

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική



Μεταπτυχιακή Διατριβή

Συγκριτική μελέτη της οικονομικής διαχείρισης των δημόσιων
νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου κατά τα έτη 2017-2021

Πολυδεράκη Ελένη

Επιβλέπων Καθηγητής: Μακρής Ηλίας

Διατριβή υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου. Η παρούσα διατριβή αποτελεί μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση
του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική

Καλαμάτα, Ιανουάριος 2024

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και
Χρηματοοικονομική**



ΠΜΣ στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ • ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Μακρής Ηλίας (Επιβλέπων)

**Καθηγητής, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου**

Μπαμπαλός Βασίλειος

**Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

Νικολόπουλος Σωτήριος

**Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

Η Πολυδεράκη Ελένη

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
DEPARTMENT OF ACCOUNTING & FINANCE

Master Program in Accounting and Finance



**Master of Science (M.Sc)
in Accounting and Finance**

Postgraduate Thesis

**Comparative study of the financial management at public hospitals of
the Peloponnese Region for the period 2017-2021**

Polyderaki Eleni

Supervising Professor: Makris Ilias

Thesis submitted to the Department of Accounting & Finance of the University of Peloponnese. This dissertation is part of the requirements for obtaining the Master's Degree in Accounting and Finance

Kalamata, January 2024

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
DEPARTMENT OF ACCOUNTING & FINANCE

Master Program in Accounting and Finance



**Master of Science (M.Sc)
in Accounting and Finance**

Thesis Committee

Makris Ilias

Professor, Department of Accounting and Financial, University of Peloponnese

Babalos Vasileios

**Associate Professor, Department of Accounting and Financial, University of
Peloponnese**

Nikolopoulos Sotirios

**Assistant Professor, Department of Accounting and Financial, University of
Peloponnese**

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1) Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.

- 2) Αποδέχομαι ότι το Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη του Ιδρύματος, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας το πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μακρή για την σημαντική βοήθεια και την συνεχή καθοδήγηση στη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και όλους τους καθηγητές του τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής με τους οποίους συνεργάστηκα.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια και τους κοντινούς μου ανθρώπους για την αμέριστη συμπαράσταση, κατανόηση και υποστήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	x
ABSTRACT	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	xii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	xiv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	xvii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xviii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	3
1.1 Η υγεία ως αγαθό.....	3
1.1.1 Η έννοια της υγείας ως αγαθό.....	3
1.1.2 Υγεία: αγαθό δημόσιο ή ιδιωτικό;	4
1.1.3 Ιδιαιτερότητες του αγαθού υγεία	5
1.2 Διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια	6
1.3 Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	8
1.4 Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και στην ΕΕ	11
1.5 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
2.1 Εισαγωγή	24
2.2 Έννοια και εφαρμογή του λογιστικού συστήματος.....	24
2.2.1 Δημόσιο απλογραφικό λογιστικό σύστημα	25
2.2.2 Διπλογραφικό λογιστικό σύστημα.....	25
2.2.3 Η συλλειτουργία του δημοσίου λογιστικού και του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος.....	27
2.3 Οι χρηματοοικονομικές – λογιστικές καταστάσεις	27
2.3.1 Κατάσταση Ισολογισμού Τέλους Χρήσεως.....	28
2.3.2 Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσεως	28
2.3.3 Πίνακας Διάθεσης Αποτελεσμάτων.....	29
2.3.4 Προσάρτημα του Ισολογισμού και των Αποτελεσμάτων Χρήσεως.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
3.1 Ο ρόλος και τα επίπεδα αξιολόγησης στο σύστημα υγείας.....	30
3.2 Κριτήρια απόδοσης των υγειονομικών υπηρεσιών	31

3.2.1 Το κριτήριο της ισότητας.....	32
3.2.2 Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας.....	33
3.2.3 Το κριτήριο της αποδοτικότητας	34
3.3 Επιλογή δεικτών	35
3.3.1 Δείκτες λειτουργίας των νοσοκομείων	35
3.3.2 Οικονομικοί δείκτες.....	37
3.3.3 Χρηματοοικονομική ανάλυση με την χρήση αριθμοδεικτών	39
3.3.3.1 Δείκτες ρευστότητας.....	41
3.3.3.2 Δείκτες δραστηριότητας	42
3.3.3.3 Δείκτες απόδοσης.....	44
3.3.3.4 Δείκτες διαρθρώσεως κεφαλαίων και βιωσιμότητας.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	47
4.1 Μεθοδολογία μελέτης.....	47
4.2 Παρουσίαση των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου.....	48
4.2.1 Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας.....	48
4.2.2 Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας.....	50
4.2.3 Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»	52
4.2.4 Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας	53
4.2.5 Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ.....	56
5.1 Νοσηλευτική Δραστηριότητα.....	56
5.1.1 Αριθμός Αναπτυγμένων Κλινών.....	56
5.1.2 Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών και Ημέρες Νοσηλείας	58
5.1.3 Αριθμός Εξετασθέντων Ασθενών στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ.....	60
5.2 Λειτουργικοί Δείκτες Εισροών – Εκροών.....	62
5.2.1 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.....	63
5.2.2 Ποσοστό Κάλυψης Κλινών.....	64
5.2.3 Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη.....	66
5.2.4 Αδράνεια Κλίνης ή Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών ανά Κλίνη.....	68
5.3 Οικονομική Διαχείριση	70
5.3.1 Νοσοκομειακές Δαπάνες Αγοράς.....	70
5.3.2 Μέσο Κόστος ανά Νοσηλευθέντα Ασθενή.....	77
5.3.3 Μέσο Κόστος ανά Ημέρα Νοσηλείας.....	79
5.3.4 Έσοδα Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	81

5.3.5 Σχέση Εσόδων και Δαπανών	86
5.3.6 Ανεξόφλητες Υποχρεώσεις.....	88
5.4 Αριθμοδείκτες.....	90
5.4.1 Δείκτες Ρευστότητας.....	90
5.4.1.1 Δείκτης Κυκλοφοριακής Ρευστότητας ή Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	90
5.4.1.2 Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας ή Δείκτης Ειδικής Ρευστότητας	92
5.4.1.3 Δείκτης Ταμειακής Ρευστότητας	94
5.4.2 Δείκτες Δραστηριότητας.....	96
5.4.2.1 Δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Εισπρακτέων	96
5.4.2.2 Μέση Περίοδος Είσπραξης.....	97
5.4.2.3 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων.....	99
5.4.2.4 Μέση Περίοδο Πληρωμής	101
5.4.3 Δείκτες Απόδοσης.....	103
5.4.3.1 Δείκτης Περιθωρίου Μικτού Κέρδους	104
5.4.3.2 Δείκτης Περιθωρίου Καθαρού Κέρδους.....	105
5.4.3.3 Δείκτης Απόδοσης Ενεργητικού.....	107
5.4.4 Δείκτες Διαρθρώσεως Κεφαλαίων και Βιωσιμότητας.....	109
5.4.4.1 Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	111
6.1 Γενικά συμπεράσματα	111
6.2 Συμπεράσματα αναφορικά με την λειτουργία των νοσοκομείων	112
6.3 Συμπεράσματα αναφορικά με την οικονομική θέση των νοσοκομείων.....	113
6.4 Συμπεράσματα αναφορικά με την πορεία των αριθμοδεικτών	114
6.5 Προτάσεις για βελτίωση	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΣΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2021	127

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Έπειτα από την 10ετή οικονομική κρίση που αντιμετώπισε η χώρα την περίοδο 2008-2019, άρχισαν να γίνονται αντιληπτές οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της, καθώς και το μεγάλο πλήγμα για τον υγειονομικό τομέα. Οι μεταρρυθμίσεις που σημειώθηκαν σχετικά με την περικοπή των δαπανών μειώνοντας παράλληλα την κρατική χρηματοδότηση και αυξάνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, και η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 στις αρχές του 2020, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη υιοθέτησης ουσιαστικών αλλαγών.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής είναι η συγκριτική μελέτη της νοσηλευτικής δραστηριότητας και η χρηματοοικονομική ανάλυση των δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για την χρονική περίοδο 2017-2021, ώστε να αξιολογηθεί ο τρόπος λειτουργίας τους και να διερευνηθούν οι μεταβολές που πραγματοποιήθηκαν στην εξεταζόμενη περίοδο. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με δεδομένα που συλλέχθηκαν από το πληροφοριακό σύστημα του Υπουργείου Υγείας «Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ (Bi-Health)», από το Πρόγραμμα Διαύγεια και από τις δημοσιοποιημένες οικονομικές καταστάσεις των εξεταζόμενων νοσοκομείων.

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των λειτουργικών δεικτών έδειξαν μείωση της νοσηλευτικής δραστηριότητας, τόσο στους νοσηλευόμενους ασθενείς και στις ημέρες νοσηλείας, όσο και στο ποσοστό κάλυψης κλινών και στο ρυθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη. Στον αντίποδα, ανοδική τάση καταγράφηκε στην πορεία των οικονομικών δεικτών, καθώς σημειώθηκε σημαντική αύξηση των συνολικών δαπανών σε σχέση με το 2017. Από την χρηματοοικονομική ανάλυση ανέκυψε το σημαντικό ζήτημα των καθυστερημένων αποζημιώσεων από τον ΕΟΠΥΥ έως και περίπου 3 χρόνια, ενώ η μέση περίοδος πληρωμής των υποχρεώσεων δεν ξεπερνάει τους 3 μήνες, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην λήψη επιχορηγήσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Συμπερασματικά, παρά τις μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στο τομέα της Υγείας, υπάρχουν ακόμα αδυναμίες στην λειτουργία και την δομή των δημόσιων υγειονομικών μονάδων. Με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητας τους, οι διοικήσεις των μονάδων υγείας οφείλουν αφενός να εξάγουν λειτουργικούς και οικονομικούς δείκτες σε τακτική βάση, ώστε να μετρούν την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, και αφετέρου να πραγματοποιήσουν αναπτυξιακές κινήσεις αξιοποιώντας νέες μορφές παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, όπως είναι ο ιατρικός τουρισμός, ο οποίος αναπτύσσεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια.

Λέξεις – Κλειδιά: Χρηματοοικονομική Ανάλυση, Δημόσια Νοσοκομεία, Λειτουργικοί Δείκτες, Αριθμοδείκτες, Οικονομικές Καταστάσεις.

ABSTRACT

After the 10-year economic crisis that the country faced in the period 2008-2019, its social and economic consequences began to be perceived, as well as the great blow to the health sector. The reforms that have taken place to cut costs while reducing government funding and increasing the health services provided, and the emergence of the COVID-19 pandemic in early 2020, make the need to adopt substantial changes imperative.

The purpose of this diploma thesis is the comparative study of the nursing activity and the financial analysis of the public hospitals of the Peloponnese Region for the period 2017-2021, to evaluate their operations and to investigate the changes that took place in the period under review. The analysis was carried out with data collected from the information system of the Ministry of Health "Business Intelligence System (Bi-Health)", from the Transparency Program and the published financial statements of the examined hospitals.

The results from the analysis of the functional indicators showed a decrease in nursing activity, both in hospitalized patients and in the duration of hospitalization, as well as in the bed occupancy rate and the patient inflow rate per bed. On the contrary, an upward trend was recorded in the course of economic indicators, as there was a significant increase in total expenses compared to 2017. From the financial analysis, the important issue of late compensations from EOPYY up to about 3 years emerged, while the average payment period of obligations does not exceed 3 months, which is mainly due to the receipt of grants from the state budget.

In conclusion, despite the reforms carried out in the Health sector, there are still weaknesses in the operation and structure of public health units. To improve their efficiency, the health units' administrations must, on the one hand, export functional and financial indicators regularly, in order to measure the efficiency of the hospitals, and on the other hand, carry out development movements utilizing new forms of providing health services, such as the medical tourism, which has been growing continuously in recent years.

Keywords - Financial Analysis, Public Hospitals, Operating Ratios, Financial Ratios, Financial Statements.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Δαπάνες υγείας ανά υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος (2019)	14
Γράφημα 2: Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και στην ΕΕ.....	14
Γράφημα 3: Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (2020)	15
Γράφημα 4: Ετήσιος μέσος ρυθμός μεταβολής στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας 2013-2020..	16
Γράφημα 5: Δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ (2020).....	17
Γράφημα 6: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2016 -2020 (εκατ. ευρώ).....	20
Γράφημα 7: Ποσοστιαία συμμετοχή (%) των φορέων στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας για τα έτη 2016-2020	21
Γράφημα 8: Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2020.....	21
Γράφημα 9: Κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2020.....	22
Γράφημα 10: Χρηματοδότηση υγειονομικής δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2020	23
Γράφημα 11: Συνολικός αριθμός αναπτυγμένων κλινών των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου.....	56
Γράφημα 12: Ποσοστό μεταβολής ημερών νοσηλείας (2017 vs 2021).....	60
Γράφημα 13: Μέση διάρκεια νοσηλείας του συνόλου των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου.....	63
Γράφημα 14: Ποσοστό μεταβολής πληρότητας κλινών (2017 vs 2021)	66
Γράφημα 15: Ποσοστό μεταβολής ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη (2017 vs 2021).....	68
Γράφημα 16: Μέσος όρος αγορών φαρμακευτικού υλικού (2017 vs 2021).....	71
Γράφημα 17: Μέσος όρος αγορών υγειονομικού υλικού (2017 vs 2021)	72
Γράφημα 18: Μέσος όρος του συνολικού κόστους ανά νοσηλευθέντα ασθενή.....	78
Γράφημα 19: Μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)	79
Γράφημα 20: Μέσος όρος του συνολικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας.....	80
Γράφημα 21: Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (με τις δαπάνες μισθοδοσίας).....	81
Γράφημα 22: Βεβαιωθέντα έσοδα vs εισπραχθέντα έσοδα από τον ΕΟΠΥΥ (2017-2021).....	84
Γράφημα 23: Απεικόνιση των εσόδων και των δαπανών των νοσοκομείων.....	88
Γράφημα 24: Μεταβολή ανεξόφλητων υποχρεώσεων 2021/2017	90
Γράφημα 25: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη γενικής ρευστότητας.....	92
Γράφημα 26: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη ειδικής ρευστότητας	93
Γράφημα 27: Σύγκριση του μέσου όρου των αριθμοδεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας..	94

Γράφημα 28: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη ταμειακής ρευστότητας	95
Γράφημα 29: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων	97
Γράφημα 30: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης περιόδου είσπραξης	99
Γράφημα 31: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων.....	100
Γράφημα 32: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης περιόδου πληρωμής	102
Γράφημα 33: Μέση περίοδος είσπραξης vs Μέση περίοδος πληρωμής.....	103
Γράφημα 34: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη μικτού περιθωρίου κέρδους.....	105
Γράφημα 35: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη περιθωρίου καθαρού κέρδους.....	106
Γράφημα 36: Διαχρονική εξέλιξη του ΜΟ των δεικτών περιθωρίου μικτού και καθαρού κέρδους	107
Γράφημα 37: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη απόδοσης ενεργητικού.....	109
Γράφημα 38: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια	110

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	49
Εικόνα 2: Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων	50
Εικόνα 3: Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας	51
Εικόνα 4: Γενικό Νοσοκομείο – ΚΥ Κυπαρισσίας.....	52
Εικόνα 5: Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»	52
Εικόνα 6: Νοσηλευτική Μονάδα Άργους	53
Εικόνα 7: Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου	54
Εικόνα 8: Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Αριθμός αναπτυγμένων κλινών	57
Πίνακας 2: Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών	58
Πίνακας 3: Αριθμός ημερών νοσηλείας	59
Πίνακας 4: Αριθμός εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΙ	61
Πίνακας 5: Αριθμός εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ	62
Πίνακας 6: Μέση διάρκεια νοσηλείας	64
Πίνακας 7: Ποσοστό κάλυψης κλινών	65
Πίνακας 8: Ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη	67
Πίνακας 9: Αδράνεια κλίνης	68
Πίνακας 10: Φαρμακευτική δαπάνη νοσοκομείων	71
Πίνακας 11: Αγορές υγειονομικού υλικού	73
Πίνακας 12: Δαπάνες υπηρεσιών	74
Πίνακας 13: Συνολικές δαπάνες χωρίς την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας	75
Πίνακας 14: Συνολικές δαπάνες με την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας	76
Πίνακας 15: Μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή (χωρίς τις δαπάνες μισθοδοσίας)	77
Πίνακας 16: Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (χωρίς τις δαπάνες μισθοδοσίας)	79
Πίνακας 17: Βεβαιωθέντα έσοδα	82
Πίνακας 18: Εισπραχθέντα έσοδα	83
Πίνακας 19: Επιχορηγήσεις χωρίς την προσθήκη του εσόδου κάλυψης της μισθοδοσίας	85
Πίνακας 20: Επιχορηγήσεις με την προσθήκη του εσόδου κάλυψης της μισθοδοσίας	86
Πίνακας 21: Σχέση εσόδων και δαπανών	87
Πίνακας 22: Ανεξόφλητες υποχρεώσεις	89
Πίνακας 23: Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας	91
Πίνακας 24: Αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας	92
Πίνακας 25: Αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας	94
Πίνακας 26: Δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων	96
Πίνακας 27: Μέση περίοδος είσπραξης	98
Πίνακας 28: Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων	99
Πίνακας 29: Μέση περίοδος πληρωμής	101
Πίνακας 30: Αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους	104
Πίνακας 31: Δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους	105
Πίνακας 32: Δείκτης απόδοσης ενεργητικού	108
Πίνακας 33: Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια	110

Πίνακας 34: Μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)	127
Πίνακας 35: Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)	127
Πίνακας 36: Βεβαιωθέντα έσοδα vs εισπραχθέντα έσοδα από τον ΕΟΠΥΥ (2017-2021)	128
Πίνακας 37: Σύγκριση του ΜΟ των αριθμοδεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας (2017-2021)	128
Πίνακας 38: Διαχρονική εξέλιξη του ΜΟ των δεικτών περιθωρίου μικτού και καθαρού κέρδους	128

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Οι επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας	10
Σχήμα 2: Ο ρόλος της αξιολόγησης στο σύστημα υγείας.....	30
Σχήμα 3: Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας.....	31
Σχήμα 4: Βασικά κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας.....	32

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

DRGs	Diagnosis Related Groups (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες)
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΓΝ	Γενικό Νοσοκομείο
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΚΕΝ	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
ΚΕΦΙΑΠ	Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΜΟ	Μέσος Όρος
Ν	Νόμος
ΝΔ	Νομοθετικό Διάταγμα
ΝΜ	Νοσηλευτική Μονάδα
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΚΑ	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
ΠΓΝ	Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΠεΣΥΠ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΙ	Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό πυλώνα ενός κράτους πρόνοιας και συνδέεται με τα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα μέσα από τα οποία προσδιορίζονται οι ανθρώπινες κοινωνίες. Αυτό σημαίνει πως η ανάπτυξη και η οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών αντανακλούν την κοινωνικοοικονομική φιλοσοφία. Με άλλα λόγια, ο τρόπος ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας είναι στενά συνυφασμένος με την ανάπτυξη της χώρας, με τα οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά δεδομένα που επικρατούν, καθώς και με τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Η οικονομική κρίση που αντιμετώπισε η χώρα, επίσημα έως το 2019, με τα μεγάλα ελλείμματα και τα προβλήματα εξωτερικού δανεισμού, επηρέασε αναπόφευκτα τον δημόσιο υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την λειτουργία και αποδοτικότητα των δημόσιων μονάδων υγείας. Οι διάφορες δημοσιονομικές μεταρρυθμίσεις που οδήγησαν την οικονομία στην υιοθέτηση σκληρών μέτρων λιτότητας, όπως η περικοπή των δαπανών στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την αύξηση της ζήτησης ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, οδήγησαν στην θέσπιση μίας σειράς διορθωτικών αλλαγών στο ΕΣΥ. Η πιο σημαντική αλλαγή θεωρείται η συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων και η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, με στόχο την ορθή διαχείριση των δαπανών υγείας, γεγονός που δεν επιτεύχθηκε στο βαθμό που είχε σχεδιαστεί. Στο ασταθές αυτό οικονομικό περιβάλλον, προστέθηκε η μεταναστευτική κρίση ενώ στις αρχές του 2020 εμφανίστηκε η πανδημία COVID-19, δημιουργώντας σοβαρά προβλήματα στα συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Η παραπάνω οικονομική κατάσταση της χώρας επιτάσσει την σχεδίαση και την οργάνωση των δράσεων των δημόσιων νοσοκομείων, ως τους κυριότερους φορείς παροχής υγειονομικής φροντίδας, μέσω της συγκράτησης του κόστους και της αξιολόγησης του παρεχόμενου έργου και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Καστανιώτη και Πολύζος, 2016). Στην κατεύθυνση αυτή, καθορίζονται μεγέθη, όπως είναι ο αριθμός των ανεπτυγμένων κλινών, οι ημέρες νοσηλείας και ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών, με σκοπό να προσδιοριστεί η οικονομική απόδοση και ο τρόπος λειτουργίας των δημόσιων μονάδων υγείας. Παράλληλα, για την ερμηνεία της λειτουργικής και οικονομικής απόδοσης αυτών χρησιμοποιούνται δείκτες, οι οποίοι επιτρέπουν την πραγματοποίηση συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ των μονάδων υγείας ή ενός νοσοκομείου διαχρονικά (Καραγιάννη, 2014).

Στην παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρείται η λειτουργική, οικονομική και χρηματοοικονομική ανάλυση των οκτώ (8) δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για τα έτη 2017-2021 με την χρήση των κατάλληλων δεικτών. Σκοπός της μελέτης

είναι η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, την λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων και την αποτελεσματικότητα των διοικήσεων αυτών.

Τα λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα της ανάλυσης αντλήθηκαν από το πληροφοριακό σύστημα του Υπουργείου Υγείας «Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ (Bi-Health)» και το Πρόγραμμα Διαύγεια, ενώ για την συλλογή των χρηματοοικονομικών στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν οι οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου, όπως αυτές είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας. Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες από την ελληνική και διεθνή αρθρογραφία.

Αναφορικά με την δομή, πέραν του παρόντος κεφαλαίου εισαγωγής, η εργασία διαρθρώνεται σε έξι (6) κεφάλαια ως ακολούθως:

Στο 1^ο κεφάλαιο αναλύεται η υγεία ως αγαθό και παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και οι διάφορες μορφές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων.

Στο 2^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εφαρμογή των λογιστικών συστημάτων στα δημόσια νοσοκομεία και αναλύονται οι σημαντικότερες χρηματοοικονομικές – λογιστικές καταστάσεις.

Το 3^ο κεφάλαιο αναφέρεται στον ρόλο της αξιολόγησης στον τομέα της υγείας και περιγράφονται τα κριτήρια απόδοσης των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ έπεται η θεωρητική ανάλυση των λειτουργικών και οικονομικών δεικτών, καθώς των αριθμοδεικτών που θα αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας.

Στο 4^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία μελέτης και μία συνοπτική παρουσίαση των νοσοκομείων του δείγματος, τα οποία είναι το ΓΝ Σπάρτης, το ΓΝ – ΚΥ Μολάων, το ΓΝ Καλαμάτας, το ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας, το ΠΓΝ Τρίπολης, το ΓΝ Άργους, το ΓΝ Ναυπλίου και το ΓΝ Κορίνθου.

Στο 5^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της μελέτης με την διαχρονική και συγκριτική ανάλυση των λειτουργικών και οικονομικών δεικτών και των αριθμοδεικτών για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου για το χρονικό διάστημα 2017-2021 με την χρήση πινάκων και γραφημάτων.

Στο 6^ο και τελευταίο κεφάλαιο καταγράφονται αναλυτικά τα συμπεράσματα από την ανάλυση των δεικτών, ενώ η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση προτάσεων για την βελτίωση της λειτουργίας και της οικονομικής κατάστασης των δημόσιων νοσοκομείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η υγεία ως αγαθό

1.1.1 Η έννοια της υγείας ως αγαθό

Σύμφωνα με την UNESCO, δεν υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της έννοιας της υγείας, καθώς με την πάροδο του χρόνου άλλαξε ο τρόπος με τον οποίο την αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος, ενώ παράλληλα οι γνώσεις και οι απαιτήσεις στον τομέα της υγείας αυξήθηκαν (Λιαρόπουλος, 2007). Οι επιστήμονες, ακολουθώντας ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις, κατέληξαν στον διαχωρισμό μεταξύ θετικού - αρνητικού και λειτουργικού - βιωματικού ορισμού.

Ο ορισμός που έχει υιοθετήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946) αναφέρει πως η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο εν λόγω ορισμός αποδίδει μία **θετική** διάσταση στην υγεία, δίνοντας έμφαση στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και περιλαμβάνει, πέρα από την σωματική υγεία, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση της υγείας υψηλού επιπέδου. Αντίθετα, ο **αρνητικός** ορισμός προσδιορίζει την έννοια της υγείας σε σχέση με κάτι που απουσιάζει. Για παράδειγμα, οι γιατροί ορίζουν την υγεία ως την κατάσταση απουσίας συμπτωμάτων (Ιωαννίδη, Λοπατατζίδης και Μάντη, 1999).

Ο **λειτουργικός** ορισμός επισημαίνει πως η υγεία είναι η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους πχ στον ρόλο του συζύγου ή του γονέα. Με άλλα λόγια, εδώ η υγεία συνδέεται με τη σχέση μεταξύ του ατόμου και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Στον αντίποδα, ο **βιωματικός** ορισμός επικεντρώνεται στον άνθρωπο και στον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος αντιλαμβάνεται την υγεία. Στην περίπτωση αυτή, το ίδιο το άτομο, μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες, μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του υγιή ή μη (Λαχανά και Κοτρώτσιου, 2002).

Συχνά ο όρος υγεία συγχέεται με τον όρο υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα με την έννοια της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες. Η υγεία αποτελεί θεμελιώδη αγαθό και προσδιορίζει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άνθρωπος μέσω της χρήσης παραγόντων, οικονομικών και μη, ενώ οι υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες εμπεριέχουν το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται οι ιατρικές φροντίδες, θεραπευτικές και προληπτικές, και των μηχανισμών παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών αυτών.

Η έννοια της φροντίδας υγείας από την άλλη πλευρά αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας, ακόμα και σε υγιείς ανθρώπους. Είναι κατανοητό πως η φροντίδα υγείας αποτελείται από δραστηριότητες που συνδέονται με την δημόσια υγεία, την υγειονομική διαφώτιση, την πρόληψη, το περιβάλλον κ.τ.λ., υπερβαίνοντας το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας (Δικαίος, και συν., 1999). Πρόκειται για ένα εμπορεύσιμο αγαθό, καθώς περιλαμβάνει προϊόντα (π.χ. γυαλιά μυωπίας, φάρμακα) και υπηρεσίες (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις, ιατρικές επισκέψεις) που αποτελούν αντικείμενο συναλλαγής, παράγονται δηλαδή με συνδυασμό κεφαλαίου και εργασίας και καταναλώνονται είτε ατομικά είτε συλλογικά.

Η ζήτηση για φροντίδα υγείας επηρεάζεται από την ζήτηση για υγεία. Οι άνθρωποι αναζητούν υπηρεσίες υγείας με σκοπό να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας των ίδιων και των οικογενειών τους και όχι επειδή η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας θα τους προσφέρει ωφέλεια. Κατά συνέπεια, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική συνάρτηση του επιπέδου υγείας που έχει κάθε άτομο. Με άλλα λόγια, με δεδομένο ότι οι υπόλοιποι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας παραμένουν σταθεροί, όσο υψηλότερο επίπεδο υγείας απολαμβάνει ένα άτομο, τόσο χαμηλότερη είναι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και αντίστροφα. Ωστόσο, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, όπως και οποιοδήποτε άλλο αγαθό, επηρεάζεται από το επίπεδο των τιμών των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τις τιμές των άλλων αγαθών, καθώς και από το εισόδημα και τις προτιμήσεις των ατόμων. Συγκεκριμένα, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα αγαθά, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας έχει αρνητική συνάρτηση με τις τιμές των υποκατάστατων υπηρεσιών και θετική συνάρτηση με το εισόδημα των ατόμων (Αλετράς, Ματσαγγάνης & Νιάκας, 2002).

1.1.2 Υγεία: αγαθό δημόσιο ή ιδιωτικό;

Ο προβληματισμός αναφορικά με τα υγειονομικά συστήματα δεν ταλανίζει μόνο το ελληνικό κράτος. Στον δυτικό κόσμο, τα συστήματα υγείας αποτελούν πεδίο κριτικής θεώρησης και αντιπαράθεσης. Η σημασία τους γίνεται περισσότερο αντιληπτή αν αναλογιστεί κανείς πως ο βαθμός κάλυψης και η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελούν έναν καίριο δείκτη λειτουργίας και ύπαρξης του κοινωνικού κράτους. Σήμερα, τα υγειονομικά συστήματα διακρίνονται σε δύο βασικά μοντέλα που διαφοροποιούνται ως προς την απάντηση που δίνεται στο θεμελιώδες ερώτημα: το αγαθό υγεία είναι δημόσιο ή ιδιωτικό; (Ολλανδέζος, 2015)

Η άποψη πως η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960 με υποστηρικτές τους Lee, Jewkes J. και S., Wiseman J. και τους οπαδούς της Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο. Οι ίδιοι υποστήριξαν πως οι δυνάμεις της αγοράς είναι ικανές να

οδηγήσουν στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως πραγματοποιείται με όλα τα ιδιωτικά αγαθά. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας κατέχει την γνώση για το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών που χρειάζεται, την ποιότητα των καταναλισκόμενων υπηρεσιών και το είδος της αγοράς που πρέπει να απευθυνθεί για να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του. Συνεπώς, ο ίδιος ο καταναλωτής εκφράζει την ατομική του ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί να καταναλώσει και καταβάλλει το αντίστοιχο χρηματικό αντίτιμο, συμβάλλοντας στην αποκατάσταση της ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, η οποία διαμορφώνεται από τις δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης.

Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η συνολική κατανάλωση του αγαθού υγεία θα ισούται με το άθροισμα της κατανάλωσης του συνόλου των πολιτών. Από την άλλη πλευρά, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ιδιωτικά ιατρεία και νοσοκομεία, σε τιμές που καθορίζονται από τις δυνάμεις της αγοράς των υπηρεσιών, χωρίς καμία παρέμβαση από το κράτος.

Στον αντίποδα, η άποψη ότι η υγεία δεν έχει τα χαρακτηριστικά ενός τυπικού ιδιωτικού αγαθού και πως οι δυνάμεις της αγοράς αδυνατούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματική και κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας αναπτύχθηκε από τον καθηγητή K. Arrow το έτος 1963. Ακολουθώντας τον Arrow, μία νέα σχολή οικονομολόγων με κύριους εκπροσώπους τους Lindsay, William, Culyer και άλλους υποστήριξαν πως οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διατίθενται ανάλογα με τις υγειονομικές ανάγκες που παρουσιάζονται, χωρίς να τίθενται κριτήρια που αφορούν τον πλούτο και την αγοραστική δύναμη των ατόμων. Σύμφωνα με την εν λόγω αρχή, κανένας πολίτης δεν περιθωριοποιείται, αλλά απολαμβάνει χωρίς περιορισμούς την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών.

Χαρακτηριστικό των δημόσιων αγαθών αποτελεί η αδιαιρετότητα, δηλαδή το δικαίωμα της ίσης κατανάλωσης. Συνεπώς, η συνολική κοινωνική απόλαυση από την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας είναι ίση με το άθροισμα των επιμέρους απολαύσεων των πολιτών (Μαζαράκη, 2012).

1.1.3 Ιδιαιτερότητες του αγαθού υγεία

Η υγεία δεν είναι ένα συνηθισμένο αγαθό και η τιμή της, ως πολύτιμο κοινωνικό αγαθό, δεν μπορεί να προσδιοριστεί από τις αρχές της αγοράς. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την αγορά υγειονομικών υπηρεσιών είναι οι κάτωθι (Μαλλιάρου, και συν., 2011):

- Η *αβεβαιότητα του καταναλωτή* που αναφέρεται στην αδυναμία πρόβλεψης της ανάγκης για την υγειονομική φροντίδα και της αποτελεσματικότητας μίας θεραπείας. Η αξιολόγηση

του ιατρικού κινδύνου ποικίλλει ανάλογα με το επίπεδο γνώσεων, τις συνήθειες, τον τόπο και τον χρόνο.

- Η *ασύμμετρη πληροφόρηση* μεταξύ ασθενών και γιατρών. Ο ασθενής δεν γνωρίζει την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών. Η πληροφόρηση παρέχεται σε αυτόν από τον ίδιο τον γιατρό, ο οποίος ενεργεί ως εκπρόσωπος του ασθενή επιλέγοντας και παρέχοντας την κατάλληλη θεραπεία σε αυτόν. Συνεπώς, η δυσκολία διερεύνησης των πολύπλοκων ιατρικών αποφάσεων και υγειονομικών εκθέσεων δεν καθιστούν τον ασθενή έναν ορθολογικό καταναλωτή στον τομέα της υγείας.
- Το φαινόμενο της *προκλητής ζήτησης* λόγω της ασυμμετρίας της πληροφόρησης μεταξύ του ασθενή και του γιατρού. Ο γιατρός, έχοντας ως κίνητρο την αύξηση του εισοδήματός του, ενδέχεται να εφαρμόσει στον ασθενή θεραπεία υψηλότερου κόστους από αυτή που θα επέλεγε ο τελευταίος εάν είχε την τέλεια πληροφόρηση, οδηγώντας τον σε υπερβολική κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό μειώνει ή ακόμα και εξαφανίζει την κυριαρχία του καταναλωτή, καθιστώντας αδύνατη την ισορροπία στην αγορά.
- Το *μονοπώλιο*. Η μονοπωλιακή δύναμη του γιατρού οφείλεται κυρίως στην απροθυμία του ασθενή να αλλάξει τον θεράποντα γιατρό του, δίνοντας την δυνατότητα στον τελευταίο να προβεί στην χρέωση υψηλών αμοιβών χωρίς τον κίνδυνο της απώλειας του πελάτη του. Το πρόβλημα του μονοπωλίου εντοπίζεται στην απώλεια της ευημερίας λόγω μείωσης της κατανάλωσης της άριστης ποσότητας με την αύξηση των τιμών.
- Οι *εξωτερικές επιπτώσεις* από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ορισμένες κατηγορίες υγειονομικών υπηρεσιών έχουν θετικές εξωτερικές συνέπειες, καθώς τα οφέλη τους δεν είναι εμφανή μόνο στον καταναλωτή, αλλά κατευθύνονται σε ολόκληρη την κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο εμβολισμός, καθώς συμβάλλει στην μείωση της μετάδοσης της εκάστοτε νόσου. Η ύπαρξη των θετικών εξωτερικών συνεπειών οδηγεί την υπηρεσία που τις προκάλεσε, να διαμορφωθεί σε ένα χαμηλότερο από το κοινωνικά άριστο επίπεδο στην ελεύθερη αγορά.

1.2 Διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια

Οι υπηρεσίες υγείας μέσα σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας απαρτίζονται από επιμέρους υπηρεσίες, ορθά οργανωμένες και διαρκώς εξελισσόμενες, οι οποίες συνεργάζονται με γνώμονα την διασφάλιση τα συνολικής Υγείας του πληθυσμού. Στην κατεύθυνση αυτή, η επιστημονική ιατρική πράξη μετατρέπεται σε Φροντίδα Υγείας και ταξινομείται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ανάλογα με το επίπεδο δράσης της (Ρόκα, 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)** αποτελεί την θεμελιώδη φροντίδα υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά ορθές πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους. Συνιστά την πύλη εισόδου του πολίτη στο υγειονομικό σύστημα και το πρώτο επίπεδο επαφής του με τους επαγγελματίες υγείας, όπου προσφέρονται ενέργειες πρόληψης και περίθαλψης μικρών βλαβών της υγείας που δεν χρήζουν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Μάλιστα, στις περισσότερες δυτικές χώρες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον πιο σημαντικό τομέα του συστήματος υγείας, καθώς ελέγχει τις εισροές στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, όπου το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο (Σαραντίδου, Μελά και Πιτσιλίδης, 2019).

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Συγκεκριμένα, με τον εν λόγω σκοπό είναι επιφορτισμένα τα κέντρα υγείας (ΚΥ) και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), οι νέες τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (ΟΚΑ) και οι φορείς που σχετίζονται λειτουργικά ή οργανικά με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ (Βουτσίδου, και συν., 2019). Στους φορείς αυτούς εντάσσονται και οι ιδιωτικοί ιατροί και οδοντίατροι, ιδιωτικά εργαστήρια και κλινικές (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).

Η **δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (ΔΦΥ)** περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε ασθενείς που χρήζουν νοσηλεία, δίνοντας έμφαση στην θεραπεία και αποκατάσταση κι όχι τόσο στην πρόληψη, όπως παρατηρείται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα, παρέχονται προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, όπως χειρουργικές επεμβάσεις και γαστροσκοπήσεις.

Οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας προσφέρονται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας. Στην κατηγορία των δημόσιων φορέων συγκαταλέγονται τα γενικά νοσοκομεία. Επίσης, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αναφορικά με την ιδιωτική υγειονομική ασφάλιση, στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά ιατρικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία που παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες πέραν της βασικής φροντίδας υγείας. Παραδείγματα ιδιωτικών νοσοκομείων αποτελούν το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών και το Metropolitan Hospital.

Στην **τριτοβάθμια φροντίδα υγείας** εντάσσονται οι υπηρεσίες υγείας που απαιτούν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες, καθώς και κατάλληλες υποδομές και εξοπλισμό. Η αντιμετώπιση σοβαρών εγκευμάτων και η χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας αποτελούν παραδείγματα των υπηρεσιών της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι εν λόγω

υπηρεσίες παρέχονται από πανεπιστημιακές κλινικές, οι οποίες διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής τεχνογνωσίας (Οικονόμου, 2012).

Τα παραπάνω τρία επίπεδα φροντίδας υγείας βρίσκονται σε μία λειτουργική διασύνδεση, η οποία επηρεάζει την αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα.

1.3 Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ένας από τους σημαντικότερους κλάδους οργάνωσης και διοίκησης του ελληνικού κράτους είναι αυτός της διοίκησης των φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έως σήμερα έχουν υλοποιηθεί αρκετές προσπάθειες με στόχο την εφαρμογή ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης σε μία χώρα, όπου παρατηρείται μεγάλη ποικιλομορφία στην κατανομή του πληθυσμού της στις διάφορες περιφέρειες και στο ανάγλυφο γεωγραφικό της χάρτη.

Στην Ελλάδα δεν έχει υιοθετηθεί ένα συγκεκριμένο πρότυπο οργάνωσης του συστήματος υγείας και χαρακτηρίζεται ως μεικτό, με την συμμετοχή τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Από την πλευρά της προσφοράς, οι παροχές είναι δομημένες σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge, καθώς η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και των ΚΥ της περιφέρειας στην οποία ανήκουν, ενώ η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας ακολουθεί το πρότυπο Bismarck μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί ο ιδιαίτερα αναπτυγμένος ιδιωτικός τομέας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, που δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

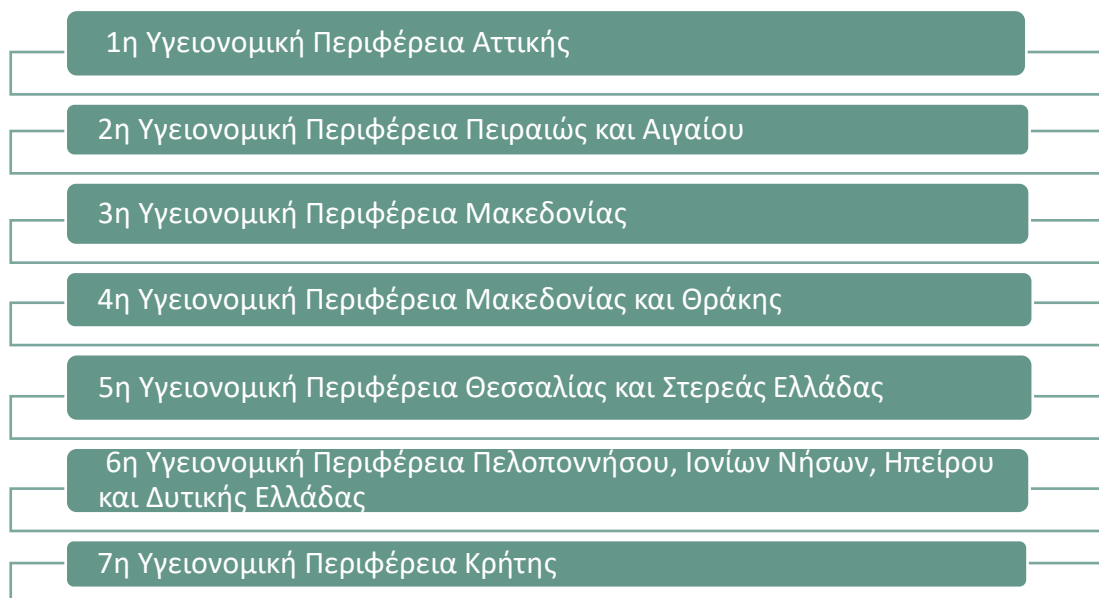
Η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι η ψήφιση του Νόμου 1397 από την Βουλή το Σεπτέμβριο του 1983 θέτοντας τις βάσεις για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στόχοι του παραπάνω νόμου αποτέλεσαν η ισότητα στην πρόσβαση και η καθολικότητα στην κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας, η βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η θέσπιση του ιατρού πλήρους απασχόλησης, ο κοινωνικός έλεγχος, ο ενιαίος προγραμματισμός και η παροχή υπηρεσιών μέσα από ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας (Δικαίος, και συν., 1999).

Η αποκέντρωση που ορίζει ο Νόμος 1397/83 αποσκοπούσε στην διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και στην συμμετοχή της κοινότητας στην λήψη αποφάσεων, μέσα από την σύσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) και την παραχώρηση των γνωμοδοτήσεων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Η Υγειονομική Περιφέρεια θα κατείχε

περιφερειακά ιατρεία, περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Ωστόσο, παρά την έκδοση και του ΠΔ 31/1986, με το οποίο η χώρα θα διαιρούνταν σε εννέα Υγειονομικές Περιφέρειες, η αρχή της αποκέντρωσης δεν εφαρμόστηκε και το σύστημα υγείας συνέχισε να λειτουργεί με έντονα συγκεντρωτικό χαρακτήρα (Κακαλέτσης, και συν., 2012). Η ουσιαστική αποκέντρωση πραγματοποιήθηκε δεκαοκτώ χρόνια αργότερα με τον Νόμο 2889, ο οποίος καθιέρωσε την λειτουργία δεκαεπτά Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ) με την μορφή αυτόνομων νομικών προσώπων. Αποστολή κάθε ΠΕΣΥ ήταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στην εκάστοτε περιφέρεια, καθώς και ο συντονισμός των δράσεων και η διοίκηση των μονάδων υγείας της περιφέρειας του. Με τον τρόπο αυτό, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μετασχηματίστηκαν σε υπηρεσιακά ανεξάρτητες μονάδες του εκάστοτε ΠΕΣΥ (Αντωνοπούλου, 2016).

Το 2003 θεσπίζεται ο Νόμος 3106, σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας εντάσσονται στο πεδίο των αρμοδιοτήτων των ΠΕΣΥ, τα οποία μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ). Πρόσθετα, οι συγχωνευόμενοι φορείς μετασχηματίζονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες, οι οποίες έχουν οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια. Δύο χρόνια αργότερα, ψηφίζεται ο Νόμος 3329, με τον οποίο καταργούνται τα ΠεΣΥΠ και αντικαθίστανται από την Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), τα οποία αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Στην πραγματικότητα, η νομική προσωπικότητα και ο αριθμός τους παραμένουν αμετάβλητα. Η διαφορά έγκειται στην νομική προσωπικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, καθώς μετατρέπονται από αποκεντρωμένες μονάδες των αντίστοιχων ΠΕΣΥ σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Απόρροια αυτών, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν το δικό τους προϋπολογισμό, όργανα και περιουσία και υπόκεινται στην εποπτεία του Διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας.

Ακολούθησε η θέσπιση του Νόμου 3527/2007, ο οποίος προέβλεπε την μείωση του αριθμού των ΔΥΠΕ από 17 σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Σχήμα 1) και την σταδιακή εξάλειψη τους εντός των επόμενων δύο ετών, γεγονός που δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ (Κακαλέτσης, και συν., 2012).



Σχήμα 1: Οι επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας

Πηγή: Κακαλέτσης, και συν., 2012

Σημαντική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας αποτέλεσε και η ψήφιση του Νόμου 3918 το 2011, ο οποίος θέσπισε την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων και κλάδων υγείας (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ) σε ένα ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με στόχο την ένταξη σε αυτόν κι άλλων ταμείων στο μέλλον. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα ήταν η αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη του έναντι των προμηθευτών στον τομέα της υγείας, λόγω της ύπαρξης του μονοπωλίου (Οικονόμου, 2012).

Οι αδυναμίες που προέκυψαν από τον παραπάνω νόμο, όπως αυτή της υπερβολικής συνταγογράφησης, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, οδήγησαν στην θέσπιση του Νόμου 4238/14, με τον οποίο ιδρύθηκε ένας νέος φορέας στο χώρο της υγείας με την επωνυμία Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Με τον τρόπο αυτό, εξασφαλίστηκε η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες και η άμεση πρόσβαση τους στο ΕΣΥ μέσω της ΠΦΥ. Στην πραγματικότητα, το ΠΕΔΥ είναι επιφορτισμένο με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ ο ΕΟΠΥΥ διατηρεί τον ρόλο του αγοραστή των υπηρεσιών αυτών για λογαριασμό των ασφαλισμένων πολιτών (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2019). Δύο χρόνια αργότερα θεσπίστηκε ο Νόμος 4387/16, με τον οποίο ιδρύεται ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), συγχωνεύοντας τους προϋπάρχοντες φορείς κοινωνικής ασφάλισης με απώτερο σκοπό την απλοποίηση των ασφαλιστικών διαδικασιών, ώστε οι πολίτες να λαμβάνουν την κύρια σύνταξη τους από έναν ενιαίο φορέα.

Στην κατεύθυνση της αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το Υπουργείο Υγείας θέσπισε δύο ακόμα νόμους. Ο πρώτος είναι ο Νόμος 4486/2017, σύμφωνα με τον οποίο ιδρύονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Στόχος είναι η πρόσβαση όλων των πολιτών στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πρόσθετα, καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες υγείας στις δημόσιες δομές της ΠΦΥ. Στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η συμβολή της ΠΦΥ στην προαγωγή της υγείας και στην συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, συμβάλλοντας στην μείωση των δαπανών υγείας και στην αποσυμφόρηση των δημόσιων νοσοκομείων.

Ο δεύτερος και πιο πρόσφατος είναι ο Ν. 4931/2022, ο οποίος συμβάλλει στην καθιέρωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού, παρέχοντας ολοκληρωμένη φροντίδα στον πολίτη με στόχο την προαγωγή της υγείας στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών ΠΦΥ. Μάλιστα, ο προσωπικός ιατρός λειτουργεί και ως «θυρωρός» του συστήματος υγείας, καθώς είναι υπεύθυνος για την παραπομπή του ασθενή στα επόμενα επίπεδα φροντίδας υγείας.

Παρά τις συνεχείς νομοθετικές ρυθμίσεις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει σήμερα αρκετές αδυναμίες ως προς την αντιμετώπιση των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών του πληθυσμού και των σύγχρονων προκλήσεων, όπως η πανδημία COVID-19. Η πρόσφατη εμπειρία κατέδειξε μία ανοργάνωτη και ανίσχυρη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ένα σχεδόν ανύπαρκτο τομέα της Δημόσιας Υγείας. Πρόσθετα, τα διαχρονικά προβλήματα υποχρηματοδότησης, κακοδιοίκησης και υποστελέχωσης, καθώς και η ανορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των υφιστάμενων υλικών συμβάλλουν στην διεύρυνση των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών. Χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελούν η έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης, μηχανισμών αξιολόγησης και ελέγχου, η ύπαρξη παραοικονομίας, η εργασιακή εξάντληση του ανθρώπινου δυναμικού και η περιορισμένη χρήση τεχνολογιών (Τούντας, και συν., 2020).

1.4 Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και στην ΕΕ

Οι δαπάνες υγείας αναφέρονται στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας των πολιτών και γενικότερα την προστασία αυτών από οποιαδήποτε διαταραχή (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015). Σύμφωνα με τους Gerdtham και Jonsson (2000), οι δαπάνες υγείας αντανακλούν την υφιστάμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας της εκάστοτε χώρας και ο ρυθμός μεταβολής αυτών αντικατοπτρίζει την δημοσιονομική και οργανωτική δομή του

υγειονομικού συστήματος της, καθώς τα ποσά που καταναλώνει κάθε χώρα για τις υγειονομικές υπηρεσίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το συνολικό εισόδημα της.

Οι υγειονομικές δαπάνες περιλαμβάνουν κυρίως τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, του φαρμάκου και τις ιατρικές δαπάνες. Το ύψος των δαπανών υγείας επηρεάζεται τόσο από τις μεταβολές του εισοδήματος των πολιτών, όπου μία αύξηση του οδηγεί στην αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς οι πολίτες θέτουν πλέον ως προτεραιότητα τους την υγεία, όσο και από τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, όπου η βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης συνιστά αύξηση των δαπανών υγείας. Οι ετήσιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού καθορίζονται επίσης από τις δημογραφικές και επιδημιολογικές εξελίξεις. Η γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα, η συνεπαγόμενη αύξηση του προσδόκιμου διαβίωσης και η προσθήκη νέων ασθενειών και απειλών, οδηγούν στην αύξηση των αναγκών κοινωνικής πρόνοιας και κατά συνέπεια των αναγκών δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ταυτόχρονα, οι εθνικές υγειονομικές προτεραιότητες θα πρέπει να προσδιορίζονται με βάση τις τεχνολογικές εξελίξεις και την υπάρχουσα προσφορά των υπηρεσιών (Κουκουφιλίπου, Παπαβασιλείου και Κοϊνης, 2016).

Η μέτρηση των δαπανών υγείας πραγματοποιείται μέσω των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ¹, που επιτρέπει τον ακριβή υπολογισμό της συνολικής, δημόσιας και ιδιωτικής, δαπάνης υγείας. Πρόκειται για μία τυποποιημένη μεθοδολογία, η οποία παρακολουθεί, επεξεργάζεται και καταγράφει τις ροές των υγειονομικών δαπανών, επιμερίζοντας αυτές σε ιδιωτικές, δημόσιες και δαπάνες στο εξωτερικό. Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας αποτυπώνει την εκάστοτε δαπάνη στις τρεις διαστάσεις της οικονομικής δραστηριότητας στον τομέα της Υγείας, δηλαδή την παραγωγή, την κατανάλωση και το φορέα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Poullier, et al, 2002).

Στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν ραγδαία πτώση. Συγκεκριμένα, παρά το γεγονός πως το 2008 οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ανέρχονταν σε 2.267 ευρώ, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν περίπου στο ένα τρίτο στα επόμενα πέντε έτη. Στην εν λόγω μείωση συνέβαλαν η σημαντική μείωση των άμεσων ιδιωτικών δαπανών και η πολιτική συγκράτησης των δημοσίων υγειονομικών δαπανών, η οποία υιοθετήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος της οικονομικής προσαρμογής. Μάλιστα, κατά την περίοδο 2011-2014, η δαπάνη για φάρμακα, η οποία κατά το έτος 2009 βρισκόταν στην υψηλότερη θέση στην ΕΕ, σημείωσε σημαντική μείωση κατά το ένα τρίτο, οδηγώντας στην εξοικονόμηση περισσότερων των 2 δισεκατομμυρίων ευρώ από τον κλάδο της υγείας. Αντιστροφή της τάσης μείωσης των

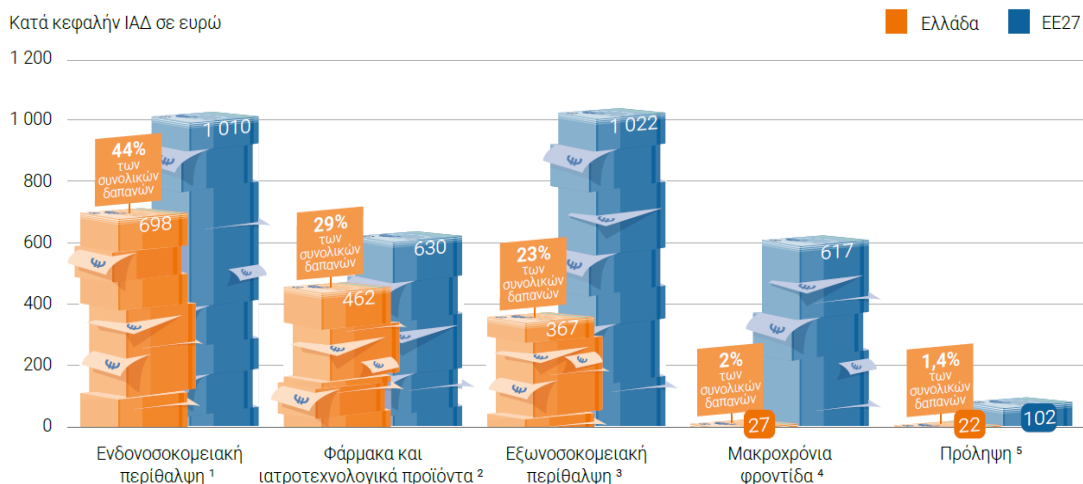
¹ Ο ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) είναι διεθνής οργανισμός που παρέχει την δυνατότητα στις κυβερνήσεις να συγκρίνουν εφαρμογές πολιτικής, να προσδιορίζουν τις καλές πρακτικές και να συντονίζουν τις εσωτερικές και διεθνείς πολιτικές.

δαπανών υγείας παρατηρείται από το 2015, καθώς πραγματοποιούνται μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις των εν λόγω δαπανών (Μητάκος και Μπογιατζίδης, 2022).

Η οικονομική κρίση και τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής που ακολούθησαν την περίοδο 2010-2019 οδήγησαν στην υλοποίηση εκτενών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων με στόχο την αποδοτικότητα. Στην Ελλάδα, το 60% των δαπανών υγείας προέρχεται από δημόσιες πηγές, ποσοστό που κατατάσσεται δεύτερο στην ΕΕ με τα νοικοκυριά να καλύπτουν το 35%. Την περίοδο 2010-2014 το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε από 28-37%. Τα υψηλά αυτά επίπεδα επιμερισμού του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης οφείλονται κυρίως στις συμμετοχές των ασφαλισμένων για την αγορά φαρμάκων και στις έμμεσες πληρωμές που δεν συγκαταλέγονται στις υπηρεσίες που καλύπτει το σύστημα υγείας, όπως αυτές είναι οι επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς και η οδοντιατρική περίθαλψη. Το 2019 η προαιρετική ασφάλιση υγείας αποτελούσε το 5% των συνολικών δαπανών υγείας και οι άτυπες πληρωμές περισσότερο από το ¼ των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που δημιουργεί ανησυχίες αναφορικά με την διασφάλιση της προσβασιμότητας και της οικονομικής προσιτότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης του συνόλου των πολιτών (ΟΟΣΑ, 2021).

Σημαντικό ρόλο στον κλάδο της υγείας διαδραμάτισε η οικονομική στήριξη που διατέθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία. Την περίοδο 2014-2020 εκτιμάται ότι χορηγήθηκαν 545 εκατομμύρια ευρώ με σκοπό την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, τα μισά από τα οποία δαπανήθηκαν στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Μητάκος και Μπογιατζίδης, 2022).

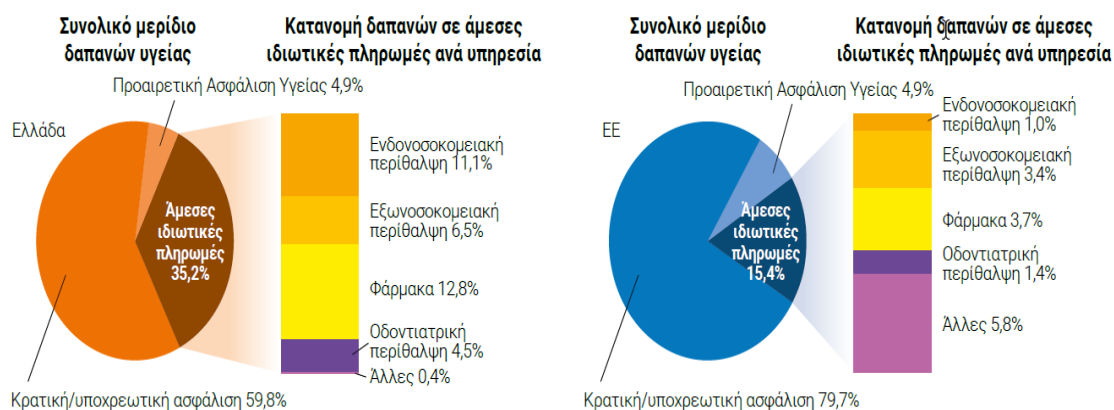
Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως το 2019 η Ελλάδα δαπάνησε λιγότερους κατά κεφαλήν πόρους σε όλες τις υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος, συγκριτικά με τους μέσους όρους στην ΕΕ, με την μεγαλύτερη διαφορά να εντοπίζεται στις δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το 44% των συνολικών δαπανών για την υγεία αφορούσαν την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και το 30% απευθυνόταν σε δαπάνες φαρμάκων και ιατρικών ειδών που διατίθενται στην λιανική αγορά. Οι πόροι που δαπανήθηκαν για την μακροχρόνια φροντίδα έφτασαν το 1,7% των συνολικών δαπανών, ποσοστό αρκετά χαμηλό σε σύγκριση με το αντίστοιχο της ΕΕ (16,3%), και οι δαπάνες για την προληπτική φροντίδα αγγίζουν το 1,4% των συνολικών δαπανών, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ ισούται με 2,9% (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Δαπάνες υγείας ανά υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος (2019)

Πηγή: Eurostat database, State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας 2021

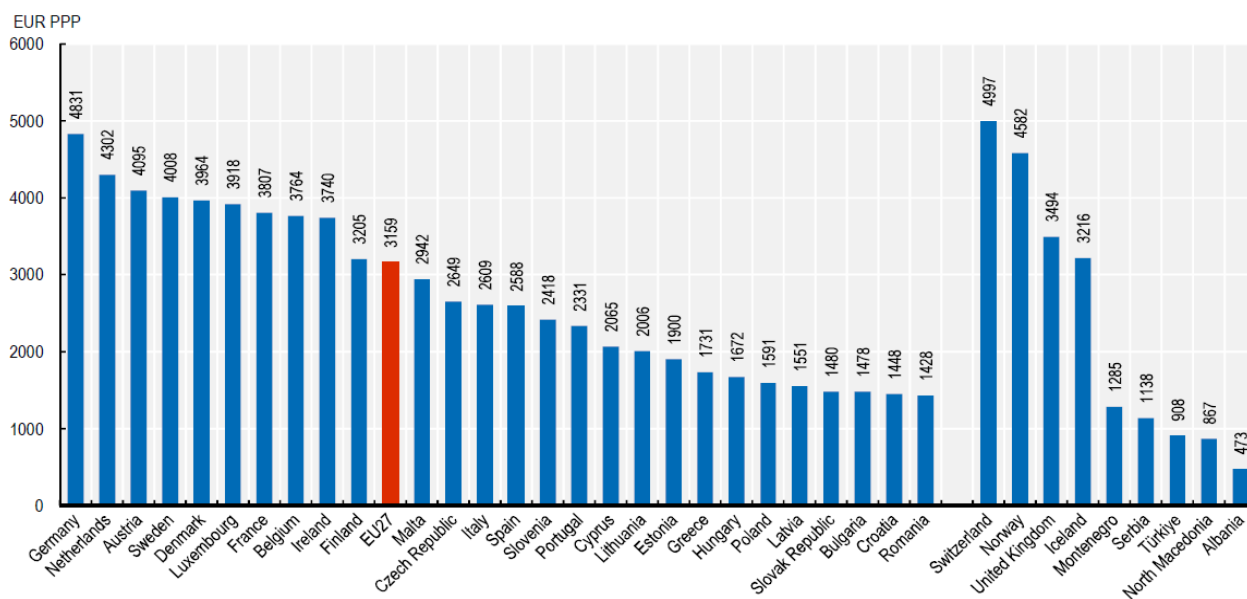
Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το 2019 το επίπεδο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστό των δαπανών υγείας ανέρχεται στο 35%, το οποίο είναι σχεδόν το διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ (15,4%). Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για φάρμακα αντικατοπτρίζουν το 13% του συνόλου των δαπανών υγείας και για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη το 11%. Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αναφέρονται στις νοσοκομειακές υπηρεσίες που διατίθενται από ιδιωτικούς φορείς, ενώ δεν αποκλείεται το γεγονός οι άτυπες πληρωμές να αφορούν υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία. Υψηλό είναι το ποσοστό μη καλυπτόμενων αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα (1 στα 12 άτομα), ποσοστό που αντιστοιχεί στο τρίτο υψηλότερο στην ΕΕ (Γράφημα 2).



Γράφημα 2: Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και στην ΕΕ

Πηγή: Eurostat database, State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας 2021

Η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 το 2020 έδειξε πως ο βαθμός στον οποίο μία χώρα επηρεάστηκε από το απρόσμενο αυτό γεγονός, έχει αντίκτυπο στα συνολικά επίπεδα δαπανών. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις και σημαντική αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ολόκληρη την Ευρώπη με σκοπό την αντιμετώπιση των συνεπειών αυτής της κρίσης. Η Ελβετία, με κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας που ανέρχονταν στο ποσό των 4.997 ευρώ, κατείχε την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ, και ακολουθεί στην δεύτερη θέση η Γερμανία με το αντίστοιχο ποσό να ανέρχεται σε 4.831 ευρώ. Χώρες με υψηλά εισοδήματα, όπως είναι η Ολλανδία, η Αυστρία και η Σουηδία, δαπάνησαν υψηλότερο ποσό για την υγεία από τον μέσο της ΕΕ (3.159 ευρώ). Στον αντίποδα, χώρες με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα δαπάνησαν τα χαμηλότερα ποσά για την υγεία με την πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και την Αλβανία να βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις. Αναφορικά με την Ελλάδα, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ήταν 1.731, όταν ο μέσος όρος της Ευρώπης έφτανε τις 3.159 μονάδες (Γράφημα 3).



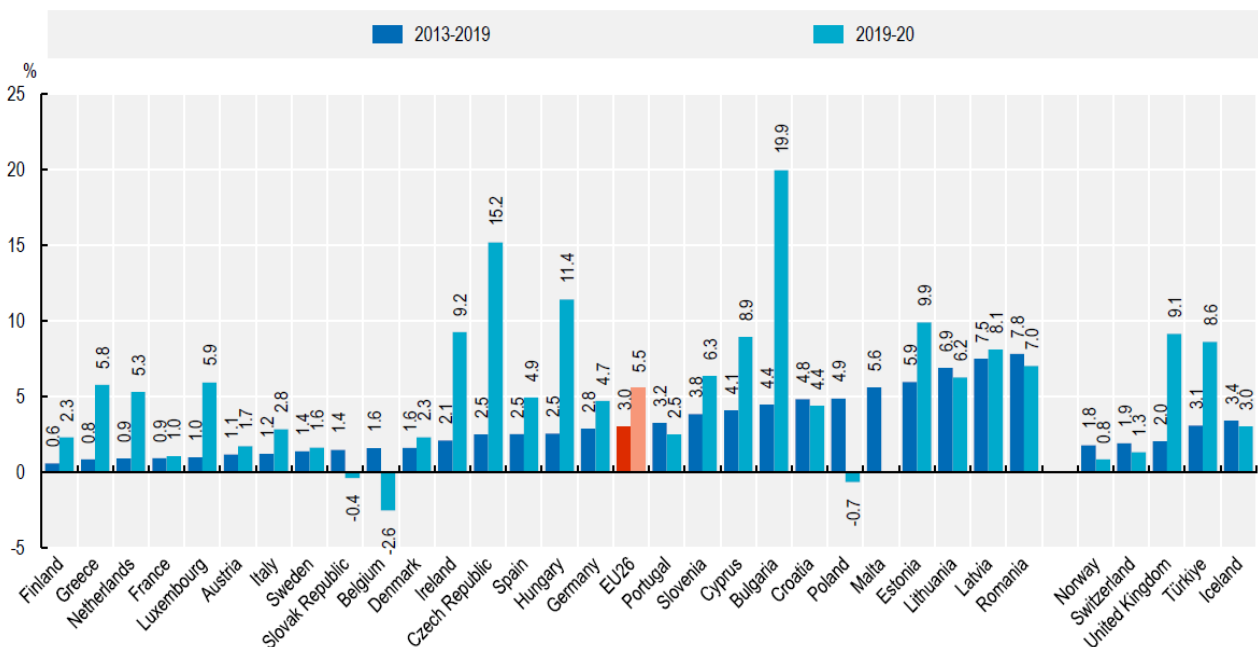
Γράφημα 3: Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (2020)

Πηγή: Health at a glance: Europe 2022

Σύμφωνα με το γράφημα 4 που έπεται, μετά από μία μακρά περίοδο παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση των δαπανών για την υγεία (προσαρμοσμένη στον πληθωρισμό) έφτασε το 3% κατά μέσο όρο στα κράτη μέλη της ΕΕ την περίοδο 2013-2019. Σε μέτριους ρυθμούς ανάπτυξης και μάλιστα κάτω από το 1% κυμαίνονται η Φιλανδία, η Ελλάδα, η Ολλανδία και η Γαλλία, ενώ η Μάλτα, η Εσθονία, η Λιθουανία, η Λετονία και η Ρουμανία

σημείωσαν σημαντικές ετήσιες αυξήσεις στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία σε ποσοστό άνω του 5%.

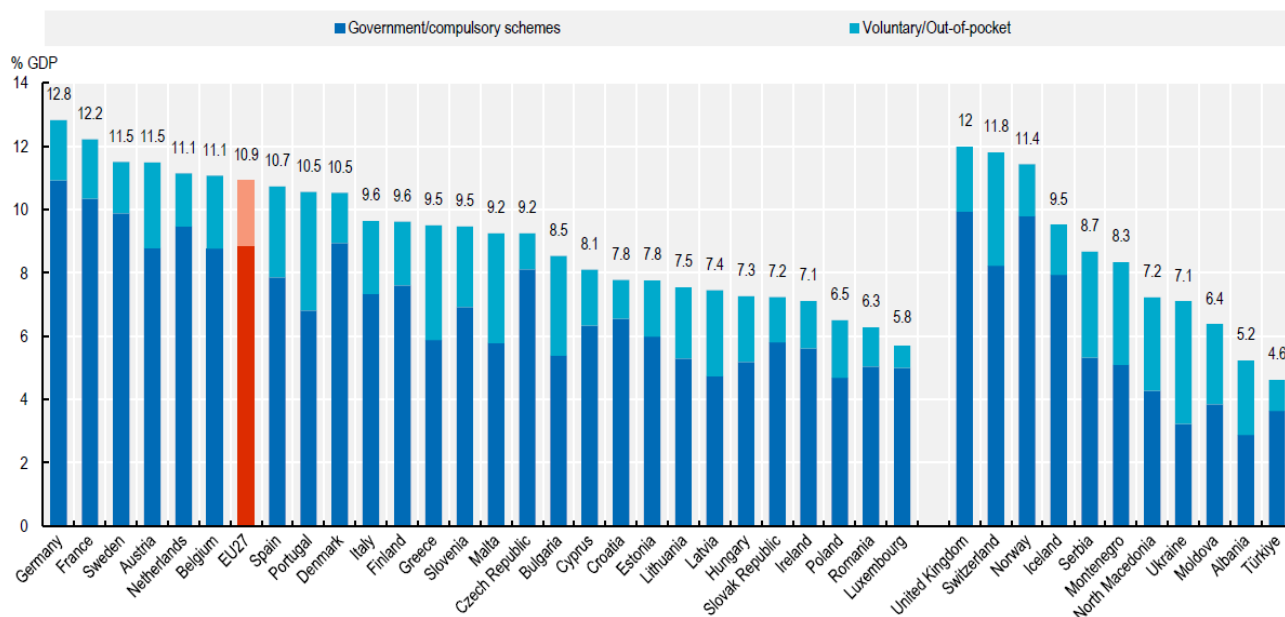
Η εμφάνιση της πανδημίας το 2020 προκάλεσε αναταραχή στα συστήματα υγείας. Οι δαπάνες υγείας οι οποίες δεν σχετίζονταν με την αντιμετώπιση του COVID-19, περιορίστηκαν. Αντίθετα, η κρίση απαιτούσε από τις χώρες να αναπτύξουν νέους τρόπους για την αντιμετώπιση των συνεπειών που προκλήθηκαν. Μάλιστα σε ορισμένες χώρες, δόθηκαν σημαντικές επιδοτήσεις στον τομέα της υγείας με σκοπό την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας ασθενών με COVID-19. Αποτέλεσμα των ενεργειών αυτών ήταν η αύξηση των δαπανών για την υγεία σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ. Το 2020, ο ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία για την ΕΕ ήταν 5,5%, σημειώνοντας το υψηλότερο ποσοστό από το 2004! Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά περίπου 10% στην Εσθονία, την Ιρλανδία και την Ουγγαρία, ενώ η Τσέχικη Δημοκρατία παρουσίασε αύξηση περισσότερο από 15% και η Βουλγαρία σχεδόν 20%. Μόνο το Βέλγιο, η Σλοβακική Δημοκρατία και η Πολωνία παρουσίασαν αποκλίνουσα τάση, με τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγείας το 2020 να μειώνονται σε σύγκριση με τα επίπεδα του 2019. Στην Ελλάδα ο ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγείας έφτανε το 5,8%, ποσοστό υψηλότερο από αυτό της ΕΕ (Γράφημα 4).



Γράφημα 4: Ετήσιος μέσος ρυθμός μεταβολής στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας 2013-2020

Πηγή: Health at a glance: Europe 2022

Αναφορικά με τις δαπάνες υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ, η ΕΕ το 2020 δαπάνησε το 10,9% του ΑΕΠ στην υγειονομική περίθαλψη. Μεταξύ των χωρών της ΕΕ που δαπάνησαν περισσότερο από 12% του αντίστοιχου ΑΕΠ τους στον τομέα της υγείας είναι η Γερμανία (12,8%) και η Γαλλία (12,2%), κατέχοντας τις πρώτες θέσεις, ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται μεταξύ άλλων το Λουξεμβούργο (5,8%), η Ρουμανία (6,3%), η Πολωνία (6,5%) και η Ιρλανδία (7,1%). Η Ελλάδα με ποσοστό 9,5% βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (10,9%) (OECD, 2022) (Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ (2020)

Πηγή: *Health at a glance: Europe 2022*

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η πανδημία COVID-19 είχε σημαντικές συνέπειες τόσο στην αύξηση των δαπανών για την οικονομία, όσο και για την υγεία το έτος 2020. Η εν λόγω κρίση συνδέεται με μία νέα σειρά άμεσων και έμμεσων δαπανών στον τομέα της υγείας που σχετίζεται με την διαχείριση ασθενών με COVID-19 και την ανεύρεση της θεραπείας και των κατάλληλων εμβολίων. Ταυτόχρονα, τα παρατεταμένα lockdown που εφαρμόστηκαν και οι περιορισμοί στην οικονομική δραστηριότητα συνέβαλλαν στην πτώση του ΑΕΠ σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ. Ως αποτέλεσμα, οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν σημαντικά. Το γεγονός αυτό έχει εφαρμογή στην περίπτωση της Ελλάδας, καθώς ενώ οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούν στο μισό περίπου του μέσου όρου της ΕΕ, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ βρίσκονται αρκετά κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ.

1.5 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Σε μια εποχή όπου η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αυξάνεται λόγω των δημογραφικών, τεχνολογικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβολών και οι δαπάνες για την υγεία δεν επαρκούν, η συζήτηση για τις πηγές άντλησης και το ύψος των κατάλληλων πόρων που θα κατανεμηθούν στον κλάδο της υγείας, καθίσταται μείζον ζήτημα πολιτικής για τα συστήματα υγείας. Στο γεγονός αυτό, αν προστεθεί και η αναζήτηση της κατάλληλης μεθόδου μέσω της οποίας οι αντλούμενοι πόροι φτάνουν στους παραγωγούς υγείας, τότε αυτό αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη θέματα της υγειονομικής και οικονομικής πολιτικής (Αλετράς, Μαρσαγγάνης & Νιάκας, 2002).

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας απευθύνεται κυρίως στους παρόχους υγείας, όπως τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τα διαγνωστικά κέντρα και τις ιδιωτικές κλινικές, τους προμηθευτές ιατρικού υλικού και τις φαρμακευτικές εταιρείες. Διακρίνεται σε ιδιωτική και δημόσια. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης περιλαμβάνουν την ιδιωτική ασφάλιση, τις απευθείας πληρωμές και σε μικρότερο βαθμό τις δωρεές και τις φιλανθρωπίες από διάφορους φορείς, ενώ η δημόσια χρηματοδότηση περικλείει την φορολογία εισοδήματος και τις εισφορές στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Δικαίος και Χλέτσος, 1999).

Η Ελλάδα έχει υιοθετήσει το νοτιοευρωπαϊκό, μικτό μοντέλο κράτους πρόνοιας έχοντας στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge, σχετικά με τον τομέα της κρατικής χρηματοδότησης από τους φόρους και από το μοντέλο του Bismarck όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση (Ferrera, 1996 και Delnoij, 2013). Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα προερχόμενες από τον δημόσιο τομέα είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή η άμεση και έμμεση φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση μέσω των εσόδων από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και των αυτοαπασχολούμενων (Μπιτσώρη και Μπαλάσκα, 2016).

Πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί και μία προοπτική μέθοδος αποζημίωσης που εισήχθη το 2012 και η οποία στηρίζεται στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs) ή Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), σύμφωνα με την ελληνική εκδοχή. Ακολουθώντας την μέθοδο αυτή, η κάθε περίπτωση νοσηλείας επιδιώκεται να κατανεμηθεί σε τυποποιημένες διαγνωστικές ομάδες ώστε η αποζημίωση του νοσοκομείου να γίνει βάση των απαραίτητων προκαθορισμένων πόρων που η κάθε μία απαιτεί. Η εφαρμογή των DRGs - KEN έχει στόχο την βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων, καθώς συμβάλλει στην συσχέτιση της ιατρικής διοίκησης με τον οικονομικό σχεδιασμό (Δημογέροντας, Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2017).

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Νιάκα (2014), η εφαρμογή της παραπάνω μεθόδου πραγματοποιήθηκε δίχως να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, όπως είναι μία τεκμηριωμένη μελέτη που θα εξασφάλιζε την προσαρμογή της στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών και στον τρόπο παροχής των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, δεν υπήρξε σωστή αποτίμηση του κόστους μαζί με τον φορέα που θα ήταν υπεύθυνος για την αποζημίωση των νοσοκομείων, πχ ΕΟΠΥΥ, απόρροια του οποίου ήταν η αύξηση των δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Για τον λόγο αυτό, οι ιθύνοντες αποφάσισαν την μείωση των αρχικών τιμών αποζημίωσης κατά 30%.

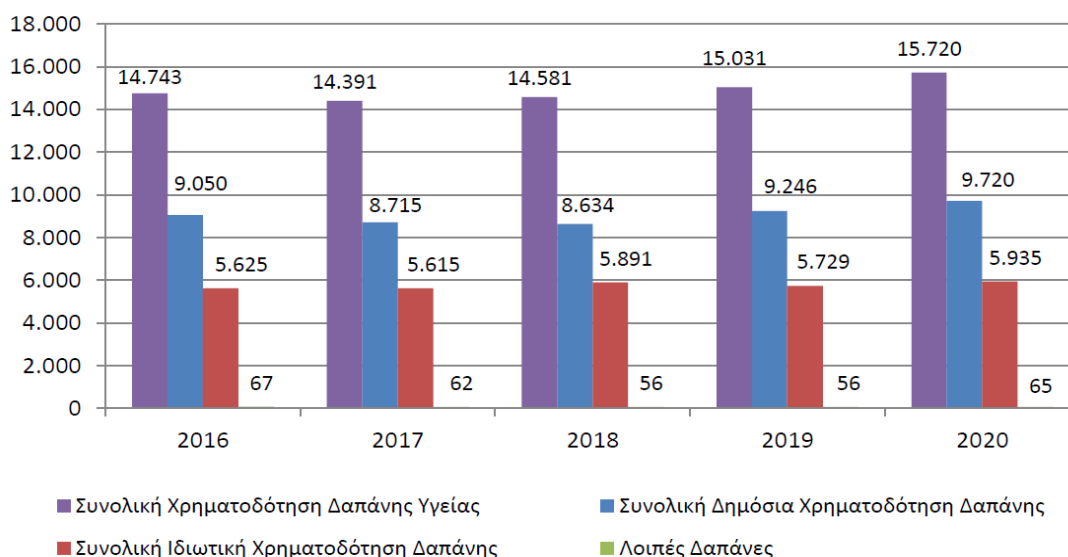
Εντούτοις, δεν είναι εύκολη η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της εν λόγω μεθόδου, καθώς εφαρμόστηκε σε μία περίοδο όπου συνέβησαν αρκετές «βίαιες» αλλαγές στο εθνικό σύστημα υγείας, που ενδεχομένως επηρέασαν την γενικότερη κατάσταση της εποχής.

Πέρα από την εφαρμογή της μεθόδου των DRGs – KEN, η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών φορέων υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί με τους ακόλουθους τρόπους (Δημογέροντας, Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2017):

- **Πληρωμή κατά πράξη**, όπου η κάθε ιατρικο-νοσηλευτική πράξη κοστολογείται χωριστά. Πρόκειται για μία δαπανηρή και πληθωριστική διαδικασία, καθώς προάγει την τεχνητή ζήτηση υπηρεσιών με αποτέλεσμα την μείωση της οικονομικής αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος.
- **Ημερήσιο νοσήλιο**, αφορά την ημερήσια αποζημίωση που αποδίδεται στο νοσοκομείο για κάθε ημέρα νοσηλείας και περιλαμβάνει όλες τις θεραπευτικές, διαγνωστικές, διοικητές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Η μέθοδος αυτή είχε μεγάλη εφαρμογή την περίοδο πριν την εισαγωγή των DRGs στην Ελλάδα το 2011.
- **Σφαιρικός - κλειστός και κατά τμήμα Προϋπολογισμός**. Με την μέθοδο αυτή καλύπτεται το σύνολο των προβλεπόμενων δραστηριοτήτων του εκάστοτε οργανισμού χωρίς καμία μεταβολή μέσα στο οικονομικό έτος. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται προοπτικά στην αρχή κάθε έτους με βάση τον προϋπολογισμό που συντάσσει κάθε ανεξάρτητο τμήμα του νοσοκομείου, λαμβάνοντας υπόψη τον ισολογισμό του προηγούμενου έτους και τις εκτιμήσεις για το επόμενο.

Η επιλογή της αποτελεσματικότερης μεθόδου αποζημίωσης σε ένα σύστημα υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην βιωσιμότητα του και στην ικανοποίηση των πολιτών της χώρας. Η χρηματοδότηση των δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη της σύγχρονης πολιτικής υγείας, καθώς οι ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες καλύπτουν μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας (Δημογέροντας, Μπαλάσκα

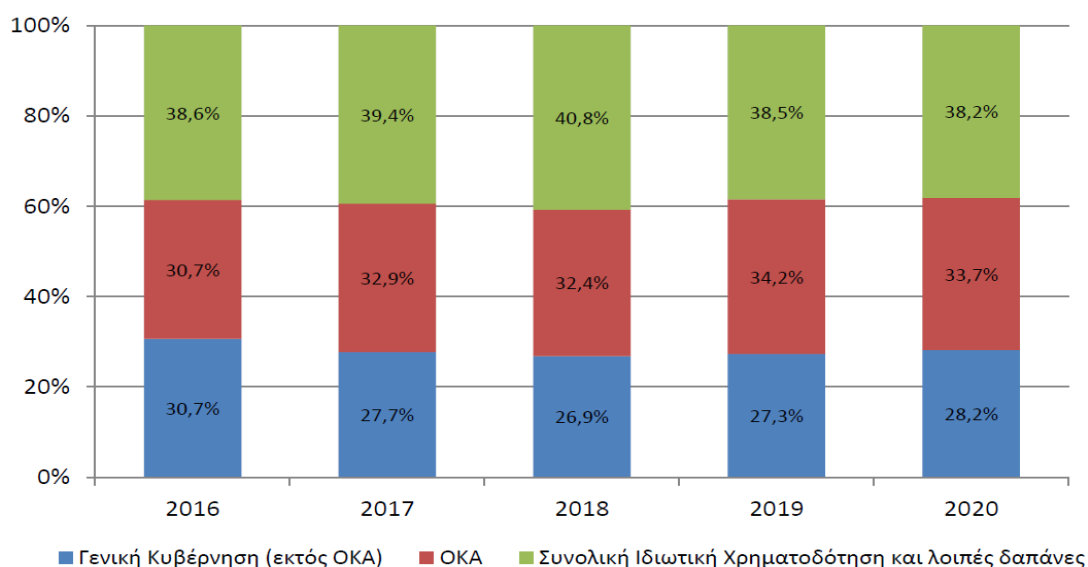
και Μπιτσώρη, 2017). Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2022), η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας το έτος 2020 ισούται με 61,8%, ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση καλύπτει το 37,8% της συνολικής χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος (Γράφημα 6).



Γράφημα 6: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2016-2020 (εκατ. ευρώ)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2022)

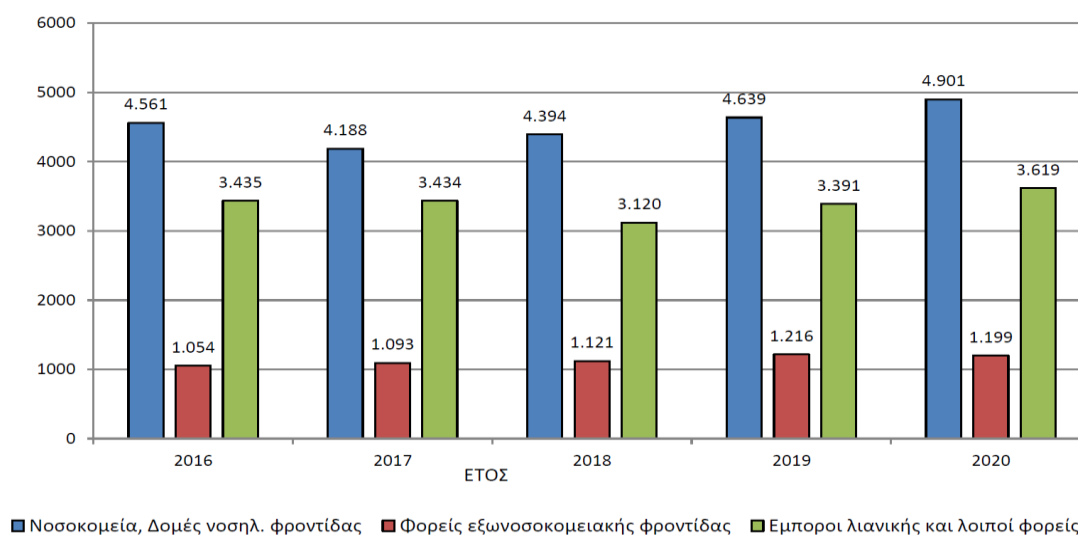
Πιο αναλυτικά και όπως απεικονίζεται στο γράφημα 7, το έτος 2016 η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση με ποσοστό 38,6% κατείχε την μεγαλύτερη συμμετοχή στην συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, ενώ η χρηματοδότηση από την γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (ΟΚΑ) με ισόποσο ποσοστό κατέλαβαν την δεύτερη θέση. Με την πάροδο του χρόνου, η ιδιωτική χρηματοδότηση αυξάνεται καταλαμβάνοντας το υψηλότερο ποσοστό το 2018, ενώ στην συνέχεια και έως το 2020 παρατηρείται μία φθίνουσα πορεία. Αντίθετα, η χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ παρουσιάζει μία ανοδική τάση έως το 2019, ενώ η εμφάνιση της πανδημίας το 2020 συνέβαλε σε μία μικρή πτώση του ποσοστού κάλυψης των συνολικών δαπανών για την υγεία. Αναφορικά με την χρηματοδότηση από την γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) ως ποσοστό συμμετοχής στην κάλυψη των συνολικών δαπανών του κλάδου της υγείας, παρατηρείται μία σταδιακή πτώση την χρονική περίοδο 2016-2018. Ωστόσο το γεγονός αυτό αντιστράφηκε τα δύο χρόνια που ακολούθησαν, με την ποσοστιαία συμμετοχή της γενικής κυβέρνησης (εκτός ΟΚΑ) στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας το 2020 να ανέρχεται στο 28,2%, γεγονός που δικαιολογείται αν αναλογιστεί κανείς πως διατέθηκε στην Ελλάδα πρόσθετη χρηματοδοτική στήριξη για την αντιμετώπιση του κόστους της πανδημίας.



Γράφημα 7: Ποσοστιαία συμμετοχή (%) των φορέων στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας για τα έτη 2016-2020

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2022)

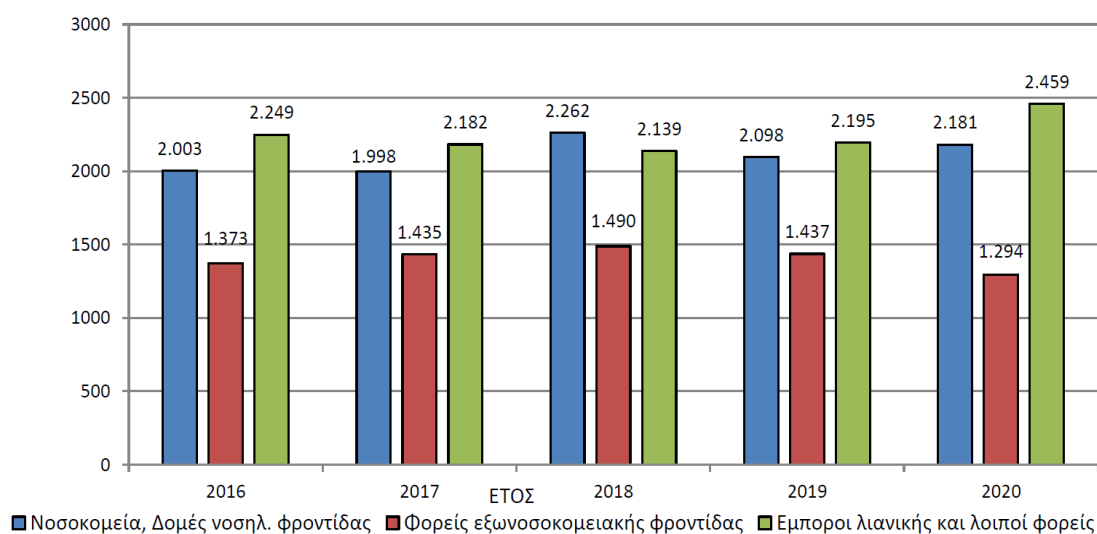
Η κατανομή της χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών αναπαρίσταται στο γράφημα 8. Στο 2016 παρατηρείται πως οι δημόσιες δαπάνες υγείας αφορούν πρωτίστως τα νοσοκομεία (4.561), ακολουθούν τα διαγνωστικά κέντρα και τα φάρμακα και την τρίτη θέση καταλαμβάνουν οι ιδιώτες ιατροί. Η εικόνα αυτή διατηρείται με την πάροδο του χρόνου και έως το έτος 2020, σημειώνοντας μικρές αυξομειώσεις.



Γράφημα 8: Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2020

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2022)

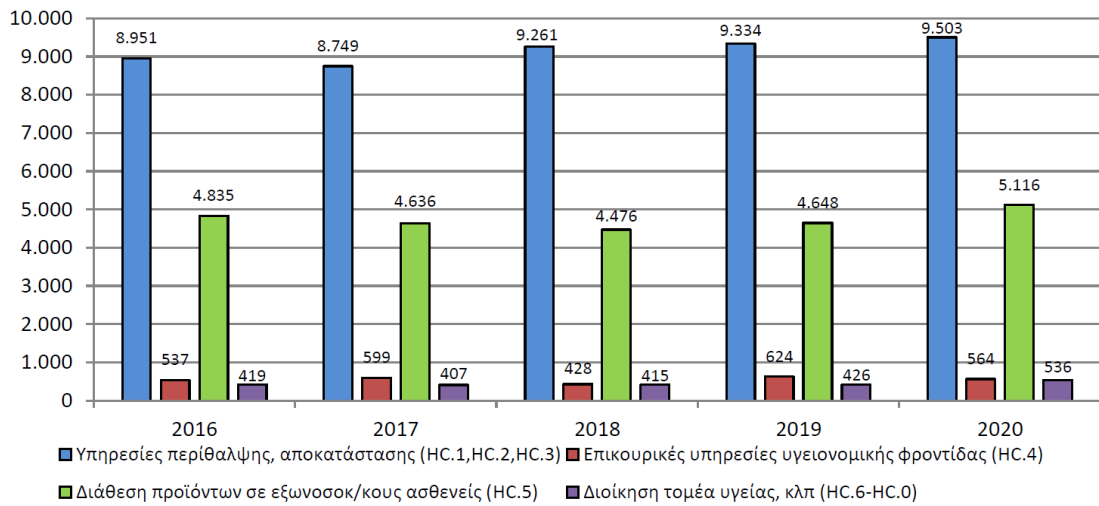
Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ και το γράφημα 9 που έπεται, η κατανομή της χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών παρουσιάζει μία διαφορετική εικόνα με το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών το 2016 να κατευθύνεται προς τους εμπόρους λιανικής και τους λοιπούς φορείς. Οι ιδιωτικές δαπάνες για τα νοσοκομεία καταλαμβάνουν την δεύτερη θέση και έπονται αυτές για τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η σειρά κατάταξης μεταβάλλεται το 2018, όπου η ιδιωτική χρηματοδότηση για τα νοσοκομεία καταλαμβάνει την πρώτη θέση. Ωστόσο, η πρότερη εικόνα επανέρχεται το 2019 και διατηρείται έως και το 2020.



Γράφημα 9: Κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2020

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2022)

Από την πλευρά της προσφοράς, οι δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα διακρίνονται σε δαπάνες για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης, διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και διοικητικές υπηρεσίες. Το 2020 παρατηρείται πως οι υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης. Έπεται η χρηματοδότηση για την διάθεση των προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς ενώ στις τελευταίες θέσεις με αρκετά μικρά ποσοστά βρίσκεται η χρηματοδότηση για τις δαπάνες σε επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και υπηρεσίες διοίκησης. Η εν λόγω κατάταξη συναντάται σε όλο το χρονικό διάστημα 2016-2020.



Γράφημα 10: Χρηματοδότηση υγειονομικής δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2020

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2022)

Συμπερασματικά, η βασική πηγή χρηματοδότησης του εθνικού συστήματος υγείας είναι ο δημόσιος τομέας. Ωστόσο, η μέθοδος χρηματοδότησης που έχει υιοθετηθεί σήμερα δεν οδηγεί στην επίτευξη του βασικού στόχου της καθολικής, έγκαιρης και πλήρους κάλυψης των αναγκών για υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού, αλλά στην οικονομική επιβάρυνση των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Από τα χρόνια του Αριστοτέλη, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών είχε ως βασικό στόχο την προαγωγή της υγείας και όχι την αύξηση του πλούτου. Ωστόσο, τα δημόσια νοσοκομεία, παρά τις ιδιομορφίες του τομέα της υγείας, αποτελούν οικονομικές μονάδες, οι οποίες διέπονται από τις αρχές της μικροοικονομίας και μετασχηματίζουν τις εισροές, πχ υλικά και ανθρώπινους πόρους, σε εκροές, δηλαδή σε παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες (Πολύζος, 2000).

Το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, ο περιορισμός των διαθέσιμων πόρων, η αυξημένη ζήτηση και οι απαιτήσεις για ποιότητα καθιστούν την οικονομική ανάλυση και την αποτύπωση των οικονομικών λειτουργιών των μονάδων υγείας αναγκαία για την αντιμετώπιση των σύγχρονων προκλήσεων (Γώγος, 2011).

2.2 Έννοια και εφαρμογή του λογιστικού συστήματος

Η ανάγκη καταγραφής και ανάλυσης των οικονομικών γεγονότων που πραγματοποιούνται σε έναν οργανισμό, με σκοπό την παροχή πληροφοριών στα ενδιαφερόμενα μέρη εντός (πχ διοίκηση νοσοκομείου) και εκτός (πχ δανειστές) από αυτόν, ώστε αυτοί να προβούν στη λήψη ορθών αποφάσεων, οδήγησε στην ανάπτυξη του κλάδου της λογιστικής (Πολύζος, 2000). Αναφορικά με την λογιστική του δημοσίου τομέα, αυτή θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το σύστημα που αποβλέπει στην συγκέντρωση, καταγραφή, ταξινόμηση και σύννοψη των οικονομικών γεγονότων που λαμβάνουν χώρα, και παρέχει πληροφορίες, όπως απαιτείται από την χρηματοοικονομική διαφάνεια, στους ιθύνοντες του δημοσίου τομέα (Kara, 2012).

Σύμφωνα με την Kara (2012), το λογιστικό σύστημα του δημοσίου τομέα βασίζεται σε δύο αρχές αποτύπωσης των δεδομένων. Η πρώτη αφορά την λογιστική καταγραφή σε ταμειακή βάση (απλογραφικό σύστημα), όπου οι οικονομικές συναλλαγές αναγνωρίζονται με την είσπραξη χρημάτων και την πληρωμή των υποχρεώσεων, και η δεύτερη την λογιστική καταγραφή σε δεδουλευμένη βάση (διπλογραφικό σύστημα), κατά την οποία τα έξοδα και τα έσοδα καταγράφονται με την πραγματοποίησή τους. Στην Ελλάδα σήμερα οι δημόσιες μονάδες υγείας εφαρμόζουν και τα δύο συστήματα.

2.2.1 Δημόσιο απλογραφικό λογιστικό σύστημα

Το ΠΔ 146/2003 ορίζει πως η οικονομική διαχείριση των δημόσιων μονάδων υγείας πραγματοποιείται, παρακολουθείται και ελέγχεται σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία για το δημόσιο λογιστικό. Τα οικονομικά μεγέθη που προκύπτουν, αποτυπώνονται μέσω του απλογραφικού συστήματος, με τον προϋπολογισμό και τον απολογισμό να αποτελούν τα κυριότερα στοιχεία καταγραφής της λειτουργίας του δημοσίου τομέα. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2000), ο προϋπολογισμός αναφέρεται στην καταγραφή των στόχων και των μέτρων, όπως αυτά καθορίζονται από το οικονομικό τμήμα ενός οργανισμού, ενώ ο απολογισμός επιβεβαιώνει την επιτυχία ή αποτυχία του εν λόγω σχεδιασμού. Με άλλα λόγια, ο προϋπολογισμός προσδιορίζει τα έσοδα και τα έξοδα ενός έτους, ενώ ο απολογισμός αποτυπώνει τα πραγματοποιηθέντα έσοδα και έξοδα της εν λόγω χρήσης.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι έννοιες του εσόδου και του εξόδου στο δημόσιο λογιστικό είναι διαφορετικές από αυτές του κλάδου της λογιστικής. Πιο αναλυτικά, ως δημόσιο έσοδο χαρακτηρίζεται η είσπραξη χρηματικού ποσού που λαμβάνει νόμιμα το Ν.Π.Δ.Δ., ενώ το δημόσιο έξοδο ταυτίζεται με την έννοια της πληρωμής. Κάθε πράξη είσπραξης ή πληρωμής καταγράφεται σε έναν κωδικό αριθμό εσόδου ή εξόδου αντίστοιχα στον προϋπολογισμό, καθιστώντας το σύστημα του δημοσίου λογιστικού ως μονογραφικό (Δαβαρίας και Λάζαρης, 2010).

Σημαντικό μειονέκτημα του απλογραφικού συστήματος είναι η αδυναμία ολοκληρωμένης καταγραφής και αξιολόγησης της χρηματοοικονομικής θέσης του δημοσίου νοσοκομείου, αναφορικά με την πραγματική εικόνα των απαιτήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία και των υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές. Από την παραπάνω ανάλυση γίνεται σαφές πως το δημόσιο λογιστικό αποτελεί εργαλείο ταμειακής διαχείρισης, καθιστώντας αδύνατο τον προσδιορισμό του οικονομικού αποτελέσματος (κέρδος ή ζημία) της κλειόμενης χρήσης (Πολύζος, 2000). Μάλιστα η μη παρακολούθηση του κόστους και η έλλειψη διαδικασιών ελέγχου στερούν από την δημόσια μονάδα υγείας πολύτιμες και αναγκαίες πληροφορίες για την άσκηση σωστής διαχείρισης (Δαβαρίας και Λάζαρης, 2010).

2.2.2 Διπλογραφικό λογιστικό σύστημα

Τα προβλήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή του δημοσίου λογιστικού συστήματος επιχείρησε να επιλύσει το ΠΔ 146/2003 μέσω της εφαρμογής του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος γενικής και αναλυτικής λογιστικής που προβλέπει (Παπαγεωργίου, και συν., 2014). Σύμφωνα με το εν λόγω σύστημα, πραγματοποιείται η καταγραφή των μεταβολών που προκύπτουν από τα λογιστικά γεγονότα στην περιουσία μίας οικονομικής μονάδας,

μεταβάλλοντας τουλάχιστον δύο λογαριασμούς, εκ των οποίων ένας χρεώνεται και ένας πιστώνεται. Οι αυξομειώσεις που παρατηρούνται οφείλονται στην παρακάτω μαθηματική ισότητα, η οποία αποτελεί τη βάση της λογιστικής:

$$\text{ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ} = \text{ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ} + \text{ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ}$$

Από την μαθηματική αυτή ισότητα, γίνεται κατανοητό πως κάθε αύξηση ενός στοιχείου του ενεργητικού, θα οδηγεί σε ταυτόχρονη μείωση ενός άλλου στοιχείου του ενεργητικού ή αύξηση των ιδίων κεφαλαίων ή των υποχρεώσεων, και αντίστροφα. Όλες οι μεταβολές καταχωρούνται σε μία ειδική κατάσταση που καλείται ημερολόγιο, και η οποία έχει δύο στήλες, την αριστερή που ονομάζεται χρέωση και την δεξιά που καλείται πίστωση.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη η αποσαφήνιση των ορισμών του εσόδου και του εξόδου στο διπλογραφικό λογιστικό σύστημα. Ως έσοδο νοείται κάθε αύξηση της καθαρής θέσης ενός νοσοκομείου ως αποτέλεσμα της λειτουργίας του, ενώ το έξοδο προκύπτει από την μείωση της καθαρής θέσης λόγω της άσκησης της δραστηριότητας του. Για παράδειγμα, στο διπλογραφικό σύστημα η έκδοση μίας απόδειξης παροχής υπηρεσιών που αφορά νοσήλια μηνός Δεκεμβρίου θα καταχωρηθεί ως έσοδο στην χρήση που θα πραγματοποιηθεί, ενώ στο δημόσιο λογιστικό σύστημα το εν λόγω έσοδο θα καταγραφεί στο έτος που θα εισπραχθεί, ακόμα κι αν η είσπραξη πραγματοποιηθεί σε επόμενες χρήσεις (Δαβαρίας και Λάζαρης, 2010).

Η εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος επιφέρει αρκετά πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα, συμβάλλει στον προσδιορισμό του λειτουργικού κόστους κάθε τμήματος του νοσοκομείου και του κόστους παραγωγής των υπηρεσιών που προσφέρει. Τα έξοδα διαχωρίζονται σε λειτουργικές δαπάνες και δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών, και οι υποχρεώσεις κατηγοριοποιούνται σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Η περιουσιακή κατάσταση του νοσοκομείου και η ετήσια δραστηριότητα του αποτυπώνεται επαρκώς, ενώ η εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση και παρακολούθηση των απαιτήσεων και των υποχρεώσεων του. Η γνώση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται οδηγεί στην παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις δυνατότητες κάθε νοσοκομείου, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τις απαιτήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό. Μάλιστα, μέσα από την εφαρμογή του συγκεκριμένου συστήματος, το νοσοκομείο αντλεί πληροφορίες για τα πάγια περιουσιακά στοιχεία, τα αποθέματα, τα χρηματικά διαθέσιμα, τα έσοδα και έξοδα του με αποτέλεσμα να συντάσσει πιο έγκυρο προϋπολογισμό και απολογισμό (Παπαγεωργίου, και συν., 2014).

2.2.3 Η συλλειτουργία του δημοσίου λογιστικού και του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος

Το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα αποτελεί ένα σύστημα με απεριόριστες δυνατότητες. Ωστόσο, οι δημόσιες μονάδες υγείας δεν απαλλάσσονται από την υποχρέωση εφαρμογής του απλογραφικού συστήματος, με το προεδρικό διάταγμα να καθορίζει την διάρθρωση των λογαριασμών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής σύμφωνα με το Ε.Γ.Λ.Σ. (Ενιαίο Γενικό Λογιστικό Σχέδιο), προσαρμοσμένο στις ανάγκες των δημόσιων υγειονομικών μονάδων περίθαλψης, και την ταυτόχρονη αντιστοίχιση τους με τους λογαριασμούς του δημοσίου λογιστικού (Πολύζος, 2000).

Το ΠΔ 146/2003 προβλέπει την εφαρμογή τριών ανεξάρτητων και αυτόνομων λογιστικών κυκλωμάτων, το δημόσιο λογιστικό, την γενική και την αναλυτική λογιστική. Τα κυκλώματα αυτά συλλειτουργούν και συγκεκριμένα προβλέπεται η ταυτόχρονη ή έστω άμεση ενημέρωση τους με την καταχώρηση ενός παραστατικού (ΦΕΚ Α' 122/21.05.2003). Οι ετεροχρονισμοί που τυχόν παρατηρούνται απαιτούν την πραγματοποίηση εγγραφών προσαρμογής, με σκοπό την ορθή απεικόνιση των απαιτήσεων και των υποχρεώσεων του δημόσιου νοσοκομείου, την διατήρηση της αυτοτέλειας των χρήσεων και την συσχέτιση των εσόδων και των εξόδων.

2.3 Οι χρηματοοικονομικές – λογιστικές καταστάσεις

Αποτέλεσμα τήρησης των παραπάνω λογιστικών συστημάτων αποτελεί η σύνταξη και δημοσίευση των ετήσιων χρηματοοικονομικών καταστάσεων. Οι εν λόγω καταστάσεις απεικονίζουν την οικονομική θέση και επίδοση της δημόσιας μονάδας υγείας, προσφέροντας χρήσιμες πληροφορίες σε ένα ευρέος κύκλου χρηστών. Οι πληροφορίες αυτές σχετίζονται με τα περιουσιακά στοιχεία, τα ίδια κεφάλαια και τις μεταβολές σε αυτά, τις υποχρεώσεις, τα έσοδα και τις δαπάνες, καθώς και τις ταμειακές ροές μίας οικονομικής οντότητας (Αποστόλου, 2015).

Η σύνταξη και η δημοσιοποίηση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων στηρίζονται σε δύο θεμελιώδεις παραδοχές, την αυτοτέλεια των χρήσεων και την συνεχιζόμενη δραστηριότητα της οικονομικής μονάδας. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των παραπάνω καταστάσεων αφορούν την δυνατότητα κατανόησης, τη συνάφεια, την αξιοπιστία, καθώς και την συγκρισιμότητα τους από μία χρονική περίοδο σε άλλη (Τουρνά-Γερμανού, 2015).

Την ευθύνη σύνταξης και δημοσιοποίησης των χρηματοοικονομικών καταστάσεων έχει η διοίκηση της μονάδας υγείας. Ωστόσο, λόγω των εξειδικευμένων λογιστικών γνώσεων και της εμπειρίας που απαιτείται, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έδωσε τη δυνατότητα στα

νοσοκομεία του ΕΣΥ να αναθέτουν την τήρηση των λογιστικών βιβλίων για την εφαρμογή της Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής και την σύνταξη των χρηματοοικονομικών καταστάσεων που ορίζει το κλαδικό λογιστικό σχέδιο και τα διεθνή λογιστικά πρότυπα, σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα (άρθρο 36, ΦΕΚ Α' 295/30.12.1999, όπως αυτό τροποποιήθηκε από το άρθρο 79, ΦΕΚ Α'134/09.08.2019). Οι εν λόγω καταστάσεις υπόκεινται σε έλεγχο από Ορκωτό Ελεγκτή, η υποχρέωση του οποίου είναι η μελέτη και η έκφραση γνώμης αναφορικά με την αξιοπιστία αυτών (Τουρνά-Γερμανού, 2015).

Σύμφωνα με το ΠΔ 146/2003, οι χρηματοοικονομικές καταστάσεις που καταρτίζονται σε ετήσια βάση (υποχρεωτικά έως το τέλος κάθε χρήσεως), δημοσιεύονται σύμφωνα με τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας και αποτελούν ένα ενιαίο και αδιάσπαστο σύνολο είναι:

- ✓ Κατάσταση Ισολογισμού Τέλους Χρήσεως
- ✓ Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσεως
- ✓ Πίνακας Διάθεσης Αποτελεσμάτων
- ✓ Προσάρτημα του Ισολογισμού και των Αποτελεσμάτων Χρήσεως

2.3.1 Κατάσταση Ισολογισμού Τέλους Χρήσεως

Ο ισολογισμός είναι μία λογιστική κατάσταση η οποία εκφράζει συνοπτικά την χρηματοοικονομική κατάσταση της οικονομικής οντότητας σε χρηματικές μονάδες σε μία δεδομένη χρονική στιγμή, η οποία συνήθως είναι η 31^η Δεκεμβρίου. Απαρτίζεται από τρία μέρη, το ενεργητικό, το παθητικό και την καθαρή θέση ή ίδια κεφάλαια και τηρεί την ισότητα: Ενεργητικό = Παθητικό + Καθαρή Θέση. Πιο αναλυτικά, το ενεργητικό συνιστά το σύνολο των περιουσιακών στοιχείων της οικονομικής μονάδας, τα οποία έχουν περιέλθει στην κυριότητα της μέσα από διάφορα λογιστικά γεγονότα (πχ κτίρια, μετρητά), και των απαιτήσεων από τρίτους. Στο παθητικό εντάσσονται οι οφειλές της οικονομικής μονάδας σε τρίτους (πχ χρέη σε προμηθευτές και τράπεζες), ενώ η καθαρή θέση αποτυπώνει τις υποχρεώσεις της προς τον φορέα σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Με άλλα λόγια, το πρώτο σκέλος της ισότητας απεικονίζει τη συνολική αξία των στοιχείων της οικονομικής μονάδας, ενώ το δεύτερο τις πηγές προέλευσης και χρηματοδότησης αυτών (Αποστόλου, 2015).

2.3.2 Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσεως

Η κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσεως παρουσιάζει το τελικό αποτέλεσμα (πλεόνασμα ή έλλειμμα) της οικονομικής διαχείρισης που επέτυχε η οικονομική μονάδα κατά την διάρκεια της

κλειόμενης χρήσης, καθώς επίσης και τους παράγοντες που επιδρούν στο αποτέλεσμα αυτό. Πιο αναλυτικά, περιλαμβάνει το σύνολο των εσόδων, εξόδων, δαπανών, κερδών και ζημιών που πραγματοποιούνται σε μία οικονομική περίοδο, αποτυπώνοντας την αποδοτική λειτουργία του φορέα. Σημειώνεται πως ως έσοδα και έξοδα νοούνται αυτά που καθίστανται δεδουλευμένα στη χρήση. Με άλλα λόγια, η κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης καταγράφει τα αποτελέσματα εκμετάλλευσης, τα οποία εμφανίζονται στην καθαρή θέση του ισολογισμού (Τουρνά-Γερμανού, 2015).

2.3.3 Πίνακας Διάθεσης Αποτελεσμάτων

Ο πίνακας διάθεσης αποτελεσμάτων παρουσιάζει την διανομή του αποτελέσματος της οικονομικής μονάδας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει το πλεόνασμα ή το έλλειμμα της κλειόμενης χρήσης και τυχόν υπόλοιπα προηγούμενων χρήσεων (Μπάλλας & Χέβας, 2010). Οι δημόσιες μονάδες υγείας, ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, μεταφέρουν το υπόλοιπο του πίνακα διάθεσης αποτελεσμάτων στο παθητικό του ισολογισμού ως αποτέλεσμα εις νέο.

2.3.4 Προσάρτημα του Ισολογισμού και των Αποτελεσμάτων Χρήσεως

Το προσάρτημα παρουσιάζει πρόσθετες και επεξηγηματικές πληροφορίες αναφορικά με τις πολιτικές που χρησιμοποιήθηκαν και τα σημαντικά γεγονότα που συνέβησαν και δεν αποτυπώνονται στον ισολογισμό και στην κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης. Αποτελεί απαραίτητο κομμάτι των χρηματοοικονομικών καταστάσεων και περιλαμβάνει μία ανασκόπηση των διάφορων πληροφοριών που εμπεριέχονται σε αυτές. Έχει ιδιαίτερη σημασία για κάθε ενδιαφερόμενο στον οποίο απευθύνονται οι οικονομικές καταστάσεις, καθώς καθιστά δυνατή την κατανόηση την πραγματικής οικονομικής κατάστασης της οικονομικής μονάδας.

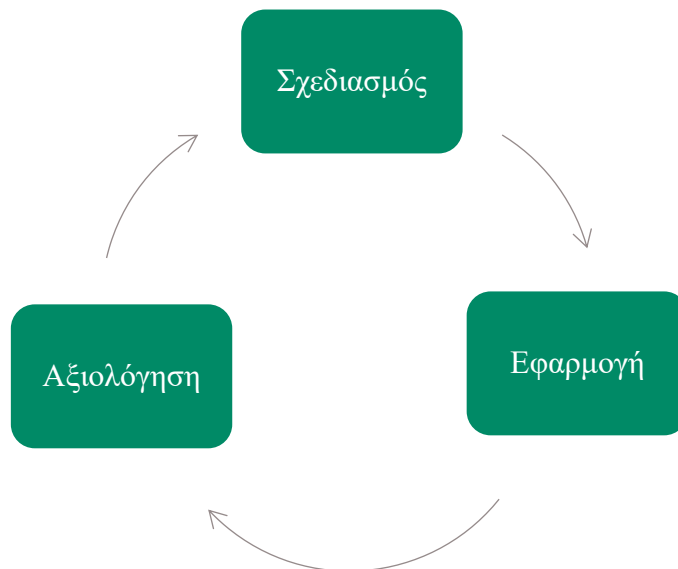
Οι πληροφορίες που εμπεριέχονται στο προσάρτημα διακρίνονται στις παρακάτω τρεις κατηγορίες:

- Πληροφορίες αναφορικά με τις *λογιστικές πολιτικές* που ακολουθήθηκαν, όπως είναι η πολιτική των αποσβέσεων και των προβλέψεων.
- Πληροφορίες σχετικές με τις *απρόβλεπτες υποχρεώσεις*, όπως είναι αυτές που προκύπτουν από εκκρεμείς δικαστικές υποθέσεις.
- Πληροφορίες που σχετίζονται με *μεταγενέστερα γεγονότα*, τα οποία συνέβησαν μετά την κατάρτιση των οικονομικών καταστάσεων, αλλά πριν την δημοσίευσή τους, όπως είναι η ολοκλήρωση μιας νομικής υπόθεσης (Τουρνά-Γερμανού, 2015).

3.1 Ο ρόλος και τα επίπεδα αξιολόγησης στο σύστημα υγείας

Ως οικονομικές μονάδες, οι υπηρεσίες υγείας έχουν οικονομική δραστηριότητα με τους ασθενείς να κατέχουν το ρόλο των χρηστών, το προσωπικό να λειτουργεί ως συντελεστής παραγωγής, το κόστος να περιλαμβάνει την επιβάρυνση που επωμίζεται το σύστημα υγείας, ο ασθενής και η οικογένειά του, και το αποτέλεσμα να αναφέρεται στο όφελος που γεννάται για τους χρήστες και τους συντελεστές. Στόχος είναι η καλύτερη αξιοποίηση των υφιστάμενων πόρων, η παροχή βέλτιστης ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών και η πρόληψη ή θεραπεία των ανθρώπων. Στην κατεύθυνση αυτή, η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την λήψη ορθολογικών αποφάσεων στο πλαίσιο της πολιτικής υγείας (Λαχανά, 2007).

Σύμφωνα με τους Τούντα και Οικονόμου (2007), η αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης των συστημάτων υγείας (Σχήμα 2). Με τον τρόπο αυτό, εντοπίζονται τυχόν προβλήματα και ελλείψεις της οικονομικής μονάδας και δίνεται η δυνατότητα τροποποίησης της λειτουργίας της και εισαγωγής νέων κατάλληλων πρακτικών και εφαρμογών, ώστε να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και η σωστή κατανομή των οικονομικών πόρων.



Σχήμα 2: Ο ρόλος της αξιολόγησης στο σύστημα υγείας

Πηγή: Τούντας και Οικονόμου, 2007

Ο Donabedian (1986) διέκρινε τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στον κλάδο της υγείας (Σχήμα 3):

- η αξιολόγηση των εισροών αναφέρεται στην αποτίμηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων ενός νοσοκομείου
- η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών αποτιμάει την οργάνωση και την ποιότητα των ενδιάμεσων υπηρεσιών υγείας
- η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών εκτιμάει τη χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και τον όγκο του προϊόντος που παράγεται
- η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προσδιορίζει τις συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου.



Σχήμα 3: Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας

Πηγή: Donabedian, 1986

Η χρήση των κατάλληλων δεικτών σε συνδυασμό με την αξιολόγηση των τεσσάρων επιπέδων, συμβάλλουν στην ορθή αποτίμηση της εκάστοτε υγειονομικής υπηρεσίας.

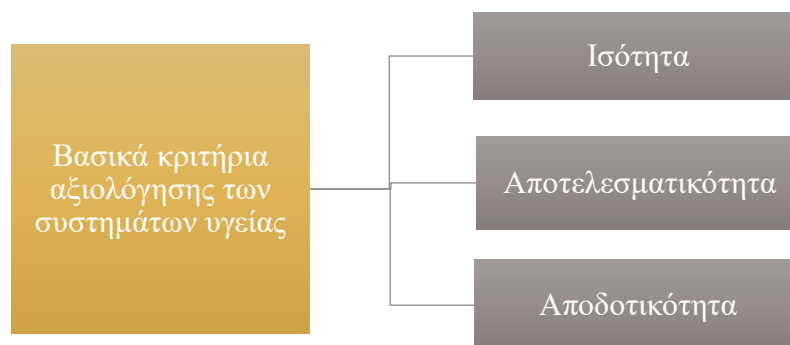
3.2 Κριτήρια απόδοσης των υγειονομικών υπηρεσιών

Η αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα αρκετών ιατρικών υπηρεσιών, η απώλεια πόρων λόγω των οργανωτικών ελλείψεων και οι αυξημένες ιατρικές δαπάνες λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και συχνά της υπερκατανάλωσης των υγειονομικών υπηρεσιών, συνέβαλλαν στην δημιουργία και καθιέρωση κατάλληλων κριτηρίων απόδοσης, με βάση τα οποία θα γίνεται η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Moullin (2004), τα κριτήρια συνιστούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές που συμβάλουν στην αποτίμηση της λειτουργίας της μονάδας υγείας συγκριτικά με τα αποδεκτά πρότυπα. Τα κριτήρια αξιολόγησης αναφέρονται στις εισροές, στις διαδικασίες, στις ενδιάμεσες εκροές και στα τελικά αποτελέσματα και δίνουν έμφαση στους τομείς που εξετάζουν περισσότερο

οι εμπλεκόμενοι φορείς. Τα εν λόγω κριτήρια στη συνέχεια αντιστοιχούνται με δείκτες απόδοσης, δηλαδή με καθαρούς αριθμούς που αντιπροσωπεύουν μία ποσοστιαία αναλογία συχνότητας μίας κατάστασης.

Ο Cochrane ήταν ο πρώτος που εξέφρασε τις επιφυλάξεις του για την κλινική πρακτική στο σύνολο της, και ανέπτυξε την ανάγκη αποτίμησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας με βάση τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, τα οποία αποτελούν και τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης (Σχήμα 4) (Καστανιώτη και Πολύζος, 2016).



Σχήμα 4: Βασικά κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας

Πηγή: Τούντας & Οικονόμου, 2007

Το πρώτο κριτήριο, αυτό της ισότητας, αφορά κυρίως τα συστήματα υγείας και συνεπώς προσελκύει το ενδιαφέρον της πολιτικής υγείας. Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας εξετάζει τα ιατρικά μέτρα, τα προγράμματα υγείας, τις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας και καθίσταται το κύριο μέλημα της διοίκησης κάθε μονάδας υγείας, ενώ το κριτήριο της αποδοτικότητας σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας και απευθύνεται κυρίως στους ιατρούς (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

3.2.1 Το κριτήριο της ισότητας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της ισότητας στην υγεία σχετίζεται με την ισότιμη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και την παροχή ίδιας ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς, μη λαμβάνοντας υπόψη οικονομικούς, κοινωνικούς, φυλετικούς και άλλους παράγοντες (Ναούμ, 2009). Κατά πολλούς ερευνητές, η ισότητα πρέπει να εφαρμόζεται και σε

παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι οι συνθήκες διαβίωσης. Κατά συνέπεια, η πραγματική ισότητα αναφέρεται στην ύπαρξη παρόμοιων δεικτών υγείας (π.χ. βρεφικής θνησιμότητας) μεταξύ των ποικίλων ομάδων του πληθυσμού.

Υπάρχουν δύο διαστάσεις της ισότητας, η κάθετη και η οριζόντια. Πιο αναλυτικά, η οριζόντια ισότητα αναφέρεται στην ισότιμη κατανομή των πόρων και στην ισότιμη πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο των πολιτών με στόχο την σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό επίπεδο. Αντίθετα, η κάθετη ισότητα λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας να προσαρμόζεται στις ανάγκες του και ταυτόχρονα η χρηματοδότηση να βασίζεται στην οικονομική δυνατότητα των ανθρώπων.

Η ορθή κατανομή των πόρων που αποσκοπεί στην μεγιστοποίηση της χρησιμότητας στο κοινωνικό σύνολο αποτελεί πρωταρχικό στόχο ενός συστήματος υγείας, αλλά δεν είναι δυνατό να εξασφαλίσει πως η χρησιμότητα είναι ανάλογη των αναγκών των πολιτών. Μάλιστα έχει παρατηρηθεί πως στα συστήματα υγείας, στα οποία οι μηχανισμοί της αγοράς κατέχουν σημαντικό ρόλο, οι ανισότητες στην κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών είναι μεγάλες, και συνεπώς οι ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις απολαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της χρησιμότητας. Με άλλα λόγια, στα εν λόγω συστήματα δεν είναι εφικτή η κάθετη ισότητα. Στο πλαίσιο της καλύτερης κατανομής των πόρων στο πληθυσμό, χρησιμοποιούνται πλέον μεθοδολογικές μετρήσεις των ανισοτήτων (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

3.2.2 Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας

Ως αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας νοείται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που τίθενται κατά τον σχεδιασμό και προγραμματισμό του (Ναούμ, 2009). Καθώς οι στόχοι δύναται να αναφέρονται σε πολλά πεδία (πχ προσβασιμότητας, ποιότητας), συνήθως ο όρος προσεγγίζει τον βαθμό επίτευξης των στόχων αναφορικά με τις επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών (Araha, et al, 2003).

Η βέλτιστη μέθοδος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας είναι η μέτρηση των αποτελεσμάτων στην υγεία του πληθυσμού (πχ ποιότητα ζωής, θνησιμότητα). Ωστόσο, η παραπάνω διαδικασία δεν είναι εύκολα εφαρμόσιμη. Εναλλακτικά, η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας αποτιμάται έμμεσα μέσω της μέτρησης της αποτελεσματικότητας των επιμέρους προγραμμάτων υγείας ή αξιολογώντας την ποιότητα και την ποσότητα των διαδικασιών που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος στην υγεία (πχ χειρουργικές πράξεις) (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

3.2.3 Το κριτήριο της αποδοτικότητας

Η αποδοτικότητα αποτελεί το πρώτο στάδιο στην αξιολόγηση της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας και σχετίζεται με τον έλεγχο της ορθής κατανομής των πόρων (ανθρώπινων και υλικών). Με άλλα λόγια, το κριτήριο της αποδοτικότητας αναφέρεται στον βαθμό χρησιμοποίησης των πόρων της οικονομικής μονάδας για την κάλυψη της υφιστάμενης ζήτησης και της παραγωγικότητας της. Ο έλεγχος της ορθής χρήσης των πόρων της υγειονομικής μονάδας πραγματοποιείται μέσω της βελτίωσης της ικανότητας της να αποτρέπει τη νόσο ή να προσφέρει στον ασθενή την δυνατότητα μίας αποτελεσματικής και ποιοτικής θεραπείας. Η αποδοτικότητα μίας μονάδας υγείας επηρεάζεται βραχυχρόνια από την εργασία και μακροχρόνια από ποικίλους παράγοντες, όπως το ιδιοκτησιακό καθεστώς, την τεχνολογική υποδομή και το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης (Καλογεροπούλου, 2011).

Γενικά, η αποδοτικότητα χαρακτηρίζεται ως μέγιστη όταν επιτυγχάνεται η παραγωγή μίας ποσότητας προϊόντος με το χαμηλότερο κόστος και ταυτόχρονα με την καλύτερη ποιότητα, ή η παραγωγή της μέγιστης ποσότητας ενός προϊόντος με δεδομένο το κόστος. Στενά συνυφασμένη με την έννοια της αποδοτικότητας είναι η παραγωγικότητα, η οποία ισούται με το πηλίκο του αποτελέσματος προς τις εισροές, οι οποίες εκφράζονται σε ανθρωποώρες, καθιστώντας βασικό παράγοντα την ανθρώπινη εργασία ως συντελεστή παραγωγής (Ναούμ, 2009).

Σε επίπεδο συστήματος υγείας, η αποδοτικότητα ισούται με το πηλίκο των ενδιάμεσων ή τελικών εκροών προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε φυσικές ή χρηματικές μονάδες, οι οποίες ισοδυναμούν με το κόστος. Για παράδειγμα, στην αξιολόγηση μίας μονάδας υγείας, οι ενδιάμεσες εκροές περιλαμβάνουν το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν και τον αριθμό των εργαστηριακών διαδικασιών, οι τελικές εκροές αναφέρονται στην βελτίωση του δείκτη θνησιμότητας και οι εισροές αποτελούνται από το ανθρώπινο δυναμικό, τις διαθέσιμες κλίνες και το άμεσο λειτουργικό κόστος (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Σύμφωνα με την Καλογεροπούλου (2011), η σημασία του προσδιορισμού της αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων είναι αυταπόδεικτη, καθώς παρατηρείται μία ασυμφωνία μεταξύ των προσφερόμενων πόρων και των αναγκών του πληθυσμού. Κρίνεται συνεπώς αναγκαία η ανάδειξη ενός συνδυασμού ιατρικών μέτρων και υπηρεσιών υγείας που θα συμβάλουν στην καλύτερη μετατροπή των εισροών σε εκροές, με στόχο την μείωση του κόστους και την ταυτόχρονη αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.

3.3 Επιλογή δεικτών

Ως ιδιόμορφες οικονομικές μονάδες, συχνά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα νοσοκομεία παράγουν ποικίλες υπηρεσίες με την μορφή θεραπειών σε εσωτερικούς ασθενείς και ασθενείς εξωτερικών ιατρείων, νοσηλεία στο σπίτι, καθώς και ερευνητικό και διδακτικό έργο και άλλες υπηρεσίες. Η έννοια της θεραπείας περιλαμβάνει τόσο την προσπάθεια ίασης των ανθρώπων, όσο και τις διαγνωστικές υπηρεσίες. Κατά την παραγωγική διαδικασία, οι μονάδες υγείας χρησιμοποιούν μία πληθώρα εισροών όπως είναι ο μηχανολογικός εξοπλισμός, τα αναλώσιμα υλικά, το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, διοικητικό) και παράγουν ενδιάμεσες εκροές, όπως επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και εργαστηριακές εξετάσεις (Αλετράς, Ματσαγγάνης & Νιάκας, 2002). Η χρήση των παραπάνω δεδομένων νοσοκομειακής δραστηριότητας συμβάλει στον υπολογισμό των δεικτών λειτουργικότητας, οι οποίοι αποκαλύπτουν τον βαθμό αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων των νοσοκομείων (Καϊτελίδου, 2014).

Βασικός στόχος των μονάδων υγείας αποτελεί η ποιοτικότερη υγειονομική φροντίδα των πολιτών σε συνδυασμό με την καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Τα νοσοκομεία, ως πολυσύνθετοι οργανισμοί, δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και στην αξιολόγηση της απόδοσης τους. Ως επακόλουθο, εξετάζονται δείκτες οι οποίοι συμβάλλουν στην αξιολόγηση της λειτουργικής και οικονομικής δραστηριότητας των μονάδων υγείας και προσφέρουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την υιοθέτηση αποτελεσματικότερων πολιτικών για τον κλάδο της υγείας, ορθότερων συστημάτων πληρωμών με ταυτόχρονη ενίσχυση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού (Rahimi et al, 2014).

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι δείκτες λειτουργικής και οικονομικής απόδοσης, καθώς και οι χρηματοοικονομικοί δείκτες των νοσοκομείων που αποτελούν αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας.

3.3.1 Δείκτες λειτουργίας των νοσοκομείων

Η μέτρηση και η σύγκριση της παραγωγικής ικανότητας και της σωστής διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων επιτυγχάνεται με τη χρήση μίας σειράς δεικτών. Οι συνηθέστεροι δείκτες για την μέτρηση του παραγόμενου έργου των μονάδων υγείας αναλύονται παρακάτω:

i. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2000), η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) αντικατοπτρίζει την οργάνωση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενός νοσοκομείου. Ο δείκτης αναφέρεται στον μέσο χρόνο παραμονής των ασθενών στη μονάδα υγείας και ισούται με το πηλίκο της διαίρεσης των συνολικών ημερών νοσηλείας προς τον αριθμό των εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν στο ίδιο χρονικό διάστημα (Bhati, 2019). Το αποτέλεσμα του επηρεάζεται από τις αποφάσεις του εκάστοτε ιατρού σχετικά με την θεραπευτική διαδικασία, τις συνθήκες νοσηλείας, τη νόσο και την οργανωτική διάρθρωση του νοσηλευτηρίου.

Ο τύπος της μέσης διάρκειας νοσηλείας είναι:

$$\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)} = \frac{\text{Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{Νοσηλευθέντες Ασθενείς}}$$

Θετική εξέλιξη στην λειτουργία των νοσοκομείων αποτελεί η μείωση του παραπάνω δείκτη (Καραγιάννη, 2014).

ii. Ποσοστό Κάλυψης Κλινών

Το ποσοστό κάλυψης κλινών (ΠΚΚ) εκφράζει την αποδοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου. Πιο αναλυτικά, αποτυπώνει το σύνολο των ημερών όπου οι κλίνες είναι κατειλημμένες συγκριτικά με το σύνολο των διαθέσιμων κλινών της νοσηλευτικής μονάδας και αντικατοπτρίζει το βαθμό αξιοποίησης του συντελεστή παραγωγής «κλίνες». Υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{Ποσοστό Κάλυψης Κλινών (ΠΚΚ)} = \frac{\text{Ημέρες Νοσηλείας}}{365 \text{ Ημέρες} * \text{Αριθμός Κλινών}} * 100$$

Επιθυμητές τιμές για τον παραπάνω δείκτη είναι οι τιμές μεταξύ 80-85%, καθώς μικρότερο ποσοστό υποδηλώνει πως η νοσηλευτική μονάδα λειτουργεί αντιοικονομικά, αν αναλογιστεί κανείς τα υψηλά σταθερά κόστη που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά, οι υψηλές τιμές του δείκτη εκφράζουν υπερεντατική λειτουργία του εκάστοτε νοσοκομείου και αύξηση του μεταβλητού κόστους λόγω υπερωριών, πρόσθετων αμοιβών κτλ. Στις περιπτώσεις που η τιμή του δείκτη ξεπερνά το 100%, παρατηρείται αδυναμία κάλυψης της ζήτησης και ύπαρξη ράντζων στο χώρο του νοσοκομείου (Καραγιάννη, 2014).

iii. Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2000), ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη (PEA) εκφράζει τον ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιείται ο συντελεστής παραγωγής «κλίνη». Πιο συγκεκριμένα, αποτυπώνει τον αριθμό ασθενών ανά κλίνη και εκφράζεται από τον τύπο:

$$\text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη (PEA)} = \frac{365 \text{ ημ.} * \% \text{ Κάλυψης Κλινών}}{ΜΔΝ * 100}$$

iv. Αδράνεια Κλίνης ή Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών ανά Κλίνη

Το μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη (ΜΔΕ) παρουσιάζει τον ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή, με άλλα λόγια, τον αριθμό των ημερών που μία κλίνη παραμένει κενή μέχρι την εισαγωγή του επόμενου ασθενή (Πολύζος, 2000). Ο εν λόγω δείκτης αποκαλύπτει τον βαθμό αξιοποίησης των νοσοκομειακών υποδομών και υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{Αδράνεια Κλίνης (ΜΔΕ)} = \left(\frac{365 \text{ ημ.}}{\text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη}} \right) - ΜΔΝ$$

Οι χαμηλές τιμές του παραπάνω δείκτη υποδεικνύουν μία αποτελεσματική αξιοποίηση των κλινών του νοσοκομείου, ενώ οι αρνητικές τιμές παραπέμπουν σε υπερεντατική χρήση και έλλειψη κλινών (Καραγιάννη, 2014).

3.3.2 Οικονομικοί δείκτες

Η παρακολούθηση των οικονομικών στοιχείων επιτρέπει στα δημόσια νοσοκομεία να συνεχίσουν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας και να διατηρήσουν την οικονομική βιωσιμότητά τους. Η ανάλυση των οικονομικών μεγεθών των δημόσιων μονάδων υγείας αναφέρεται στο σύνολο των δαπανών, εξαιρουμένης της μισθοδοσίας του προσωπικού, και στα συνολικά έσοδα από την παροχή υπηρεσιών (Καραγιάννη, 2014). Αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας αποτελεί η εξέταση των παρακάτω οικονομικών μεγεθών:

i. Νοσοκομειακές Δαπάνες Αγοράς

Τα έξοδα των μονάδων υγείας περιλαμβάνουν τις αγορές φαρμάκων και γενικότερα όλων των υλικών που διακινούνται στο φαρμακείο του νοσοκομείου και τις δαπάνες για αγορά αναλώσιμου υλικού, ορθοπεδικού και πρόσθετου υλικού καθώς και για αγορά αντιδραστηρίων. Πέρα των

παραπάνω εξόδων, το κάθε νοσοκομείο καλείται να καλύψει λειτουργικές δαπάνες, όπως είναι η αγορά τροφίμων, καυσίμων, αερίων, εξοπλισμού, ανταλλακτικών, ιματισμού και τεχνικού υλικού, και η εξόφληση λογαριασμών ΔΕΚΟ και υπηρεσιών σχετικές με την συντήρηση και επισκευή κτηρίων και μηχανημάτων, την φύλαξη, την καθαριότητα, τις λογιστικές υπηρεσίες εξωτερικών συνεργατών κ.α. Αξίζει να σημειωθεί, πως η μισθοδοσία του προσωπικού δεν αποτελεί δαπάνη του νοσοκομείου, καθώς δεν καλύπτεται από τον τακτικό προϋπολογισμό του.

ii. Έσοδα Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Τα έσοδα των δημόσιων νοσοκομείων διακρίνονται σε:

A. Βεβαιωμένα έσοδα: αναφέρονται στις τιμολογημένες απαιτήσεις της μονάδας υγείας αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών, οι οποίες δύναται να έχουν ή μη εισπραχθεί.

B. Εισπραχθέντα έσοδα: αποτυπώνουν το σύνολο των εισπράξεων από τον ΕΦΚΑ και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία, τις πληρωμές των ιδιωτών και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

Γ. Έσοδα από επιχορηγήσεις (τακτικές και ειδικές): περιλαμβάνουν το σύνολο των επιχορηγήσεων από το αρμόδιο υπουργείο, αναφορικά με την κάλυψη των λειτουργικών αναγκών και την εξόφληση των υποχρεώσεων του νοσοκομείου.

iii. Ανεξόφλητες και Ληξιπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Η μεγάλη καθυστέρηση που παρατηρείται στην είσπραξη των αποζημιώσεων των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία συμβάλει στην αδυναμία έγκαιρης εξόφλησης των υποχρεώσεων του νοσοκομείου προς τους προμηθευτές και τρίτους. Απόρροια της παραπάνω αδυναμίας, αποτελεί η αύξηση των ανεξόφλητων υποχρεώσεων και των υποχρεώσεων που καθίστανται ληξιπρόθεσμες.

iv. Μέσο Κόστος ανά Νοσηλευθέντα Ασθενή

Το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή αποτελεί το αποτέλεσμα του καταμερισμού του συνολικού κόστους της μονάδας υγείας στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε ένα έτος. Απεικονίζει το σύνολο των δαπανών που καταναλώνει το νοσοκομείο για την περίθαλψη των ασθενών και ισούται με:

$$\text{Μέσο Κόστος ανά Νοσηλευθέντα Ασθενή} = \frac{\text{Συνολικές Δαπάνες Έτους}}{\text{Αριθμός Νοσηλευθέντων Έτους}}$$

v. Μέσο Κόστος ανά Ημέρα Νοσηλείας

Το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας αποτυπώνει το σύνολο των δαπανών που καταναλώνει το νοσοκομείο ανά ημέρα νοσηλείας ενός ασθενή και υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{Μέσο Κόστος Ανά Ημέρα Νοσηλείας} = \frac{\text{Συνολικές Δαπάνες}}{\text{Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας}}$$

3.3.3 Χρηματοοικονομική ανάλυση με την χρήση αριθμοδεικτών

Με τον όρο «Χρηματοοικονομική Ανάλυση Λογιστικών Καταστάσεων» αναφερόμαστε σε ένα σύστημα πληροφόρησης το οποίο, αφού λάβει τις κατάλληλες χρηματοοικονομικές πληροφορίες, τις επεξεργάζεται και τις αναλύει με στόχο την χρησιμοποίηση τους από εκείνους που έχουν το δικαίωμα να λάβουν αυτή την πληροφορία, για την λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων. Μέσα από την αξιοποίηση των δεδομένων που αντλούνται από τις χρηματοοικονομικές καταστάσεις, διεξάγονται συμπεράσματα αναφορικά με τις τάσεις των οικονομικών στοιχείων. Με άλλα λόγια, η χρηματοοικονομική ανάλυση περιλαμβάνει τις διαδικασίες με τις οποίες επιτυγχάνεται η κατανόηση της απόδοσης και η εκτίμηση της μελλοντικής λειτουργίας κάθε οικονομικής μονάδας (Αποστόλου, 2015).

Βασικός σκοπός της χρηματοοικονομικής ανάλυσης αποτελεί η αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή της χρηματοδότησης και των οικονομικών πόρων ενός οργανισμού (Μπάλας και Χέβας, 2011). Σύμφωνα με τον Gapenski (2005), η χρηματοοικονομική ανάλυση συμβάλει στην αξιολόγηση των δεδομένων που αντλούνται από τις λογιστικές καταστάσεις και των μεταβολών τους διαχρονικά. Πρόσθετα, αξιολογούνται παλαιότερες διαχειριστικές αποφάσεις αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους, αποτιμάται η τρέχουσα οικονομική κατάσταση του οργανισμού και λαμβάνονται αποφάσεις με σκοπό την βελτιστοποίηση της μελλοντικής του αποτελεσματικότητας.

Η χρηματοοικονομική ανάλυση εφαρμόζεται και σε φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, όπως είναι τα δημόσια νοσοκομεία, καθώς πέρα από τον κοινωνικό τους ρόλο, αποτελούν οικονομικές οντότητες. Η εισαγωγή της λογιστικής πληροφόρησης και η υποχρέωση κατάρτισης των ετήσιων οικονομικών καταστάσεων που προβλέπει το ΠΔ 146/2003, οδήγησε στον εκσυγχρονισμό της οικονομικής διαχείρισης των δημόσιων μονάδων υγείας.

Ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία για την ανάλυση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων είναι οι αριθμοδείκτες, η χρήση των οποίων είναι πολύ συχνή και ιστορικά η παλαιότερη

(Τζωρτζόπουλος & Λειβαδά, 2012). Σύμφωνα με το κεφάλαιο «Αριθμοδείκτες» του Ελληνικού Λογιστικού Σχεδίου, οι αριθμοδείκτες εκφράζουν τις σχέσεις ανάμεσα στα μεγέθη, στατιστικής ή λογιστικής προέλευσης, και υπολογίζονται με σκοπό τον έλεγχο της αποδοτικότητας των διάφορων τμημάτων του οργανισμού, και γενικότερα τον προσδιορισμό της πραγματικής κατάστασης ολόκληρου του φορέα ή του κλάδου στον οποίο δραστηριοποιείται (ΦΕΚ Α' 283/15.12.1980). Με άλλα λόγια, οι αριθμοδείκτες απεικονίζουν την συσχέτιση μεταξύ δύο μεγεθών που αποτελούν τον αριθμητή και παρονομαστή της εν λόγω σχέσης.

Ως απόλυτα μεγέθη, οι αριθμοδείκτες έχουν περιορισμένη χρησιμότητα λόγω της έλλειψης γενικών παραδεκτών προτύπων αναφορικά με τις σχέσεις μεταξύ των επιχειρηματικών μεγεθών. Ωστόσο, αποτελούν σημαντικό εργαλείο για τον προσδιορισμό των αδυναμιών και η σημασία τους γίνεται μεγαλύτερη όταν γίνονται συγκρίσεις. Γενικότερα, οι αριθμοδείκτες από μόνοι τους παρέχουν πολύ λίγη πληροφόρηση, ενώ δεν δίνουν άμεσες απαντήσεις σχετικά με τα αίτια ενός γεγονότος, ούτε επισημαίνουν λύσεις σε πιθανά προβλήματα. Η σημαντική πληροφόρηση που προσφέρουν σχετίζεται με την ανάδειξη προβλημάτων και αδυναμιών, καθώς επιτρέπουν την σύγκριση:

- των επιδόσεων των ποικίλων οικονομικών μονάδων
- της αποδοτικότητας ενός συγκεκριμένου οργανισμού διαχρονικά
- της επίδοσης μίας εταιρείας συγκριτικά με τους αντίστοιχους αριθμοδείκτες του κλάδου ή ανταγωνιστικών επιχειρήσεων.

Με την χρήση των αριθμοδεικτών, οι χρηματοοικονομικοί αναλυτές έχουν την δυνατότητα να προβούν σε τεχνική εκτίμηση της βιωσιμότητας και της φερεγγυότητας των οικονομικών μονάδων και να προσδιορίσουν τους τομείς που χρειάζονται περισσότερη προσοχή. Μάλιστα, τα αποτελέσματα από τον υπολογισμό των δεικτών παρέχουν την δυνατότητα του σχεδιασμού και της πρόβλεψης της πορεία ενός οργανισμού (Αποστόλου, 2015).

Η επιλογή των ιδανικών δεικτών σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως είναι οι δημόσιες μονάδες υγείας, αποσκοπεί να προσδιορίσει:

- ✓ εάν οι οργανισμοί είναι οικονομικά βιώσιμοι
- ✓ εάν δύνανται να προβούν στην εξόφληση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων τους
- ✓ εάν κατέχουν την αναγκαία ρευστότητα για την πραγματοποίηση του σκοπού τους
- ✓ εάν έχουν την δυνατότητα χρήσης ιδίων πόρων για την πραγματοποίηση νέων δραστηριοτήτων ή εάν η χρηματοδότηση που λαμβάνουν κατευθύνεται σε τομείς που συμβάλουν στην επίτευξη του κοινωνικού τους ρόλου (Βασιλείου και Ηρειώτης, 2008).

Στην παρούσα μελέτη, για την χρηματοοικονομική ανάλυση των δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου και τον προσδιορισμό της μεταβολής της οικονομικής τους θέσης αναλύονται οι παρακάτω αριθμοδείκτες.

3.3.3.1 Δείκτες ρευστότητας

Το πόσο ρευστό είναι ένα περιουσιακό στοιχείο εξαρτάται από την δυνατότητα μετατροπής του σε χρήμα ή σε ισοδύναμο χρήματος, διατηρώντας σταθερή την αξία του. Οι δείκτες ρευστότητας αναφέρονται στην συσχέτιση των υποχρεώσεων της οικονομικής μονάδας με την διάρκεια ζωής των περιουσιακών στοιχείων που κατέχει, με σκοπό την διασφάλιση της ικανότητας πληρωμής των υποχρεώσεων της προς τους προμηθευτές και τους δανειστές της (Νικολόπουλος, χ.χ.).

Στην παρούσα μελέτη θα αναλυθούν οι παρακάτω δείκτες ρευστότητας:

i. Δείκτης Κυκλοφοριακής Ρευστότητας ή Δείκτης Γενικής Ρευστότητας

Αποτελεί τον πιο γνωστό δείκτη και ισούται με το αποτέλεσμα της διαίρεσης του κυκλοφορούντος ενεργητικού της οικονομικής μονάδας με τις συνολικές βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της, ήτοι:

$$\text{Δείκτης Κυκλοφοριακής Ρευστότητας (ΔΚΡ)} = \frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Ο παραπάνω δείκτης αποτυπώνει το περιθώριο ασφάλειας που κατέχει το νοσοκομείο, προκειμένου να ανταπεξέλθει σε μία πιθανότητα δυσκολίας εξασφάλισης του απαραίτητου κεφαλαίου κίνησης. Όσο μεγαλύτερες τιμές παίρνει ο δείκτης, τόσο μεγαλύτερη είναι η ρευστότητα του νοσοκομείου. Γενικά, επιθυμητές τιμές είναι αυτές που ξεπερνούν το 2. Ωστόσο, ένας υπερβολικά μεγάλος δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας είναι πιθανό να υποδηλώνει την ύπαρξη κατεστραμμένων ή απαξιωμένων αποθεμάτων ή δυσκολία της οικονομικής μονάδας να εισπράξει τις απαιτήσεις της (Βασιλείου και Ηρειώτης, 2008).

ii. Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας ή Δείκτης Ειδικής Ρευστότητας

Ο δείκτης άμεσης ρευστότητας απεικονίζει τον βαθμό επιρροής μίας πιθανής μεταβολής του οικονομικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο δραστηριοποιείται ένας οργανισμός και υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας (ΔΑΡ)} = \frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό – Αποθέματα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Τα αποθέματα αφαιρούνται από το κυκλοφορούν ενεργητικό καθώς έχουν την μικρότερη ρευστότητα συγκριτικά με τα υπόλοιπα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού, και η πιθανότητα ύπαρξης ζημιάς όταν αυτά ρευστοποιηθούν είναι μεγάλη. Τιμές μεγαλύτερες του 1,5 θεωρούνται καλή ένδειξη, ενώ τιμές μικρότερες της μονάδας πιθανόν να δηλώνουν αδυναμία ανταπόκρισης σε μία ξαφνική απαίτηση για άμεση καταβολή μετρητών. Με άλλα λόγια, όσο μικρότερος είναι ο δείκτης άμεσης ρευστότητας, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα έκθεσης της οικονομικής μονάδας στον κίνδυνο αυτό (Βασιλείου και Ηρειώτης, 2008).

iii. Δείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

Ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας απεικονίζει την ικανότητα εξόφλησης των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων της οικονομικής μονάδας με τα χρηματικά διαθέσιμα που κατέχει. Ο τύπος υπολογισμού του είναι (Βασιλείου & Αλεξιάκης, 2008):

$$\text{Δείκτης Ταμειακής Ρευστότητας} = \frac{\text{Διαθέσιμο Ενεργητικό}}{\text{Βραχυχρόνιες Υποχρεώσεις}}$$

3.3.3.2 Δείκτες δραστηριότητας

Μία σημαντική κατηγορία αριθμοδεικτών είναι οι αριθμοδείκτες δραστηριότητας, οι οποίοι αξιολογούν την ικανότητα ενός οργανισμού να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους του. Παράλληλα, συμβάλουν στον προσδιορισμό του βαθμού ρευστοποίησης των περιουσιακών στοιχείων και των απαιτήσεων του φορέα. Οι αριθμοδείκτες που θα αναλυθούν στην παρούσα μελέτη είναι οι ακόλουθοι:

i. Δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Εισπρακτέων

Ο δείκτης ταχύτητας εισπράξεως απαιτήσεων αποτυπώνει τις φορές που δημιουργούνται και εισπράττονται οι απαιτήσεις του φορέα σε διάστημα μίας οικονομικής χρήσης και υπολογίζεται σύμφωνα με τον τύπο (Βασιλείου & Αλεξιάκης, 2008):

$$\text{Δείκτης Ταχύτητας Εισπράξεως Απαιτήσεων (ΚΤεισ)} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Απαιτήσεις}}$$

ii. Μέση Περίοδος Είσπραξης

Ο δείκτης αυτός μετράει τον μέσο αριθμό των ημερών που απαιτούνται για να εισπραχθούν οι απαιτήσεις του φορέα. Με άλλα λόγια, η μέση περίοδος είσπραξης απεικονίζει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της πώλησης ενός αγαθού και της είσπραξης των χρημάτων (Νικολόπουλος, χ.χ.). Ο τύπος υπολογισμού είναι:

$$\text{Μέση Περίοδος Είσπραξης (ΜΠΕ)} = \frac{\text{Απαιτήσεις} * 365}{\text{Πωλήσεις}}$$

Υψηλή τιμή του παραπάνω δείκτη ενέχει τον κίνδυνο δημιουργίας επισφαλών απαιτήσεων.

iii. Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων

Μετράει τις φορές όπου το κόστος πωληθέντων καλύπτει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του φορέα. Μέσα από την πορεία του συγκεκριμένου αριθμοδείκτη, διεξάγονται συμπεράσματα αναφορικά με την πολιτική που έχει υιοθετήσει η οικονομική μονάδα αναφορικά με την χρηματοδότηση των αγορών της (Βασιλείου & Αλεξάκης, 2008). Ο τύπος υπολογισμού είναι:

$$\begin{aligned} &\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων} \\ &= \frac{\text{Κόστος Πωληθέντων}}{\text{Μ. Ο. Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων}} \end{aligned}$$

Όσο μεγαλύτερος είναι ο παραπάνω δείκτης, τόσο πιο γρήγορα η οικονομική μονάδα εξοφλεί τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

iv. Μέση Περίοδο Πληρωμής

Απεικονίζει τις μέρες που απαιτούνται για την εξόφληση των υποχρεώσεων του φορέα προς τους προμηθευτές και τους δανειστές και υπολογίζεται από τον τύπο (Βασιλείου και Ηρειώτης, 2008):

$$\text{Μέση Περίοδος Πληρωμής (ΜΠΠ)} = \frac{\text{Πληρωτέοι Λογαριασμοί} * 365}{\text{Κόστος Πωλήσεων}}$$

Η μέση περίοδος πληρωμής συγκρίνεται συνήθως με την μέση περίοδο είσπραξης, και συγκεκριμένα θα ήταν συνετό ο πρώτος δείκτης να υπερβαίνει τον δεύτερο, ώστε η οικονομική μονάδα να μπορεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της χωρίς να εξαρτάται από την είσπραξη των απαιτήσεων της από τα ασφαλιστικά ταμεία.

3.3.3.3 Δείκτες απόδοσης

Οι δείκτες απόδοσης χρησιμοποιούνται με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της οικονομικής μονάδας στην πραγματοποίηση του τελικού της στόχου, δηλαδή του κέρδους (Αποστόλου, 2015). Στην κατεύθυνση αυτή, λαμβάνονται υπόψη διάφορα κριτήρια, όπως είναι η εξέλιξη της παραγωγής και του όγκου των πωλήσεων. Οι σχέσεις που αναλύονται μέσω των δεικτών αυτής της κατηγορίας αφορούν τις σχέσεις ανάμεσα στα κέρδη και τα απασχολούμενα κεφάλαια της οικονομικής μονάδας και τα κέρδη και τις πωλήσεις. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι δείκτες απόδοσης, οι οποίοι αποτελούν και αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας, είναι οι ακόλουθοι (Βασιλείου και Ηρειώτης, 2008):

i. Δείκτης Περιθωρίου Μικτού Κέρδους ή Δείκτης Μικτού Περιθωρίου ή Μικτού Κέρδους

Ο αριθμοδείκτης περιθωρίου μικτού κέρδους απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στα ακαθάριστα κέρδη και τις πωλήσεις. Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο μπορούν να μειωθούν οι τιμές πώλησης των προϊόντων χωρίς να επέλθουν ζημιές στον οργανισμό, δηλαδή δείχνει την λειτουργική αποτελεσματικότητα των τιμών του οργανισμού και την ακολουθούμενη πολιτική τιμών. Με άλλα λόγια, το περιθώριο μικτού κέρδους ισούται με το περιθώριο κέρδους εκφρασμένο ως ποσοστό της τιμής πώλησης και ο μαθηματικός του τύπος είναι:

$$\text{Περιθώριο Μικτού Κέρδους (ΠΜΚ)} = \frac{\text{Πωλήσεις} - \text{Κόστος Πωλήσεων}}{\text{Πωλήσεις}}$$

Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του παραπάνω δείκτη, τόσο πιο αποτελεσματικά μπορεί η οικονομική μονάδα να αντιμετωπίσει μία αύξηση του κόστους των αγαθών που παράγει. Με άλλα λόγια, ένας υψηλός δείκτης περιθωρίου μικτού κέρδους αποτυπώνει την ικανότητα της διοίκησης του φορέα να αγοράζει φθηνά και να διαθέτει τα προϊόντα σε υψηλές τιμές (Αποστόλου, 2015).

ii. Δείκτης Περιθωρίου Καθαρού Κέρδους

Απεικονίζει την τιμολογιακή πολιτική της οικονομικής μονάδας και την ικανότητα ελέγχου των φόρων, καθώς και των λειτουργικών και χρηματοοικονομικών εξόδων της. Υπολογίζεται από τον τύπο :

$$\text{Περιθώριο Καθαρού Κέρδους (ΠΚΚ)} = \frac{\text{Καθαρά κέρδη}}{\text{Πωλήσεις}}$$

Η τιμή του δείκτη επηρεάζεται από την φύση του πωλούμενου προϊόντος και την πολιτική της οικονομικής μονάδας απέναντι στον ανταγωνισμό (Νικολόπουλος, χ.χ.). Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμοδείκτης, τόσο πιο επικερδής είναι η οικονομική μονάδα (Αποστόλου, 2015).

iii. Δείκτης Απόδοσης Ενεργητικού

Η απόδοση του ενεργητικού μίας οικονομικής μονάδας αναφέρεται στην ικανότητα αποτελεσματικής διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων της με σκοπό την δημιουργία καθαρών κερδών. Δηλαδή, ο δείκτης απόδοσης ενεργητικού μετρά την απόδοση των ιδίων και ξένων κεφαλαίων της οικονομικής μονάδας και υπολογίζεται από τον τύπο (Βασιλείου και Ηρειώτης, 2008):

$$\text{Δείκτης Απόδοσης Ενεργητικού (ROA)} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$$

3.3.3.4 Δείκτες διαρθρώσεως κεφαλαίων και βιωσιμότητας

Σε αντίθεση με τους δείκτες ρευστότητας, οι οποίοι αποτιμούν την βραχυπρόθεσμη επιβίωση της οικονομικής μονάδας, οι δείκτες διάρθρωσης κεφαλαίων και βιωσιμότητας αποσκοπούν στην αποτίμηση της οικονομικής μονάδας σε μακροχρόνια κλίμακα. Ως διάρθρωση των κεφαλαίων νοείται το σύνολο των διάφορων ειδών και μορφών κεφαλαίων που χρησιμοποιεί η οικονομική μονάδα για την χρηματοδότηση της. Η σπουδαιότητα της ανάλυσης της διάρθρωσης των κεφαλαίων μίας οικονομικής μονάδας έγκειται στην ουσιαστική διαφορά μεταξύ των ιδίων και ξένων κεφαλαίων. Η εν λόγω διαφορά εστιάζει στο γεγονός πως τα ίδια κεφάλαια επωμίζονται τον επιχειρηματικό κίνδυνο, θεωρούνται μόνιμα και επενδύονται, ενώ τα δανειακά κεφάλαια θα επιστραφούν προσαυξημένα με τους τόκους (Βασιλείου & Αλεξάκης, 2008).

Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην ανάλυση της μακροχρόνιας οικονομικής κατάστασης των δημόσιων μονάδων υγείας μέσω του παρακάτω αριθμοδείκτη:

Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια

Ο αριθμοδείκτης αυτός συμβάλλει στην εκτίμηση της σταθερότητας και της φερεγγυότητας της οικονομικής μονάδας. Η μεγάλη αναλογία των Ιδίων Κεφαλαίων δηλώνει μεγάλη πιστοληπτική ικανότητα, καθώς η οικονομική μονάδα μπορεί να εξοφλήσει τις υποχρεώσεις της μέσω της ρευστοποίησης των περιουσιακών της στοιχείων (Αποστόλου, 2015). Ισούται με το πηλίκο της

διαίρεσης του συνόλου των υποχρεώσεων της, μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες, με το σύνολο των Ιδίων Κεφαλαίων, δηλαδή:

$$\text{Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια} \\ = \frac{\text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}{\text{Σύνολο Ιδίων Κεφαλαίων}}$$

Σημειώνεται πως για τα δημόσια νοσοκομεία τα ίδια κεφάλαια είναι εκείνα που προέρχονται από το κράτος με τη μορφή τακτικών επιχορηγήσεων, ενώ ξένα κεφάλαια νοούνται εκείνα που προέρχονται από τους προμηθευτές μέσω των πιστώσεων.

Υψηλές τιμές του δείκτη, και κυρίως αυτές που είναι πάνω από 100, απεικονίζουν μία υπερχρεωμένη οικονομική μονάδα. Ο παραπάνω δείκτης χρησιμοποιείται ιδιαίτερα από τους δανειστές με σκοπό να εκτιμήσουν τον βαθμό ασφάλειας που προσφέρουν τα Ίδια Κεφάλαια, και από την διοίκηση και τους μετόχους της οικονομικής μονάδας για να αποτιμήσουν την κεφαλαιακή μόχλευση.

Συμπερασματικά, η μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας των μονάδων υγείας επιβάλλει τον προσδιορισμό των εισροών και εκροών και την ύπαρξη διαδικασιών μέτρησης και αξιολόγησης τους. Η ανάγκη καταγραφής και εκτίμησης των λειτουργικών και οικονομικών αυτών δεδομένων οδήγησε στην ανάπτυξη και την καθιέρωση των δεικτών, ως μέσο αποτύπωσης της υφιστάμενης κατάστασης και ως βάση αξιολόγησης του κάθε οργανισμού υγείας. Η αξιολόγηση μέσω δεικτών και η συστηματική παρακολούθηση τους σε ενιαίο πλαίσιο παρέχουν στους φορείς λήψης αποφάσεων χρήσιμα και αξιόπιστα εργαλεία για τον προγραμματισμό και την ορθή κατανομή των διαθέσιμων πόρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

4.1 Μεθοδολογία μελέτης

Η παρούσα εργασία αποτελεί δευτερογενή μελέτη των δημοσιευμένων λειτουργικών στοιχείων και των οικονομικών καταστάσεων των δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για την περίοδο 2017-2021.

Η συλλογή των λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων πραγματοποιήθηκε από το πληροφοριακό σύστημα του Υπουργείου Υγείας «Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ (Bi-Health)» στην κεντρική του ιστοσελίδα (www.moh.gov.gr) επιλέγοντας τον σύνδεσμο Bi-Forms, καθώς και από τις αναρτημένες στην σελίδα αυτή οικονομικές καταστάσεις και από το Πρόγραμμα Διαύγεια (www.diavgeia.gov.gr). Τα εν λόγω δεδομένα αναφέρονται στην νοσηλευτική δραστηριότητα των δημόσιων μονάδων υγείας της Περιφέρειας Πελοποννήσου σχετικά με τον αριθμό των ανεπτυγμένων κλινών αυτών, τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών και των ημερών νοσηλείας, καθώς και των συνολικών επισκέψεων στο Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Πρόσθετα, συγκεντρώθηκαν στοιχεία αφενός για τα έσοδα που βεβαιώθηκαν, τις εισπράξεις που πραγματοποιήθηκαν και τις επιχορηγήσεις που έλαβαν τα δημόσια νοσοκομεία, και αφετέρου για τα έξοδα που αφορούν τις αγορές φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού και των λοιπών απαραίτητων υπηρεσιών από τρίτους. Από τις οικονομικές καταστάσεις συλλέχθηκαν επίσης στοιχεία που αφορούσαν τα κονδύλια του Ισολογισμού και της Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης.

Τα παραπάνω δεδομένα καταχωρήθηκαν και επεξεργάστηκαν σε υπολογιστικά φύλλα του Microsoft Excel για το σύνολο των νοσοκομείων και υπολογίστηκαν οι λειτουργικοί και οικονομικοί δείκτες και οι αριθμοδείκτες. Η παρουσίαση της εν λόγω επεξεργασίας πραγματοποιήθηκε με την οριζόντια ανάλυση πινάκων τάσεως και με γραφήματα. Τέλος, επιδιώκεται η συσχέτιση των λειτουργικών και οικονομικών δεικτών με τους αριθμοδείκτες των νοσοκομείων, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων χρηματοοικονομικής αποδοτικότητας.

Σημειώνεται πως μέχρι την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, δεν είχαν συνταχθεί και αναρτηθεί οι οικονομικές καταστάσεις του ΓΝ Καλαμάτας και ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας περιόδου 2019-2021. Συνεπώς, για λόγους συγκρισιμότητας, παραλείπονται από την ανάλυση όπου τα δεδομένα αντλούνται από τις οικονομικές καταστάσεις.

4.2 Παρουσίαση των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου

Τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου, όπως όλα τα νοσοκομεία της ελληνικής επικράτειας, υπάγονται στις διατάξεις του ΝΔ 2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/18.09.1953) και σύμφωνα με το άρθρο 7 του Νόμου 3329/2005 αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με δικό τους αριθμό φορολογικού μητρώου (Α.Φ.Μ.) και προϋπολογισμό. Τα εν λόγω νοσοκομεία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας.

Η Περιφέρεια Πελοποννήσου απαρτίζεται από 8 νοσοκομεία. Σύμφωνα με την Υ.Α. Υ4α/ΟΙΚ84627 (ΦΕΚ 1681/28-7-11), τα Α) ΓΝ Σπάρτης και ΓΝ-ΚΥ Μολάων, Β) ΓΝ Καλαμάτας και ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας και Γ) ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου αποτελούν διασυνδεδεμένες μονάδες υγείας και λειτουργούν υπό την Διοίκηση Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη εξετάζονται ως χωριστές μονάδες, καθώς τηρούν ξεχωριστούς προϋπολογισμούς, έχουν αυτόνομη ταμειακή και οικονομική διαχείριση, συντάσσουν και αναρτούν ξεχωριστές οικονομικές καταστάσεις και η αποτύπωση των λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων στην εφαρμογή ΒΙ-Forms γίνεται ξεχωριστά για κάθε μονάδα υγείας.

Παρακάτω παρατίθενται συνοπτικές πληροφορίες για τα 8 εξεταζόμενα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

4.2.1 Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας

Το Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας ιδρύθηκε σύμφωνα με την ΚΥΑ Υ4α/οικ.123794 (ΦΕΚ 3486/Β/31-12-2012), όπου το έως τότε διασυνδεδεμένο Γ.Ν. – Κ.Υ. Μολάων ενοποιείται με το Γ.Ν. Σπάρτης και αποτελούν πλέον ένα αυτοτελές και ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) που φέρει την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας». Έδρα του νέου αυτού ΝΠΔΔ ορίζεται το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης που εδρεύει στην Σπάρτη και η δυναμικότητα του ανέρχεται σε 240 κλίνες.



Εικόνα 1: Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»

Πηγή: www.notospress.gr

Η Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης βρίσκεται στην πρωτεύουσα του Νομού Λακωνίας. Λειτουργήσε για πρώτη φορά ως Σανατόριο το 1953 σε ένα χώρο 70.000 τ.μ., ύστερα από την δωρεά των Ιωάννη και Αικατερίνης Γρηγορίου και σχεδόν μία δεκαετία μετά μετατράπηκε σε Γενικό Νοσοκομείο (www.hosplak.gr). Σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. Υ4α/ΟΙΚ84627 (ΦΕΚ 1681/28-7-11), παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και οι οργανικές του κλίνες ανέρχονται σε 180. Το νοσοκομείο περιλαμβάνει (ΦΕΚ 1486/Β/04.05.2012):

Α. Υπηρεσίες: Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική - Οικονομική

Β. Αυτοτελές τμήμα: Οργάνωσης και Πληροφορικής

Γ. Ειδικό τμήμα: Υποστήριξης του Πολίτη

Αξίζει να σημειωθεί πως στη θέση του υφιστάμενου οικοπέδου αναμένεται να κατασκευαστεί το νέο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης, η υλοποίηση του οποίου θα πραγματοποιηθεί κατόπιν δωρεάς του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος. Στόχος του εν λόγω εγχειρήματος είναι η δημιουργία μίας σύγχρονης μονάδας υγείας που θα αποτελέσει πρότυπο περίθαλψης και φροντίδας με την χρήση καινοτόμων συστημάτων λειτουργίας και οργάνωσης. Μάλιστα, η υιοθέτηση ορθών ιατρικών νοσηλευτικών και λειτουργικών πρακτικών του θα συμβάλλουν στην βιώσιμη ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας.



Εικόνα 2: Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων

Πηγή: www.hosplak.gr

Η Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων (πρώην Γενικό Νοσοκομείο – ΚΥ Μολάων) ιδρύθηκε το 1966 και η έδρα της βρίσκεται στην πόλη των Μολάων του Δήμου Μονεμβασίας. Το εν λόγω νοσοκομείο εξυπηρετεί όλο το νότιο άκρο του Νομού Λακωνίας που αντιστοιχεί περίπου σε 41.000 μόνιμους κατοίκους, ενώ σε περιόδους τουριστικής αιχμής ο πληθυσμός αυτός ενδέχεται να υπερτριπλασιαστεί.

Σκοπός της ΝΜ Μολάων είναι η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η ανάπτυξη της ιατρικής έρευνας και η παροχή συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών και επιμόρφωσης λοιπών κλάδων υγείας. Σημειώνεται πως παρέχεται ήδη πρακτική άσκηση σε νοσηλευτές και σε διάφορους άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και ειδίκευση Παθολογίας σε γιατρούς. Η ΝΜ Μολάων διαθέτει 60 κλίνες και περιλαμβάνει την Παθολογική Κλινική, το Παιδιατρικό τμήμα, την Καρδιολογική Κλινική, το Ορθοπαιδικό τμήμα, το Αναισθησιολογικό τμήμα, το Μαιευτικό Γυναικολογικό τμήμα, το Ωτορινολαρυγγολογικό τμήμα, το Βιοπαθολογικό τμήμα, το Ακτινολογικό τμήμα και το Αιματολογικό τμήμα. Επίσης λειτουργεί ένα οδοντιατρείο και ένα φαρμακείο (www.hosplak.gr).

4.2.2 Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

Σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση με αριθμό Υ4α/οικ. 123890 (ΦΕΚ 3499/Β/31-12-2012), τα διασυνδεδόμενα νοσοκομεία του ΕΣΥ, α) Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας και β) Γενικό Νοσοκομείο – ΚΥ Κυπαρισσίας, καθίστανται αυτοτελές και ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ) με την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας». Ως έδρα του ορίζεται το

Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας που βρίσκεται στην πρωτεύουσα του νομού Μεσσηνίας και η συνολική δύναμη κλινών του ανέρχεται σε 415 κλίνες, από τις οποίες οι 45 ανήκουν στο Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Καλαμάτας.



Εικόνα 3: Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

Πηγή: www.nosokomeiokalamatas.gr

Μετά τον καταστροφικό σεισμό στην Καλαμάτα το 1986, αναδείχθηκε η ανάγκη ανέγερσης μίας σύγχρονης και πλήρως εξοπλισμένης μονάδας υγείας. Ύστερα από μία σειρά ετών και πολλών εργασιών, και συγκεκριμένα από το 2000, το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας λειτουργεί μονίμως στις νέες εγκαταστάσεις του σε απόσταση 7,5 χιλιόμετρα από την πόλη της Καλαμάτας με σύγχρονο κτιριακό και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, παρέχοντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (www.nosokomeiokalamatas.gr).

Το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Καλαμάτας βρίσκεται σε άμεση νοσηλευτική και λειτουργική σύνδεση με το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, στο οποίο ανήκει διοικητικά και οργανικά. Ως απόρροια αυτού, προσφέρονται υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς όλων των ηλικιών με νοητικά ή κινητικά προβλήματα και σε άτομα που πάσχουν από ασθένειες του κυκλοφοριακού, μυϊκού, ερειστικού, νευρικού και αναπνευστικού συστήματος.

Σύμφωνα με τη Κοινή Υπουργική Απόφαση με αριθμό Υ4α/οικ.121798 (ΦΕΚ 3477/Β/31-12-2012), η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε 345 οργανικές κλίνες, από τις οποίες στο ΚΕΦΙΑΠ Καλαμάτας ανήκουν οι 45.



Εικόνα 4: Γενικό Νοσοκομείο – ΚΥ Κυπαρισσίας

Πηγή: www.kyparissiahospital.gr

Η Νοσηλευτική Μονάδα Κυπαρισσίας λειτουργεί περισσότερο από 7 δεκαετίες στο Δυτικό άκρο της Πελοποννήσου και ο πληθυσμός ευθύνης της είναι περίπου 50.000 πολίτες. Διαθέτει 70 κλίνες, από τις οποίες οι 42 ανήκουν στον Παθολογικό Τομέα και οι 28 στον Χειρουργικό Τομέα. Αξίζει να σημειωθεί πως στο νοσοκομείο λειτουργεί Μονάδα Τεχνικού νεφρού με 14 μηχανήματα.

Το άσχημο οδικό δίκτυο, η γεωγραφική θέση της περιοχής, το εδαφικό ανάγλυφο και η μεγάλη απόσταση από τα γειτονικά νοσοκομεία καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη του εν λόγω νοσοκομείου για την φροντίδα της υγείας των κατοίκων της περιοχής (www.kyparissiahospital.gr).

4.2.3 Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»



Εικόνα 5: Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»

Πηγή: www.panarkadiko.eu

Το Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΓΝ) Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια» ιδρύθηκε το 1896 με έδρα την Τρίπολη. Τον Απρίλιο του έτους 1952 πραγματοποιήθηκε η μεταφορά και στέγαση του στο κτίριο που βρίσκεται έως σήμερα στην πόλη της Τρίπολης, και σύμφωνα με το ΝΔ 2592/53, το Νοσοκομείο λειτουργεί επιχορηγούμενο από το ελληνικό κράτος. Από τότε η λειτουργία του χαρακτηρίζεται συνεχής και αδιάλειπτη. Σκοπός του είναι η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες του Νομού Αρκαδίας και στους πολίτες των γειτονικών νομών, καθώς η γεωγραφική θέση της Τρίπολης, ως κέντρο της Πελοποννήσου, επιτρέπει την πρόσβαση σε αυτό.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 274/Β/2007, στο νοσοκομείο προστίθεται ένας Τομέας Ψυχικής Υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει ένα Τμήμα Εφήβων, ενώ το 2016 κατασκευάστηκε η νέα πτέρυγα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης με σύγχρονες εγκαταστάσεις (www.panarkadiko.eu). Η συνολική δύναμη των οργανικών κλινών του νοσοκομείου ανέρχεται σε 420 και επιπλέον 150 κλίνες των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΦΕΚ 3320/Β/21-9-2017).

4.2.4 Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας

Το Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας απαρτίζεται από το Γενικό Νοσοκομείο Άργους και το Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου, τα οποία σύμφωνα με την ΚΥΑ Υ4α/οικ.123789 (ΦΕΚ 3486/Β/31-12-2012), αποτελούν αυτοτελές και ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας». Έδρα του ορίζεται το Γενικό Νοσοκομείο Άργους και η δυναμικότητα του ισούται με 250 κλίνες.



Εικόνα 6: Νοσηλευτική Μονάδα Άργους

Πηγή: www.argolidaportal.gr

Το 1973 πραγματοποιήθηκαν τα επίσημα εγκαίνια της λειτουργίας της Νοσηλευτικής Μονάδας Άργους στο κτήριο όπου στεγάζεται μέχρι σήμερα. Έδρα της είναι η πόλη του Άργους και η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ανέρχεται στις 140 κλίνες (ΦΕΚ 3284/Β/10-12-2012). Περιλαμβάνει μία πληθώρα τμημάτων με σκοπό την ισότιμη παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας στους κατοίκους του νομού Αργολίδας, καθώς και στους επισκέπτες του. Αξίζει να σημειωθεί πως λειτουργεί μία Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Χρόνιας Φορητής Περιτοναϊκής Δύλισης και μία μονάδα Εμφραγμάτων. Μάλιστα, το νοσοκομείο βρίσκεται σε άμεση νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Άργους, παρέχοντας την δυνατότητα της πρώιμης διάγνωσης και της θεραπείας αποκατάστασης ατόμων με σωματική αναπηρία, της ψυχολογικής και συμβουλευτικής υποστήριξης καθώς και την υποστήριξη ένταξης στον κοινωνικό ιστό.



Εικόνα 7: Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου

Πηγή: www.argolikeseidhseis.gr

Η Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου βρίσκεται στην πόλη του Ναυπλίου και διαθέτει 110 αναπτυγμένες κλίνες, από τις οποίες οι 22 ανήκουν στο πρόγραμμα ψυχικής υγείας «Ψυχαργώ». Στόχος της είναι η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, που υπάγεται διοικητικά στο εν λόγω νοσοκομείο. Πρόκειται για μία δημόσια δομή που αποβλέπει στην δωρεάν παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μέσα από την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, ψυχιατρικής φροντίδας, θεραπείας, συμβουλευτικής παρέμβασης, ψυχοκοινωνικής μέριμνας και ευαισθητοποίησης σχετικά με την ψυχική υγεία επιδιώκεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των πολιτών (www.gnn.gov.gr).

4.2.5 Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου



Εικόνα 8: Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Πηγή: www.korinthostv.gr

Το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου βρίσκεται στον Δήμο Κορινθίων, σε αρκετά κοντινή απόσταση από το κέντρο της πόλης, κάνοντας εύκολη την πρόσβαση σε αυτό. Το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1941, ενώ σταθμός στην ιστορία του αποτέλεσε ο Ν. 1397/7-10-1983 (ΦΕΚ 1432 Α), όπου επέφερε σημαντικές αλλαγές. Πιο αναλυτικά, τρία χρόνια αργότερα το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου μετονομάστηκε σε Νομαρχιακό και λειτούργησε σύμφωνα με τον νέο οργανισμό του Α3β/Οικ.14155/30-09-1986 (ΦΕΚ 647/Β/86) και υπό το ενιαίο πλαίσιο των νοσοκομείων (ΠΔ 87/86) έχοντας ως έδρα την πόλη της Κορίνθου.

Το εν λόγω νοσοκομείο παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, και εξυπηρετεί κυρίως τους κατοίκους του Νομού, χωρίς αυτό να αποκλείει την φροντίδα ασθενών από άλλες περιοχές της χώρας. Στον πληθυσμό ευθύνης συγκαταλέγεται επίσης ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών, οι οποίοι φιλοξενούνται στο Κέντρο Υποδοχής αλλοδαπών στην Κόρινθο. Αξίζει να σημειωθεί πως το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου αντιμετωπίζει πολλά έκτακτα περιστατικά τροχαίων ατυχημάτων λόγω της αυξημένης προσέλευσης τουριστών τα Σαββατοκύριακα και τους θερινούς μήνες, με αποτέλεσμα την συμφόρηση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), καλύπτοντας κυρίως ορθοπεδικά και χειρουργικά περιστατικά.

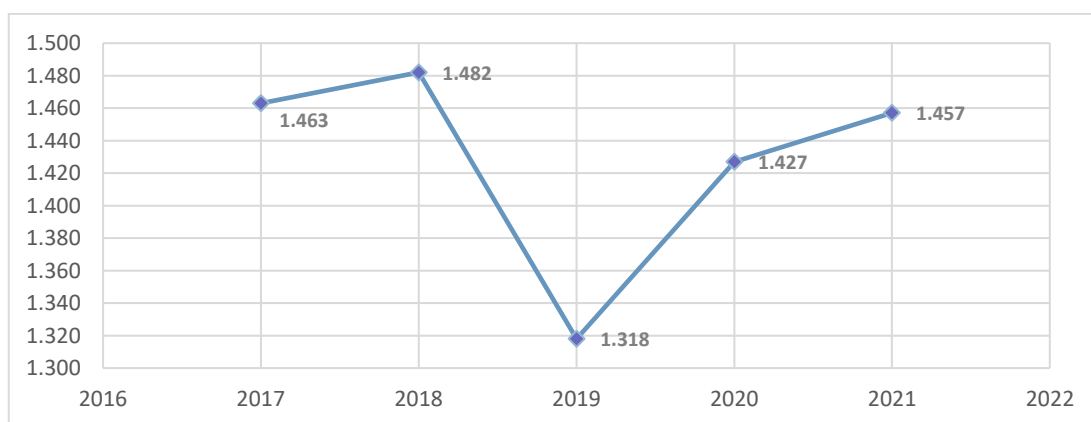
Στο νοσοκομείο εντάσσονται πληθώρα τμημάτων, μερικά από τα οποία προσελκύουν ασθενείς από τους κοντινούς νομούς, όπως είναι η Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και το Οφθαλμολογικό. Σύμφωνα με την Αρ.πρ.Υ4α/οικ.112159 (ΦΕΚ 3284/Β/10-12-12), οι οργανικές κλίνες ανέρχονται σε 240, από τις οποίες οι 25 αφορούν το Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Κορίνθου (www.hospkorinthos.gr).

5.1 Νοσηλευτική Δραστηριότητα

Η ανάλυση της νοσηλευτικής δραστηριότητας των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου περιλαμβάνει την παρουσίαση της εισροής αναφορικά με τον αριθμό των αναπτυγμένων κλινών των νοσοκομείων, καθώς και των εκροών σχετικά με τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, των νοσηλευθέντων ασθενών, των επισκέψεων στα ΤΕΠ και στα ΤΕΙ για την χρονική περίοδο 2017-2021.

5.1.1 Αριθμός Αναπτυγμένων Κλινών

Ο αριθμός των αναπτυγμένων κλινών αποτελεί ένα πολύ σημαντικό μέτρο των διαθέσιμων πόρων παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς αντιπροσωπεύει τον αριθμό των κλινών που κατέχει ένα νοσοκομείο και οι οποίες είναι διαθέσιμες προς χρήση. Σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την πληροφοριακή εφαρμογή του Υπουργείου Υγείας - Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (Bi-forms), ο αριθμός των συνολικών κλινών των δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου ανερχόταν σε 1.463 το έτος 2017, ενώ πέντε χρόνια αργότερα διαμορφώθηκε σε 1.457, σημειώνοντας μία μικρή μείωση κατά 0,41%. Πιο αναλυτικά, το 2018 ο συνολικός αριθμός των κλινών των νοσοκομείων του δείγματος κατέγραψε αύξηση κατά 1,30% και διαμορφώθηκε σε 1.482 κλίνες. Μεγάλη μείωση σημειώθηκε κατά το 2019 (-11,07%), όπου τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου κατείχαν συνολικά 1.318 κλίνες. Στα επόμενα δύο έτη, παρατηρείται σταδιακή αύξηση κατά 8,27% και 2,10% με τις συνολικές κλίνες να ανέρχονται σε 1.427 και 1.457 το 2020 και 2021 αντίστοιχα (Γράφημα 11).



Γράφημα 11: Συνολικός αριθμός αναπτυγμένων κλινών των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου

Πηγή: Bi-Forms (Ίδιοι υπολογισμοί)

Στην περίοδο 2017-2021, τέσσερα από τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου σημείωσαν αύξηση της δυναμικότητας των αναπτυγμένων κλινών τους, δύο κατέγραψαν μείωση και τα υπόλοιπα δύο διατήρησαν τον ίδιο αριθμό. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των κλινών του ΓΝ Σπάρτης αυξήθηκε κατά 7,14% (από 168 κλίνες το 2017 σε 180 κλίνες το 2021). Μεγαλύτερη άνοδο καταγράφηκε στο ΓΝ Καλαμάτας κατά 26,30% (308 κλίνες το 2017 σε 389 κλίνες το 2021), με το ΓΝ Άργους να ακολουθεί με ποσοστό +17,19% (από 128 κλίνες το 2017 σε 150 κλίνες το 2021) και το ΓΝ Ναυπλίου με +14,29% (από 105 κλίνες το 2017 σε 120 κλίνες το 2021). Αντίθετα, οι αναπτυγμένες κλίνες του ΠΓΝ Τρίπολης μειώθηκαν σημαντικά από 434 το 2017 σε 313 το 2021 (-27,88%) και του ΓΝ Κορίνθου από 191 το 2017 σε 176 το 2021 (-7,85%). Το ΓΝ-ΚΥ Μολάων και το ΓΝ-ΚΥ Κυπαρισσίας διατήρησαν σταθερό τον αριθμό των αναπτυγμένων κλινών με 60 κλίνες και 69 κλίνες αντίστοιχα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Αριθμός αναπτυγμένων κλινών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	168	168	156	152	180	7,14%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	60	60	60	60	60	0,00%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	308	310	308	387	389	26,30%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	69	69	69	69	69	0,00%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	434	434	268	285	313	-27,88%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	128	128	144	163	150	17,19%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	105	110	110	126	120	14,29%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	191	203	203	185	176	-7,85%
ΣΥΝΟΛΟ	1.463	1.482	1.318	1.427	1.457	-0,41%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Αξίζει να σημειωθεί πως ο αριθμός των αναπτυγμένων κλινών αποτελεί κριτήριο κατηγοριοποίησης των νοσοκομείων ως προς το μέγεθος τους. Συγκεκριμένα, με βάση τα στοιχεία του έτους 2021, από τα οκτώ νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου, τα δύο διαθέτουν κλίνες που κυμαίνονται μεταξύ 250-400 και χαρακτηρίζονται ως μεγάλα (ΓΝ Καλαμάτας και ΠΓΝ Τρίπολης), τα τέσσερα κατατάσσονται στα μεσαία δυναμικότητας νοσοκομεία, καθώς οι διαθέσιμες κλίνες κυμαίνονται μεταξύ 100-250 (ΓΝ Σπάρτης, ΓΝ Κορίνθου, ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου) και τα υπόλοιπα δύο, με διαθέσιμες κλίνες <100 κλίνες, θεωρούνται μικρά νοσοκομεία (ΓΝ-ΚΥ Κυπαρισσίας και ΓΝ-ΚΥ Μολάων).

5.1.2 Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών και Ημέρες Νοσηλείας

Σημαντικές εκροές για την αξιολόγηση της απόδοσης ενός νοσοκομείου αποτελούν ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών και οι ημέρες νοσηλείας. Ο πίνακας 2 που ακολουθεί περιλαμβάνει το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου, και παρουσιάζει μία διαχρονική μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 11,98%, καθώς οι ασθενείς από 101.407 το 2017 μειώθηκαν σε 89.258 το 2021. Σε επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας, το ΓΝ Καλαμάτας εξυπηρέτησε το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών για όλη την εξεταζόμενη περίοδο, καθώς το 2017 νοσηλεύθηκαν 36.980 από το σύνολο των 101.407 ασθενών (δηλαδή το 36,47% του συνόλου των νοσηλευθέντων ασθενών των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου) και το 2021 νοσηλεύθηκαν 32.634 ασθενείς από το σύνολο των 89.258 (δηλαδή 36,56% του συνόλου). Αντίθετα, ο μικρότερος αριθμός ασθενών καταγράφεται στο ΓΝ Μολάων, όπου νοσηλεύθηκαν 2.380 ασθενείς από το σύνολο των 101.407 το 2017 (δηλαδή το 2,35% του συνόλου των νοσηλευθέντων ασθενών των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου) και 2.384 ασθενείς από το σύνολο των 89.258 το 2021 (δηλαδή 2,67% του συνόλου). Το γεγονός αυτό είναι λογικό αν αναλογιστεί κανείς πως το ΓΝ Καλαμάτας διαθέτει τις περισσότερες αναπτυγμένες κλίνες και το ΓΝ – ΚΥ Μολάων τις λιγότερες από το σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Πίνακας 2: Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	10.293	10.487	10.765	9.712	8.515	-17,27%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	2.380	2.180	1.999	1.412	2.384	0,17%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	36.980	35.611	32.793	28.906	32.634	-11,75%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	2.958	2.943	2.417	1.927	2.268	-23,33%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	17.196	17.602	17.545	15.297	16.854	-1,99%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	11.640	11.563	12.064	10.060	9.913	-14,84%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	4.486	4.322	3.950	3.613	4.336	-3,34%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	15.474	15.843	14.549	12.372	12.354	-20,16%
ΣΥΝΟΛΟ	101.407	100.551	96.082	83.299	89.258	-11,98%

Πηγή: Bi-Forms (Ίδιοι υπολογισμοί)

Αναφορικά με τις ημέρες νοσηλείας, στο σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου καταγράφεται μία μείωση στο διάστημα 2017-2021 (Πίνακας 3). Το 2017 ο μέσος

όρος των ημερών νοσηλείας για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων ανήλθε σε 331.473, ενώ το 2018 αυξήθηκε κατά 3.395 ημέρες και διαμορφώθηκε σε 334.868 ημέρες, σημειώνοντας τη μέγιστη τιμή του αριθμού των ημερών νοσηλείας στο εξεταζόμενο διάστημα. Στα επόμενα δύο χρόνια ακολούθησε σταδιακή μείωση, με τον μέσο αριθμό των ημερών νοσηλείας να υπολογίζεται σε 313.490 το 2019 και 277.129 το 2020, γεγονός που αντιστράφηκε το 2021 σημειώνοντας αύξηση των ημερών νοσηλείας κατά 37.345.

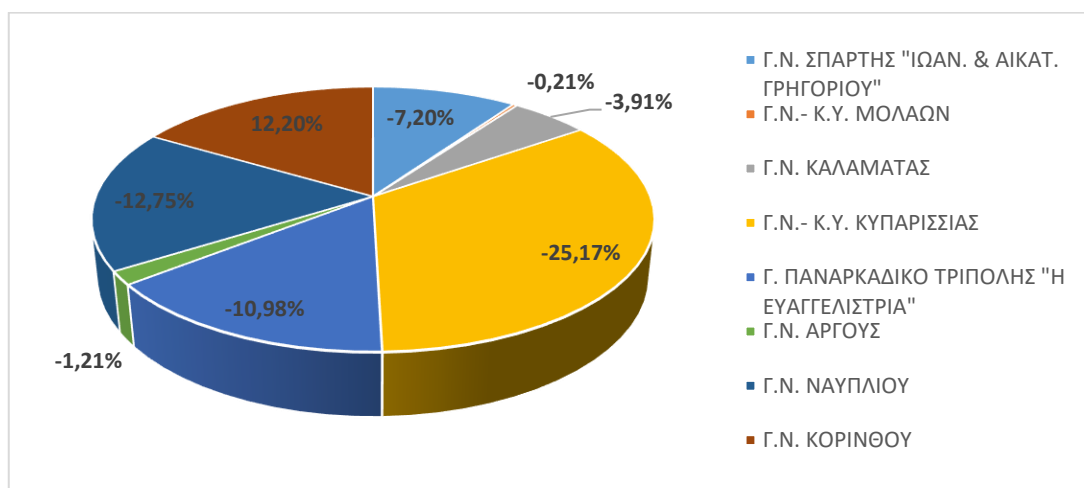
Πίνακας 3: Αριθμός ημερών νοσηλείας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	33.222	33.864	34.102	27.979	30.829	-7,20%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	9.945	8.709	8.622	6.411	9.924	-0,21%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	85.956	87.618	83.226	73.688	82.599	-3,91%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	10.098	9.670	9.055	7.169	7.556	-25,17%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	95.319	93.379	85.754	76.413	84.851	-10,98%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	31.879	31.295	32.809	29.519	31.492	-1,21%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	23.109	25.130	16.401	15.378	20.162	-12,75%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	41.945	45.203	43.521	40.572	47.061	12,20%
ΣΥΝΟΛΟ	331.473	334.868	313.490	277.129	314.474	-5,13%

Πηγή: Bi-Forms (Ίδιοι υπολογισμοί)

Σύμφωνα με το γράφημα 12 που ακολουθεί, το σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσίασε μείωση των ημερών νοσηλείας στο διάστημα 2017-2021. Πιο αναλυτικά, στα μεγάλα νοσοκομεία καταγράφονται μικρές σχετικά μειώσεις με το ποσοστό μείωσης στο ΓΝ Καλαμάτας να ανέρχεται σε 3,91% και στο ΠΓΝ Τρίπολης σε 10,98%, γεγονός που θα μπορούσε να αιτιολογηθεί από την μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών. Από τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, το ΓΝ Σπάρτης, το ΓΝ Άργους και το ΓΝ Ναυπλίου παρουσιάζουν μείωση η οποία κυμαίνεται για το πρώτο νοσοκομείο από 33.222 ημέρες το 2017 σε 30.829 το 2021 (-7,20%), για το δεύτερο από 31.879 ημέρες το 2017 σε 31.492 το 2021 (-1,21%) και για το τρίτο νοσοκομείο από 23.109 ημέρες το 2017 σε 20.162 ημέρες το 2021 (-12,75%). Αντίθετα, το ΓΝ Κορίνθου είναι το μόνο νοσοκομείο που παρουσίασε αύξηση των ημερών νοσηλείας από 41.945 το 2017 σε 47.061 το 2021 (+12,20%), που σε συνδυασμό με την μείωση που καταγράφηκε στον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών ενδεχομένως να υποδηλώνει την ύπαρξη περιστατικών μεγάλης βαρύτητας που χρήζουν πολυήμερη νοσηλεία.

Αναφορικά με τα μικρά νοσοκομεία, το ΓΝ – ΚΥ Μολάων σημείωσε μικρή μείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας που ανέρχεται σε ποσοστό 0,21% (9.945 ημέρες νοσηλείας το 2017 σε 9.924 ημέρες νοσηλείας το 2021). Εντύπωση προκαλεί το υψηλό ποσοστό μείωσης των ημερών νοσηλείας στο ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας (-25,17%), που σε συνδυασμό με την μείωση που καταγράφηκε στους νοσηλευθέντες ασθενείς (-23,33%) (Πίνακας 2), ενδεχομένως να υποδηλώνει πως εδώ νοσηλεύονται χαμηλής βαρύτητας περιστατικά που δεν απαιτούν πολλές μέρες νοσηλείας.



Γράφημα 12: Ποσοστό μεταβολής ημερών νοσηλείας (2017 vs 2021)

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.1.3 Αριθμός Εξετασθέντων Ασθενών στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ

Τμήμα Εξωτερικών Ιατρειών (ΤΕΙ) και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λειτουργούν σε όλα τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου και ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών σε αυτά για το διάστημα 2017-2021 απεικονίζεται στους πίνακες 4 και 5 που έπονται. Συγκεκριμένα, στον πίνακα 4, όπου παρουσιάζεται το σύνολο των ασθενών στα ΤΕΙ, φαίνεται πως το 2017 καταγράφηκαν 351.268 επισκέψεις ασθενών στο σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων, το οποίο αποτελεί τον μεγαλύτερο αριθμό εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΙ στην περίοδο 2017-2021. Στα επόμενα τέσσερα χρόνια ο αριθμός αυτός σταδιακά μειώνεται με τους ασθενείς να ανέρχονται το 2018 στους 349.530, το 2019 στους 335.614, το 2020 στους 231.337 και το 2021 στους 226.829.

Σημειώνεται πως σχεδόν όλα τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσιάζουν σημαντική μείωση στον αριθμό των εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΙ την περίοδο 2017-2021, με την μικρότερη τιμή να καταγράφεται το 2020, όπου εμφανίστηκε η πανδημία COVID-19. Το

γεγονός αυτό συνάδει με την αναστολή λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων (με εξαίρεση των ιατρικών ραντεβού που ήταν απολύτως αναγκαία), στην οποία προέβησαν τα νοσοκομεία εκείνη την περίοδο, καθώς και με την τεράστια αύξηση των ακυρώσεων των ραντεβού από την πλευρά των πολιτών με στόχο να περιορίσουν την έκθεση τους στον ιό.

Πίνακας 4: Αριθμός εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	49.440	44.826	45.516	31.150	27.940	-43,49%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	15.921	9.986	8.254	5.951	9.798	-38,46%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	90.425	90.251	79.625	47.969	48.053	-46,86%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	33.130	29.656	26.674	18.845	19.360	-41,56%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	40.891	50.095	55.218	40.307	52.372	28,08%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	38.501	44.499	51.839	38.155	31.317	-18,66%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	60.530	44.155	31.293	29.886	27.401	-54,73%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	22.430	36.062	37.195	19.074	10.588	-52,80%
ΣΥΝΟΛΟ	351.268	349.530	335.614	231.337	226.829	-35,43%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) δέχεται περιστατικά που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Στην περίοδο 2017-2019, ο μέσος όρος του αριθμού των εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσιάζει μία ανοδική τάση, η οποία ανακόπτεται στο έτος 2020, και συνεχίζεται ξανά το 2021 (Πίνακας 5). Έτσι, από 242.308 επισκέψεις στα ΤΕΠ το 2017, αυξήθηκαν οριακά το 2018 σε 255.546 επισκέψεις (+5,46%) και το 2019 σε 265.468 επισκέψεις (+3,88%). Με την εμφάνιση της πανδημίας το 2020, ο αριθμός αυτός μειώθηκε κατά 28,92% και ανήλθε σε 188.690, σημειώνοντας την ελάχιστη τιμή επισκέψεων στην εξεταζόμενη περίοδο, γεγονός που εν μέρει αντιστράφηκε το 2021 με τον αριθμό των εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ να ισούται με 200.992.

Σε όλη την υπό εξέταση περίοδο, το ΓΝ Καλαμάτας καταγράφει τον μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων στα ΤΕΠ, συγκριτικά με τα υπόλοιπα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Δέχεται 96.636 επισκέψεις το 2017, 89.934 επισκέψεις το 2018, 95.461 επισκέψεις το 2019, 73.961 επισκέψεις το 2020 και 62.404 επισκέψεις το 2021. Οι τιμές αυτές απέχουν σημαντικά από τις αντίστοιχες του ΠΓΝ Τρίπολης, του δεύτερου μεγαλύτερου νοσοκομείου του δείγματος (30.065 επισκέψεις το 2017, 34.064 επισκέψεις το 2018, 34.959 επισκέψεις το 2019, 23.693

επισκέψεις το 2020 και 26.508 επισκέψεις το 2021), καθώς και από τις αντίστοιχες των νοσοκομείων μεσαίου μεγέθους, δηλαδή του ΓΝ Κορίνθου (43.247 επισκέψεις το 2017 και 24.621 επισκέψεις το 2021), του ΓΝ Αργούς (19.356 επισκέψεις το 2017 και 29.559 επισκέψεις το 2021), του ΓΝ Σπάρτης (20.178 επισκέψεις το 2017 και 14.493 επισκέψεις το 2021) και ΓΝ Ναυπλίου (8.131 επισκέψεις το 2017 και 16.999 επισκέψεις το 2021). Από τα παραπάνω νοσοκομεία μόνο το ΓΝ Αργούς και ΓΝ Ναυπλίου κατέγραψαν θετικές μεταβολές στον αριθμό των εξετασθέντων ασθενών το διάστημα 2017-2021 (52,71% και 109,06% αντίστοιχα). Αναφορικά με τα μικρά νοσοκομεία του δείγματος, το ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας δέχθηκε 15.236 επισκέψεις στα ΤΕΠ το 2017 και 10.514 επισκέψεις το 2021, ενώ μεγάλη εντύπωση προκαλεί η αύξηση του αριθμού των εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ κατά 67,29% στο διάστημα 2017-2021 στο ΓΝ – ΚΥ Μολάων, καθώς από 9.459 ασθενείς στα ΤΕΠ έφτασαν τους 15.824 ασθενείς το 2021. Η θετική αύξηση στα παραπάνω νοσοκομεία ενδεχομένως να οφείλεται στην μεγάλη εισροή τουριστών στο νομό Αργολίδας και στην νότια Λακωνία το 2021, καθώς λόγω του φόβου του ιού (COVID-19) και του συνωστισμού στα πλοία, αρκετοί πολίτες επέλεξαν την μετάβαση τους σε κάποιο προορισμό της χερσαίας Ελλάδας για τις διακοπές τους.

Πίνακας 5: Αριθμός εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	49.440	44.826	45.516	31.150	27.940	-43,49%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	15.921	9.986	8.254	5.951	9.798	-38,46%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	90.425	90.251	79.625	47.969	48.053	-46,86%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	33.130	29.656	26.674	18.845	19.360	-41,56%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	40.891	50.095	55.218	40.307	52.372	28,08%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	38.501	44.499	51.839	38.155	31.317	-18,66%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	60.530	44.155	31.293	29.886	27.401	-54,73%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	22.430	36.062	37.195	19.074	10.588	-52,80%
ΣΥΝΟΛΟ	351.268	349.530	335.614	231.337	226.829	-35,43%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

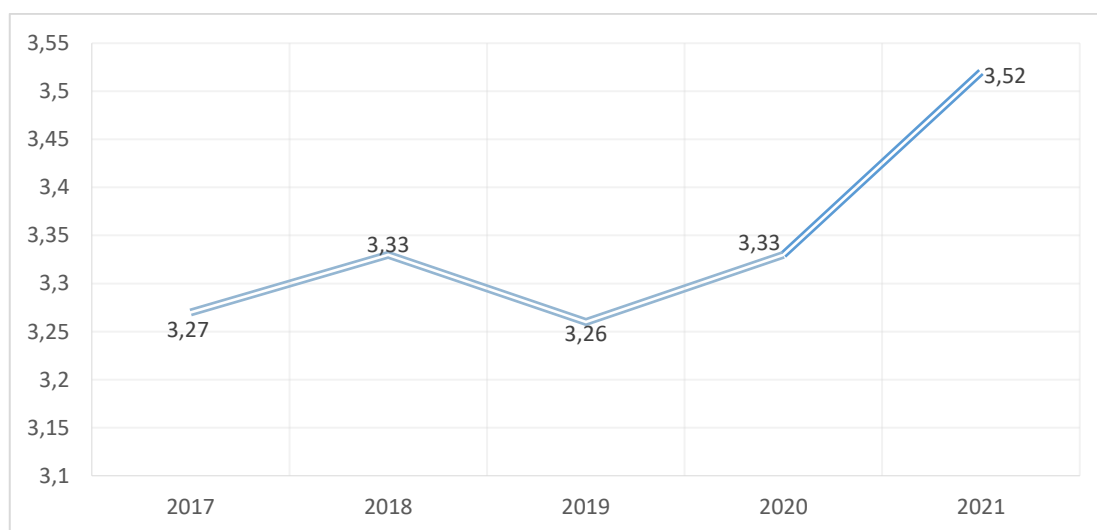
5.2 Λειτουργικοί Δείκτες Εισροών – Εκροών

Ο συνδυασμός των παραπάνω εισροών και εκροών της νοσηλευτικής δραστηριότητας των οκτώ νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου συμβάλλει στον υπολογισμό των δεικτών Μέσης

Διάρκειας Νοσηλείας, Μέσης Δυναμικότητας Κλινών, Ρυθμού Εισροής Ασθενών και Αδράνειας Κλινών, οι οποίοι επιτρέπουν την μέτρηση της αποδοτικότητας και τη σύγκριση της λειτουργίας των μονάδων υγείας.

5.2.1 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Η μέση διάρκεια νοσηλείας επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως είναι τα χαρακτηριστικά της νόσου και οι ιατρικές αποφάσεις, και συνεπώς είναι λογικό να υπάρχουν διακυμάνσεις μεταξύ των νοσοκομείων και μεταξύ των ετών. Σύμφωνα με το γράφημα 13 που ακολουθεί, για το σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου, το 2017 η μέση διάρκεια νοσηλείας ανερχόταν σε 3,27 ημέρες και αυξήθηκε κατά 1,83% το επόμενο έτος (3,33 ημέρες). Η αύξηση αυτή ανακάμπτεται το 2019, σημειώνοντας την μικρότερη τιμή (3,26 ημέρες) στο εξεταζόμενο διάστημα, ενώ τα επόμενα δύο έτη αυξάνεται σταδιακά (3,33 ημέρες το 2020 και 3,52 ημέρες το 2021).



Γράφημα 13: Μέση διάρκεια νοσηλείας του συνόλου των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, το ΓΝ Καλαμάτας παρουσιάζει μία ανοδική τάση της μέσης διάρκειας νοσηλείας για το διάστημα 2017-2021. Συγκεκριμένα, το 2017 η μέση διάρκεια νοσηλείας ανερχόταν σε 2,32 ημέρες, ενώ τέσσερα χρόνια αργότερα ο δείκτης παρουσιάζει αύξηση κατά 9,05% και ανέρχεται σε 2,53 ημέρες. Την ίδια πορεία ακολουθούν και δύο νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους, το ΓΝ Σπάρτης και ΓΝ Άργους, τα οποία παρουσιάζουν αύξηση του δείκτη κατά 12,07% και 16,06%

αντίστοιχα. Λαμβάνοντας υπόψη, πως οι ημέρες νοσηλείας και οι νοσηλευθέντες ασθενείς των παραπάνω νοσοκομείων παρουσίασαν μείωση στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, θα ήταν συνετό να διερευνηθεί αν η αύξηση αυτή συνδέεται με συγκεκριμένη κλινική ή ενδεχομένως με την αύξηση του χρόνου παραμονής των ασθενών πριν τις επεμβάσεις. Αντίθετα, το ΠΓΝ Τρίπολης, το δεύτερο μεγαλύτερο νοσοκομείο του δείγματος, παρουσιάζει μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας κατά 9,21%, καθώς το 2017 ο δείκτης έλαβε την τιμή των 5,54 ημερών και το 2021 των 5,03 ημερών. Η μεγαλύτερη μεταβολή καταγράφηκε στο ΓΝ Κορίνθου (+40,59%), το οποίο συνάδει με την αύξηση των ημερών νοσηλείας και την μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών στο αντίστοιχο διάστημα, ενώ στο ΓΝ Ναυπλίου σημειώθηκε η μεγαλύτερη μείωση με ποσοστό 9,71%. Η μέση διάρκεια νοσηλείας των δύο μικρών νοσοκομείων του δείγματος, ΓΝ - ΚΥ Μολάων και ΓΝ - ΚΥ Κυπαρισσίας, μειώθηκε κατά 0,48% και 2,35% αντίστοιχα (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Μέση διάρκεια νοσηλείας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	3,23	3,23	3,17	2,88	3,62	12,07%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	4,18	3,99	4,31	4,54	4,16	-0,48%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	2,32	2,46	2,54	2,55	2,53	9,05%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	3,41	3,29	3,75	3,72	3,33	-2,35%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	5,54	5,31	4,89	5	5,03	-9,21%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	2,74	2,71	2,72	2,93	3,18	16,06%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	5,15	5,81	4,15	4,26	4,65	-9,71%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	2,71	2,85	2,99	3,28	3,81	40,59%
ΣΥΝΟΛΟ	3,27	3,33	3,26	3,33	3,52	7,65%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.2.2 Ποσοστό Κάλυψης Κλινών

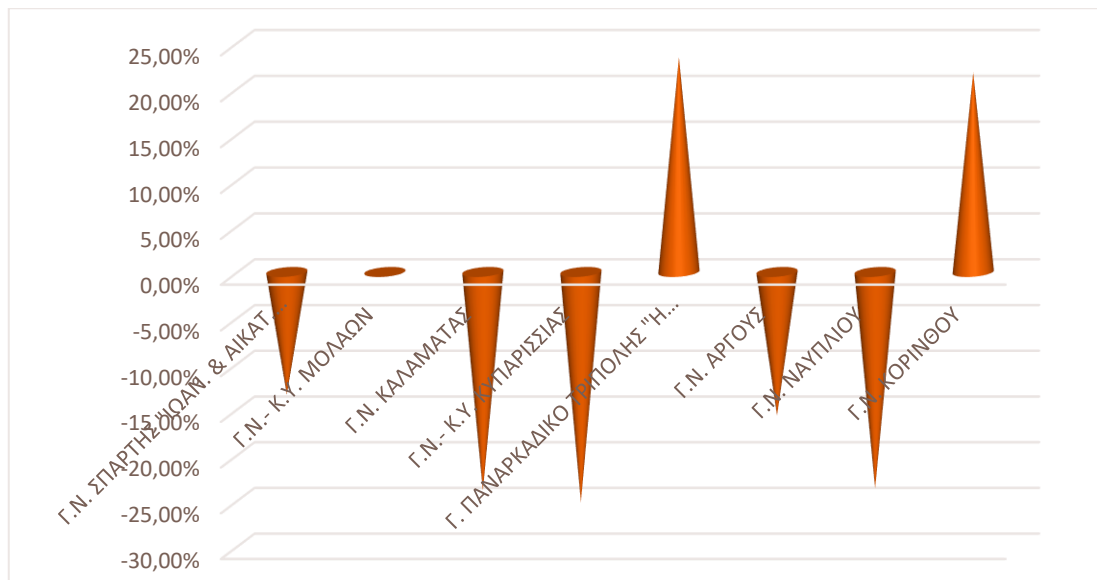
Το ποσοστό κάλυψης κλινών χρησιμοποιείται ως μέτρο αξιολόγησης του τρόπου χρήσης των κλινών ενός νοσοκομείου. Για το χρονικό διάστημα 2017-2021, ο δείκτης αυτός για το σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσιάζει μία μικρή μείωση σε ποσοστό 4,74%. Συγκεκριμένα το 2017 το ποσοστό κάλυψης κλινών ήταν 62,07%, το 2018 ήταν 61,91%, το 2019 ήταν 65,17%, το 2020 ήταν 53,21%, καταγράφοντας την μικρότερη τιμή στην εξεταζόμενη περίοδο, ενώ στο τελευταίο έτος αυξήθηκε και ανήλθε σε 59,13% (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Ποσοστό κάλυψης κλινών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	54,18%	55,23%	59,89%	50,43%	46,92%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	45,41%	39,77%	39,37%	29,27%	45,32%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	76,46%	77,44%	74,03%	52,17%	58,17%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	40,10%	38,40%	35,95%	28,47%	30,00%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	60,17%	58,95%	87,67%	73,46%	74,27%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	68,23%	66,98%	62,42%	49,62%	57,52%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	60,30%	62,59%	40,85%	33,44%	46,03%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	60,17%	61,01%	58,74%	60,08%	73,26%
ΣΥΝΟΛΟ	62,07%	61,91%	65,17%	53,21%	59,13%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδίοι υπολογισμοί)

Σύμφωνα με το γράφημα 14, η πλειοψηφία των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσιάζει αρνητική μεταβολή, με εξαίρεση το ΠΓΝ Τρίπολης και το ΓΝ Κορίνθου στα οποία σημειώθηκε αύξηση του ποσοστού μεταβολής του εν λόγω δείκτη. Πιο αναλυτικά, το ΠΓΝ Τρίπολης παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης κλινών το 2021 που ισούται με 74,27%, με το ΓΝ Κορίνθου να έπεται με ποσοστό 73,26%. Χαμηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν σε όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου, όπως απεικονίζεται στον παραπάνω πίνακα. Παρατηρείται πως κανένα από τα εξεταζόμενα νοσοκομεία δεν προσέγγισε την επιθυμητή τιμή του δείκτη στην εξεταζόμενη περίοδο που είναι το 85%. Τα χαμηλά ποσοστά κάλυψης κλινών υποδηλώνουν πως τα νοσοκομεία υπολειτουργούν και πως επιβαρύνονται με υψηλά σταθερά έξοδα. Ωστόσο, υπάρχει περιθώριο βελτίωσης του συντελεστή παραγωγής κλίνης, καθώς το πρόβλημα δεν εντοπίζεται στο πλήθος των διαθέσιμων κλινών, αλλά στην κατανομή τους ανά νοσοκομείο και ειδικότητα και στην στελέχωση των νοσοκομείων με επαρκή και άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.



Γράφημα 14: Ποσοστό μεταβολής πληρότητας κλινών (2017 vs 2021)

Πηγή: Bi-Forms (Ίδιοι υπολογισμοί)

5.2.3 Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη

Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη προσφέρει πληροφορίες σχετικά με την ένταση και τον τρόπο χρήσης των υποδομών των μονάδων υγείας. Σύμφωνα με τον πίνακα 8, ο εν λόγω δείκτης παρουσιάζει, κατά μέσο όρο, μείωση κατά 11,50% για την περίοδο 2017-2021. Αναλυτικά, το 2017 η μέση τιμή του ποσοστού εισροής ασθενών ανά κλίνη για το σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου ισούται με 69,28%, με το ΓΝ Καλαμάτας να παρουσιάζει υπερενταντικοποίηση των κλινών του (120,29%), σε αντίθεση με το 2^ο μεγαλύτερο νοσοκομείο του δείγματος που κατέχει το χαμηλότερο ποσοστό (39,64%). Από τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, το ΓΝ Άργους κατέχει ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο (90,89%), και ακολουθεί το ΓΝ Κορίνθου με την τιμή του δείκτη να ισούται με 81,04%, τιμή που απέχει πολύ από την αντίστοιχη του ΓΝ Σπάρτης (61,23%) και του ΓΝ Ναυπλίου (42,74%). Χαμηλά είναι και τα ποσοστά που καταγράφονται στα μικρά νοσοκομεία του δείγματος, όπου η τιμή του δείκτη για το ΓΝ-ΚΥ Μολάων ανέρχεται σε 39,65% και για το ΓΝ-ΚΥ Κυπαρισσίας σε 42,92%. Το επόμενο έτος, η μέση τιμή του δείκτη μειώνεται κατά 2,05% συγκριτικά με το 2017 και ανέρχεται σε 67,86%, γεγονός που αντιστρέφεται το 2019 καθώς σημειώνεται αύξηση κατά 7,53% αναφορικά με το προηγούμενο έτος. Το 2020 η μέση τιμή του δείκτη έλαβε την μικρότερη τιμή για την εξεταζόμενη περίοδο 58,32%, ενώ στο τελευταίο έτος ανήλθε σε 61,31%.

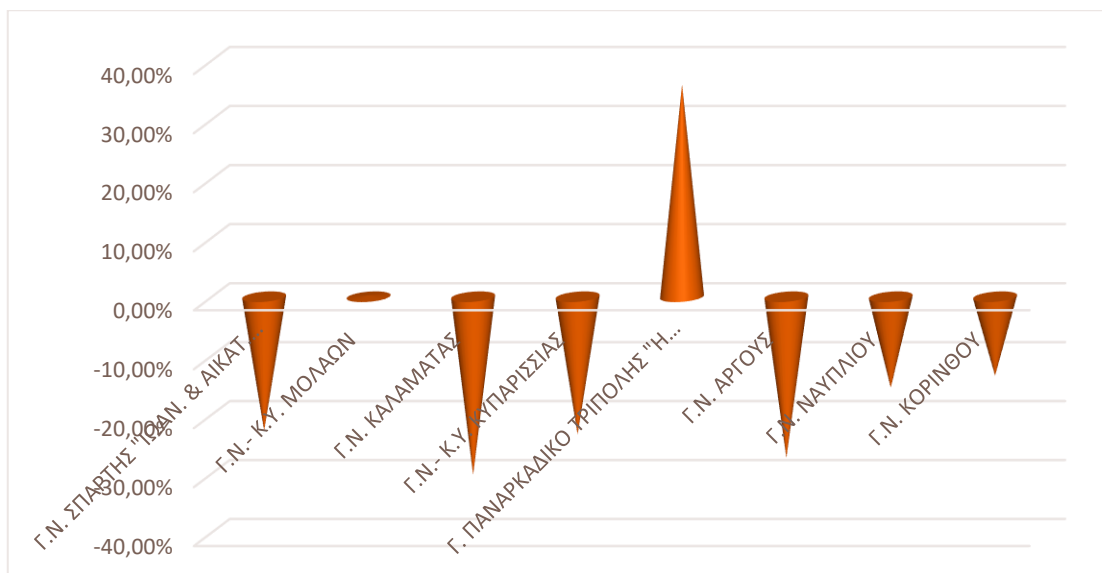
Πίνακας 8: Ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	61,23%	62,41%	68,96%	63,91%	47,31%	-22,73%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	39,65%	36,38%	33,34%	23,53%	39,76%	0,28%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	120,29%	114,90%	106,38%	74,67%	83,92%	-30,24%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	42,92%	42,60%	34,99%	27,93%	32,88%	-23,39%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	39,64%	40,52%	65,44%	53,63%	53,89%	35,95%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	90,89%	90,21%	83,76%	61,81%	66,02%	-27,36%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	42,74%	39,32%	35,93%	28,65%	36,13%	-15,47%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	81,04%	78,14%	71,71%	66,86%	70,18%	-13,40%
ΣΥΝΟΛΟ	69,28%	67,86%	72,97%	58,32%	61,31%	-11,50%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, από τα μεγάλα νοσοκομεία του δείγματος, το ΓΝ Καλαμάτας το 2017 παρουσιάζει υπερενταντικοποίηση της δυναμικότητας τους, η οποία μειώνεται σταδιακά έως το 2021, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στην μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών του. Αντίθετα, το ΠΓΝ Τρίπολης παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά στην εξεταζόμενη περίοδο υποδηλώνοντας την υποχρησιμοποίηση των πόρων του. Μεγάλες διακυμάνσεις παρατηρούνται στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, με το ΓΝ Κορίνθου και το ΓΝ Άργους να καταγράφουν καλύτερο ρυθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη, αφήνοντας όμως περιθώρια βελτίωσης. Το ΓΝ Σπάρτης, με εξαίρεση το τελευταίο έτος σύγκρισης παρουσιάζει μία σχεδόν σταθερή αλλά όχι ικανοποιητική τιμή του δείκτη, ενώ το ΓΝ Ναυπλίου λαμβάνει χαμηλές τιμές σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο. Χαμηλές τιμές παρατηρούνται επίσης και στα μικρά νοσοκομεία του δείγματος.

Το γράφημα 15 που ακολουθεί απεικονίζει τον μέσο ρυθμό μεταβολής του δείκτη εισροής ασθενών ανά κλίνη των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για την χρονική περίοδο 2017-2021. Όπως γίνεται αντιληπτό, σχεδόν όλα τα νοσοκομεία του δείγματος παρουσιάζουν μείωση της ροής των ασθενών ανά κλίνη, με εξαίρεση το ΠΓΝ Τρίπολης και το ΓΝ-ΚΥ Μολάων που σημείωσαν αύξηση κατά 35,95% και 0,28% αντίστοιχα. Με εξαίρεση το ΓΝ Καλαμάτας, όπου επιβαλλόταν η μείωση του ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη, η μείωση του δείκτη στα υπόλοιπα νοσοκομεία αποκαλύπτει μία φθίνουσα πορεία της αξιοποίησης των πόρων τους.



Γράφημα 15: Ποσοστό μεταβολής ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη (2017 vs 2021)

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.2.4 Αδράνεια Κλίνης ή Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών ανά Κλίνη

Η αδράνεια κλίνης ή μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των ημερών που μία κλίνη ενός νοσοκομείου παραμένει αδρανής μέχρι την είσοδο του επόμενου ασθενή. Σύμφωνα με τον πίνακα 9, το 2017 κατά μέσο όρο τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου είχαν 2 ημέρες τις κλίνες τους κενές μέχρι την νέα είσοδο ασθενή. Η τιμή του δείκτη αυξήθηκε κατά 2,50% το επόμενο έτος και πλέον παρατηρείται μία αδράνεια κλίνης κατά 2,05 ημέρες, η οποία όμως μειώνεται σε 1,74 ημέρες το 2019. Το 2020 σημειώνεται αύξηση κατά 68,39% με την μέση τιμή του δείκτη να ισούται με 2,93 ημέρες, ενώ στο τελευταίο έτος σύγκρισης αυξάνεται η μέση τιμή των ημερών αδράνειας μίας κλίνης και ανέρχεται σε 2,43. Οι χαμηλές τιμές του δείκτη για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων αναδεικνύουν την αποτελεσματική αξιοποίηση του συντελεστή παραγωγής «κλίνη».

Πίνακας 9: Αδράνεια κλίνης

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	2,73	2,62	2,12	2,83	4,10	50,18%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	5,03	6,04	6,64	10,97	5,02	-0,20%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0,71	0,72	0,89	2,34	1,82	156,34%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	5,09	5,28	6,68	9,35	7,77	52,65%

Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	3,67	3,70	0,69	1,81	1,74	-52,59%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	1,28	1,34	1,64	2,98	2,35	83,59%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	3,39	3,47	6,01	8,48	5,45	60,77%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	1,79	1,82	2,10	2,18	1,39	-22,35%
ΣΥΝΟΛΟ	2,00	2,05	1,74	2,93	2,43	21,50%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Από τα μεγάλα νοσοκομεία του δείγματος, το ΓΝ Καλαμάτας παρουσιάζει μία αύξηση του δείκτη κατά 156,34% το 2021 αναφορικά με το 2017. Οι ημέρες που μία κλίνη μένει κενή μέχρι την εισαγωγή ενός ασθενούς είναι 1,82 το 2021 έναντι των 0,71 ημερών το 2017. Συγκρίνοντας και τον ρυθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη, ο οποίος καταδεικνύει υπερενταντικοποίηση των κλινών το 2017, που σταδιακά όμως μειώνεται έως το 2021, φαίνεται πως το ΓΝ Καλαμάτας παρουσιάζει μία αποδοτική αξιοποίηση των λειτουργικών δομών. Από την άλλη πλευρά, το ΠΓΝ Τρίπολης παρουσιάζει μείωση των ημερών που μία κλίνη μένει κενή κατά 52,59% το 2021 αναφορικά με το 2017, το οποίο συνάδει με την αύξηση του ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη.

Σχεδόν το σύνολο των μεσαίου μεγέθους νοσοκομείων του δείγματος παρουσιάζει αύξηση των ημερών αδράνειας των κλινών, καθώς στο ΓΝ Σπάρτης οι ημέρες που έμειναν κενές οι κλίνες ήταν 4,10 το 2021 έναντι των 2,73 ημερών το 2017 (+50,18%), στο ΓΝ Άργους οι αντίστοιχες ημέρες ήταν 2,35 το 2017 έναντι των 1,28 ημερών το 2017 (+83,59%) και στο ΓΝ Ναυπλίου οι ημέρες αδράνειας ήταν 5,45 το 2017 και 3,39 το 2017 (+60,77%). Την ίδια περίοδο τα παραπάνω νοσοκομεία παρουσιάζουν μείωση του ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται μία αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Αναφορικά με το ΓΝ Κορίνθου, σημειώνεται αρνητική μεταβολή του δείκτη αδράνειας κλινών, καθώς οι κλίνες παρέμειναν κενές 1,39 ημέρες το 2021, ενώ το 2017 οι αντίστοιχες ημέρες ανέρχονταν σε 1,79. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μείωση που παρουσιάζει ο δείκτης ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη (πίνακας 8), ενδεχομένως υποδεικνύει πως το συγκεκριμένο νοσοκομείο αντιμετωπίζει σοβαρά περιστατικά που απαιτούν πολυήμερη νοσηλεία.

Από τα νοσοκομεία με <100 κλίνες, το ΓΝ - ΚΥ Μολάων παρουσιάζει μία μικρή μείωση (-0,20%) των ημερών αδράνειας της κλίνης το 2021 (5,02 ημέρες) έναντι των αντίστοιχων ημερών το 2017 (5,03 ημέρες), ενώ το ΓΝ - ΚΥ Κυπαρισσίας σημειώνει αύξηση του δείκτη κατά 52,65% (7,77 ημέρες αδράνειας το 2021 έναντι των 5,09 ημερών το 2017). Τα σχετικά χαμηλά ποσοστά πληρότητας κλινών και ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη υποδηλώνουν μη ικανοποιητική αξιοποίηση των λειτουργικών δομών.

5.3 Οικονομική Διαχείριση

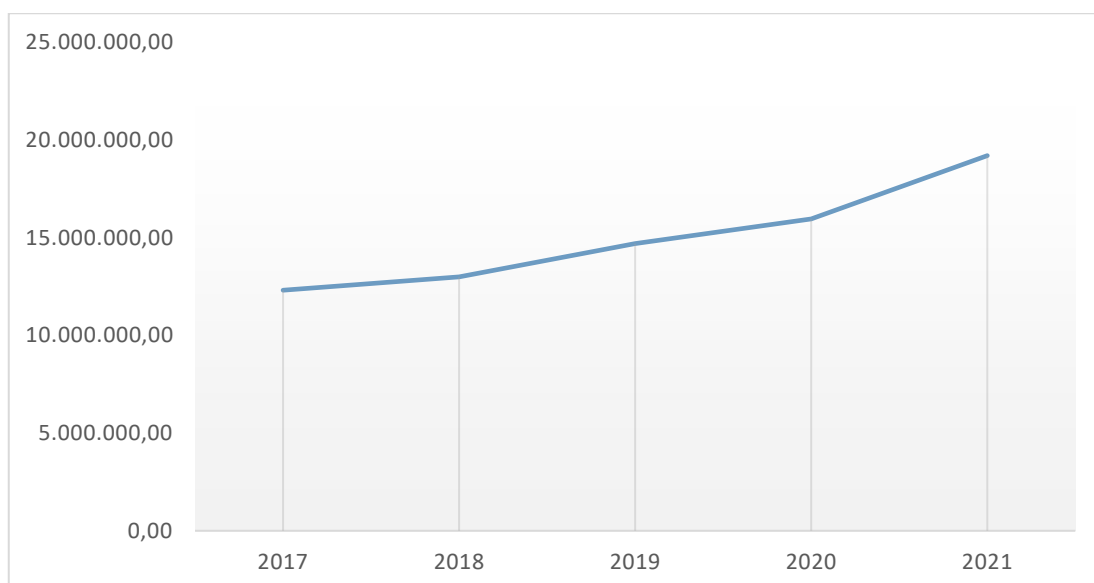
Οι διοικήσεις των μονάδων υγείας έχουν ως βασικό στόχο την αποτελεσματική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Για να το επιτύχουν αυτό, αξιοποιούν δεδομένα αναφορικά με την διάρθρωση του συνολικού κόστους λειτουργίας. Παρακάτω αναλύονται οικονομικά στοιχεία αγορών, δαπανών και εσόδων των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για την χρονική περίοδο 2017-2021.

5.3.1 Νοσοκομειακές Δαπάνες Αγοράς

Στην βάση δεδομένων του BI-Forms, από την οποία συλλέχθηκαν τα στοιχεία, οι δαπάνες των νοσοκομείων κατατάσσονται σε αγορές πρώτων και βοηθητικών υλών, αναλώσιμων και δαπανών υπηρεσιών. Αναλυτικά, οι αγορές πρώτων και βοηθητικών υλών περιλαμβάνουν τις αγορές φαρμάκων, υγειονομικού και ορθοπεδικού υλικού, υλικών αντιδραστηρίων και λοιπών υλικών και οι αγορές αναλωσίμων αναφέρονται στις δαπάνες για καύσιμα, ιματισμό, ανταλλακτικά και λοιπά υλικά. Στην τελευταία κατηγορία εντάσσονται οι δαπάνες για ΔΕΚΟ, καθαριότητα, ασφάλεια, εστίαση, λογιστικές υπηρεσίες και λοιπές αναγκαίες υπηρεσίες για την ορθή λειτουργία του νοσοκομείου. Παρακάτω αναλύονται οι κυριότερες κατηγορίες δαπανών, που αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος του συνόλου των εξόδων για ένα νοσοκομείο.

Αγορές Φαρμακευτικού Υλικού

Η φαρμακευτική δαπάνη καλύπτει περίπου το 30% των συνολικών δαπανών υγείας και συνεπώς καθίσταται η κυριότερη κατηγορία δαπανών. Σύμφωνα με το γράφημα 16 που έπεται, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσιάζει μία ανοδική τάση στο διάστημα 2017-2021. Από 12.319.557,81 € το 2017 αυξήθηκε κατά 672.322,83 € το επόμενο έτος, σημειώνοντας μεταβολή κατά +5,49%. Το 2019 καταγράφηκε μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με το έτος 2018 που ανερχόταν σε 13,18%, φτάνοντας το ποσό των 1.712.518,91 €. Τα δύο τελευταία έτη της εξεταζόμενης περιόδου, όπου η χώρα μας αντιμετώπιζε την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19, οι αγορές σε φαρμακευτικό υλικό ανήλθαν διαδοχικά σε 15.969.684,86 € και 19.212.058,66 € (Πίνακας 10).



Γράφημα 16: Μέσος όρος αγορών φαρμακευτικού υλικού (2017 vs 2021)

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, το μεγαλύτερο μέρος των εξεταζόμενων νοσοκομείων παρουσίασε αύξηση των αγορών φαρμακευτικού υλικού την περίοδο 2017-2021, με εξαίρεση το ΓΝ-ΚΥ Κυπαρισσίας, ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου, γεγονός που συνάδει με την μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών και την μείωση των ημερών νοσηλείας που παρατηρήθηκε. Εντύπωση προκαλεί η μεγάλη αύξηση που σημειώθηκε στα μεγάλα νοσοκομεία (ΓΝ Καλαμάτας με ποσοστό αύξησης 78,03% και ΠΓΝ Τρίπολης με το αντίστοιχο ποσοστό μεταβολής 117,63%), η οποία ενδεχομένως οφείλεται στην σοβαρότητα των περιστατικών που αντιμετώπισαν την περίοδο της πανδημίας και στον υψηλό αριθμό νοσηλευόμενων. Η αύξηση που σημειώθηκε στα υπόλοιπα νοσοκομεία κυμαίνεται μεταξύ 10%-20% (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Φαρμακευτική δαπάνη νοσοκομείων

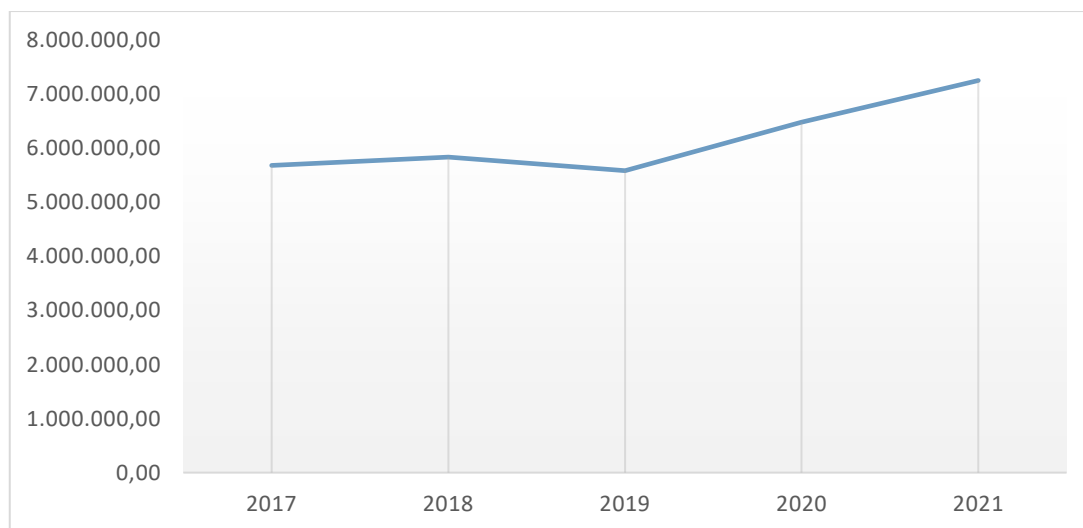
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	1.495.339,53	1.488.547,59	1.638.805,86	1.627.125,78	1.673.526,19	11,92%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	631.445,28	610.782,02	657.656,48	649.566,13	713.873,89	13,05%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	4.154.945,61	4.385.930,81	5.033.361,16	5.519.581,03	7.397.145,32	78,03%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	387.498,31	400.907,78	329.234,94	345.516,00	331.557,86	-14,44%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	2.710.626,38	3.074.537,56	4.131.602,11	4.968.320,47	5.899.128,02	117,63%

Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	1.044.405,76	1.046.101,71	985.110,42	1.045.921,71	1.037.035,93	-0,71%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	428.711,15	420.496,77	379.649,27	377.998,54	401.705,19	-6,30%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	1.466.585,79	1.568.576,40	1.552.979,31	1.435.655,20	1.758.086,26	19,88%
ΣΥΝΟΛΟ	12.319.557,81	12.995.880,64	14.708.399,55	15.969.684,86	19.212.058,66	55,95%

Πηγή: Bi-Forms (Ίδιοι υπολογισμοί)

Αγορές Υγειονομικού Υλικού

Η υγειονομική δαπάνη αποτελεί την 3^η μεγαλύτερη κατηγορία δαπάνης μετά τις δαπάνες για υπηρεσίες καλύπτοντας περίπου το 12% του συνόλου των δαπανών. Όπως φαίνεται στο γράφημα 17 που ακολουθεί, οι συνολικές αγορές υγειονομικού υλικού των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου παρουσιάζουν αύξηση, όπως και η κατηγορία του φαρμάκου, σε μικρότερο ποσοστό αλλά αρκετά σημαντικό καθώς αγγίζει το 27,64%. Το 2017 η συνολική υγειονομική δαπάνη ήταν 5.686.520,86 € και το 2021 αυξήθηκε κατά 1.571.501,33 € και ανερχόταν πλέον σε 7.258.022,19 €. Αύξηση σημειώνεται και μεταξύ των ετών, με εξαίρεση το 2019 που καταγράφηκε μικρή μείωση (-4,27%). Όπως παρατηρήθηκε και στην κατηγορία των φαρμάκων, τα μεγαλύτερα ποσά αγορών υγειονομικής δαπάνης ήταν αυτά που σημειώθηκαν τα έτη 2020 και 2021 (6.485.321,02 € και 7.258.022,19 € αντίστοιχα), στο πλαίσιο αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19.



Γράφημα 17: Μέσος όρος αγορών υγειονομικού υλικού (2017 vs 2021)

Πηγή: Bi-Forms (Ίδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά (βλ. πίνακα 11), αύξηση κατέγραψαν τα περισσότερα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου, με εξαίρεση τα δύο νοσοκομεία του Νομού Λακωνίας, στα οποία σημειώθηκε

μικρή μείωση. Στα μεγάλα νοσοκομεία η αύξηση κυμαίνεται μεταξύ 20%-45%. Η μεγαλύτερη μεταβολή σημειώθηκε στο ΓΝ Κορίνθου (+62,58%), με το ΓΝ Ναυπλίου να έπεται με ποσοστό +51,72%, δύο νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους, ενώ στο τρίτο μεσαίο νοσοκομείο ΓΝ Άργους σημειώθηκε η μικρότερη θετική μεταβολή ποσοστού 10,17%. Στο μικρό νοσοκομείο ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας καταγράφηκε αύξηση ποσοστού 35,45%.

Και στην κατηγορία της δαπάνης υγειονομικού υλικού, η επίδραση της πανδημίας είναι εμφανής. Με εξαίρεση το ΓΝ Σπάρτης και ΓΝ Μολάων, τα υπόλοιπα νοσοκομεία σημείωσαν το 2021 την μεγαλύτερη υγειονομική δαπάνη στο διάστημα 2017-2021, αναδεικνύοντας τις μεγάλες ανάγκες του συστήματος υγείας για υγειονομικό υλικό.

Πίνακας 11: Αγορές υγειονομικού υλικού

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	1.049.763,14	958.939,94	977.750,54	965.122,03	1.033.323,68	-1,57%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	262.348,61	237.334,63	237.121,83	275.593,67	240.113,74	-8,48%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1.439.507,19	1.578.035,38	1.608.339,92	1.841.580,18	2.071.506,60	43,90%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	237.794,06	233.215,05	207.122,48	223.868,11	322.085,36	35,45%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	1.247.848,08	1.333.487,53	1.208.381,96	1.481.419,90	1.558.835,47	24,92%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	555.692,54	481.074,38	485.917,19	591.252,52	612.185,08	10,17%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	301.780,11	309.538,24	280.297,27	345.471,88	457.847,84	51,72%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	591.787,13	706.674,15	583.971,88	761.012,73	962.124,42	62,58%
ΣΥΝΟΛΟ	5.686.520,86	5.838.299,30	5.588.903,07	6.485.321,02	7.258.022,19	27,64%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδίοι υπολογισμοί)

Δαπάνες - υποχρεώσεις υπηρεσιών

Η δαπάνη για υπηρεσίες απορροφά περίπου το 24% των συνολικών δαπανών και καθίσταται η 2^η μεγαλύτερη κατηγορία μετά την αγορά φαρμάκων. Όπως και στις προηγούμενες δύο κατηγορίες, αύξηση σημειώθηκε και στις δαπάνες υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, το 2017 ο μέσος όρος της σχετικής δαπάνης ανερχόταν στο ποσό των 10.506.092,13 €, ενώ το 2021 ήταν 12.122.823,12 €, καταγράφοντας αύξηση 15,39%. Αναλυτικά, μόνο το ΓΝ Σπάρτης και ΓΝ - ΚΥ Μολάων παρουσιάζουν σημαντική μείωση των δαπανών για υπηρεσίες που ανέρχεται σε ποσοστό 55,23% και 25,62% αντίστοιχα. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία παρουσιάζουν θετική μεταβολή με το

μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης να καταγράφεται στο ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας (+85,58%), το οποίο αποτελεί μικρό νοσοκομείο, και το μικρότερο ποσοστό αύξησης να σημειώνεται στο ΠΓΝ Τρίπολης, μόλις 2,67%. Γενικά, παρατηρείται μεγαλύτερη ποσοστιαία μεταβολή στην κατηγορία των μεσαίων νοσοκομείων έναντι των μεγάλων και των μικρών εξεταζόμενων μονάδων υγείας (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Δαπάνες υπηρεσιών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	2.872.078,58	2.623.746,29	2.966.938,69	3.127.887,47	1.285.705,92	-55,23%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	495.838,27	587.831,18	434.499,91	407.643,42	368.794,40	-25,62%
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	2.171.727,00	2.838.944,94	3.507.254,51	3.007.102,88	3.436.178,43	58,22%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	372.486,53	431.786,97	632.216,79	801.370,82	691.243,17	85,58%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	1.891.236,08	1.891.012,28	1.757.151,22	1.964.005,42	1.941.712,02	2,67%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	1.082.329,69	1.211.820,33	1.760.121,50	1.502.538,96	1.855.463,57	71,43%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	537.166,81	702.309,76	683.226,32	701.489,08	769.987,57	43,34%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	1.083.229,17	1.537.092,82	1.616.938,37	1.590.882,12	1.773.738,04	63,75%
ΣΥΝΟΛΟ	10.506.092,13	11.824.544,57	13.358.347,31	13.102.920,17	12.122.823,12	15,39%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Συνολικές δαπάνες

Στο σημείο αυτό, αναφορικά με το κόστος της μισθοδοσίας στα δημόσια νοσοκομεία, αξίζει να διευκρινιστεί πως ένα μόνο μέρος της συνολικής μισθοδοσίας (αυτό της μισθοδοσίας του επικουρικού προσωπικού και των πρόσθετων αμοιβών) αποτελεί μέρος του ετήσιου προϋπολογισμού τους και καταβάλλεται από τα έσοδα των νοσοκομείων. Απόρροια αυτού είναι η προσθήκη της εν λόγω μισθοδοσίας στο συνολικό κόστος των νοσοκομείων. Αντίθετα, το μεγαλύτερο μέρος της μισθοδοσίας καλύπτεται απευθείας από το Υπουργείο Υγείας και για τον λόγο αυτό δεν εμφανίζεται στον προϋπολογισμό των νοσοκομείων. Συνεπώς κρίνεται σκόπιμο να γίνει η ανάλυση των συνολικών δαπανών των νοσοκομείων με και χωρίς την προσθήκη της επιχορηγούμενης από το κράτος μισθοδοσίας. Πρόσθετα, λόγω έλλειψης του συνόλου των δεδομένων και για λόγους συγκρισιμότητας, δεν θα εξεταστούν οι συνολικές δαπάνες των ΓΝ Καλαμάτας και ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας.

• Συνολικές δαπάνες χωρίς την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας

Οι συνολικές δαπάνες των έξι νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για το χρονικό διάστημα 2017-2021 ακολουθούν την ίδια ανοδική τάση με τις κατηγορίες των δαπανών που αναλύθηκαν παραπάνω. Σύμφωνα με τον πίνακα 13 που ακολουθεί, οι συνολικές δαπάνες του 2017 για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων ανέρχονταν σε 31.463.706,25 €. Το επόμενο έτος σημειώθηκε ελάχιστη αύξηση των δαπανών, μόλις 0,01% και διαμορφώθηκαν σε 31.467.319,91 €. Η ανοδική τάση συνεχίστηκε και στα επόμενα τρία έτη με τις δαπάνες να ανέρχονται σε 34.476.333,14€ το 2019, 38.165.134,58 € το 2020 και 44.170.380,90 € το 2021. Μάλιστα στο τελευταίο έτος σύγκρισης καταγράφεται και το μεγαλύτερο ποσό συνολικών δαπανών, επιβεβαιώνοντας και πάλι το έντονο υγειονομικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε η χώρα λόγω της πανδημίας COVID-19.

Πίνακας 13: Συνολικές δαπάνες χωρίς την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	7.197.462,19	6.922.164,02	7.867.935,36	8.163.796,65	7.213.460,72	0,22%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	1.899.962,10	1.894.709,09	1.925.086,85	2.123.676,32	2.804.112,73	47,59%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	8.787.898,79	9.497.523,01	10.595.517,35	12.217.004,29	13.811.051,17	57,16%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	5.496.511,53	4.609.429,20	5.230.840,87	5.359.692,47	6.959.222,75	26,61%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	2.664.893,76	2.215.384,77	2.144.986,84	2.271.321,41	3.620.761,00	35,87%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	5.416.977,88	6.328.109,82	6.711.965,87	8.029.643,44	9.761.772,53	80,21%
ΣΥΝΟΛΟ	31.463.706,25	31.467.319,91	34.476.333,14	38.165.134,58	44.170.380,90	40,39%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, στο μεγάλο νοσοκομείο παρατηρείται υψηλό ποσοστό αύξησης των συνολικών δαπανών την περίοδο 2017-2021. Συγκεκριμένα στο ΠΓΝ Τρίπολης το ποσοστό αύξησης ανήλθε σε 57,16%, το δεύτερο μεγαλύτερο του δείγματος, όπου οι δαπάνες από 8.787.897,79 € το 2017 ανέρχονταν σε 13.811.051,17 € το 2021. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως οφείλεται στον μεγάλο αριθμό των κλινών του νοσοκομείου και στην πολυπλοκότητα των περιστατικών που ενδεχομένως αντιμετώπισε.

Από τα νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους, το ΓΝ Κορίνθου παρουσίασε την μεγαλύτερη μεταβολή (+80,21%), καθώς από 5.416.977,88 € το 2017, οι δαπάνες ανήλθαν σε 9.761.772,53 € το 2021.

Το γεγονός αυτό συνάδει με την σημαντική αύξηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας που καταγράφηκε στο νοσοκομείο το αντίστοιχο διάστημα και των πιθανόν σοβαρών περιστατικών που νοσηλεύτηκαν. Στον αντίποδα, στο ΓΝ Σπάρτης σημειώθηκε το μικρότερο ποσοστό αύξησης, μόλις 0,22% στα έτη 2017/2021. Μεγαλύτερη αύξηση κατέγραψαν το ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου (26,61% και 35,87% αντίστοιχα) την συγκεκριμένη περίοδο. Σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε και στο νοσοκομείο με κλίνες <100 που έφτασε το 47,59%.

• Συνολικές δαπάνες με την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας

Ο πίνακας 14 που ακολουθεί απεικονίζει τις συνολικές δαπάνες των έξι νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου, συμπεριλαμβανομένης της μισθοδοσίας που καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Διαχρονική αύξηση των συνολικών δαπανών σημειώνεται και σε αυτή την περίπτωση. Ωστόσο, σχεδόν όλα τα νοσοκομεία παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό αύξησης των συνολικών δαπανών μεταξύ των ετών 2017 και 2021, συγκριτικά με το αντίστοιχο χωρίς την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας. Το αντίθετο παρατηρείται μόνο στο ΓΝ Σπάρτης, με ποσοστό μεταβολής +3,65 στην περίπτωση των συνολικών δαπανών με την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας έναντι του ποσοστού +0,22% στην αντίθετη περίπτωση, ποσοστά που όμως είναι αρκετά μικρά.

Πίνακας 14: Συνολικές δαπάνες με την προσθήκη της επιχορηγούμενης μισθοδοσίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	14.259.947,99	15.251.253,08	15.565.587,77	16.108.581,26	14.781.140,64	3,65%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	4.325.299,49	5.022.161,17	4.710.666,02	4.913.914,15	5.661.246,33	30,89%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	24.315.358,47	27.380.827,53	27.057.729,24	28.872.034,95	30.160.839,95	24,04%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	11.564.981,02	10.817.042,24	11.799.334,92	11.933.369,39	13.563.120,66	17,28%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	6.077.005,63	5.793.321,13	5.935.896,80	6.166.472,97	7.475.842,77	23,02%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	14.256.432,15	15.741.505,04	16.585.468,17	18.271.877,30	20.021.084,01	40,44%
ΣΥΝΟΛΟ	74.799.024,75	80.006.110,19	81.654.682,92	86.266.250,02	91.663.274,36	22,55%

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.3.2 Μέσο Κόστος ανά Νοσηλευθέντα Ασθενή

Με δεδομένο πως οι συνολικές δαπάνες υπολογίστηκαν με δύο τρόπους, με την προσθήκη και μη της μισθοδοσίας του τακτικού προσωπικού, προκύπτει πως και το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή θα υπολογιστεί με δύο τρόπους.

Σύμφωνα με τον πίνακα 15 που ακολουθεί, η μέση τιμή του μέσου κόστους ανά νοσηλευθέντα ασθενή αυξήθηκε κατά 50,95% το 2021 συγκριτικά με το έτος βάσης. Πιο αναλυτικά, το 2017 η μέση τιμή του κόστους νοσηλείας ήταν 3.424,93 €, ενώ το 2018 μειώθηκε κατά 45,51 € και διαμορφώθηκε σε 3.379,42 €, λόγω της μεγαλύτερης αύξησης των νοσηλευθέντων ασθενών στο έτος αυτό. Τα επόμενα τρία έτη ο δείκτης αυξάνεται σταδιακά (κατά 10,54% το 2019, 32,60% το 2020 και 4,37% το 2021), καθώς οι συνολικές δαπάνες αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό συγκριτικά με τον αριθμό των ασθενών.

Πίνακας 15: Μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή (χωρίς τις δαπάνες μισθοδοσίας)

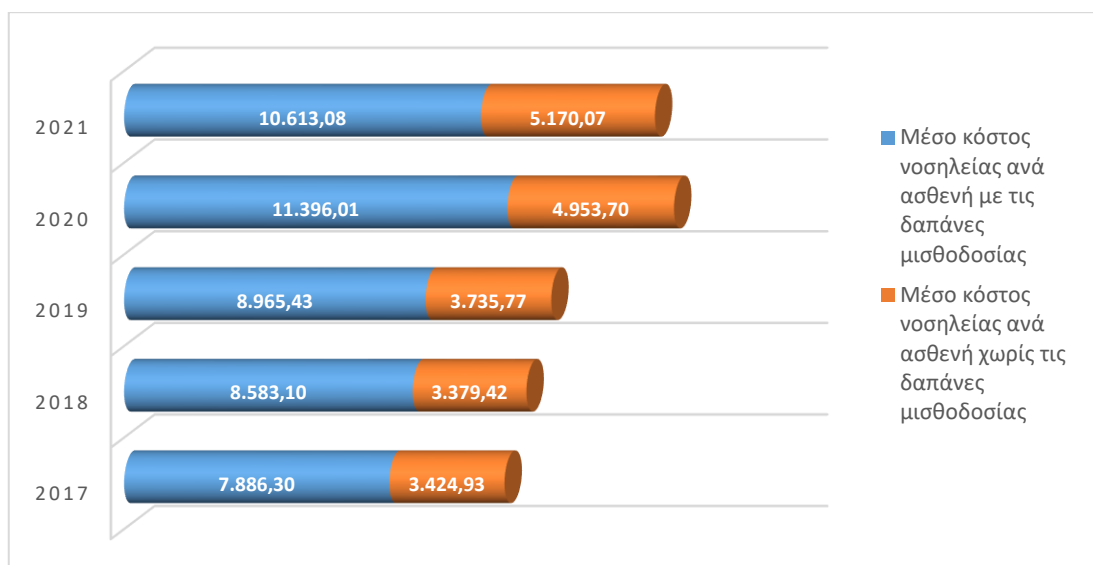
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	699,26	660,07	730,88	840,59	847,15	21,15%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	798,30	869,13	963,02	1.504,02	1.176,22	47,34%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	511,04	539,57	603,91	798,65	819,45	60,35%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	472,21	398,64	433,59	532,77	702,03	48,67%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	594,05	512,58	543,03	628,65	835,05	40,57%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	350,07	399,43	461,34	649,02	790,17	125,72%
ΣΥΝΟΛΟ	3.424,93	3.379,42	3.735,77	4.953,70	5.170,07	50,95%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδίοι υπολογισμοί)

Εξετάζοντας την τιμή του δείκτη ανά μονάδα υγείας, παρατηρεί κανείς πως το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων κατέγραψε ανοδική πορεία το 2021 έναντι του 2017. Η μεγαλύτερη τιμή του μέσου κόστους ανά νοσηλευθέντα ασθενή το 2021 καταγράφηκε στο ΓΝ - ΚΥ Μολάων, ένα μικρό νοσοκομείο, και ανέρχεται σε 1.176,22 € γεγονός που είναι λογικό αν αναλογιστεί κανείς τη μεγάλη αύξηση των συνολικών δαπανών του νοσοκομείου. Στο μεγαλύτερο νοσοκομείο του δείγματος η τιμή του δείκτη το 2021 ανήλθε σε 819,45 €, την 4^η κατά σειρά μεγαλύτερη τιμή και το ποσοστό μεταβολής ήταν +60,35%. Στα νοσοκομεία με κλίνες μεταξύ 100-250, οι τιμές τους το 2021 κυμαίνονται από 702,03 € στο ΓΝ Άργους έως 847,15 € στο ΓΝ Σπάρτης. Αξίζει να

σημειωθεί πως το ΓΝ Κορίνθου κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό μεταβολής του δείκτη το 2021 έναντι του έτους 2017 (+125,72%), που οφείλεται κυρίως στην πολύ μεγάλη αύξηση των συνολικών δαπανών (+80,21%) (Πίνακας 13).

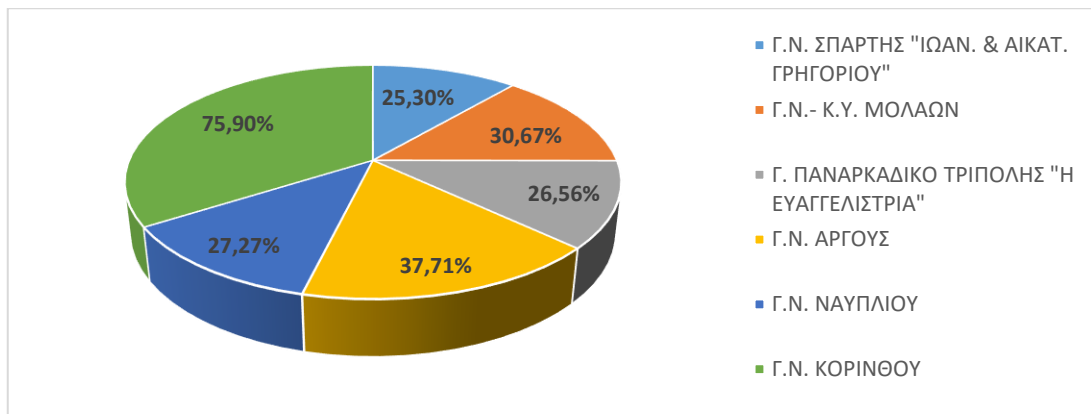
Στον αντίποδα, όπως φαίνεται στο γράφημα 18, η προσθήκη της μισθοδοσίας στις συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων οδηγεί σχεδόν στον διπλασιασμό της μέσης τιμής του μέσου κόστους νοσηλείας ανά ασθενή, η οποία ακολουθεί διαχρονικά την ίδια ανοδική τάση.



Γράφημα 18: Μέσος όρος του συνολικού κόστους ανά νοσηλευθέντα ασθενή

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το γράφημα 19 και τον πίνακα 34 του παραρτήματος Α, το νοσοκομείο που παρουσιάζει την μεγαλύτερη μεταβολή του μέσου κόστους νοσηλείας ανά ασθενή παραμένει το ΓΝ Κορίνθου (↑75,90%), ένα νοσοκομείο μεσαίου μεγέθους, καθώς από 921,32 € το 2017 αυξήθηκε σε 1.620,62 € το 2021. Αντίθετα, η μικρότερη μεταβολή σημειώθηκε στο ΓΝ Σπάρτης, που αποτελεί ομοίως νοσοκομείο μεσαίου μεγέθους, κατά 25,30% από 1.385,40 € το 2017 αυξήθηκε σε 1.7325,89 € το 2021. Στα υπόλοιπα δύο νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους, η μεταβολή της τιμής του δείκτη ανερχόταν σε 37,71% για το ΓΝ Άργους και 27,27% για το ΓΝ Ναυπλίου. Στο μεγαλύτερο νοσοκομείο καταγράφηκε αύξηση της τιμής του δείκτη κατά 26,56% από 1.414,01 € το 2017 σε 1.7589,54 € το 2021, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αύξησης στο ΓΝ – ΚΥ Μολάων (30,67%) που αποτελεί μικρό νοσοκομείο (από 1.817,35 € το 2017 σε 2.374,68 € το 2021).



Γράφημα 19: Μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.3.3 Μέσο Κόστος ανά Ημέρα Νοσηλείας

Πολύ σημαντικός δείκτης αποδοτικότητας αποτελεί το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, καθώς παρουσιάζει το ύψος των χρημάτων που δαπανώνται για κάθε ημέρα περίθαλψης και υπολογίζεται με δύο τρόπους, όπως συνέβη με το σύνολο των δαπανών.

Όπως απεικονίζεται στον πίνακα 16, το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας παρουσιάζει διακυμάνσεις στο διάστημα 2017 – 2021. Συγκεκριμένα το 2017 η τιμή του δείκτη για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων ανέρχεται στο ποσό των 916,77 €, ενώ το επόμενο έτος σημειώνεται μείωση κατά 1,93% και διαμορφώνεται σε 899,12 €. Τα επόμενα δύο έτη το μέσο κόστος νοσηλείας αυξάνεται σταδιακά και ανέρχεται σε 1.021,99 € το 2019 και 1.310,10 € το 2020. Ωστόσο στο τελευταίο έτος σύγκρισης μειώνεται κατά 22,80 € και ισούται με 1.287,30, ενώ καταγράφεται αύξηση αυτού κατά 40,42% συγκριτικά με το 2017.

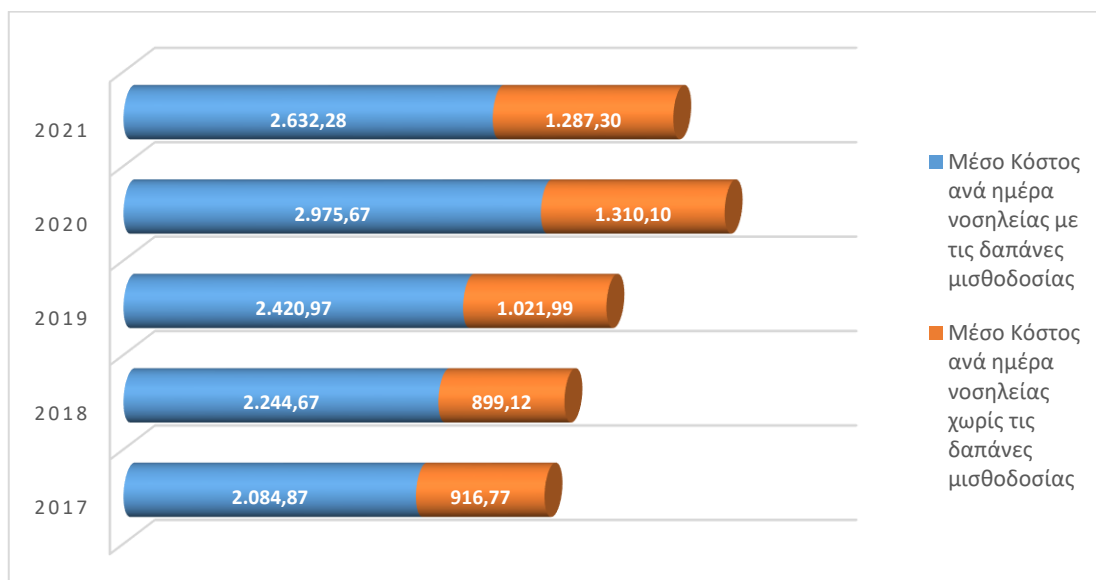
Πίνακας 16: Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (χωρίς τις δαπάνες μισθοδοσίας)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	216,65	204,41	230,72	291,78	233,98	8,00%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	191,05	217,56	223,28	331,26	282,56	47,90%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	92,19	101,71	123,56	159,88	162,77	76,56%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	172,42	147,29	159,43	181,57	220,98	28,16%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	115,32	88,16	130,78	147,70	179,58	55,72%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	129,14	139,99	154,22	197,91	207,43	60,62%
ΣΥΝΟΛΟ	916,77	899,12	1.021,99	1.310,10	1.287,30	40,42%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Παρατηρείται πως για το 2021 το μεγαλύτερο μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανέρχεται στο ποσό των 282,56 € και καταγράφεται στο ΓΝ – ΚΥ Μολάων που αποτελεί μικρό σε μέγεθος νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην μεγάλη αύξηση που σημειώθηκε στις συνολικές δαπάνες (περίπου 47%) σε σχέση με το 2017, ενώ οι ημέρες νοσηλείας μειώθηκαν μόλις 0,21%. Στο ΠΓΝ Τρίπολης, όπου οι κλίνες είναι περισσότερες από 250, καταγράφηκε η μικρότερη τιμή η οποία ανέρχεται στο ποσό των 162,77 €. Στα νοσοκομεία με κλίνες μεταξύ 100-250, το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κυμαίνεται από 179,58 € στο ΓΝ Ναυπλίου έως 233,98 € στο ΓΝ Σπάρτης.

Η προσθήκη της μισθοδοσίας του τακτικού προσωπικού στον υπολογισμό του μέσου κόστους ανά ημέρα νοσηλείας οδηγεί στην αύξηση της τιμής του σε ποσοστό άνω του 50%, το οποίο δικαιολογείται από το γεγονός πως η μισθοδοσία καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών των νοσοκομείων (Γράφημα 20).

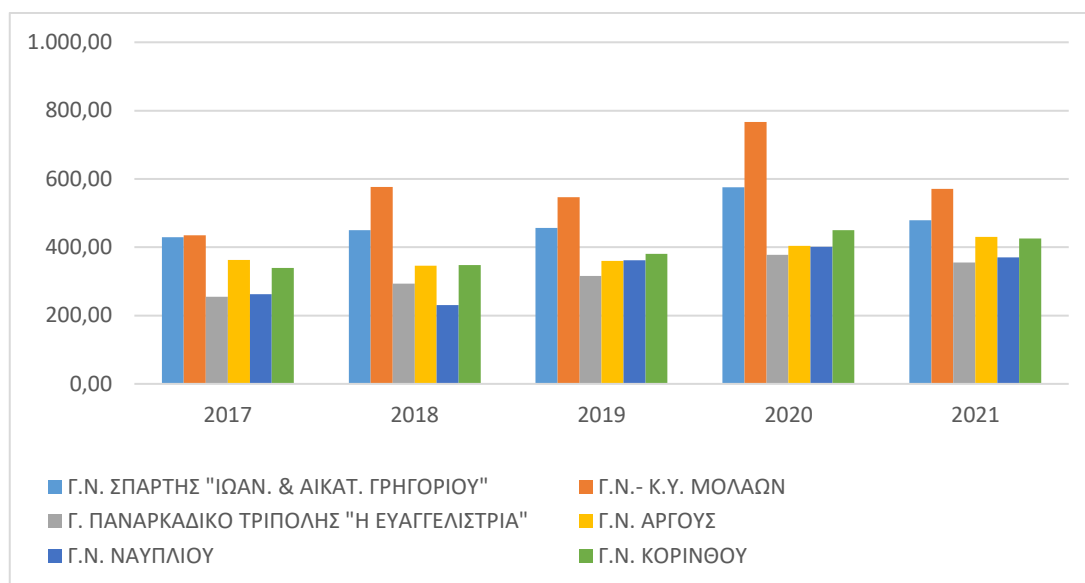


Γράφημα 20: Μέσος όρος του συνολικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Σύμφωνα με γράφημα 21 που ακολουθεί και τον πίνακα 35 του παραρτήματος Α, το 2021 το μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανερχόταν σε 2.632,28 € καταγράφοντας αύξηση κατά 26,26% συγκριτικά με το 2017. Αναλυτικά, και σε αυτή την περίπτωση το ΓΝ – ΚΥ Μολάων παρουσιάζει την μεγαλύτερη τιμή του δείκτη (570,46 €), γεγονός που οφείλεται στους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ομοίως, η μικρότερη τιμή σημειώθηκε στο ΠΓΝ Τρίπολης και ανέρχεται σε 355,46 €. Στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, οι τιμές του δείκτη κυμαίνονται από 370,79 € στο ΓΝ Ναυπλίου έως 479,46 € στο ΓΝ Σπάρτης. Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η

προσθήκη της μισθοδοσίας επιβαρύνει περισσότερο το μικρό νοσοκομείο του δείγματος σε σχέση με τα μεγαλύτερα, καθώς το ΓΝ Σπάρτης εμφανίζει την 2^ο μεγαλύτερη τιμή του δείκτη 479,46 €, ενώ το μικρότερο νοσοκομείο το ΓΝ – ΚΥ Μολάων σημειώνει μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας 570,46 €.



Γράφημα 21: Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.3.4 Έσοδα Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Κύριες πηγές εσόδων των δημόσιων νοσοκομείων είναι οι επιχορηγήσεις που λαμβάνουν από το Υπουργείο Υγείας και τα έσοδα από την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους και τους ιδιώτες. Τα έσοδα που αναλύονται παρακάτω διακρίνονται σε βεβαιωμένα έσοδα από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, σε εισπραχθέντα έσοδα από τον ΕΟΠΥΥ, από λοιπούς ασφαλιστικούς οργανισμούς και ιδιώτες και σε έσοδα από επιχορηγήσεις.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως δεν συμπεριλαμβάνονται τα έσοδα του ΓΝ Καλαμάτας και ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας, καθώς δεν κατέστη δυνατή η εύρεση του συνόλου των σχετικών στοιχείων.

Βεβαιωμένα έσοδα

Σύμφωνα με τον πίνακα 17 που ακολουθεί, το 2017 το σύνολο των βεβαιωθέντων εσόδων από την παροχή υπηρεσιών υγείας των εξεταζόμενων νοσοκομείων ανέρχεται σε 37.101.127,85 € και το 2018 αυξάνεται κατά 8,07% και ανέρχεται σε 2.994.972,36 €, γεγονός που συνάδει με την

αύξηση των ημερών νοσηλείας την περίοδο 2017-2018. Η ανοδική τάση συνεχίζεται και την επόμενη χρήση, όπου τα συνολικά βεβαιωθέντα έσοδα διαμορφώθηκαν στα 40.736.843,68 € (+1,60% συγκριτικά με το 2018). Ωστόσο την ίδια περίοδο, τόσο οι ημέρες νοσηλείας όσο και οι νοσηλευθέντες ασθενείς μειώθηκαν κατά 6,38% και 4,44% αντίστοιχα. Η αύξηση που εμφανίζουν τα βεβαιωμένα έσοδα, παρά την μείωση των νοσηλευόμενων, πιθανώς να οφείλεται στην αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών που αντιστοιχούν σε υψηλότερο ΚΕΝ αποζημίωσης. Στο 2020 σημειώνεται μείωση των συνολικών βεβαιωθέντων εσόδων κατά 5,05%, σχετικά με την προηγούμενη χρήση, η οποία αντιστοιχεί σε μείωση κατά 2.056.351,41 €, γεγονός που συνάδει με την μείωση των ημερών νοσηλείας και τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών. Ωστόσο το 2021 παρουσιάζεται θετική μεταβολή κατά 13,63%, με τα συνολικά βεβαιωθέντα έσοδα να διαμορφώνονται πλέον σε 43.954.287,50 €, καθιστώντας την εν λόγω τιμή την μεγαλύτερη σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο.

Πίνακας 17: Βεβαιωθέντα έσοδα

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	8.691.899,31	8.521.942,80	8.546.605,58	7.701.223,83	7.886.549,43	-9,27%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	3.016.366,50	2.734.127,37	2.882.806,55	2.646.276,23	3.198.781,12	6,05%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	8.136.450,83	11.135.363,02	11.873.021,48	11.782.270,74	15.377.989,35	89,00%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	6.471.772,70	6.420.432,90	6.188.495,24	5.742.300,81	5.415.367,93	-16,32%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	1.858.334,37	1.766.157,38	1.757.831,06	1.739.486,84	2.301.998,67	23,87%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	8.926.304,14	9.518.076,74	9.488.083,77	9.068.933,82	9.773.601,00	9,49%
ΣΥΝΟΛΟ	37.101.127,85	40.096.100,21	40.736.843,68	38.680.492,27	43.954.287,50	18,47%

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Από την ανάλυση των νοσοκομείων, προκύπτει πως η μεγαλύτερη αύξηση στην εξεταζόμενη περίοδο, παρατηρείται στο ΠΓΝ Τρίπολης, που σε συνδυασμό με την μείωση που παρουσίασαν ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών και οι ημέρες νοσηλείας παραπέμπουν στην νοσηλεία σοβαρών περιστατικών. Το γεγονός αυτό είναι λογικό αν αναλογιστεί κανείς την πανδημία COVID-19 που αντιμετώπισε η χώρα μας το διάστημα 2020-2021. Από τα μεσαία νοσοκομεία, το ΓΝ Σπάρτης και ΓΝ Αργους σημείωσαν μείωση των βεβαιωθέντων εσόδων κατά 9,27% και 16,32% αντίστοιχα, όπως μειώθηκαν και οι νοσηλευόμενοι ασθενείς. Αντίθετα, το ΓΝ Κορίνθου και ΓΝ Ναυπλίου αύξησαν τα βεβαιωμένα έσοδα τους κατά 9,49% και 23,87% αντίστοιχα. Όπως

έχει γίνει αναφορά και παραπάνω, το ΓΝ Κορίνθου είναι πιθανόν αν αντιμετώπισε περιστατικά που χρήζουν πολυήμερη νοσηλεία και αντιστοιχούν σε υψηλότερο ΚΕΝ αποζημίωσης. Αύξηση επίσης παρουσίασε και το ΓΝ – ΚΥ Μολάων κατά 6,05%.

Εισπραθέντα έσοδα

Οι εισπράξεις των νοσοκομείων από τον ΕΟΠΥΥ, που αποτελεί τον βασικό αγοραστή των υγειονομικών υπηρεσιών του ΕΣΥ, παρουσιάζουν μικρή αύξηση στο έτος 2021 συγκριτικά με το 2017 (πίνακας 18). Παρατηρούνται μάλιστα μεγάλες διακυμάνσεις διαχρονικά, καθώς το 2017 οι συνολικές εισπράξεις ανέρχονταν σε 11.136.283,90 € έναντι των 12.307.334,85 € το 2018 (+10,52%). Το 2019 μειώθηκαν κατά 2.102.803,87 € (-17,09%) και το 2020 κατά 3.339.200,77 (-32,72%) έναντι της προηγούμενης κάθε φορά χρονιάς, ενώ το 2021 σημείωσαν αύξηση και διαμορφώθηκαν σε 12.176.070,64 € (+77,36%).

Πίνακας 18: Εισπραθέντα έσοδα

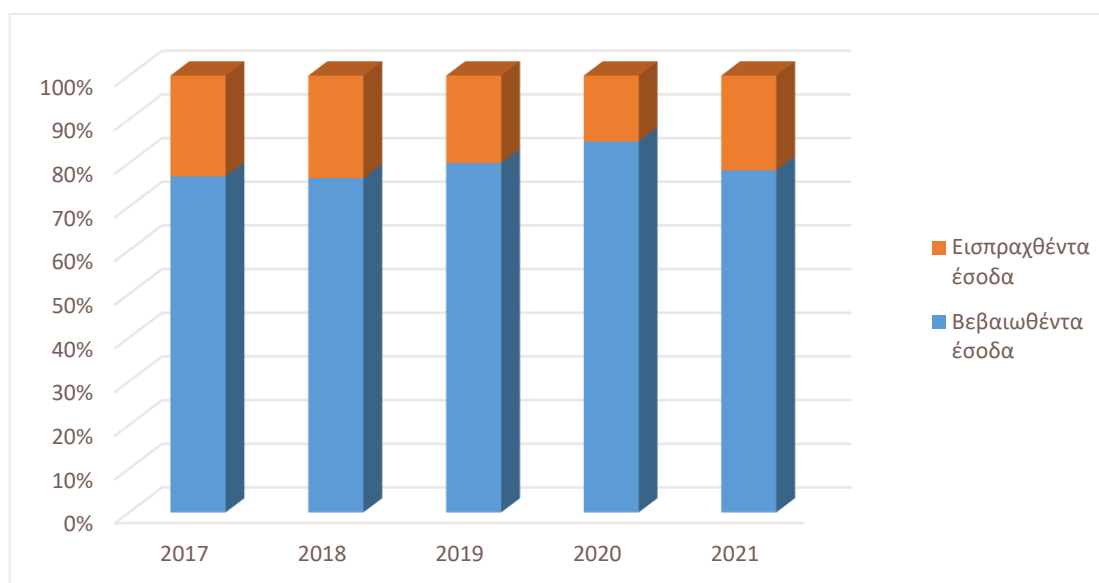
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	4.125.935,59	2.621.560,91	1.889.790,00	1.458.147,73	2.696.486,25	-34,65%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	1.574.882,95	1.231.330,63	807.077,87	601.575,28	1.165.689,27	-25,98%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	1.997.059,15	4.529.520,24	4.028.384,24	2.842.651,85	3.516.257,42	76,07%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	191.295,20	624.639,31	930.299,60	126.487,91	1.408.630,01	636,36%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	3.247.111,01	3.300.283,76	2.548.979,27	1.836.467,44	3.389.007,69	4,37%
ΣΥΝΟΛΟ	11.136.283,90	12.307.334,85	10.204.530,98	6.865.330,21	12.176.070,64	9,34%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδίοι υπολογισμοί)

Από τον παραπάνω πίνακα, εντύπωση προκαλούν οι μηδενικές εισπράξεις (!) του ΓΝ Άργους για όλο το εξεταζόμενο διάστημα, και το μεγάλο ποσοστό αύξησης (+636,36% !) των εισπράξεων στο ΓΝ Ναυπλίου, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται σε λανθασμένη καταχώρηση των δεδομένων στην εφαρμογή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (BI-Forms). Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στο ΠΓΝ Τρίπολης, η οποία συνάδει με την μεγαλύτερη αύξηση των βεβαιωθέντων εσόδων του νοσοκομείου (πίνακας 17). Μικρή αύξηση σημειώθηκε στο ΓΝ Κορίνθου (+4,37%). Στα δύο νοσοκομεία του Νομού Λακωνίας παρατηρείται σημαντική μείωση

των εισπραχθέντων εσόδων (-34,65% στο ΓΝ Σπάρτης και -25,98% στο ΓΝ - ΚΥ Μολάων), ενώ οι απαιτήσεις τους από τον ΕΟΠΥΥ είναι αρκετά υψηλές.

Συγκρίνοντας τα συνολικά βεβαιωμένα έσοδα από νοσήλια και τις συνολικές εισπράξεις από τον ΕΟΠΥΥ, παρατηρείται μία αδυναμία του ασφαλιστικού οργανισμού να αποζημιώσει τα δημόσια νοσοκομεία για τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους του (Γράφημα 22 και πίνακας 36 του παραρτήματος Α). Η αδυναμία αυτή οδήγησε στη λήψη της απόφασης για διαγραφή των απαιτήσεων των νοσοκομείων από τον ΕΟΠΥΥ για τις υπηρεσίες που παρείχαν τα έτη 2015, 2016 και 2017 (ΦΕΚ 4828/Β/24-12-2019).



Γράφημα 22: Βεβαιωθέντα έσοδα vs εισπραχθέντα έσοδα από τον ΕΟΠΥΥ (2017-2021)

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Έσοδα από επιχορηγήσεις

Λαμβάνοντας υπόψη πως η μισθοδοσία του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων καλύπτεται απευθείας από το Υπουργείο Υγείας, το εν λόγω ποσό θα πρέπει να αναγνωριστεί ως πρόσθετη επιχορήγηση για μισθοδοσία. Συνεπώς, όπως συνέβη με τις συνολικές δαπάνες, κρίνεται σκόπιμο για λόγους συγκρισιμότητας, να εξεταστούν οι επιχορηγήσεις με και χωρίς την επιχορήγηση για την μισθοδοσία του τακτικού προσωπικού.

- Επιχορηγήσεις χωρίς την προσθήκη του εσόδου για την κάλυψη της μισθοδοσίας

Σύμφωνα με τον πίνακα 19 που έπεται, οι επιχορηγήσεις που λαμβάνουν τα νοσοκομεία αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα των εσόδων τους. Στο 2017 τα συνολικά έσοδα από

επιχορηγήσεις παρουσιάζουν μικρή μείωση κατά 2,72% αναφορικά με το έτος σύγκρισης 2017. Η μεγαλύτερη μείωση στην περίοδο 2017-2021, σημειώθηκε το 2018, όπου από 29.636.951,55 € το 2017, οι επιχορηγήσεις ανήλθαν σε 21.454.608,54 € το 2018(↓ 27,61%), καθώς σημειώθηκε μεγάλη μείωση των επιχορηγήσεων που δόθηκαν για την εξόφληση των υποχρεώσεων σε προμηθευτές. Ωστόσο, τα επόμενα έτη καταγράφηκε σταδιακή αύξηση (+10,37% το 2019, +12,01% το 2020 και + 8,70% το 2021).

Πίνακας 19: Επιχορηγήσεις χωρίς την προσθήκη του εσόδου κάλυψης της μισθοδοσίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	4.146.071,71	3.797.137,12	4.151.453,13	4.600.780,75	4.858.871,76	17,19%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	963.369,31	1.061.152,43	1.456.501,74	1.471.434,81	2.035.923,65	111,33%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	11.328.044,66	6.906.829,68	7.133.165,00	7.504.010,42	7.638.992,79	-32,57%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	4.821.127,93	3.467.995,06	4.040.465,34	4.045.261,73	4.233.465,10	-12,19%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	3.005.920,91	1.558.611,37	1.767.443,91	2.279.524,33	2.554.593,84	-15,01%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	5.372.417,03	4.662.882,88	5.130.130,95	6.622.497,03	7.509.433,91	39,78%
ΣΥΝΟΛΟ	29.636.951,55	21.454.608,54	23.679.160,07	26.523.509,07	28.831.281,05	-2,72%

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις, Διαύγεια (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, το ΠΓΝ Τρίπολης παρουσιάζει την μεγαλύτερη μείωση μεταξύ των εξεταζόμενων νοσοκομείων το 2021 συγκριτικά με το 2017. Αυτό οφείλεται στο μεγάλο ύψος των επιχορηγήσεων που έλαβε κατά το 2017 για την εξόφληση των υποχρεώσεων του σε τρίτους, έσοδα τα οποία μειώθηκαν κατά 39,03% στο 2018, ενώ αρκετά μικρότερη αύξηση σημειώθηκε τα επόμενα τρία έτη (3,28% το 2019, 5,20% το 2020 και 1,80% το 2021). Αρνητική μεταβολή καταγράφηκε στο ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου (-12,19% και -15,01% αντίστοιχα), καθώς ομοίως με το μεγάλο νοσοκομείο του δείγματος, τα έσοδα από επιχορηγήσεις για την αποπληρωμή των υποχρεώσεων τους σε προμηθευτές ήταν αρκετά μεγάλα το 2017, ενώ το 2018 μειώθηκαν σημαντικά. Το ΓΝ Κορίνθου και το ΓΝ Σπάρτης παρουσίασαν θετική μεταβολή κατά 39,78% και 17.19% αντίστοιχα, ενώ εντύπωση προκαλεί η μεταβολή κατά 111,33% στο ΓΝ – ΚΥ Μολάων. Σε όλη την υπό εξέταση περίοδο το ΓΝ – ΚΥ Μολάων παρουσιάζει αύξηση των εσόδων από επιχορηγήσεις, με το 2021 να καταγράφει την μεγαλύτερη τιμή, καθώς έλαβε έκτακτες επιχορηγήσεις για την κάλυψη δαπανών λειτουργίας και την εκτέλεση δικαστικών αποφάσεων.

- Επιχορηγήσεις με την προσθήκη του εσόδου για την κάλυψη της μισθοδοσίας

Η προσθήκη του εσόδου για την κάλυψη της μισθοδοσίας του τακτικού προσωπικού των νοσοκομείων στο σύνολο των επιχορηγήσεων οδηγεί στην αύξηση του ποσοστού μεταβολής στο διάστημα 2017-2021. Όπως απεικονίζεται στον πίνακα 20, σημειώθηκε αύξηση κατά 4,59% των συνολικών επιχορηγήσεων των εξεταζόμενων νοσοκομείων το 2020 έναντι του έτους βάσης 2017. Η μικρή μείωση που καταγράφηκε κατά το 2018 ύψους 2.978.871,23 € και ποσοστού -4,08%, αντιστράφηκε τα επόμενα 3 έτη. Σε επίπεδο νοσοκομείων, η εισαγωγή της επιχορήγησης συνέβαλε στην μείωση του αρνητικού ποσοστού μεταβολής στο έτος 2021 συγκριτικά με το έτος βάσης 2017 που κατέγραψαν το ΠΓΝ Τρίπολης, το ΓΝ Άργους και το ΓΝ Ναυπλίου. Αντίθετα, η θετική μεταβολή που παρουσίασαν το ΓΝ Σπάρτης, το ΓΝ – ΚΥ Μολάων και το ΓΝ Κορίνθου στην προηγούμενη περίπτωση μειώθηκε και πλέον κυμαίνεται σε ποσοστό από 10,87% του ΓΝ Σπάρτης σε 44,39% του ΓΝ - ΚΥ Μολάων.

Πίνακας 20: Επιχορηγήσεις με την προσθήκη του εσόδου κάλυψης της μισθοδοσίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	11.208.557,51	12.126.226,18	11.849.105,54	12.545.565,36	12.426.551,68	10,87%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	3.388.706,70	4.188.604,51	4.242.080,91	4.261.672,64	4.893.057,25	44,39%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	26.855.504,34	24.790.134,20	23.595.376,89	24.159.041,08	23.988.781,57	-10,67%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	10.889.597,42	9.675.608,10	10.608.959,39	10.618.938,65	10.837.363,01	-0,48%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	6.418.032,78	5.136.547,73	5.558.353,87	6.174.675,89	6.409.675,61	-0,13%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	14.211.871,30	14.076.278,10	15.003.633,25	16.864.730,89	17.768.745,39	25,03%
ΣΥΝΟΛΟ	72.972.270,05	69.993.398,82	70.857.509,85	74.624.624,51	76.324.174,51	4,59%

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις, Διαύγεια (Ίδιοι υπολογισμοί)

5.3.5 Σχέση Εσόδων και Δαπανών

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί η σχέση των εσόδων και των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων του δείγματος με σκοπό να εξεταστεί η δυνατότητα αποπληρωμής των δαπανών με την χρήση των εσόδων από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Σημειώνεται πως από την ανάλυση έχει εξαιρεθεί η μισθοδοσία του τακτικού προσωπικού και η ισόποση επιχορήγηση του εν λόγω εξόδου, καθώς εξοφλείται απευθείας από το Υπουργείο Υγείας και δεν απαιτείται άλλη πηγή εσόδου για την αποπληρωμή της.

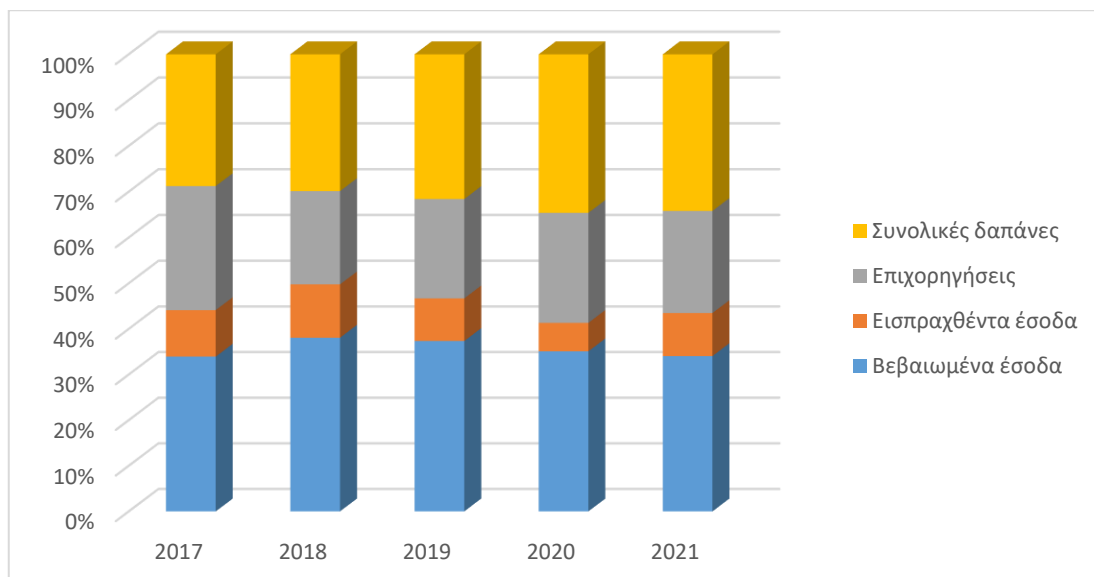
Σύμφωνα με τον πίνακα 21 και την παραπάνω ανάλυση, οι εισπράξεις των εξεταζόμενων νοσοκομείων του δείγματος υπολείπονται σε μεγάλο βαθμό από τα βεβαιωθέντα έσοδα. Απόρροια αυτού είναι η αδυναμία κάλυψης των εξόδων τους και η δημιουργία ελλείμματος, που οδηγούν στην αύξηση των υποχρεώσεων προς τρίτους. Το εν λόγω έλλειμμα επιδιώκεται να καλυφθεί μέσω των έκτακτων επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας για την εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών τους, ενώ παράλληλα δημιουργούνται εκ νέου πρόσθετες υποχρεώσεις.

Πίνακας 21: Σχέση εσόδων και δαπανών

	2017	2018	2019	2020	2021
Βεβαιωμένα έσοδα	37.101.127,85	40.096.100,21	40.736.843,68	38.680.492,27	43.954.287,50
Εισπραχθέντα έσοδα	11.136.283,90	12.307.334,85	10.204.530,98	6.865.330,21	12.176.070,64
Επιχορηγήσεις	29.636.951,55	21.454.608,54	23.679.160,07	26.523.509,07	28.831.281,05
Συνολικές δαπάνες	31.463.706,25	31.467.319,91	34.476.333,14	38.165.134,58	44.170.380,90

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις, Διαύγεια (Ίδιοι υπολογισμοί)

Όπως παρατηρείται στο γράφημα 23, οι εισπράξεις των απαιτήσεων των νοσοκομείων από τον ΕΟΠΥΥ είναι αρκετά χαμηλότερες συγκριτικά με τις συνολικές δαπάνες, ιδιαίτερα τα έτη 2020 και 2021, υποδηλώνοντας την μεγάλη απόκλιση μεταξύ των εσόδων και του κόστους των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών των δημόσιων μονάδων υγείας. Από την άλλη πλευρά, έως το έτος 2020, τα βεβαιωμένα έσοδα καλύπτουν το λειτουργικό κόστος των εξεταζόμενων νοσοκομείων. Συνεπώς, θα μπορούσε να πει κανείς πως αν ο ΕΟΠΥΥ εξοφλούσε εγκαίρως τις αποζημιώσεις των νοσοκομείων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, τα νοσοκομεία θα είχαν την οικονομική δυνατότητα αποπληρωμής των υποχρεώσεων τους χωρίς την ανάγκη εκταμίευσης των κρατικών επιχορηγήσεων.



Γράφημα 23: Απεικόνιση των εσόδων και των δαπανών των νοσοκομείων

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις, Διαύγεια (Ιδίοι υπολογισμοί)

5.3.6 Ανεξόφλητες Υποχρεώσεις

Η αδυναμία της άμεσης απόδοσης του ύψους των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών προς τα δημόσια νοσοκομεία από τον ΕΟΠΥΥ, καθιστά δύσκολη την έγκαιρη εξόφληση των υποχρεώσεων προς τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης και προς τρίτους. Απόρροια αυτού, είναι η δημιουργία συσσωρευμένων υποχρεώσεων, οι οποίες συχνά καθίστανται ληξιπρόθεσμες. Σημειώνεται πως στο πίνακα 22 που έπεται αναλύονται μόνο οι ανεξόφλητες υποχρεώσεις των μονάδων υγείας, καθώς δεν κατέστη δυνατή η εύρεση των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων αυτών.

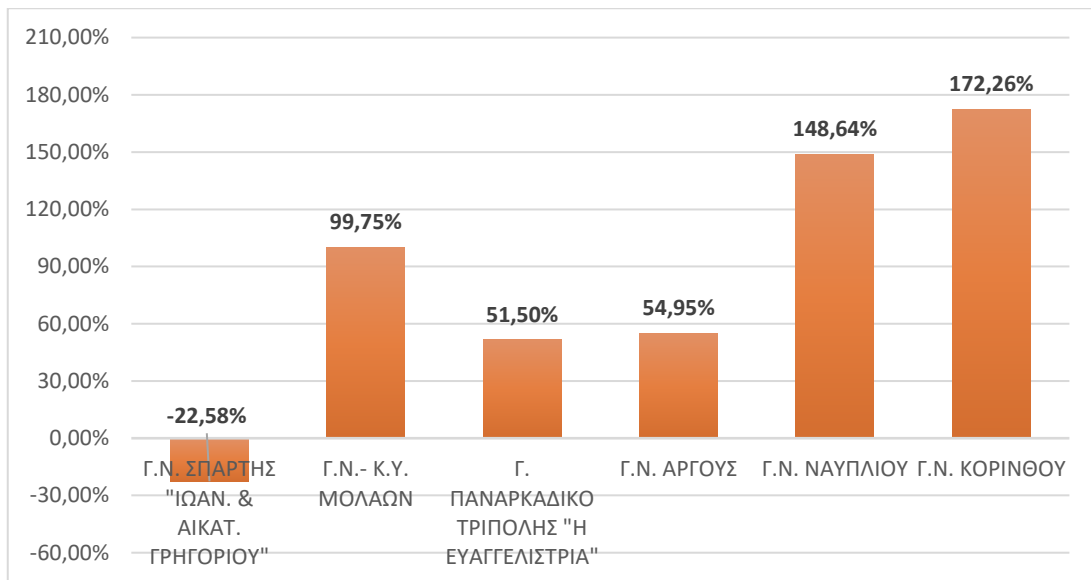
Το 2017 οι ανεξόφλητες υποχρεώσεις του συνόλου των εξεταζόμενων νοσοκομείων διαμορφώθηκαν στα 11.168.075,83 €, ενώ το 2018 αυξήθηκαν κατά 744.263,57 € και ανήλθαν σε 11.912.339,40 € (↑ 6,66%). Ένα χρόνο μετά, οι συνολικές ανεξόφλητες υποχρεώσεις μειώθηκαν κατά 6,38% και ανήλθαν σε 11.152.821,19 €. Η μείωση συνεχίστηκε και στην χρήση 2020, με τις ανεξόφλητες υποχρεώσεις να διαμορφώνονται σε 9.924.799,67 € (↓11,01%), γεγονός λογικό αν αναλογιστεί κανείς τις έκτακτες επιχορηγήσεις που δόθηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Ωστόσο, ο τεράστιος όγκος δαπανών που παρατηρήθηκε το 2021 σε συνδυασμό με την μικρότερη αύξηση των επιχορηγήσεων για την αντιμετώπιση των οφειλών το έτος αυτό, οδήγησε σε αύξηση των συνολικών ανεξόφλητων υποχρεώσεων κατά 77,07% έναντι του 2019 και ανήλθαν σε 17.570.530,13 €.

Πίνακας 22: Ανεξόφλητες υποχρεώσεις

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	1.806.543,50	2.962.371,10	1.712.980,68	1.471.382,78	1.398.650,27
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	402.123,66	360.625,14	291.043,95	272.439,18	803.252,20
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	5.373.767,57	5.593.454,07	6.215.325,25	4.294.357,24	8.141.192,21
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	2.032.218,04	1.353.650,61	1.562.329,42	1.978.453,00	3.148.911,68
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	638.738,76	477.160,60	473.680,67	590.870,65	1.588.166,43
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	914.684,30	1.165.077,88	897.461,22	1.317.296,82	2.490.357,34
ΣΥΝΟΛΟ	11.168.075,83	11.912.339,40	11.152.821,19	9.924.799,67	17.570.530,13

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, σχεδόν όλα τα εξεταζόμενα νοσοκομεία παρουσίασαν σημαντική αύξηση των ανεξόφλητων δαπανών το 2021 έναντι του 2017. Εξάιρεση αποτελεί το ΓΝ Σπάρτης, όπου παρουσιάζει μείωση των υποχρεώσεων του κατά 22,58%, γεγονός που είναι λογικό αν αναλογιστεί κανείς πως οι συνολικές δαπάνες αυξήθηκαν μόλις 0,22%, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αύξησης των επιχορηγήσεων που έλαβε. Αντίθετα, το μεγάλο νοσοκομείο του δείγματος παρουσιάζει την μικρότερη, αλλά σημαντική, θετική αύξηση που καταγράφηκε (+51.50%). Ακολουθούν το ΓΝ Άργους με ποσοστό αύξησης 54,95% και το ΓΝ – ΚΥ Μολάων με ποσοστό 99,75%. Εντύπωση προκαλεί η τεράστια αύξηση στο ΓΝ Κορίνθου και ΓΝ Ναυπλίου (+148,64% και 172,26% αντίστοιχα). Αναφορικά με το ΓΝ Κορίνθου, σημειώνεται πως κατείχε το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης των συνολικών δαπανών, ενώ αρκετά μικρότερη ήταν η αύξηση των επιχορηγήσεων που έλαβε (Γράφημα 24).



Γράφημα 24: Μεταβολή ανεξόφλητων υποχρεώσεων 2021/2017

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

5.4 Αριθμοδείκτες

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η πορεία των αριθμοδεικτών που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 4 για το χρονικό διάστημα 2017-2021. Σημειώνεται πως δεν περιλαμβάνεται η χρηματοοικονομική ανάλυση των ΓΝ Καλαμάτας και ΓΝ – ΚΥ Κυπαρισσίας, καθώς μέχρι σήμερα δεν έχουν δημοσιευθεί οι οικονομικές καταστάσεις αυτών για τα έτη 2019, 2020 και 2021.

5.4.1 Δείκτες Ρευστότητας

Οι δείκτες ρευστότητας αποτυπώνουν την βραχυχρόνια οικονομική κατάσταση της μονάδας υγείας και την δυνατότητα της να ανταποκριθεί στις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της. Οι σημαντικότεροι δείκτες της κατηγορίας αυτής αναλύονται παρακάτω.

5.4.1.1 Δείκτης Κυκλοφοριακής Ρευστότητας ή Δείκτης Γενικής Ρευστότητας

Οι τιμές του δείκτη γενικής ρευστότητας που κρίνονται επιθυμητές είναι αυτές που ξεπερνούν το 2, όπως προαναφέραμε στο κεφάλαιο 4. Σύμφωνα με τον πίνακα 23 και το γράφημα 25, όπου παρουσιάζεται η διαχρονική πορεία του δείκτη, παρατηρείται πως οι τιμές που λαμβάνει είναι μεγαλύτερες του 2 σε όλα τα εξεταζόμενα νοσοκομεία και σε όλα τα έτη ανάλυσης. Συνεπώς, κρίνεται δεδομένη η εξυπηρέτηση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων των νοσοκομείων του δείγματος. Η ικανοποιητική αυτή ρευστότητα οφείλεται κυρίως στην αύξηση των απαιτήσεων των

μονάδων υγείας για τα νοσήλια των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ και στα υψηλά ταμειακά διαθέσιμα λόγω των επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας, οι οποίες ξεπερνούν τις ανεξόφλητες υποχρεώσεις προς τρίτους (Πίνακας 21).

Πίνακας 23: Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας

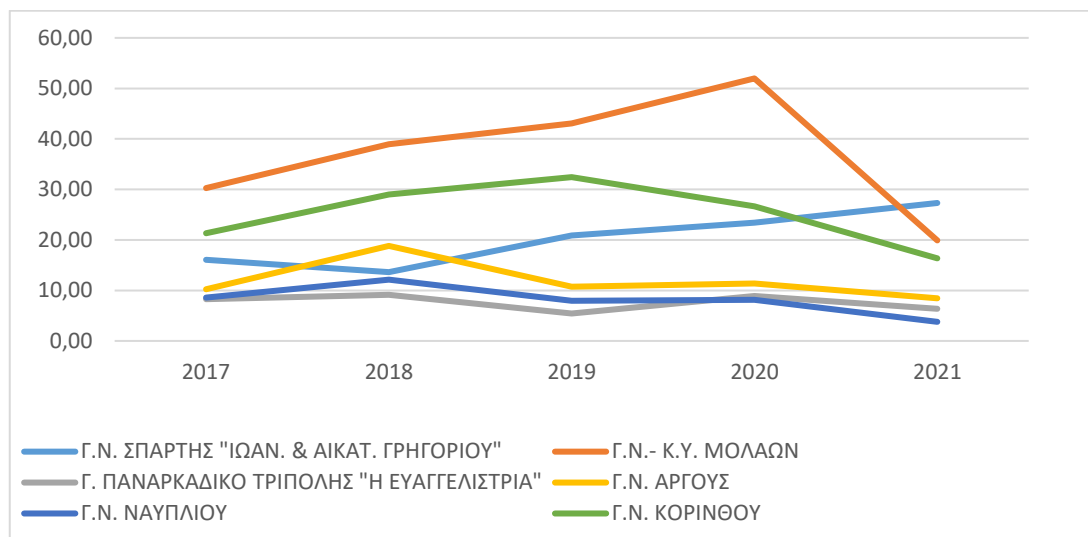
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Δείκτης γενικής ρευστότητας = $\frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$					
	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	16,08	13,62	20,89	23,44	27,31	20,27
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	30,27	38,91	43,04	51,97	19,90	36,82
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	8,29	9,13	5,43	8,89	6,35	7,62
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	10,22	18,81	10,74	11,39	8,44	11,92
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	8,59	12,13	7,92	8,16	3,78	8,12
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	21,32	28,96	32,43	26,63	16,35	25,14
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	15,80	20,26	20,08	21,75	13,69	18,32

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Αναλυτικότερα, στο έτος βάσης η τιμή του δείκτη κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων με μέσο όρο 15,80. Η μικρότερη τιμή σημειώνεται στο μεγαλύτερο νοσοκομείο ΠΓΝ Τρίπολης, η οποία ανέρχεται σε 8,29 φορές, ενώ στο μικρότερο νοσοκομείο ΓΝ – ΚΥ Μολάων καταγράφηκε η μεγαλύτερη τιμή 30,27 φορές. Στα μεσαία νοσοκομεία οι τιμές κυμαίνονται από 8,59 φορές στο ΓΝ Ναυπλίου έως 21,32 φορές στο ΓΝ Κορίνθου. Το επόμενο έτος, η πλειοψηφία των νοσοκομείων παρουσιάζει αύξηση των τιμών του δείκτη, η οποία οφείλεται κυρίως στην μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Εξαιρέση αποτελεί το ΓΝ Σπάρτης το οποίο εμφανίζει μείωση κατά 15,30%.

Η διαγραφή των απαιτήσεων από τον ΕΟΠΥΥ που πραγματοποιήθηκε το 2019 βάσει του ΦΕΚ 4828/Β/24-12-2019, μείωσε αρκετά το σύνολο του κυκλοφορούντος ενεργητικού των ΠΓΝ Τρίπολης, ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου, μειώνοντας παράλληλα την τιμή του δείκτη έναντι του 2018. Η εν λόγω διαγραφή επέφερε σημαντική μείωση στο κυκλοφορούν ενεργητικό και στο ΓΝ Σπάρτης, ΓΝ – ΚΥ Μολάων και ΓΝ Κορίνθου, αλλά η μείωση που επήλθε στις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις το συγκεκριμένο έτος οδήγησε στην αύξηση του δείκτη γενικής ρευστότητας. Το 2020, στην πλειοψηφία των νοσοκομείων καταγράφηκε αύξηση της τιμής του δείκτη, με εξαίρεση το ΓΝ Κορίνθου όπου μειώθηκε λόγω της μεγάλης αύξησης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων του. Στο τελευταίο έτος σύγκρισης καταγράφεται η μικρότερη, αλλά ικανοποιητική, μέση τιμή

του δείκτη γενικής ρευστότητας στο εξεταζόμενο διάστημα (13,69). Το γεγονός αυτό οφείλεται στην αύξηση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων των νοσοκομείων, που πιθανόν συνδέεται με την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19.



Γράφημα 25: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη γενικής ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.4.1.2 Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας ή Δείκτης Ειδικής Ρευστότητας

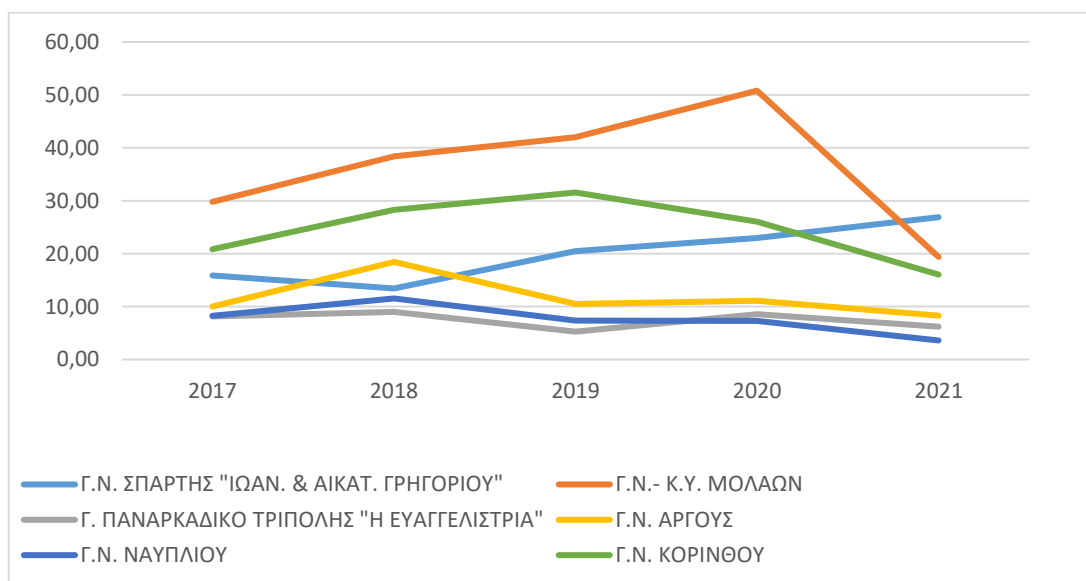
Στον πίνακα 24 και στο γράφημα 26 που έπονται παρουσιάζεται η εξέλιξη του δείκτη ειδικής ρευστότητας, ο οποίος περιλαμβάνει τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού που δύναται να ρευστοποιηθούν πιο γρήγορα με στόχο την εξόφληση των οφειλών σε τρίτους.

Πίνακας 24: Αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Δείκτης γενικής ρευστότητας = $\frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό} - \text{Αποθέματα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$					ΜΟ
	2017	2018	2019	2020	2021	
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	15,86	13,43	20,51	22,98	26,89	19,93
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	29,82	38,36	42,00	50,79	19,39	36,07
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	8,15	9,00	5,27	8,57	6,23	7,44
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	10,00	18,44	10,49	11,12	8,30	11,67
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	8,27	11,54	7,37	7,32	3,60	7,62
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	20,87	28,28	31,56	26,06	16,05	24,56
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	15,50	19,84	19,53	21,14	13,41	17,88

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

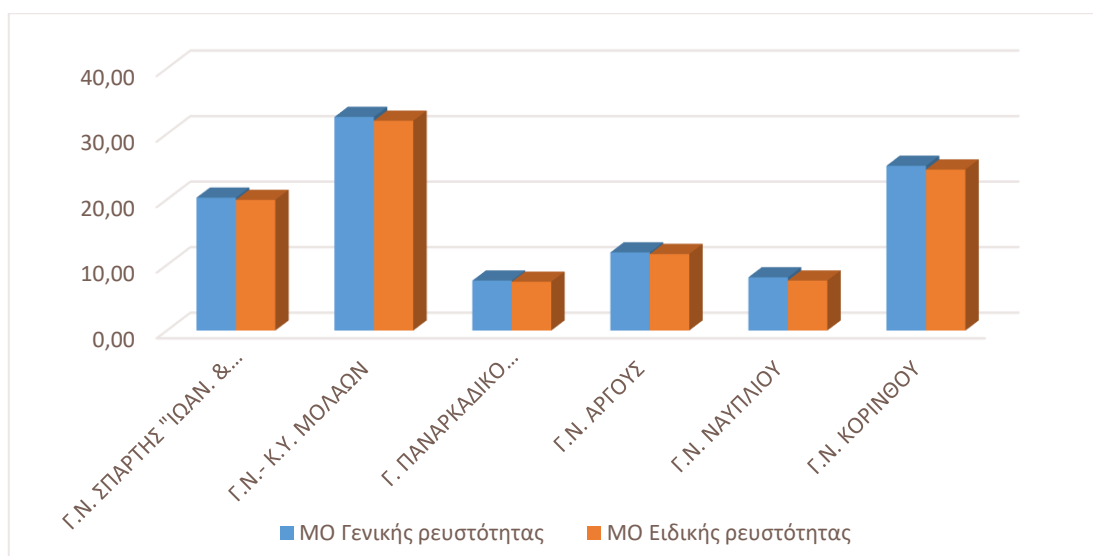
Οι τιμές που λαμβάνει ο δείκτης στα εξεταζόμενα νοσοκομεία και για όλα τα έτη είναι μεγαλύτερες από την τιμή ασφάλειας 1,5, με τον μέσο όρο των τιμών του μικρού νοσοκομείου ΓΝ – ΚΥ Μολάων να καταγράφει την μεγαλύτερη τιμή 36,07 φορές και του μεγάλου νοσοκομείου ΠΓΝ Τρίπολης την μικρότερη 7,44 φορές, γεγονός που επιβεβαιώνει την δυνατότητα κάλυψης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Σημειώνεται πως οι μεγάλες τιμές που λαμβάνει ο δείκτης οφείλονται κυρίως στην συσσωρευμένη αύξηση των απαιτήσεων των νοσοκομείων από τον ΕΟΠΥΥ και λιγότερο στην αύξηση των ταμειακών διαθεσίμων.



Γράφημα 26: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη ειδικής ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Η σύγκριση των δεικτών της γενικής και ειδικής ρευστότητας οδηγεί στην διεξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων αναφορικά με την ύπαρξη δεσμευμένων κεφαλαίων σε αποθέματα και την πιθανή υπερβολική αποθεματοποίηση. Σύμφωνα με τον γράφημα 27 και τον πίνακα 37 του παραρτήματος Α, το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων παρουσιάζει αρκετά μικρές διαφορές μεταξύ των δύο δεικτών και συνεπώς δεν υπάρχει μεγάλη δέσμευση κεφαλαίων σε αποθέματα, ενώ η ρευστότητα απορρέει από τις απαιτήσεις και τα ταμειακά διαθέσιμα.



Γράφημα 27: Σύγκριση του μέσου όρου των αριθμοδεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.4.1.3 Δείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

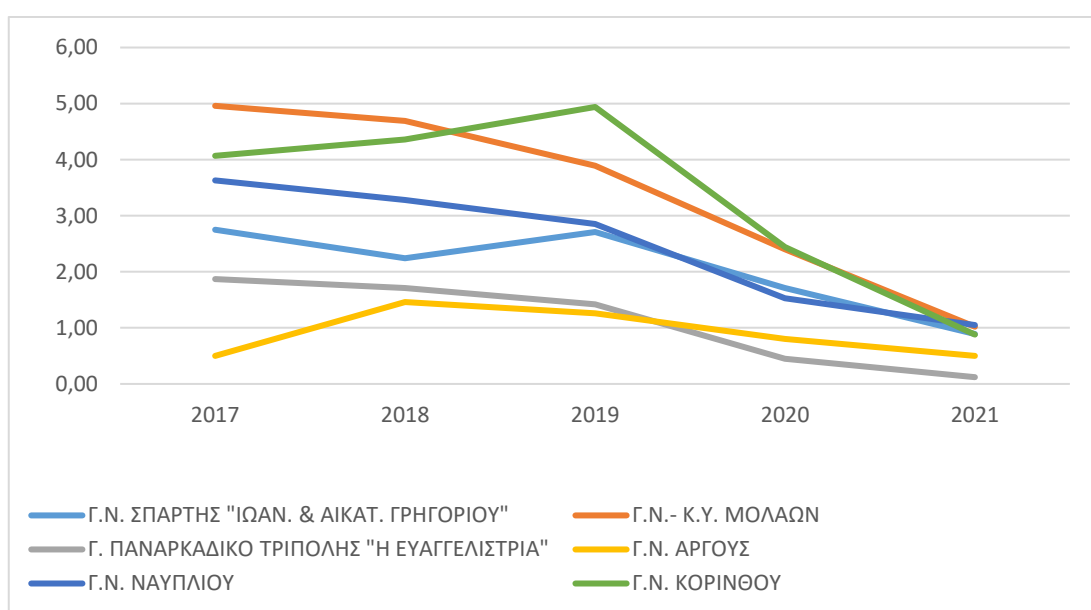
Ο πίνακας 25 απεικονίζει την διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη ταμειακής ρευστότητας, ο οποίος αποτυπώνει την δυνατότητα της μονάδας υγείας να εξοφλεί τις υποχρεώσεις της με την χρήση των ταμειακών διαθεσίμων. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, στα τρία πρώτα έτη το σύνολο των υπό εξέταση νοσοκομείων παρουσιάζουν τιμές >0,5 με μέσο όρο για το 2017 και 2018 2,96 και για το 2019 2,85. Τα δύο τελευταία έτη σημειώνεται μείωση των τιμών του δείκτη με τον μέσο όρο να ισούται με 1,56 για το 2020 και 0,74 για το 2021, ενώ η πλειονότητα των νοσοκομείων συνεχίζει να λαμβάνει τιμές >0,5 (Γράφημα 28).

Πίνακας 25: Αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Δείκτης ταμειακής ρευστότητας = $\frac{\text{Διαθέσιμο ενεργητικό}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$					ΜΟ
	2017	2018	2019	2020	2021	
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	2,75	2,24	2,71	1,71	0,89	2,06
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	4,96	4,69	3,89	2,40	1,02	3,39
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	1,87	1,71	1,42	0,45	0,12	1,11
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	0,50	1,46	1,26	0,80	0,50	0,90
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	3,63	3,28	2,85	1,53	1,05	2,47
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	4,07	4,36	4,94	2,44	0,88	3,34
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	2,96	2,96	2,85	1,56	0,74	2,21

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, στο 2017 καταγράφεται η καλύτερη επίδοση των εξεταζόμενων νοσοκομείων με εξαίρεση το ΓΝ Άργους και ΓΝ Κορίνθου (2018 και 2019 αντίστοιχα), η οποία ξεπερνά το 0,5. Η καλύτερη επίδοση σημειώνεται στο μικρό νοσοκομείο, όπως συνέβη και με τον δείκτη ειδικής ρευστότητας, έχοντας την δυνατότητα να καλύπτει της βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του περίπου 5 φορές με τα ταμειακά διαθέσιμα που έχει. Αντίθετα, στο 2021 καταγράφονται οι μικρότερες τιμές που λαμβάνει ο δείκτης για κάθε μονάδα υγείας, στην πλειονότητα ωστόσο κυμαίνονται πάνω από 0,5. Εντύπωση προκαλεί η εξαιρετικά χαμηλή τιμή του μεγάλου νοσοκομείου ΠΓΝ Τρίπολης (μόλις 0,12!), που υποδηλώνει την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος ταμειακής ρευστότητας, καθώς καλύπτει μόνο το 12% των υποχρεώσεων του.



Γράφημα 28: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη ταμειακής ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Σύμφωνα με τις δημοσιοποιημένες οικονομικές καταστάσεις, καταγράφεται σημαντική μείωση των ταμειακών διαθεσίμων για το χρονικό διάστημα 2017-2021 που οφείλεται στην μείωση των επιχορηγήσεων για την εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών και στην μείωση του ποσοστού είσπραξης των αποζημιώσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ. Παράλληλα, η αύξηση των βραχυπρόθεσμων οφειλών, κυρίως το 2021, είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του αριθμοδείκτη ταμειακής ρευστότητας.

5.4.2 Δείκτες Δραστηριότητας

Οι δείκτες δραστηριότητας συμβάλλουν στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο η μονάδα υγείας χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τα περιουσιακά της στοιχεία. Παρακάτω αναλύονται οι σημαντικότεροι αριθμοδείκτες της κατηγορίας αυτής.

5.4.2.1 Δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Εισπρακτέων

Ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό δείκτη της κατηγορίας, καθώς παρουσιάζει πόσες φορές εισπράττονται οι απαιτήσεις της μονάδας υγείας σε μία λογιστική χρήση σε σχέση με τις πωλήσεις. Σύμφωνα με τον πίνακα 26 και το γράφημα 29, στην πλειονότητα των εξεταζόμενων νοσοκομείων οι τιμές του δείκτη υπολείπονται κατά πολύ της μονάδας στο χρονικό διάστημα 2017-2021. Εξάιρεση αποτελεί το ΓΝ Ναυπλίου όπου στη χρήση 2017 φαίνεται πως εισπράττει περίπου 1,12 φορές τις απαιτήσεις του από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το γεγονός αυτό οφείλεται στις μειωμένες απαιτήσεις που απεικονίζονται στις δημοσιοποιημένες οικονομικές καταστάσεις έτους 2016, και πιθανόν να προέρχεται από καθυστερημένη βεβαίωση των απαιτήσεων του συγκεκριμένου έτους.

Πίνακας 26: Δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων

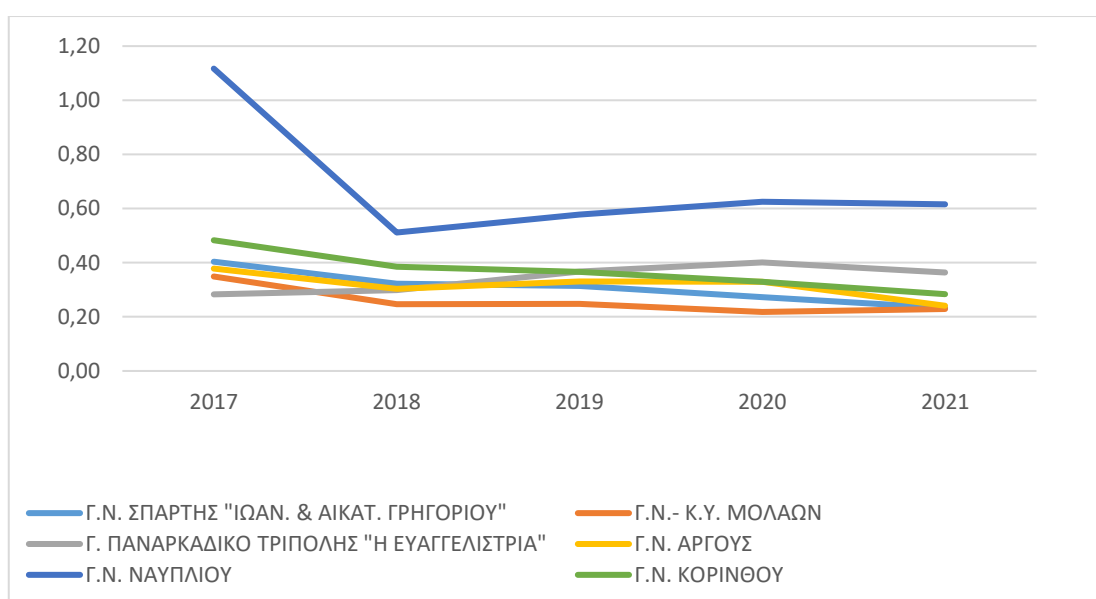
Δείκτης Κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων = $\frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{ΜΟ Απαιτήσεων}}$						
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	0,40	0,32	0,31	0,27	0,23	0,31
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	0,35	0,25	0,25	0,22	0,23	0,26
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	0,28	0,30	0,37	0,40	0,36	0,34
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	0,38	0,30	0,33	0,33	0,24	0,32
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	1,12	0,51	0,58	0,63	0,62	0,69
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	0,48	0,38	0,37	0,33	0,28	0,37
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	0,50	0,34	0,37	0,36	0,33	0,38

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Όπως διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα, το 2017 η μέση τιμή του δείκτη για το σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων ισούται με 0,50, δηλαδή εισπράττεται το 50% των συνολικών απαιτήσεων από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτελεί την καλύτερη επίδοση στο εξεταζόμενο διάστημα. Το 2018 σημειώνεται μείωση της ταχύτητας εισπραξης, η οποία

κυμαίνεται κατά μέσο όρο σε 0,34, δηλαδή εισπράττεται το 34% των απαιτήσεων, ενώ το 2019 καταγράφεται μία μικρή αύξηση καθώς εισπράττεται το 37% των απαιτήσεων. Τα επόμενα δύο έτη καταγράφεται μείωση της μέσης τιμής του δείκτη, καθώς στο 2020 εισπράττεται το 36% των απαιτήσεων για να καταλήξει το 2021 στην μικρότερη τιμή του (0,33).

Οι πολύ χαμηλές τιμές που λαμβάνει ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων απεικονίζουν την αδυναμία του ΕΟΠΥΥ, ως κύριου αγοραστή των υπηρεσιών υγείας, να εξοφλήσει εμπρόθεσμα τις οφειλές του. Σύμφωνα με τις δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις, οι πωλήσεις κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα στο διάστημα 2017-2021, ενώ οι απαιτήσεις εμφανίζουν σημαντική αύξηση στην εν λόγω περίοδο αιτιολογώντας την κάμψη του δείκτη.



Γράφημα 29: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

5.4.2.2 Μέση Περίοδος Είσπραξης

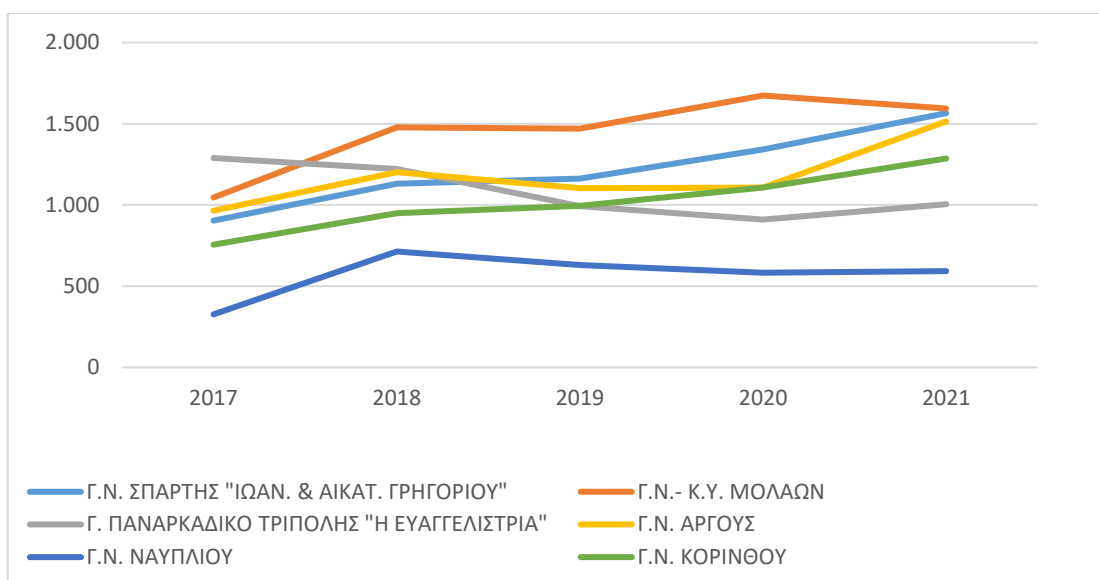
Ο υπολογισμός της μέσης περιόδου είσπραξης συμβάλλει στην πληρέστερη ερμηνεία του παραπάνω δείκτη, καθώς απεικονίζει το χρονικό διάστημα που η μονάδα υγείας εισπράττει τις απαιτήσεις της. Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 27 και το γράφημα 30, η μέση περίοδος είσπραξης ξεπερνά το ένα έτος για την πλειονότητα των νοσοκομείων στο διάστημα 2017-2021, γεγονός που συνάδει με τα αποτελέσματα του δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων. Και εδώ εξαίρεση αποτελεί το ΓΝ Ναυπλίου όπου στην χρήση 2017 φαίνεται πως εισπράττει ταχύτερα τις απαιτήσεις του συγκριτικά με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, εντός περίπου 327 ημερών.

Πίνακας 27: Μέση περίοδος εισπραξης

Μέση περίοδος εισπραξης = $\frac{\text{ΜΟ Απαιτήσεων} \cdot 365}{\text{Πωλήσεις}}$						
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	904	1.130	1.162	1.341	1.566	1.221
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	1.046	1.478	1.471	1.674	1.594	1.453
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	1.289	1.221	994	910	1.004	1.084
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	965	1.202	1.103	1.107	1.515	1.178
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	327	714	631	584	592	570
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	756	949	996	1.107	1.286	1.019
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	881	1.116	1.059	1.121	1.259	1.087

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Η καλύτερη επίδοση καταγράφεται στο 2017, όπου η μέση περίοδος εισπραξης για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων είναι περίπου 2,5 χρόνια, με την μεγαλύτερη τιμή να σημειώνεται στο μεγάλο νοσοκομείο (περίπου 3,5 χρόνια). Τα επόμενα έτη καταγράφεται επιδείνωση της εισπρακτικής ικανότητας των δημόσιων νοσοκομείων με την υψηλότερη τιμή του δείκτη να σημειώνεται στο τελευταίο έτος σύγκρισης. Συγκεκριμένα το 2021 η μέση περίοδος εισπραξης του συνόλου του δείγματος ισούται περίπου με 1.259 μέρες (ή περίπου 3,5 έτη), ενώ πλέον το μικρό νοσοκομείο παρουσιάζει την μεγαλύτερη δυσκολία εισπραξης των απαιτήσεων καθώς απαιτούνται περισσότερο από 4 έτη για να εισπράξει τα βεβαιωμένα νοσήλια. Το μεγάλο νοσοκομείο μειώνει σταδιακά τις ημέρες που απαιτούνται για να εισπράξει τις απαιτήσεις του, ενώ το αντίθετο παρατηρείται στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, με την μεγαλύτερη καθυστέρηση να σημειώνεται στο ΓΝ Σπάρτης.



Γράφημα 30: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης περιόδου είσπραξης

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

5.4.2.3 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων

Σκοπός της ανάλυσης του αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων είναι η κατανόηση του τρόπου χρηματοδότησης των προμηθειών που χρησιμοποιεί η μονάδα υγείας και της πιστοληπτικής της ικανότητας. Ο εν λόγω δείκτης αποτυπώνει τις φορές που το κόστος πωληθέντων καλύπτει τις βραχυχρόνιες οφειλές. Υπενθυμίζεται πως όσο πιο μεγάλος είναι ο δείκτης, τόσο μικρότερη είναι η περίοδος εξόφλησης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 28 και το γράφημα 31, οι τιμές που λαμβάνει ο δείκτης σε κάθε έτος και σε κάθε νοσοκομείο είναι μεγαλύτερες της μονάδας και συνεπώς δεν προκύπτει αδυναμία εξόφλησης των υποχρεώσεων τους.

Πίνακας 28: Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων

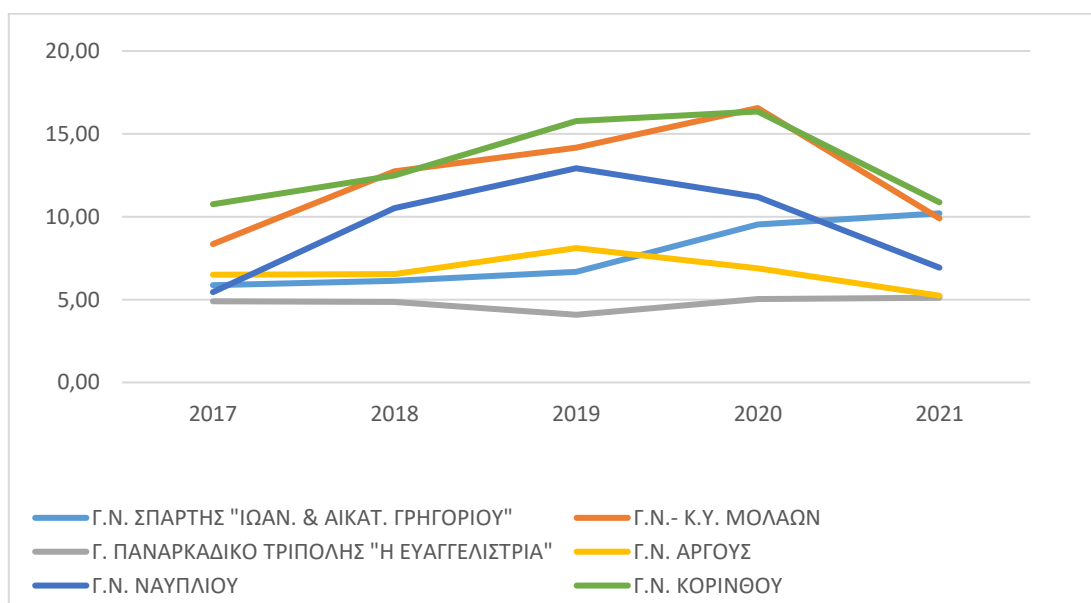
Δείκτης ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων = $\frac{\text{Κόστος πωληθέντων}}{\text{ΜΟ Βραχ.υποχρ.}}$						
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	5,87	6,13	6,68	9,54	10,20	7,68
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	8,35	12,75	14,16	16,56	9,91	12,35
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	4,90	4,86	4,08	5,04	5,11	4,80
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	6,50	6,54	8,11	6,89	5,24	6,65
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	5,45	10,51	12,93	11,20	6,92	9,40

Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	10,76	12,49	15,78	16,35	10,87	13,25
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	6,97	8,88	10,29	10,93	8,04	9,02

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, στο έτος βάσης 2017 σχεδόν το σύνολο των νοσοκομείων παρουσιάζουν τις μικρότερες τιμές που λαμβάνει ο δείκτης στο διάστημα 2017-2021, με εξαίρεση το ΠΓΝ Τρίπολης και ΓΝ Άργους (2019 και 2021 αντίστοιχα). Ο μέσος όρος της ταχύτητας εξόφλησης ανέρχεται σε 6,97 φορές, δηλαδή τα νοσοκομεία του δείγματος εξοφλούν κατά μέσο όρο 6,97 φορές τις υποχρεώσεις τους σε ένα έτος. Με άλλα λόγια, όλα τα νοσοκομεία έχουν την δυνατότητα να εξοφλήσουν τουλάχιστον μία φορά τις υποχρεώσεις τους στη διάρκεια του έτους, με το ΓΝ Κορίνθου να έχει την καλύτερη επίδοση 10,76, ενώ στον αντίποδα βρίσκεται το ΠΓΝ Τρίπολης, καθώς ο δείκτης ισούται με 5,45.

Τα επόμενα έτη καταγράφεται μία ανοδική πορεία του δείκτη με αποκορύφωμα το 2020, καθώς ο μέσος όρος του δείγματος λαμβάνει την μεγαλύτερη τιμή 10,93 φορές για να καταλήξει στο 2021 με 8,04. Στο τελευταίο έτος σύγκρισης η μικρότερη τιμή σημειώνεται πάλι στο μεγάλο νοσοκομείο του δείγματος με τιμή 5,11, ενώ η μεγαλύτερη καταγράφεται στο ΓΝ Κορίνθου (10,87). Σύμφωνα με τα στοιχεία των δημοσιευμένων οικονομικών καταστάσεων, η σταδιακή βελτίωση του δείκτη οφείλεται στην μεγαλύτερη αύξηση του κόστους πωληθέντων συγκριτικά με την αύξηση που σημειώνουν οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις.



Γράφημα 31: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.4.2.4 Μέση Περίοδο Πληρωμής

Ο υπολογισμός της μέσης περιόδου πληρωμής συμβάλει στην καλύτερη ερμηνεία του παραπάνω δείκτη, καθώς απεικονίζει το χρονικό διάστημα που απαιτείται έως την εξόφληση των υποχρεώσεων της μονάδας υγείας. Σύμφωνα με τον πίνακα 29 και το γράφημα 32 που ακολουθεί, όλα τα νοσοκομεία σε όλα τα έτη εξοφλούν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις τους εντός του οικονομικού έτους και μάλιστα σε διάστημα μικρότερο των 3 μηνών.

Πίνακας 29: Μέση περίοδος πληρωμής

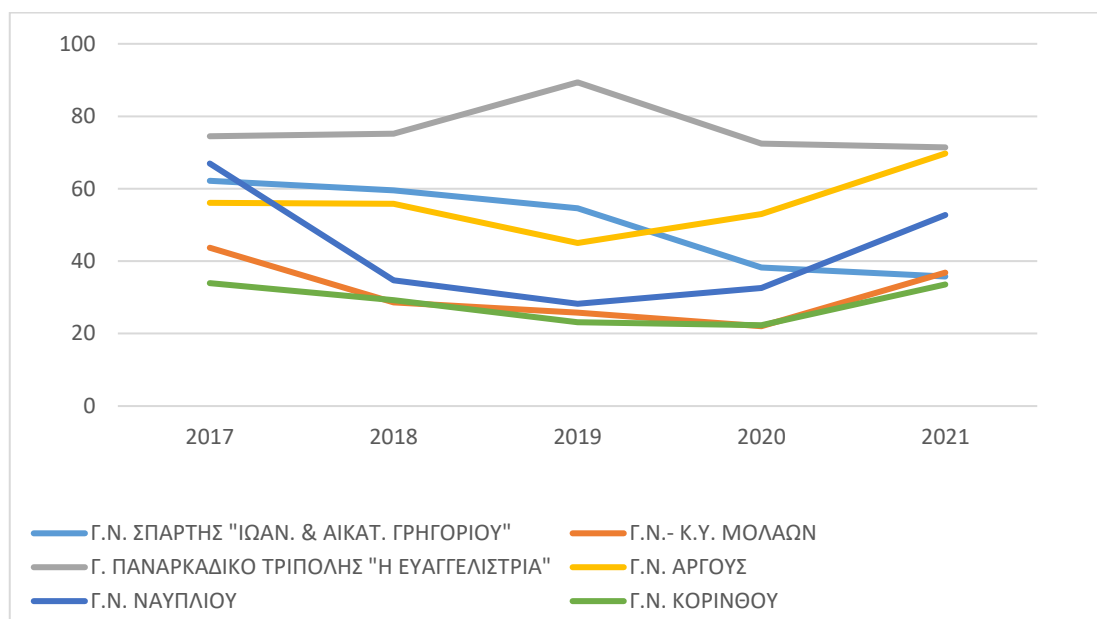
	Μέση περίοδος πληρωμής = $\frac{\text{Πληρωτέοι λογαρισμοί*365}}{\text{Κοστος πωληθέντων}}$					
	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	62	60	55	38	36	50
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	44	29	26	22	37	31
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	74	75	89	72	71	77
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	56	56	45	53	70	56
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	67	35	28	33	53	43
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	34	29	23	22	34	28
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	56	47	44	40	50	48

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, στο έτος βάσης 2017 παρατηρείται η μεγαλύτερη καθυστέρηση στην αποπληρωμή των βραχυπρόθεσμων οφειλών από το σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων με εξαίρεση το ΠΓΝ Τρίπολης και ΓΝ Άργους (2019 και 2021 αντίστοιχα), επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα του αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Μάλιστα, παρατηρείται πως τα νοσοκομεία που έλαβαν τις μικρότερες τιμές στον πίνακα 28, έλαβαν τις μεγαλύτερες στον πίνακα 29, όπως συμβαίνει με το ΠΓΝ Τρίπολης με 74 ημέρες, και το αντίστροφο να συμβαίνει στο ΓΝ Κορίνθου όπου απαιτούνται μόλις 34 ημέρες.

Τα επόμενα έτη σημειώνεται βελτίωση της μέσης τιμής του δείκτη, καθώς μειώνεται το διάστημα αποπληρωμής έως το 2020, όπου καταγράφεται η μικρότερη τιμή του στο εξεταζόμενο διάστημα (40 ημέρες), ενώ το 2021 αυξάνεται κατά 25% και κατά μέσο όρο απαιτούνται πλέον 50 ημέρες για την εξόφληση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Σε επίπεδο μονάδων υγείας, το 2021 το ΓΝ Κορίνθου παρουσιάζει τις λιγότερες ημέρες αποπληρωμής, σχεδόν ένα μήνα, ενώ το μεγάλο

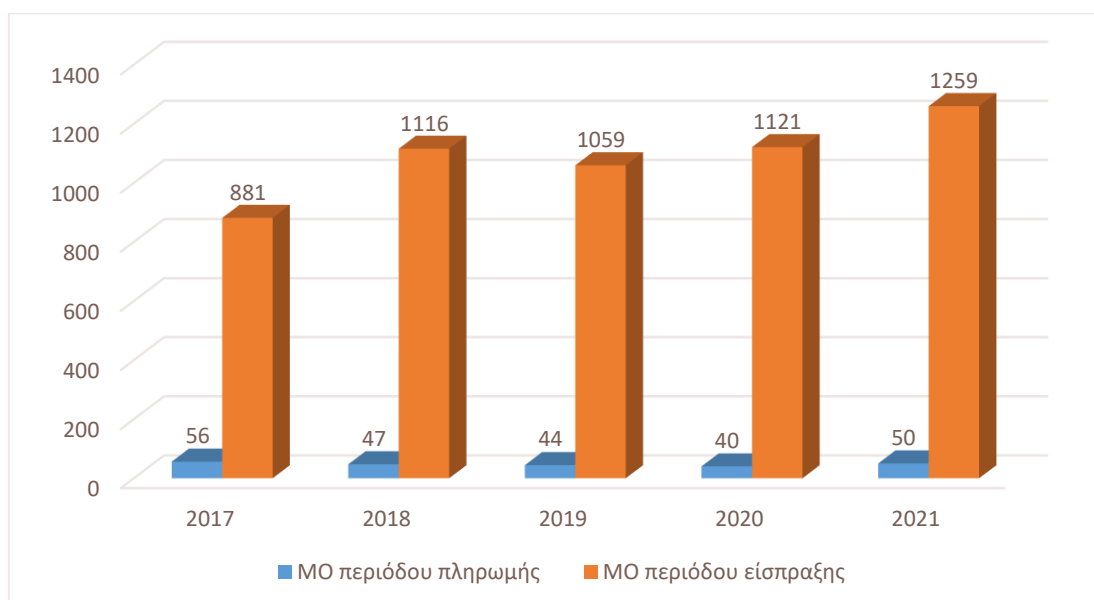
νοσοκομείο εμφανίζει την μεγαλύτερη καθυστέρηση σχεδόν 3,5 μήνες. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία εξοφλούν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις τους σε διάστημα από 1 έως 3,5 μήνες.



Γράφημα 32: Διαχρονική εξέλιξη της μέσης περιόδου πληρωμής

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Στο σημείο αυτό, κρίνεται συνετό να γίνει σύγκριση μεταξύ της μέσης περιόδου είσπραξης και πληρωμής, ώστε να εξαχθούν ορθά συμπεράσματα για την πιστοληπτική ικανότητα και την ρευστότητα των δημόσιων μονάδων υγείας. Πιο αναλυτικά, όταν ο χρόνος είσπραξης των απαιτήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία υπερβαίνει τον χρόνο πληρωμής των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων, τότε είναι πιθανό να υπάρξουν προβλήματα ρευστότητας στην οικονομική μονάδα και αδυναμίας κάλυψης των οφειλών της. Από την άλλη πλευρά, εάν ο χρόνος είσπραξης των απαιτήσεων είναι μικρότερος από την περίοδο πληρωμής των υποχρεώσεων, τότε υπάρχει ικανοποιητική ρευστότητα στην οικονομική μονάδα που της δίνει την δυνατότητα άμεσης εξόφλησης των οφειλών της.



Γράφημα 33: Μέση περίοδος είσπραξης vs Μέση περίοδος πληρωμής

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Σύμφωνα με το γράφημα 33, ο χρόνος είσπραξης των απαιτήσεων από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών είναι αρκετά μεγαλύτερος από τον χρόνο αποπληρωμής των οφειλών των δημόσιων νοσοκομείων. Στο έτος βάσης 2017, η μέση περίοδος είσπραξης είναι περίπου 15 φορές μεγαλύτερη από την μέση περίοδο πληρωμής. Το επόμενο διάστημα η διαφορά μεταξύ των δύο δεικτών σταδιακά αυξάνεται για να καταλήξει στο 2021 όπου η μέση περίοδος είσπραξης είναι σχεδόν 25πλάσια σε σχέση με την μέση περίοδο πληρωμής. Το χρονικό αυτό χάσμα οδηγεί στην δημιουργία ταμειακού ελλείματος στα νοσοκομεία, η αντιμετώπιση του οποίου πραγματοποιείται μέσω των ενισχύσεων των νοσοκομείων με επιχορηγήσεις για την εξόφληση των υποχρεώσεων τους με σκοπό να μην μειωθεί η διαπραγματευτική τους δύναμη. Ωστόσο, η πρακτική αυτή που ακολουθείται επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό.

5.4.3 Δείκτες Απόδοσης

Οι δείκτες της συγκεκριμένης κατηγορίας αποσκοπούν στην μέτρηση της αποδοτικότητας της διοίκησης, η οποία με την σειρά της επιδιώκει τη δημιουργία κερδών. Ωστόσο, στα δημόσια νοσοκομεία, όπου αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, το ενδιαφέρον για αυτούς τους δείκτες αφορά τα κέντρα λήψεως αποφάσεων και την αποδοτικότητα της διοίκησης. Ως αποδοτική διοίκηση του δημόσιου νοσοκομείου δύναται να κριθεί εκείνη που ελαχιστοποιεί την επιχορήγηση από το κράτος και οδηγεί στην εξοικονόμηση πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό. Παρακάτω υπολογίζονται οι πιο σημαντικοί αριθμοδείκτες της κατηγορίας.

5.4.3.1 Δείκτης Περιθωρίου Μικτού Κέρδους

Ο αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους παρέχει πληροφορίες αναφορικά με το μικτό κέρδος που πραγματοποιείται από την πώληση των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου. Απεικονίζει τη σχέση του κόστους με τα έσοδα του νοσοκομείου από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Με άλλα λόγια αποτυπώνει το περιθώριο κέρδους του δημόσιου νοσοκομείου από την κάθε χρηματική μονάδα ως αντάλλαγμα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιθυμητές τιμές είναι αυτές που είναι μεγαλύτερες του μηδενός.

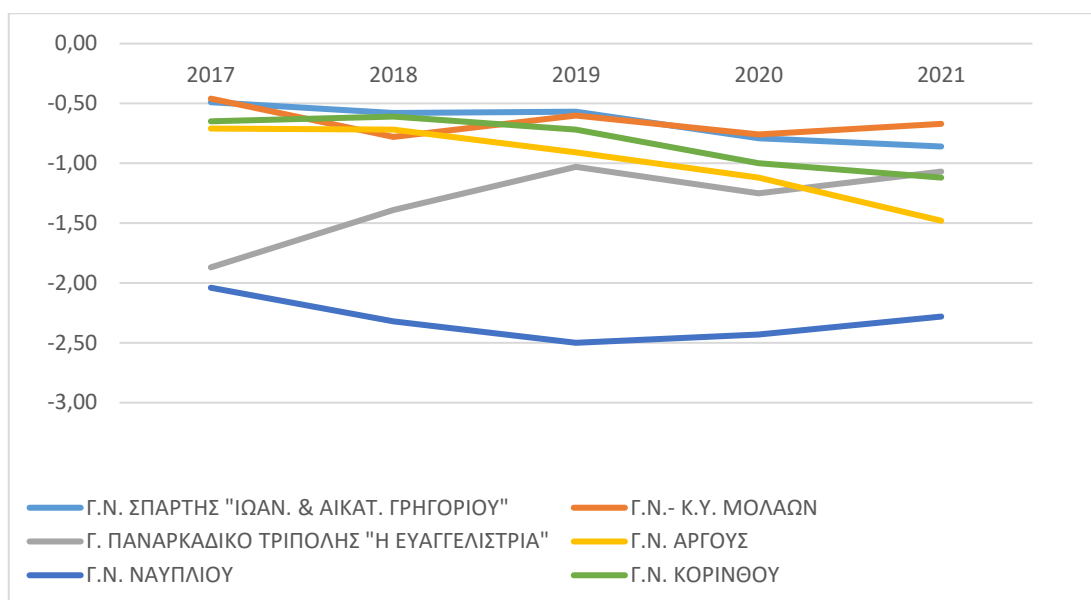
Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 30 και το γράφημα 34, οι τιμές του δείκτη είναι αρνητικές για το σύνολο των εξεταζόμενων νοσοκομείων στην περίοδο 2017-2021. Πιο αναλυτικά, το 2017 η πλειοψηφία των νοσοκομείων παρουσιάζει τις μικρότερες αρνητικές τιμές που λαμβάνει ο δείκτης στο εξεταζόμενο διάστημα με εξαίρεση το ΠΓΝ Τρίπολης και ΓΝ Κορίνθου (2019 και 2018 αντίστοιχα). Στο έτος αυτό οι μεγαλύτερες τιμές καταγράφονται στα δύο νοσοκομεία του νομού Λακωνίας (ΓΝ – ΚΥ Μολάων με -0,46 και έπεται το ΓΝ Σπάρτης με -0,46).

Πίνακας 30: Αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους

Δείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους = $\frac{\text{Πωλήσεις} - \text{Κόστος πωλήσεων}}{\text{Πωλήσεις}}$						
	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	-0,49	-0,58	-0,57	-0,79	-0,86	-0,66
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	-0,46	-0,78	-0,60	-0,76	-0,67	-0,65
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	-1,87	-1,39	-1,03	-1,25	-1,07	-1,32
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	-0,71	-0,72	-0,91	-1,12	-1,48	-0,99
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	-2,04	-2,32	-2,50	-2,43	-2,28	-2,31
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	-0,65	-0,61	-0,72	-1,00	-1,12	-0,82
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	-1,04	-1,07	-1,06	-1,23	-1,25	-1,13

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Στα επόμενα έτη, καταγράφεται σταδιακή επιδείνωση των τιμών του δείκτη, με τον μέσο όρο να κυμαίνεται από -1,04 το 2017 σε -1,25 το 2021. Παρατηρείται πως το σύνολο των νοσοκομείων παρουσιάζουν αύξηση των αρνητικών τιμών του δείκτη με τα τρία μεσαία νοσοκομεία, το ΓΝ Σπάρτης, ΓΝ Άργους και ΓΝ Κορίνθου, να σημειώνουν στο έτος 2021 τις μεγαλύτερες αρνητικές τιμές σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο.



Γράφημα 34: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη μικτού περιθωρίου κέρδους

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Οι αρνητικές τιμές που λαμβάνει διαχρονικά ο δείκτης για όλα τα εξεταζόμενα νοσοκομεία υποδηλώνουν την ανεπάρκεια των εσόδων των δημόσιων νοσοκομείων από τις αποζημιώσεις των ασφαλιστικών ταμείων να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

5.4.3.2 Δείκτης Περιθωρίου Καθαρού Κέρδους

Ο δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους παρουσιάζει το καθαρό κέρδος που επιτυγχάνει ένα νοσοκομείο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον πίνακα 31 και το γράφημα 35 που έπονται, το 2017 το σύνολο των νοσοκομείων παρουσιάζει θετικές τιμές του δείκτη με τον μέσο όρο να ανέρχεται σε 0,25, που αποτελεί την μεγαλύτερη μέση τιμή στο εξεταζόμενο διάστημα. Όπως παρατηρείται, το ΓΝ – ΚΥ Μολάων λαμβάνει την μέγιστη τιμή του δείκτη για το συγκεκριμένο έτος (0,38), ενώ στο ΠΓΝ Τρίπολης καταγράφεται η δεύτερη μικρότερη τιμή (0,18). Οι τιμές του δείκτη για τα μεσαία νοσοκομεία κυμαίνονται από 0,04 στο ΓΝ Ναυπλίου έως 0,37 στο ΓΝ Κορίνθου.

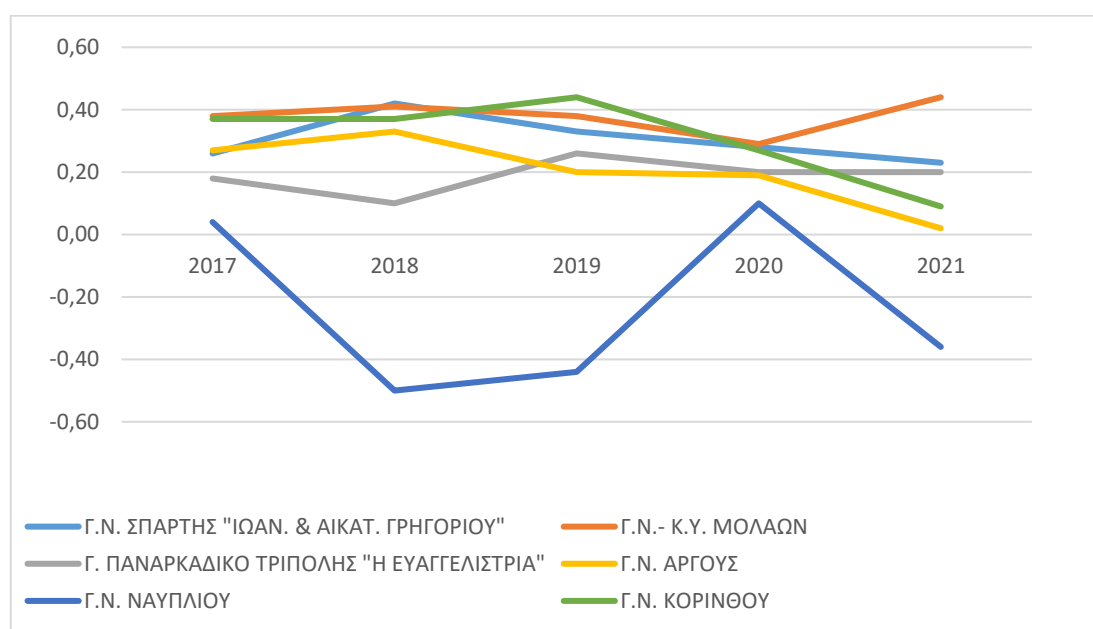
Πίνακας 31: Δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους

Δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους = $\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα εκμετάλλευσης}}{\text{Πωλήσεις}}$						
	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	0,26	0,42	0,33	0,28	0,23	0,30

Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	0,38	0,41	0,38	0,29	0,44	0,38
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	0,18	0,10	0,26	0,20	0,20	0,19
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	0,27	0,33	0,20	0,19	0,02	0,20
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	0,04	-0,50	-0,44	0,10	-0,36	-0,23
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	0,37	0,37	0,44	0,27	0,09	0,31
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	0,25	0,19	0,20	0,22	0,10	0,19

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Στα επόμενα έτη παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στις τιμές που λαμβάνει ο δείκτης, με την πλειονότητα ωστόσο των νοσοκομείων να παρουσιάζει θετικές τιμές. Εξάιρεση αποτελεί το ΓΝ Ναυπλίου όπου στα έτη 2018, 2019 και 2021 καταγράφονται αρνητικές τιμές (-0,5, -0,44 και -0,36 αντίστοιχα), ενώ στα υπόλοιπα έτη οι τιμές είναι χαμηλές. Πιο αναλυτικά, η πορεία του δείκτη χαρακτηρίζεται πτωτική με τον μέσο όρο να ισούται με 0,10 στο τελευταίο έτος σύγκρισης, την μικρότερη τιμή στο εξεταζόμενο διάστημα. Στο 2021 το ΓΝ – ΚΥ Μολάων έχει την μεγαλύτερη τιμή του δείκτη. Στο μεγάλο νοσοκομείο η τιμή του δείκτη δεν διαφέρει πολύ από αυτή που κατείχε στο έτος βάσης, ενώ μεγάλες διακυμάνσεις παρατηρούνται στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, όπου οι τιμές κυμαίνονται από -0,36 στο ΓΝ Ναυπλίου έως 0,23 στο ΓΝ Σπάρτης.

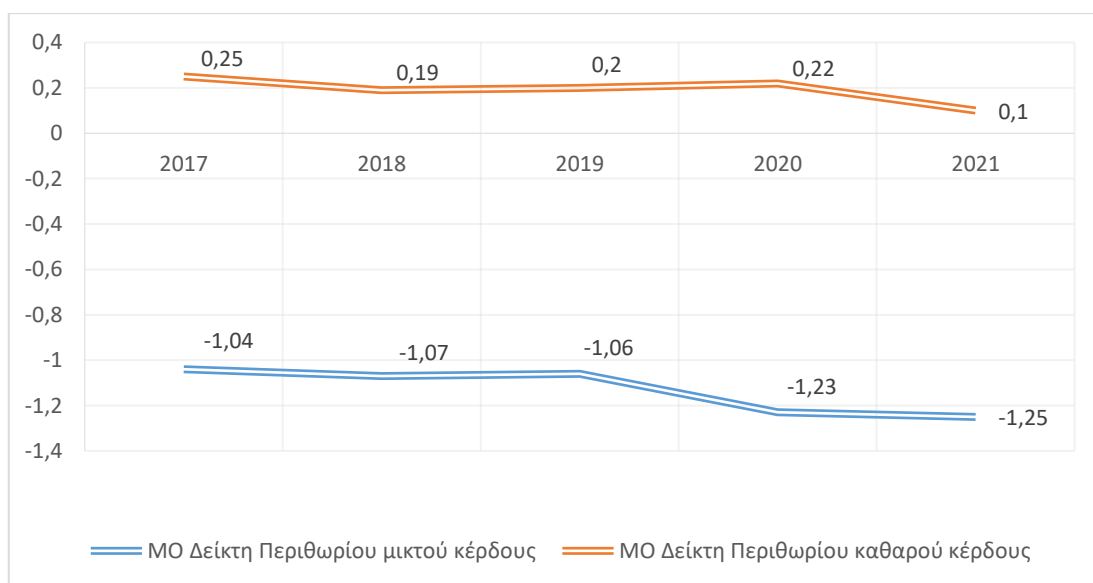


Γράφημα 35: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη περιθωρίου καθαρού κέρδους

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

Οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στις τιμές του δείκτη διαχρονικά οφείλονται στην διαφοροποίηση του καθαρού αποτελέσματος της χρήσης και στην σημαντική επίδραση του λογαριασμού «Άλλα έσοδα», ο οποίος περιλαμβάνει τις επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας για την εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών των νοσοκομείων και την κάλυψη της μισθοδοσίας.

Συγκρίνοντας τους μέσους όρους του δείκτη περιθωρίου μικτού και καθαρού κέρδους (Γράφημα 36 και πίνακας 38 του παραρτήματος Α), παρατηρείται μία μεγάλη απόκλιση μεταξύ των δύο αυτών δεικτών. Οι αρνητικές τιμές που λαμβάνει ο δείκτης περιθωρίου μικτού κέρδους σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο υποδεικνύει τη μεγαλύτερη αύξηση του κόστους των παραγόμενων υπηρεσιών συγκριτικά με την αύξηση των πωλήσεων. Αντίθετα, ο δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους παραμένει θετικός στο διάστημα 2017-2021, γεγονός που οφείλεται στον συνυπολογισμό των επιχορηγήσεων και των λοιπών εσόδων του νοσοκομείου στα μικτά αποτελέσματα εκμετάλλευσης.



Γράφημα 36: Διαχρονική εξέλιξη του MO των δεικτών περιθωρίου μικτού και καθαρού κέρδους

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

5.4.3.3 Δείκτης Απόδοσης Ενεργητικού

Ο δείκτης απόδοσης ενεργητικού μετράει πόσο αποδοτικά χρησιμοποιεί η μονάδα υγείας τα στοιχεία του ενεργητικού της και εξετάζει την βιωσιμότητα της με τον υφιστάμενο τρόπο

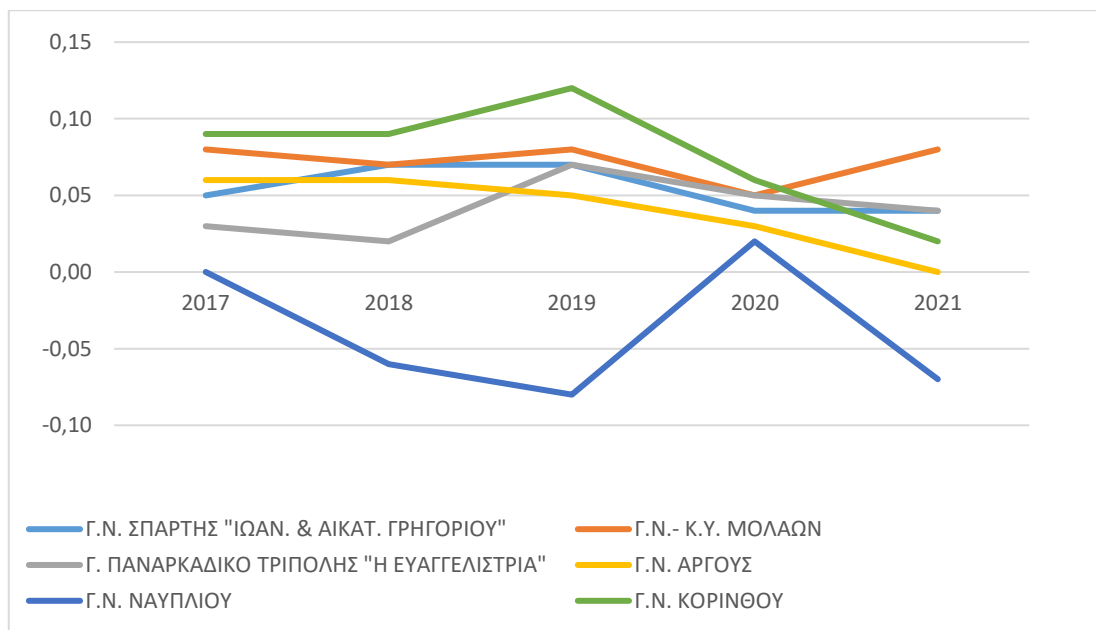
λειτουργίας και δομής. Τα αποτελέσματα του εν λόγω δείκτη απεικονίζονται στον πίνακα 32 και στο γράφημα 37 που έπονται, στα οποία φαίνεται πως η πλειονότητα των νοσοκομείων επιτυγχάνει θετικές τιμές του δείκτη στην εξεταζόμενη περίοδο. Εξάιρεση αποτελεί το ΓΝ Ναυπλίου, όπου στις χρήσεις 2018, 2019 και 2021 ο δείκτης λαμβάνει αρνητικές τιμές. Πιο αναλυτικά, το 2017 ο μέσος όρος του δείκτη είναι 0,05, με την μεγαλύτερη τιμή να καταγράφεται στο ΓΝ Κορίνθου και την μικρότερη στο ΓΝ Ναυπλίου, δύο νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους. Η τιμή του δείκτη για το μεγάλο νοσοκομείο κυμαίνεται κάτω από τον μέσο όρο του δείγματος ($0,03 < 0,05$), ενώ το αντίθετο συμβαίνει με το μικρό νοσοκομείο ($0,08 > 0,05$).

Πίνακας 32: Δείκτης απόδοσης ενεργητικού

	Δείκτης απόδοσης ενεργητικού = $\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα εκμετάλλευσης}}{\text{Σύνολο ενεργητικού}}$					
	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	0,05	0,07	0,07	0,04	0,04	0,05
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	0,08	0,07	0,08	0,05	0,08	0,07
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	0,03	0,02	0,07	0,05	0,04	0,04
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	0,06	0,06	0,05	0,03	0,00	0,04
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	0,00	-0,06	-0,08	0,02	-0,07	-0,04
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	0,09	0,09	0,12	0,06	0,02	0,08
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	0,05	0,04	0,05	0,04	0,02	0,04

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Η μέση τιμή του δείκτη διαχρονικά μειώνεται και καταλήγει στο τελευταίο έτος σύγκρισης σε 0,02. Στο έτος αυτό, το ΓΝ Ναυπλίου παρουσιάζει αρνητική τιμή του δείκτη απόδοσης ενεργητικού (-0,07), ενώ ακολουθεί το ΓΝ Άργους με μηδενική τιμή, καθώς το καθαρό αποτέλεσμα εκμετάλλευσης της χρήσης είναι σημαντικά μικρότερο από το σύνολο του ενεργητικού. Στα υπόλοιπα νοσοκομεία, οι τιμές που λαμβάνει ο δείκτης κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα από τον μέσο όρο του δείγματος ($> 0,02$).



Γράφημα 37: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη απόδοσης ενεργητικού

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ίδιοι υπολογισμοί)

5.4.4 Δείκτες Διάρθρωσης Κεφαλαίων και Βιωσιμότητας

Οι αριθμοδείκτες διάρθρωσης κεφαλαίων και βιωσιμότητας αποσκοπούν στην αποτύπωση της οικονομικής κατάστασης της μονάδας υγείας σε μακροχρόνιο ορίζοντα, αναλύοντας τα ίδια και τα ξένα κεφάλαια με τα οποία χρηματοδοτεί τις δραστηριότητες της. Ως ξένα κεφάλαια νοούνται οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις, και μαζί με τα Ίδια κεφάλαια καθίστανται η ασπίδα ασφαλείας για την ορθή λειτουργία και βιωσιμότητα του φορέα.

5.4.4.1 Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια

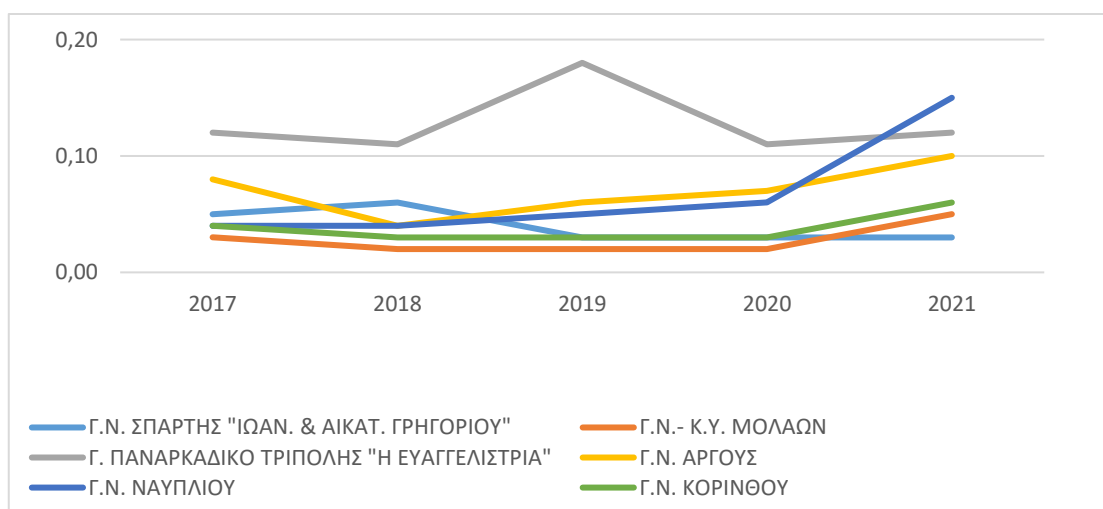
Ο αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια απεικονίζει την σταθερότητα και την φερεγγυότητα των δημόσιων νοσοκομείων προσδιορίζοντας τον βαθμό της υφιστάμενης δανειακής επιβάρυνσης, με σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων για την ύπαρξη ή μη υπερδανεισμού. Σύμφωνα με τον πίνακα 33, το σύνολο των νοσοκομείων του δείγματος παρουσιάζει τιμές μικρότερες της μονάδας στο διάστημα 2017-2021 και συνεπώς τα επίπεδα της δανειακής επιβάρυνσης είναι αρκετά χαμηλά.

Πίνακας 33: Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια

	Αριθμοδείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια = $\frac{\text{Μακρ/σμες Υποχρ.} + \text{Βραχ/σμες Υποχρ.}}{\text{Σύνολο Ιδίων Κεφαλαίων}}$					
	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	0,05	0,06	0,03	0,03	0,03	0,04
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	0,03	0,02	0,02	0,02	0,05	0,03
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	0,12	0,11	0,18	0,11	0,12	0,13
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	0,08	0,04	0,06	0,07	0,10	0,07
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	0,04	0,04	0,05	0,06	0,15	0,07
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	0,04	0,03	0,03	0,03	0,06	0,04
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	0,06	0,05	0,06	0,05	0,09	0,06

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πιο αναλυτικά, το 2017 ο μέσος όρος του δείκτη διαμορφώθηκε σε 0,06, με την μεγαλύτερη τιμή να σημειώνεται στο μεγάλο νοσοκομείο (0,12) και την μικρότερη στο μικρό νοσοκομείο (0,03). Αναφορικά με τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, οι τιμές που έλαβε ο δείκτης κυμαίνονταν από 0,04 του ΓΝ Ναυπλίου και ΓΝ Κορίνθου σε 0,08 του ΓΝ Άργους. Το επόμενο έτος σημειώθηκε μικρή μείωση του μέσου όρου με την τιμή του να διαμορφώνεται σε 0,05, ενώ το 2019 έφτασε στο επίπεδο του 2017. Το 2020 μειώθηκε σε 0,05 για να καταλήξει το 2021 στην υψηλότερη τιμή της εξεταζόμενης περιόδου 0,09. Οι πολύ χαμηλές τιμές του δείκτη (<1) εξασφαλίζουν μεγαλύτερη ασφάλεια στους πιστωτές, καθώς η χρηματοδότηση του φορέα πραγματοποιείται κυρίως από τα ίδια κεφάλαια και όχι από δανειακά. Το γεγονός αυτό έγκειται στις επιχορηγήσεις που λαμβάνουν τα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες συμβάλουν στην αύξηση των ιδίων κεφαλαίων.



Γράφημα 38: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμοδείκτη Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

6.1 Γενικά συμπεράσματα

Η ανάλυση των δεικτών των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου την περίοδο 2017-2021 οδήγησε στην καταγραφή μεγάλων διακυμάνσεων μεταξύ των ετών. Η οικονομική κρίση που βίωσε η χώρα έως το 2019, με τις μνημονιακές δεσμεύσεις και τα προγράμματα εξωτερικής βοήθειας για την οικονομική στήριξη της, σε συνδυασμό με την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 στις αρχές του έτους 2020, οδηγούν στο συμπέρασμα πως η κοινωνία, η οικονομία και ο υγειονομικός τομέας αναμένεται να δεχθούν μεγαλύτερες επιπτώσεις στα επόμενα χρόνια.

Σύμφωνα με την ενότητα 1.3 της παρούσας μελέτης, τόσο πριν όσο και στην εξεταζόμενη περίοδο θεσπίστηκε μία πληθώρα νόμων στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης των παθογενειών του Ε.Σ.Υ., με γνώμονα την κάλυψη των υποχρεώσεων της Ελλάδας απέναντι στους δανειστές της, κάνοντας περικοπές στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Το εν λόγω γεγονός σε συνδυασμό με την προσφυγική μεταναστευτική κρίση συνέβαλαν στην εξυπηρέτηση από το Ε.Σ.Υ. συνεχώς περισσότερων πολιτών που δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη. Παράλληλα, η αποτυχία στην εφαρμογή του Ν. 4486/2017, που προέβλεπε την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συνέβαλε στην συνεχώς αυξανόμενη πρόσβαση των πολιτών στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα και οι δυσμενείς συνθήκες που απορρέουν από την οικονομική ύφεση επηρέασαν την πορεία των δημόσιων μονάδων υγείας. Ωστόσο, οι τακτικές χρηματοδοτήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη των ληξιπρόθεσμων οφειλών και την οικονομική ενίσχυση των δημόσιων νοσοκομείων συνέβαλαν στην επιβίωση τους. Σημαντικό ρόλο στο θετικό αυτό αποτέλεσμα διαδραμάτισαν η έκδοση κρατικών ομολόγων σε βάρος των υποχρεώσεων, ο μηχανισμός των clawback και rebate και η εφαρμογή των DRGs – ΚΕΝ. Από την άλλη πλευρά, η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη αποτελεσματικής οργάνωσης του συστήματος υγείας, εξετάζοντας τόσο την ανθεκτικότητα και τις οικονομικές αποδόσεις του, όσο και την προσβασιμότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Η παρούσα μελέτη ανέλυσε την παραγωγικότητα των δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου το διάστημα 2017-2021 ως προς την αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων, και διερεύνησε την λειτουργική και οικονομική πορεία αυτών σε μία περίοδο όπου η οικονομική κρίση και η πανδημία COVID-19 επηρέασαν σημαντικά την οικονομική πορεία της χώρας.

6.2 Συμπεράσματα αναφορικά με την λειτουργία των νοσοκομείων

Από την ανάλυση της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου προκύπτει πως κατά μέσο όρο οι αναπτυγμένες κλίνες μειώθηκαν σε πολύ μικρό ποσοστό (0,41%) και από 1.463 το 2017 διαμορφώθηκαν σε 1.457 κλίνες το 2021. Από τα οκτώ (8) νοσοκομεία, τα δύο (2) χαρακτηρίζονται ως μεγάλα νοσοκομεία με κλίνες που κυμαίνονται μεταξύ 250-400 (ΓΝ Καλαμάτας και ΠΓΝ Τρίπολης), τα τέσσερα (4) ανήκουν στην κατηγορία μεσαίας δυναμικότητας νοσοκομεία με κλίνες μεταξύ 100-250 (ΓΝ Σπάρτης, ΓΝ Κορίνθου, ΓΝ Άργους και ΓΝ Ναυπλίου) και τα υπόλοιπα δύο θεωρούνται μικρά νοσοκομεία, καθώς διαθέτουν <100 κλίνες (ΓΝ-ΚΥ Κυπαρισσίας και ΓΝ-ΚΥ Μολάων).

Παρόλο που η ύπαρξη της οικονομικής ύφεσης έως το 2019 και της πανδημίας COVID-19 τα έτη 2020 και 2021 θα ήταν λογικό να οδηγήσουν στην αύξηση της δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης, ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών και των ημερών νοσηλείας παρουσιάζουν μείωση το 2021 συγκριτικά με το 2017, η οποία ανέρχεται σε -11,98% για τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν και σε -5,13% για τις ημέρες νοσηλείας. Μείωση επίσης σημειώθηκε και στον αριθμό των εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΙ κατά 35,43% το 2021 σε σύγκριση με το 2017, ενώ λίγο μικρότερο είναι το ποσοστό μείωσης των ασθενών στα ΤΕΠ (↓17,08%). Εκτιμάται πως τα ανωτέρω οφείλονται στην στροφή των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικούς οργανισμούς, στην αναστολή λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων κατά την περίοδο της πανδημίας και στην προσπάθεια περιορισμού της έκθεσης των πολιτών στον ιό.

Ο δείκτης μέσης διάρκειας νοσηλείας για το έτος 2021 καταγράφει μικρή αύξηση κατά 7,65% σε σύγκριση με το 2017 για το σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου αγγίζοντας τις 3,52 ημέρες νοσηλείας. Οι τιμές του δείκτη για τα μεγάλα νοσοκομεία κυμαίνονται από περίπου 2,5 ημέρες για το ΓΝ Καλαμάτας έως 5 ημέρες για το ΠΓΝ Τρίπολης, ενώ το εύρος τιμών για τα μεσαία νοσοκομεία είναι μεταξύ 3 έως 4,5 ημέρες και για τα μικρά από 3 έως 4 ημέρες. Η αύξηση του μέσου όρου του δείκτη ίσως οφείλεται στην μεγαλύτερη παραμονή στα νοσοκομεία πριν από τις επεμβάσεις και στα δύσκολα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν στην περίοδο της πανδημίας.

Ο δείκτης ποσοστό κάλυψης κλινών παρουσιάζει μείωση το 2021 συγκριτικά με το 2017 για την πλειοψηφία των εξεταζόμενων νοσοκομείων, με εξαίρεση το ΠΓΝ Τρίπολης και ΓΝ Κορίνθου που κατέγραψαν θετική μεταβολή. Ωστόσο κανένα από τα δημόσια νοσοκομεία δεν προσέγγισε το επιθυμητό μέγεθος της παραγωγικής διαδικασίας, δηλαδή 80-85%. Τα χαμηλά ποσοστά υποδεικνύουν αφενός την ύπαρξη αναξιοποίητων κλινών και την δυνατότητα βελτίωσης του

συντελεστή κλίνη, και αφετέρου την πιθανότητα έλλειψης του απαραίτητου εξοπλισμού στα νοσοκομεία.

Μείωση επίσης παρουσίασε και ο δείκτης ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 11,50% το 2021 σε σύγκριση με το 2017. Μόνο στο ΓΝ Καλαμάτας καταγράφηκε υπερεντατικοποίηση των κλινών του στο χρονικό διάστημα 2017-2019, που σταδιακά μειώθηκε τα επόμενα έτη. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία του δείγματος παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά υποδηλώνοντας την υποχρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων τους.

Σε αντίθεση με τον παραπάνω δείκτη, ο δείκτης αδράνεια κλίνης παρουσιάζει αύξηση κατά 21,50% το 2021 αναφορικά με το 2017 για το σύνολο των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου, καθώς από 2 ημέρες που είχαν τις κλίνες τους κενές μέχρι την εισαγωγή νέου ασθενή το 2017 διαμορφώθηκαν σε περίπου 2,5 ημέρες το 2021. Τα νοσοκομεία στα οποία καταγράφηκε θετική μεταβολή του δείκτη ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη (ΠΓΝ Τρίπολης και ΓΝ-ΚΥ Μολάων), σημείωσαν αρνητική μεταβολή του δείκτη αδράνειας κλίνης μειώνοντας τις ημέρες που διατήρησαν κενές τις κλίνες. Αρνητική ήταν και η μεταβολή για το ΓΝ Κορίνθου, στο οποίο σημειώθηκε μείωση του ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη υποδηλώνοντας την ύπαρξη περιστατικών που χρήζουν πολυήμερη νοσηλεία.

6.3 Συμπεράσματα αναφορικά με την οικονομική θέση των νοσοκομείων

Η ανάλυση των οικονομικών δεδομένων των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου για το χρονικό διάστημα 2017-2021 έδειξε μία ανοδική πορεία των νοσοκομειακών δαπανών. Πιο αναλυτικά, εστιάζοντας στις κυριότερες κατηγορίες εξόδων, οι οποίες αποτελούν και το 65% περίπου των συνολικών δαπανών, παρατηρείται αύξηση του μέσου όρου της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 55,95% το έτος 2021 συγκριτικά με το 2017, του υγειονομικού υλικού κατά 27,64% και των υπηρεσιών κατά 15,39%. Η εν λόγω αύξηση είναι απόρροια των αυξημένων υγειονομικών αναγκών από την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 στη χώρα τα έτη 2020 και 2021. Τα μεγάλα νοσοκομεία του δείγματος είναι αυτά που κατέγραψαν σημαντικές αυξήσεις των παραπάνω δαπανών σε σχέση με τα μεσαία και μικρά νοσοκομεία, κυρίως στην αγορά φαρμακευτικού υλικού, λόγω του υψηλού αριθμού των νοσηλευόμενων και της σοβαρότητας των περιστατικών που αντιμετώπισαν την περίοδο της πανδημίας.

Ανοδική τάση σημείωσαν και οι συνολικές δαπάνες, οι οποίες το 2021, συγκριτικά με το 2017 ήταν αυξημένες κατά 40,39%, όταν σε αυτές δεν συμπεριλήφθηκαν οι δαπάνες μισθοδοσίας, και κατά 22,55% όταν οι δαπάνες μισθοδοσίας εντάχθηκαν στην ανάλυση. Σε αυτή την περίπτωση, η

μεγαλύτερη θετική μεταβολή σημειώθηκε στο ΓΝ Κορίνθου, που αποτελεί μεσαίου μεγέθους νοσοκομείο, το οποίο όμως φαίνεται να αντιμετωπίσει πολύπλοκα περιστατικά.

Η ίδια δυναμική αποτυπώθηκε και στους οικονομικούς δείκτες εισροών. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή του κόστους ανά νοσηλευθέντα ασθενή, χωρίς την προσθήκη της μισθοδοσίας, αυξήθηκε κατά 50,95% το 2021 σε σχέση με το 2017, ενώ λαμβάνοντας υπόψη την δαπάνη της μισθοδοσίας στις συνολικές δαπάνες, η μεταβολή του δείκτη διαμορφώθηκε σε +34,58% με το ΓΝ Κορίνθου να παρουσιάζει την μεγαλύτερη θετική μεταβολή. Στην ίδια κατεύθυνση κυμαίνεται και ο δείκτης μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, ο οποίος σημείωσε αύξηση κατά 40,42% το 2021 έναντι του 2017 χωρίς την προσθήκη της μισθοδοσίας και κατά 26,26% λαμβάνοντας υπόψη την δαπάνη της μισθοδοσίας.

Σε ότι αφορά τα έσοδα των δημόσιων νοσοκομείων, αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι η μεγάλη καθυστέρηση που παρατηρείται στην είσπραξη των εσόδων από την παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ. Πιο αναλυτικά, τα εισπραχθέντα έσοδα υπολείπονται σε μεγάλο βαθμό των βεβαιωθέντων εσόδων σε όλα τα εξεταζόμενα έτη, όπως στο 2021 όπου τα βεβαιωθέντα έσοδα του συνόλου των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου ανήλθαν σε 43.954.287,50 € από τα οποία εισπράχθηκαν μόλις 12.176.070,64 €, δηλαδή το 27,70% των συνολικών βεβαιωθέντων εσόδων. Η αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να αποπληρώσει έγκαιρα τις οφειλές του οδηγεί στην δημιουργία ελλείματος και στην συσσώρευση των ανεξόφλητων υποχρεώσεων των δημόσιων νοσοκομείων. Ο μηχανισμός που αναπτύχθηκε για να καλύψει το εν λόγω κενό αφορά την παροχή επιχορηγήσεων από το Υπουργείο Υγείας, οι οποίες το 2021 ανήλθαν σε 28.831.281,05 € (χωρίς τις επιχορηγήσεις για την κάλυψη της μισθοδοσίας του τακτικού προσωπικού). Συνεπώς, θα μπορούσε να πει κανείς πως αν ο ΕΟΠΥΥ εξοφλούσε εγκαίρως τις αποζημιώσεις προς τα νοσοκομεία για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, αυτά θα ήταν σε θέση να καλύψουν τις υποχρεώσεις τους χωρίς την ανάγκη εκταμίευσης των κρατικών επιχορηγήσεων.

Αναφορικά με τις ανεξόφλητες υποχρεώσεις των δημόσιων νοσοκομείων, παρατηρείται αύξηση κατά 57,33% το 2021 συγκριτικά με το 2017, που οφείλεται κυρίως στην μεγάλη αύξηση αυτών την περίοδο της πανδημίας COVID-19.

6.4 Συμπεράσματα αναφορικά με την πορεία των αριθμοδεικτών

Η χρηματοοικονομική ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων των έξι νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου με την χρήση των αριθμοδεικτών ρευστότητας, δραστηριότητας,

αποδοτικότητα και διάρθρωσης κεφαλαίων και βιωσιμότητας παρουσιάζει μεταβολές στην χρηματοοικονομική τους κατάσταση στο διάστημα 2017-2021.

Οι δείκτες ρευστότητας εμφανίζουν μία τάση συνεχούς βελτίωσης τα έτη 2017 και 2018, ενώ το 2019 καταγράφεται μία κάμψη λόγω της διαγραφής των απαιτήσεων από τον ΕΟΠΥΥ στο συγκεκριμένο έτος, που επέφερε μείωση του κυκλοφορούντος ενεργητικού. Ωστόσο οι τιμές των δεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας παρουσιάζουν ικανοποιητική αύξηση το 2020, η οποία όμως ανακάμπεται το 2021 σημειώνοντας τις μικρότερες τιμές αυτών σε όλη την υπό εξέταση περίοδο. Ωστόσο, οι τιμές χαρακτηρίζονται αρκετά ικανοποιητικές, γεγονός που αποτελεί δείγμα φερεγγυότητας των δημόσιων νοσοκομείων στους πιστωτές και στους δανειστές της. Αναφορικά με τον δείκτη ταμειακής ρευστότητας, οι τιμές που λαμβάνει είναι χαμηλές για το σύνολο των νοσοκομείων, ωστόσο δεν δημιουργούνται προβλήματα στην κάλυψη των υποχρεώσεων τους, καθώς τα αποτελέσματα των δεικτών ειδικής και γενικής ρευστότητας δείχνουν πως καλύπτονται πολλαπλά οι υποχρεώσεις αυτών.

Ως προς τους αριθμοδείκτες δραστηριότητας, ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων παρουσιάζει μία πτωτική τάση αναδεικνύοντας την δυσκολία είσπραξης των απαιτήσεων των δημόσιων νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία, η οποία ανήλθε το 2021 κατά μέσο όρο σε 1.259 ημέρες (περίπου 3,5 έτη). Αντίθετα, συνεχή βελτίωση παρουσιάζει ο δείκτης ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων αγγίζοντας το 2021 κατά μέσο όρο τις 50 ημέρες. Η διαχρονική τάση βελτίωσης του εν λόγω δείκτη οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις κρατικές επιχορηγήσεις, οι οποίες δρουν θετικά στα ταμειακά διαθέσιμα. Θετικό επίσης αντίκτυπο στην μεταβολή του δείκτη έχει η εφαρμογή της υπουργικής απόφασης αναφορικά με την διαδικασία εκκαθάρισης των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων, σύμφωνα με την οποία μειώνεται ο χρόνος εξόφλησης των υποχρεώσεων κάτω από το νόμιμο όριο των 90 ημερών, το οποίο καθιστά τις οφειλές ληξιπρόθεσμες. Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό πως υπάρχει μία εξαρτημένη σχέση μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και των επιχορηγήσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Σε επίπεδο αποδοτικότητας, οι τιμές που λαμβάνει ο δείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους είναι αρνητικές σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία την περίοδο 2017-2021. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει πως το κόστος υπηρεσιών υγείας υπερβαίνει τα έσοδα των νοσοκομείων από τις αποζημιώσεις των ασφαλιστικών ταμείων και δημιουργεί έλλειμμα στους προϋπολογισμούς τους, το οποίο καλύπτεται διαχρονικά από τις κρατικές επιχορηγήσεις. Στον αντίποδα, ο δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους παραμένει θετικός καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης για την πλειοψηφία των νοσοκομείων. Εξάιρεση αποτελεί το ΓΝ Ναυπλίου, όπου στα έτη 2018, 2019 και 2021 παρουσιάζει αρνητικές τιμές, ενώ στα υπόλοιπα έτη οι τιμές του δείκτη είναι χαμηλές. Τα θετικά

αποτελέσματα του παραπάνω δείκτη οφείλονται στον συνυπολογισμό των επιχορηγήσεων και των λοιπών εσόδων του νοσοκομείου στα μικτά αποτελέσματα εκμετάλλευσης. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί πως η χρήση των ΚΕΝ στόχευε στην μείωση της διαφοράς μεταξύ του μικτού και του καθαρού περιθωρίου κέρδους, ωστόσο αυτό δεν κατέστη τελικά δυνατό. Σε ότι αφορά την αποδοτικότητα του ενεργητικού, οι χαμηλές τιμές που σημειώθηκαν επιβεβαιώνουν την μερική εκμετάλλευση των στοιχείων του ενεργητικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την άμεση ανάγκη αποτελεσματικότερης διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων.

Από την παραπάνω ανάλυση, γίνεται κατανοητό πως τα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι βιώσιμα μόνο από την παραγωγική τους λειτουργία και η απουσία των χρηματοδοτήσεων από το Υπουργείο Υγείας θα δημιουργούσε δυσκολία στην επιβίωση τους. Συνεπώς, το πλεόνασμα που παρουσιάζεται στις οικονομικές καταστάσεις είναι πλασματικό. Ωστόσο, ο κοινωνικός χαρακτήρας του ΕΣΥ, όπως προβλέπεται στον Νόμο 1397/1983, ο οποίος διασφαλίζει την καθολική πρόσβαση των πολιτών στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης, δικαιολογεί την εν λόγω αδυναμία.

Σχετικά με την κεφαλαιακή διάρθρωση των δημόσιων νοσοκομείων, ο δείκτης Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια παρουσιάζει τιμές μικρότερες της μονάδας στο διάστημα 2017-2021 αποτυπώνοντας τα χαμηλά επίπεδα της δανειακής εξάρτησης. Οι χαμηλές αυτές τιμές εξασφαλίζουν μεγαλύτερη ασφάλεια στους πιστωτές, καθώς η χρηματοδότηση του νοσοκομείου πραγματοποιείται κυρίως από τα ίδια κεφάλαια και όχι από δανειακά. Ωστόσο, η απεικόνιση αυτή είναι πλασματική καθώς οφείλεται στις επιχορηγήσεις που λαμβάνουν τα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες συμβάλουν στην αύξηση των ιδίων κεφαλαίων.

6.5 Προτάσεις για βελτίωση

Οι οικονομικές προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο υγειονομικός κλάδος και συγκεκριμένα τα δημόσια νοσοκομεία, από την οικονομική κρίση το 2010, τα αποτελέσματα της οποίας είναι εμφανή και σήμερα, την μετέπειτα μεταναστευτική κρίση και την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 στις αρχές του 2020, ποικίλουν και φαίνεται να συνεχίζονται. Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν με στόχο την εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων μονάδων υγείας, όπως είναι η χορήγηση κρατικών χρηματοδοτήσεων και οι αποζημιώσεις από τον ΕΟΠΥΥ, δεν έφεραν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η αποτελεσματική μέτρηση της απόδοσης των δημόσιων νοσοκομείων απαιτεί μία σφαιρική αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας αυτών. Με άλλα λόγια, κρίνεται συνετό να αναλύονται τα

οικονομικά - χρηματοοικονομικά δεδομένα των νοσοκομείων σε συνδυασμό με τον υπολογισμό ποιοτικών δεικτών που συνδέονται με το παραγόμενο έργο τους, όπως είναι η κλινική αποτελεσματικότητα, τα ιατρικά λάθη και ο χρόνος αναμονής.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε χαμηλό ποσοστό κάλυψης κλινών, μείωση του ρυθμού εισροής ασθενών και αύξηση του ποσοστού αδράνειας κλίνης. Τα παραπάνω δύνανται να αντιμετωπισθούν μέσω της ανακατανομής των κλινών και της συγχώνευσης ομοειδών κλινικών των νοσοκομείων που εδρεύουν σε κοντινές γεωγραφικά περιοχές. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί αποτελεσματική διαχείριση των πόρων των νοσοκομείων με γνώμονα τις ανάγκες των πολιτών και εξοικονόμηση του κόστους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η ανάλυση των οικονομικών δεικτών ανά τμήμα, γεγονός που καθίσταται αδύνατο λόγω της μη σύνταξης τμηματικών προϋπολογισμών. Ωστόσο η ενέργεια αυτή είναι πιθανό να συμβάλλει στην καταγραφή της πραγματικής εικόνας λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και στην εξαγωγή πληροφοριών για την αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων. Πιο αναλυτικά, οι τμηματικοί προϋπολογισμοί οδηγούν στην συγκράτηση του κόστους και εμπλέκουν το σύνολο του ιατρικού-νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού στην σωστή κατανομή και διάθεση των πόρων, επιτυγχάνοντας ορθολογική οικονομική διαχείριση. Παράλληλα, η αξιολόγηση βάσει των δεικτών καθώς και η συστηματική παρακολούθηση αυτών, δύνανται να συμβάλλουν στην βελτίωση των διαδικασιών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η καθυστερημένη είσπραξη των απαιτήσεων από τον ΕΟΠΥΥ για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας οδηγεί στην εξάρτηση των δημόσιων νοσοκομείων από τις κρατικές επιχορηγήσεις με σκοπό την εξόφληση των οφειλών τους. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται συνετό το Υπουργείο Υγείας να προβεί σε μία αποτελεσματική οργάνωση της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, ώστε να καλύπτει άμεσα τις υποχρεώσεις του, βελτιώνοντας με τον τρόπο αυτό την ρευστότητα των νοσοκομείων. Όσον αφορά τα νοσοκομεία, η έγκαιρη υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών για την καταβολή των παρακλινικών εξετάσεων και των νοσηλίων στα ασφαλιστικά ταμεία, θα συμβάλει στον καλύτερο προγραμματισμό των υποχρεώσεων αυτών.

Σε επίπεδο διοίκησης, κρίνεται συνετό να γίνει ορθότερη χρήση του κυκλοφορούντος ενεργητικού των νοσοκομείων που θα συμβάλλει στην αύξηση των εσόδων και στην ταυτόχρονη μείωση της κρατικής χρηματοδότησης. Παράλληλα, το επαρκές κυκλοφορούν ενεργητικό θα συνεισφέρει στην αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου μειώνοντας τον κίνδυνο έλλειψης φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού και αναπτύσσοντας την δυνατότητα αγοράς σύγχρονου εξοπλισμού και πρόσληψης ανθρώπινου δυναμικού. Τέλος, η υιοθέτηση σύγχρονων μεθόδων management

αποτελεί μέσο επίτευξης της αποτελεσματικής δημόσιας διοίκησης με στόχο την παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Ελληνική

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ. & Νιάκας, Δ. (2002). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*. Τόμος Α. Πάτρα: ΕΑΠ.

Αντωνοπούλου, Λ. (2016). 'Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία'. *Social Cohesion and Development*, 3(2):109–120.

Αποστόλου, Α. (2015). *Ανάλυση Λογιστικών – Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων*. [e-book]. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Ανακτήθηκε από <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3760> [Πρόσβαση 6 Απριλίου, 2023].

Βασιλείου, Δ. & Αλεξάκης, Χ. (2008). *Χρηματοοικονομική ανάλυση λογιστικών καταστάσεων*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις]. Αθήνα. Ανακτήθηκε από https://annxyd.files.wordpress.com/2009/04/xrhmatοοικονομικη_analysi_pdf.pdf [Πρόσβαση 20 Σεπτεμβρίου, 2023].

Βασιλείου, Δ. & Ηρειώτης, Ν. (2008). *Χρηματοοικονομική Διοίκηση, Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Rosili.

Βουτσίδου, Σ., Μωραΐτης, Ε., Σισσούρας, Ε., & Χαραλάμπους, Γ. (2019). 'Εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health) στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα Πλεονεκτήματα και προσδοκίες'. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36 (3):412-418.

Γώγος, Χ. (2011). 'Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα'. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10 (1): 10-21.

Δαβαρίας, Α. & Λάζαρης, Θ. (2010). 'Η μετάβαση από το απλογραφικό σύστημα του δημοσίου λογιστικού στο διπλογραφικό σύστημα (Τα κρατικά νοσοκομεία μπροστά στη νέα πραγματικότητα)'. Ανακτήθηκε από <https://www.kainotom.gr/wp-content/uploads/2019/11/DS-metavasi-apo-aplografiko-sistema-tou-dimosiou-logistikou-sto-diplografiko-genikis-analytikis-logistikis.pdf> [Πρόσβαση 2 Απριλίου, 2023].

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., & Μπιτσώρη, Ζ. (2017). 'Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους'. *Περιεγχειριτική Νοσηλευτική*, 6(20):84-95.

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Δικαίος, Κ. και Χλέτσος, Μ. (1999). *Υπηρεσίες υγείας – Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Β. Πάτρα: ΕΑΠ.

Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2022). *Δελτίο Τύπου Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2020*. Πειραιάς. Ανακτήθηκε από: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2020> [Πρόσβαση 12 Μαρτίου, 2023].

Θεοδώρου, Μ. και Μητροσύλη, Μ. (1999). *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*. Τόμος Γ. Πάτρα: ΕΑΠ.

Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α. & Μάντη, Π. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Τόμος Α. Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα: ΕΑΠ.

Καϊτελίδου, Δ. (2014). 'Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας'. *Νοσηλευτική*. 53 (2):129-132.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., & Χατζητόλιος, Α. (2012). 'Η Περιφερειακή Οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις'. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2):233-240.

Καλογεροπούλου, Μ. (2011). 'Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων'. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 28(6):794-803.

Καραγιάννη, Ρ. (2014). 'Δείκτες λειτουργικής και οικονομικής απόδοσης των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων'. *ΚΕΠΕ Οικονομικές Εξελίξεις*. 24(3):36-44.

Καστανιώτη, Α. & Πολύζος, Ν. (2016). 'Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net'. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 33(2):198-206.

Κουκουφίλιππου, Ι., Παπαβασιλείου, Ε. & Κοΐνης, Α. (2016). 'Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας'. *Rostrum of Asclepius/Το Βίμα του Ασκληπιού*. 15(4):346-364.

Λαχανά, Ε. (2007). 'Οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας. Ένα χρήσιμο εργαλείο στη λήψη αποφάσεων'. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 46(3):367-373.

Λαχανά, Ε. και Κοτρώτσιου, Σ. (2002). 'Οι επιδράσεις του συνεχώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος του ανθρώπου στο δίπολο υγεία-αρρώστια και κατ' επέκταση στη δομή και το ρόλο του ΕΣΥ'. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 1(3):121-125.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. 1η Έκδοση. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Μαζαράκη, Η. (2012). 'Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό'. *Αχαϊκή Ιατρική*. 31(1): 62-69.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ. & Σωτηριάδου, Κ. (2011). 'Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς'. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 3(2):38-43.

Μητάκος, Α. και Μπογιατζίδης, Π. (2022). 'Δαπάνες και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας Οι επιπτώσεις της πανδημίας της νόσου COVID-19'. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 40(1):102-107.

Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2019). 'Η αναγκαιότητα της ίδρυσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η επίδραση του στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας'. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 8 (1):77-84.

Μπάλλας, Α. και Χέβας, Δ. (2010). *Εφαρμογές χρηματοοικονομικής λογιστικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.

Μπάλλας, Α. και Χέβας, Δ. (2011). *Χρηματοοικονομική Λογιστική*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.

Μπιτσώρη, Ζ. και Μπαλάσκα, Δ. (2016). 'Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους'. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 5(2):113-124.

Ναούμ, Μ. Α. (2009). 'Η Σημασία των Δεικτών Αξιολόγησης Θεραπευτικών Παρεμβάσεων, Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Υγείας του Πληθυσμού, στο Σχεδιασμό Πολιτικής Υγείας'. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2(1): 8-13.

Νιάκας, Δ. (2014). 'Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας'. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*. 5(1):3-7.

Νικολόπουλος, Σ. (χ.χ.). *Ανάλυση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις]. Ανάλυση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων.

Οικονόμου, Χ. (2012). *Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. 7η Έκθεση. Εκδόσεις Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.

Ολλανδέζος, Μ. (2015). *SOS ΙΑΤΡΟΙ*. Διαθέσιμο σε: <https://www.sosiatroi.gr/iatrikes-symvoules/sos-symvoules/ygeia-dimosio-idiotiko-agatho/> [Πρόσβαση 19 Φεβρουαρίου, 2023].

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2021), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2021, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό

Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες. Διαθέσιμο σε: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf [Πρόσβαση 5 Μαρτίου, 2023].

Παπαγεωργίου, Ε., Τσουνής, Α., Σαράφης, Π. & Μπαμίδης, Π. (2014). 'Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα'. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 6(1): 24-34.

Πολύζος, Ν. (2000). Οικονομική ανάλυση και διαχείριση. Σε Δουμουλάκης, Γ., Πολύζος, Ν. & Χρυσοχοϊδης, Γ. (2000). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διοίκηση/ Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Β. Πάτρα: ΕΑΠ.

Ρόκα, Β. (2013). 'Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η «Ευκαιρία» των Συστημάτων Υγείας σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης'. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 6 (2):3-4.

Σαραντίδου, Σ., Μελά, Σ., & Πιτσιλίδης, Α. (2019). 'Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω μέσω της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού'. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*. 36(5):635-642.

Τζωρτζόπουλος, Π. & Λειβαδά, Α. (2012). *Αριθμοδείκτες και επίσημες στατιστικές*. Αθήνα: Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., & Φιλαλήθης, Τ. (2020). 'Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας'. Διαθέσιμο σε: https://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf. [Πρόσβαση 28 Φεβρουαρίου, 2023].

Τούντας, Γ. & Οικονόμου, Ν. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 24(1):7-21.

Τουρνά-Γερμανού, Ε. (2015). *Χρηματοοικονομική Λογιστική*. [e-book]. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Ανακτήθηκε από <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/946> [Πρόσβαση 6 Απριλίου, 2023].

Χαλκιά, Β. και Βαρακλιώτη, Α. (2015). 'Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15'. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32 (5):546-555.

Ξενόγλωσση

Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., Asbroek, A. T., & Custers, T. (2003). 'Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement'. *International journal for quality in health care*, 15(5): 377-398.

Delnoij, D. M. (2013). 'Bismarck or Beveridge: primary care matters'. *The European Journal of Public Health*. 23(3):349-349.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3): 166-206.

Ferrera, M. (1996). 'The "Southern model" of welfare in social Europe'. *Journal of European social policy*. 6(1):17-37.

Gapenski, L. (2005). *Healthcare Finance: An Introduction to accounting and financial management*. 3rd Edition. United States of America: AUPHA/HAP

Gerdtham, U. G., & Jönsson, B. (2000). 'International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis'. In *Handbook of health economics*. 1:11-53.

Kara, E. (2012). 'Financial Analysis in Public Sector Accounting: An Example of EU, Greece and Turkey'. *European Journal of Scientific Research*. 69 (1): 72-80.

Moullin, M. (2004). 'Eight essentials of performance measurement'. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 110-112

OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [Πρόσβαση 5 Μαρτίου, 2023].

Poullier, J. P., Hernandez, P., Kawabata, K., & Savedoff, D. W. (2002). National health accounts: concepts, data sources and methodology. [e-book] *World Health Organization*. Available from: [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=Ut_xcxWHobYC&oi=fnd&pg=PA182&dq=Pullier,+J.P.,+Hernandez,+P.+%26+Kawabata,+K.+\(2002\)+National+health+accounts:+Concepts,+data+sources+and+methodology&ots=jj2K4h0SSn&sig=D-fPgHa0WQxNay_8Nkv1DG3sjfk&redir_esc=y#v=snippet&q=national%20health%20accounts&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=Ut_xcxWHobYC&oi=fnd&pg=PA182&dq=Pullier,+J.P.,+Hernandez,+P.+%26+Kawabata,+K.+(2002)+National+health+accounts:+Concepts,+data+sources+and+methodology&ots=jj2K4h0SSn&sig=D-fPgHa0WQxNay_8Nkv1DG3sjfk&redir_esc=y#v=snippet&q=national%20health%20accounts&f=false) [Πρόσβαση 5 Μαρτίου, 2023].

Rahimi, H., Khammar-nia, M., Kavosi, Z., & Eslahi, M. (2014). 'Indicators of hospital performance evaluation: a systematic review'. *International Journal of Hospital Research*, 3(4): 199-208.

Ηλεκτρονικές Πηγές

Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας: www.nosokomeiokalamatas.gr [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου: www.hospkorinthos.gr [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Γενικό Νοσοκομείο – ΚΥ Κυπαρισσίας: www.kyparissiahospital.gr [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων: www.hosplak.gr/ [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου: www.gnn.gov.gr [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης: www.hosplak.gr/ [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Οικονομικές καταστάσεις νοσοκομείων Περιφέρειας Πελοποννήσου περιόδου 2017-2021: <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/oikonomikes-katastaseis-nosokomeiwn/6h-ype> [Πρόσβαση 8 Οκτωβρίου, 2023]

Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΓΝ) Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»: www.panarkadiko.eu [Πρόσβαση 1 Οκτωβρίου, 2023]

Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (Bi-Health): <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth> [Πρόσβαση 8 Οκτωβρίου, 2023]

Νομοθεσία

Νόμος 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας». ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983.

Νόμος 2778/1999, «Αμοιβαία Κεφάλαια Ακίνητης Περιουσίας-Εταιρείες Επενδύσεων σε Ακίνητη Περιουσία και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ Α' 295/30.12.1999

Νόμος 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001.

Νόμος 3106/2003, «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ 30/Α/10-2-2003.

Νόμος 3329/2005, «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005.

Ν. 3527/2007, «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». ΦΕΚ 25/Α/9-2-2007.

Νόμος 3918/2011, «*Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*». ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011.

Νόμος 4238/2014, «*Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*». ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014.

Νόμος 4387/2016, «*Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού συνταξιοδοτικού συστήματος Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις*». ΦΕΚ Α'85/12.5.2016.

Νόμος 4486/2017, «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*». ΦΕΚ 115/Α/7.8.2017.

ΝΟΜΟΣ 4623/2019, «*Ρυθμίσεις του Υπουργείου Εσωτερικών, διατάξεις για την ψηφιακή διακυβέρνηση, συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις και άλλα επείγοντα ζητήματα*». ΦΕΚ Α'134/09.08.2019.

Νόμος 4931/2022, «*Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις*». ΦΕΚ Α 94/13.5.2022.

ΚΥΑ Αριθμ. Α3β/Οικ.14155, «*Αναμόρφωση Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου*». ΦΕΚ 647/Β/30-09-1986.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ5α/Γ.Π.110837/06, «*Τροποποίηση Οργανισμών Νοσοκομείων της Υγειονομικής Περιφέρειας*». ΦΕΚ 274/Β/01.03.2007.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.84627, «*Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους*». ΦΕΚ 1681/28-7-11.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.43106, «*Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης 'Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ'*». ΦΕΚ. 1486/Β/04.05.2012

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.112159, «*Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου*». ΦΕΚ 3284/Β/10-12-2012.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.112160, «*Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Άργους*». ΦΕΚ 3284/Β/10-12-2012.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.121798, «*Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας*». ΦΕΚ 3477/Β/31-12-2012.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.123789, «*Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Άργους και του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου*». ΦΕΚ 3486/Β/31-12-2012

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ.123794, «Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ» και του Γενικού Νοσοκομείου ΓΝ–ΚΥ Μολάων». ΦΕΚ 3486/Β/31-12-2012.

ΚΥΑ Αριθμ. Υ4α/οικ. 123890, «Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και του Γενικού Νοσοκομείου–ΚΥ Κυπαρισσίας». ΦΕΚ 3499/Β/31-12-2012.

ΚΥΑ Αριθμ. Α3α/17738, «Οργανισμός του Παναρκαδικού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης ‘Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ’». ΦΕΚ 3320/Β/21-9-2017.

ΚΥΑ Αριθμ. Β2.α/Γ.Π. οικ. 88565, «Διαγραφή απαιτήσεων νοσοκομείων έναντι του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)». ΦΕΚ 4828/Β/24-12-2019.

ΠΔ 1123/1980, «Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της προαιρετικής εφαρμογής του Γενικού Λογιστικού Σχεδίου». ΦΕΚ Α' 283/15.12.1980.

ΠΔ 31/1986, «Διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες». ΦΕΚ 12/Α/13.2.1986.

ΠΔ 87/1986, «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων». ΦΕΚ 32/Α/27.3.1986.

ΠΔ 146/2003, «Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας». ΦΕΚ Α' 122/21.05.2003.

ΝΔ 2592/1953, «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως». ΦΕΚ 254/Α/18.09.1953.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΣΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2021

Πίνακας 34: Μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	1.385,40	1.454,30	1.445,94	1.658,63	1.735,89	25,30%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	1.817,35	2.303,74	2.356,51	3.480,11	2.374,68	30,67%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	1.414,01	1.555,55	1.542,19	1.887,43	1.789,54	26,56%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	993,56	935,49	978,06	1.186,22	1.368,22	37,71%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	1.354,66	1.340,43	1.502,76	1.706,75	1.724,13	27,27%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	921,32	993,59	1.139,97	1.476,87	1.620,62	75,90%
ΣΥΝΟΛΟ	7.886,30	8.583,10	8.965,43	11.396,01	10.613,08	34,58%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πίνακας 35: Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (με τις δαπάνες μισθοδοσίας)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2017	2018	2019	2020	2021	% ΜΕΤΑΒ. 2017/2021
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	429,23	450,37	456,44	575,74	479,46	11,70%
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	434,92	576,66	546,35	766,48	570,46	31,16%
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	255,09	293,22	315,53	377,84	355,46	39,35%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	362,78	345,65	359,64	404,26	430,68	18,72%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	262,97	230,53	361,92	400,99	370,79	41,00%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	339,88	348,24	381,09	450,36	425,43	25,17%
ΣΥΝΟΛΟ	2.084,87	2.244,67	2.420,97	2.975,67	2.632,28	26,26%

Πηγή: Bi-Forms (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πίνακας 36: Βεβαιωθέντα έσοδα vs εισπραχθέντα έσοδα από τον ΕΟΠΥΥ (2017-2021)

ΕΣΟΔΑ	2017	2018	2019	2020	2021
Βεβαιωθέντα έσοδα	37.101.127,85	40.096.100,21	40.736.843,68	38.680.492,27	43.954.287,50
Εισπραχθέντα έσοδα	11.136.283,90	12.307.334,85	10.204.530,98	6.865.330,21	12.176.070,64

Πηγή: Bi-Forms, Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πίνακας 37: Σύγκριση του ΜΟ των αριθμοδεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας (2017-2021)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΜΟ Γενικής ρευστότητας	ΜΟ Ειδικής ρευστότητας	Διαφορά ΜΟ
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	20,27	19,93	0,34
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	36,82	36,07	0,75
Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	7,62	7,44	0,18
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	11,92	11,67	0,25
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	8,12	7,62	0,50
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	25,14	24,56	0,58

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)

Πίνακας 38: Διαχρονική εξέλιξη του ΜΟ των δεικτών περιθωρίου μικτού και καθαρού κέρδους

ΔΕΙΚΤΗΣ	2017	2018	2019	2020	2021
ΜΟ Δείκτη Περιθωρίου Μικτού Κέρδους	-1,04	-1,07	-1,06	-1,23	-1,25
ΜΟ Δείκτη Περιθωρίου Καθαρού Κέρδους	0,25	0,19	0,20	0,22	0,10

Πηγή: Δημοσιοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις (Ιδιοι υπολογισμοί)