ.6, σελ.627-639.
  17. Ρεκλείτη Μ., Τανανάκη Μ., Κυλούδης Π. ( 2012 ), 'Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία', Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμ.1, τεύχ.1, σελ.1-12.
  18. Σίσκου Ο, Καιτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. ( 2008), 'Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα-Το ελληνικό παράδοξο', Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.25, τεύχ.5, σελ.663-672.
  19. Τσαβαλιάς Κ., Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ. ( 2012 ), 'Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη- Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα', Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.29, τεύχ.2, σελ.233-239.
  20. Τσαλακοπούλου Β., Σαράφης Π. ( 2013 ), 'Ελληνική Υγεία: Εξε-ληγμένη ή Εξελιγμένη, Διεπιστημονική Φροντίδα, τόμ.5, τεύχ.2, σελ.49-65.
- Χλέτσος Μ. ( 2011), 'Οικονομικά της υγείας', Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη.

### Ξενογλώσση

1. Bazzoli G., Hsueh-Feu C., Zhao M., Lindrooth R. ( 2008 ), 'Hospital financial condition and the quality of patient care', Health Economics, vol.17, pp.977-995.
2. Belvis A., Ferre F., Specchia M., Valerio L., Fattore G., Ricciardi W. ( 2012 ), 'The financial crisis in Italy: Implications for the health care sector, Health Policy, vol.106, pp.10-16.
3. Bem. A., Predkiewicz K., Predkiewicz P., Ucieklak-Jez P. ( 2014 ) 'Determinants of Hospital's Financial Liquidity, Procedia Economics and Finance, vol.12, pp.27-36.
4. Bonovas S., Nikolopoulos G. ( 2012 ), 'High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy', J.Prev. Med.Hyg., vol.53, pp.169-171.
5. Botje D., Klazinga N., Wagner C. ( 2013 ), 'To what degree is the governance of Dutch hospitals orientated towards quality in care? Does this really affect performance?', Health policy, vol. 113, pp.134-141.

6. Boyle S. ( 2008 ), 'European Snapshots', *Eurohealth*, vol.14, no.1, pp.1-50.
7. Brown M., Sturman M., Simmering M. ( 2003 ), 'Compensation Policy and Organizational performance: The Efficiency, Operational and Financial Implications of Pay levels and Pay structure', *Academy of Management Journal*, vol.46, no.6, pp.752-762.
8. Chu H., Chiang C. ( 2013 ), 'The effects of strategic hospital alliances on hospital efficiency', *The Service Industries Journal*, vol.33, no.6, pp.624-635.
9. Clement J.P., McCue M., Luke R.D., Bramble J.D., Rossiter L.F., Ozcan Y.A., Pai C.W. ( 1997 ), 'Strategic hospital alliances: impact on financial performance', *Health Affairs*, vol.16, no.6, pp.193-203.
10. Duffy S.Q., Friedman B. ( 1993 ), 'Hospitals with chronic financial losses: what came next?', *Health Affairs*, vol.12, no.2, pp.151-163.
11. Friedman B., Shortell S. ( 1988 ), 'The Financial Performance of Selected Investor-Owned and Not-For-Profit System Hospitals Before and After Medicare Prospective Payment', *Health Services Research*, vol.23, no.2, pp.237-268.
12. Goes J., Zhan C. ( 1995 ), 'The Effects of Hospital-Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance', *Health Services Research*, vol.30, no.4, pp.507-531.
13. Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J., McKee M. ( 2013 ), 'Financial crisis, austerity and health in Europe', *Lancet*, vol.13, pp.60.102-60.106.
14. Kentilenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. ( 2012 ), 'Health effects of financial crisis: omens a Greek tragedy', *Lancet*, vol.179, pp.9820-1002.
15. Levitz G, Brooke P. ( 1985 ), 'Independent versus System-Affiliated Hospitals: A comparative Analysis of Financial Performance', *Cost and Productivity, Health Services Research*, vol.20, no.3, pp.315-340.
16. Marier A. ( 2014 ), 'Where Does the Money Go? Analyzing the Patient Experience in Safety-Net Hospitals', *Value in Health*, vol.17, pp.231-237.
17. McCue M. ( 2010 ), 'A Descriptive Analysis of the 2008 Credit Crisis on

- Multistate Healthcare Systems: What impact Did it Have on Their Financial Performance', *Hospital Topics*, vol.88, no.2, pp.53-60.
18. Molinari C., Morlock L., Alexander J., Lyles C.A. ( 1993 ), 'Hospital Board Effectiveness: Relationships between Governing Board Composition and Hospital Financial Viability', *Health Services Research*, vol.28, no.3, pp.357-378.
  19. Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Kastanioti C., Kontodimopoulos N. ( 2013 ), 'Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system', *Health Policy*, vol.109, pp.14-22.
  20. Souliotis K., Golna Ch., Tountas Y., Siskou O., Kaitelidou D., Liaropoulos L. ( 2016 ), 'Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...', *Eur J Health Econ*, vol.17, pp.159-170.
  21. Palasca S., Jaba E. ( 2015 ), 'Economic Crisis Repercussions on European Healthcare Systems', *Procedia Economics and Finance*', vol.23, pp.525-533.
  22. 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*, vol.6, pp.146-157.
  23. Platis Ch., Reklitis P., Zimeras S. ( 2015 ), ' Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services' *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, vol.175, pp.480-487.
  24. Rice T. ( 2006), 'Τα Οικονομικά της Υγείας - Σε επανεξέταση', Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
  25. Zhao M., Bazzoli G., Clement J., Lindrooth R., Nolin J.A., Chukmaitov A. ( 2008 ), 'Hospital Staffing Decisions: Does Financial Performance Matter?', *Inquiry*, vol.45, pp.293-307.

### Διαδικτυακές πηγές

1. <http://www.papageorgiou-hospital.gr>
2. <http://www.anagennisi-ae.gr>
3. <http://www.euromedica-arogi.gr>

4. <http://www.klinikiagiosloukas.gr>
5. <http://www.eclass.ouc.ac.cy>