



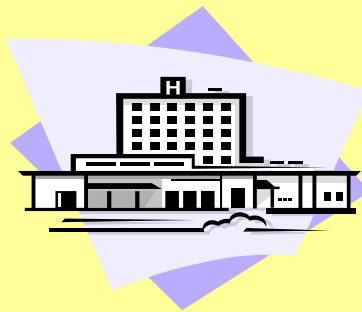
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ, ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Χρηματοοικονομική Αποδοτικότητα Συστήματος Υγείας
στην Ελλάδα σε νοσοκομειακό επίπεδο.



Γερογιάννη Αναστασία (μαρτ 10019)

Μέλη επιβλέπουσας επιτροπής

- 1. κ. Παναγιώτης Λιαργκόβας Επιβλέπων Καθηγητής**
- 2. κ. Ευαγγελόπουλος Παναγιώτης Λέκτορας**

Τρίπολη 2012

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να αξιολογήσει την χρηματοοικονομική αποδοτικότητα των υπηρεσιών του Ελληνικού Συστήματος Υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο. Στην αρχή παρουσιάζεται η δομή και ο τρόπος οργάνωσης του Ελληνικού συστήματος Υγείας και οι αλλαγές που αυτό υπέστη διαχρονικά τόσο στον δημόσιο τομέα, από την έναρξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, όσο και στον ιδιωτικό. Στη συνέχεια καταγράφεται μια σύγχρονη επισκόπηση των κυριότερων μελετών αξιολόγησης του Ελληνικού συστήματος Υγείας και των αντίστοιχων μεθόδων ανάλυσης οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν. Κύριο θέμα της εργασίας αποτελεί η χρηματοοικονομική αξιολόγηση της αποδοτικότητας ενός δείγματος του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος, τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, μέσω της μεθόδου των αριθμοδεικτών, οι οποίοι διαμορφώνονται από τις οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων. Τα δημόσια νοσοκομεία δημοσιεύουν υποχρεωτικά τις ετήσιες οικονομικές τους καταστάσεις από το 2009 και έπειτα, γεγονός το οποίο βοηθά την παρούσα μελέτη.

Λέξεις κλειδιά: Ελληνικό σύστημα υγείας, επίπεδο υγείας, χρηματοοικονομική αποδοτικότητα

Financial Efficiency of a Hospital Health System in Greece

Gerogianni Anastasia

Master's Thesis

University of Peloponnese

Summary

In the present assignment we are trying to examine the financial efficiency of a Greek Hospital System. First we present the structure, the organization of the Greek Health System and the reforms that took place in the public sector from the establishment of ESY (Greek health System) in 1983, as well as in the private sector. Moreover, we are reviewing the literature concerning relative studies about the efficiency of the health system, and the methods that are used. Main subject of the assignment is the examination of the financial efficiency of a Greek Health System through the yearly financial statements of the Hospitals. The Public Hospitals are obligated to report publicly their financial statements for the first time from year 2009, something that is helping this study. The sample we use encloses hospital both from public and private sector.

Keywords: Greek Health system, Health status, financial efficiency

Ευχαριστίες

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Λιαργκόβα Παναγιώτη για την υποστήριξη και τις χρήσιμες συμβουλές που μου παρείχε.

Οφείλω να ευχαριστήσω την οικογενειά μου . Ευχαριστώ τις κόρες μου Φωτεινή και Κυριακή-Δέσποινα για τον χρόνο που τους στέρησα κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον συζυγό μου Χαράλαμπο για την υπομονή και την κατανόηση που μου παρείχε.

Περιεχόμενα

1.Εισαγωγή.....	5
2.Ειδικά χαρακτηριστικά του τομέα υγείας.....	9
2.1.Το φαινόμενο του «Ηθικού» κινδύνου (Moral Hazard).....	10
2.2.Το φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης (Supplier Induced Demand).....	10
2.3. Ανεπαρκής αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.....	14
3.Οργάνωση και Διοίκηση Ελληνικού συστήματος Υγείας.....	17
3.1.Δημόσιος Τομέας.....	18
3.2.Ιδιωτικός Τομέας.....	20
4.Τρόπος χρηματοδότησης και φαινόμενα μη αποτελεσματικής λειτουργίας του ΕΣΥ.....	22
5. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα χρηματοδότησης.....	23
5.1. Αποζημίωση Νοσοκομείων βάσει των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων.....	25
5.2. Πρόσφατη οικονομική κρίση και Τομέας Υγείας.....	26
6.Περιγραφή και αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού όπως εξελίσσεται διαχρονικά.....	27
8.Μέθοδοι αξιολόγησης αποδοτικότητας Συστημάτων Υγείας.....	32
9.Παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.....	34
10.Επισκόπηση Μελετών Αποδοτικότητας Ελληνικών συστημάτων Υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο.....	35
10.1.Μελέτες Αποδοτικότητας σε Διεθνές επίπεδο.....	35
10.2.Μελέτες Αποδοτικότητας στην Ελλάδα.....	36
11.Μέθοδος Αριθμοδεικτών	39
12.Χρήση της Μεθόδου των Αριθμοδεικτών σε Δείγμα Ελληνικών νοσοκομείων	41
12.1.Δημόσια Νοσοκομεία.....	42
12.2.Ιδιωτικά Νοσοκομεία.....	47
7. Η Διεθνής εμπειρία ως προς την σχέση αποτελεσματικού τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και αδικαιολόγητης αύξησης των δαπανών υγείας.....	53
13.Συμπεράσματα.....	56
Βιβλιογραφία.....	58
Παράρτημα.....	63

1. Εισαγωγή

Η αύξηση του ορίου ζωής, οι νεοεμφανιζόμενες ασθένειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, η τεχνολογική πρόοδος, η εξέλιξη της επιστήμης της ιατρικής, η αύξηση της επιχειρηματικότητας των φαρμακοβιομηχανιών, η αύξηση της διεισδυτικότητας του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και άλλοι παράγοντες, αύξησαν κατακόρυφα το κόστος της υγείας προκαλώντας έντονες συζητήσεις επί όλων των σχετιζομένων θεμάτων.

Η οργάνωση ενός άρτιου συστήματος υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά ζητήματα που απασχολούν μια κοινωνία. Σε πρόσφατη έρευνα του ευρωβαρομέτρου ποσοστό 83% των Ελλήνων πολιτών θεωρούν πιθανό να υποστούν κάποια βλάβη από τη νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα τους. Το ποσοστό αυτό είναι το υψηλότερο στους «27» με τον μέσο κοινοτικό όρο να είναι στο 50%. Επίσης, σύμφωνα με την κοινοτική δημοσκόπηση, στη σχετική κατάταξη, τους Έλληνες ακολουθούν οι Κύπριοι με 81%, οι Λετονοί με 75% και οι Πολωνοί με 69%. Τα χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται από τους Αυστριακούς (19%), τους Φιλανδούς (27%), τους Γερμανούς (31%) και τους Ισπανούς (35%). Στην ερώτηση «πώς χαρακτηρίζετε συνολικά την ποιότητα του συστήματος υγείας στη χώρα σας», μόνο 25% των Ελλήνων απαντούν θετικά. Πρόκειται για το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, μαζί με εκείνο των Ρουμάνων (επίσης 25%) και με μέσο κοινοτικό όρο 70%. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στο Βέλγιο με 97%, την Αυστρία με 95% και τη Φιλανδία με 94%. (Special Eurobarometer, 2010)

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και κεφαλαιουχικών πόρων που μέσω μιας ορθολογικής και αποτελεσματικής αλληλεπίδρασης στα πλαίσια της παραγωγικής διαδικασίας συμβάλλουν στην μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του ευρύτερου πληθυσμού. Το σύστημα υγείας μιας χώρας είναι ένα ανοιχτό σύστημα αφού δέχεται εξωτερικές επιδράσεις όπως οι οικονομικοκοινωνικές συνθήκες, το κλίμα, ο τρόπος ζωής των πολιτών κ.α.

Παγκοσμίως, τα συστήματα υγείας τα οποία συνυπάρχουν μαζί με την κοινωνική ή την ιδιωτική ασφάλιση του πληθυσμού της κάθε χώρας

χαρακτηρίζονται ως τομέας εντάσεως εργασίας και χωρίζονται στις εξής κύριες κατηγορίες (Υφαντόπουλος, 2003, σελ. 88):

(α) Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς

(β) Το υπόδειγμα Bismark, που διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικού-ασφαλιστικού συστήματος.

(γ) Το υπόδειγμα Beveridge, που βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Το αγαθό της υγείας συνιστά ένα θεμελιώδες αγαθό και αποτελεί μια κατάσταση την οποία απολαμβάνουν τα άτομα και η οποία είναι συνάρτηση του αποθέματος υγείας το οποίο προσδιορίζεται από βιολογικούς παράγοντες, του βιοτικού τους επιπέδου αλλά και του αγαθού της φροντίδας υγείας. Το τελευταίο είναι εμπορεύσιμο αγαθό και περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως ιατρικές επισκέψεις η χειρουργικές επεμβάσεις αλλά και αγαθά όπως π.χ φάρμακα η ιατρικά μηχανήματα τα οποία αποτελούν αντικείμενο συναλλαγής.

Το αγαθό της φροντίδας υγείας μοιάζει με όλα τα άλλα αγαθά αλλά υπάρχει παράλληλα μια ειδοποιός διαφορά που σχετίζεται με την ασύμμετρη πληροφόρηση. Ενώ σε όλα τα αγαθά ο καταναλωτής είναι κυρίαρχος των επιλογών του υπό την έννοια ότι γνωρίζει σε σημαντικό βαθμό τα εκάστοτε χαρακτηριστικά ενός αγαθού, στην περίπτωση της φροντίδας υφίσταται ανεπαρκής πληροφόρηση από την πλευρά των καταναλωτών με τους ιατρούς βέβαια να εμφανίζονται ως 100 % αρμόδιοι για την επίλυση ενός ιατρικού προβλήματος. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να ωθήσει τους γιατρούς να επιβάλλουν θεραπεία υψηλότερου κόστους από αυτή που θα επέλεγε ο ασθενής αν είχε πλήρη πληροφόρηση. Άρα ενδέχεται να έχουμε κατανάλωση του αγαθού της ιατρικής φροντίδας σε επίπεδα που δεν είναι κοινωνικά άριστα (Αλετράς, 2002, σελ. 19).

Οι δαπάνες της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες έχουν ανέβει κατακόρυφα κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή παρουσιάζει έντονα ανοδική τάση λόγω της γήρανσης του πληθυσμού αλλά και της χρήσης καινοτομικών μεθόδων

στη ιατρική που αντιμετωπίζουν πλέον τις περισσότερες τουλάχιστον φορές αποτελεσματικά, ακόμα και τα πιο σύνθετα ιατρικά προβλήματα.

Λόγω της ραγδαίας αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας οι περισσότερες ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες επιδόθηκαν σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας εν αντίθεση με την χώρα μας όπου το εν λόγω σύστημα εμφανίζει χτυπητές αδυναμίες, με τις κυριότερες να είναι η σχετικά μέτρια ποιότητα υπηρεσιών υγείας αλλά και η χαμηλή αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Οι αδυναμίες αυτές εμφανίζονται κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία. Αν το σύστημα υγείας στην Ελλάδα ήταν εξίσου αποτελεσματικό με αυτό των ανεπτυγμένων Δυτικό Ευρωπαϊκών χωρών, τότε για τις δεδομένες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται, θα απαιτούνταν σαφώς λιγότερες δαπάνες, η αλλιώς με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας θα έπρεπε να ήταν σαφώς ανώτερη.

Τίθεται λοιπόν εύλογα το ζήτημα της χαμηλής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας στην χώρα μας και κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία. Τα τελευταία στερούνται αποτελεσματικού management, δεν είναι μηχανογραφημένα ενώ παράλληλα δεν εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους χρηματοοικονομικής διαχείρισης.

Σε κάθε υγειονομικό σύστημα η συζήτηση για την άντληση πόρων και τι πηγές χρηματοδότησης είναι ανοικτή γιατί οι υπηρεσίες υγείας απαιτούν όλο και περισσότερες δαπάνες, οι οποίες αυξάνονται γιατί η κοινωνία αναμένει υπηρεσίες για κάθε υγειονομική κατάσταση, ανεξάρτητα από την επιτυχή ή όχι έκβασή της. Είναι γεγονός όμως ότι ο μεγαλύτερος όγκος των δαπανών υγείας δε συμβάλλει και σε καλύτερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Το ιατρικό προσωπικό αποτελεί το στοιχείο-κλειδί που διαμορφώνει με τη στάση και συμπεριφορά του, τον όγκο και την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών. Οι αποφάσεις των γιατρών επηρεάζουν τη ζήτηση και τη συνολική κατανάλωση των υπηρεσιών. Η συμπεριφορά τους επηρεάζεται από το επίπεδο της ιατρικής τους εκπαίδευσης, την ανάγκη κάλυψης του εαυτού, έναντι ενός πιθανού λάθους ή αμέλειας και από την ικανοποίησή τους από το επίπεδο των απολαβών τους (Αλετράς Β., Μαρσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., 2002, σελ. 19).

Ένα από τα κρισιμότερα ζητήματα στην χρηματοδότηση σχετικά με τη λειτουργία ενός υγειονομικού συστήματος, είναι η μέθοδος ή ο τρόπος

αποζημίωσης των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα των ιατρών. Η επιλογή της μεθόδου δεν είναι άσχετη από τον τρόπο οργάνωσης της προσφοράς των υπηρεσιών. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα η μέθοδος της αποζημίωσης καθορίζει και τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών. Η αποζημίωση των νοσοκομείων ίσως είναι το σημαντικότερο ζήτημα της πολιτικής υγείας, γιατί ο όγκος των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης προσεγγίζει το μισό των συνολικών δαπανών υγείας. Μια αποτελεσματική μέθοδος αποζημίωσης ή χρηματοδότησης των νοσοκομείων συνδράμει αποφασιστικά στη λειτουργική ικανότητα και την ανταπόκριση του συστήματος υγείας στην αποδοτική χρήση των πόρων. Η λειτουργική ικανότητα και δραστηριότητα του νοσοκομείου και ο τρόπος αποτύπωσής τους καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την επιλογή της μεθόδου χρηματοδότησης (Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., 2002).

Στον τομέα της υγείας υπάρχουν πολλές παραγωγικές δραστηριότητες. Οι υγειονομικές μονάδες, δημόσιες και ιδιωτικές, παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας διαφορετικούς συνδυασμούς ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, εργαστηριακών τεχνολογικών και λοιπών υπηρεσιών. Κρίνεται λοιπόν, σκόπιμο να εξεταστεί η εφαρμογή των κινήτρων στο σύστημα υγείας από μια οικονομική σκοπιά. Η θεωρία της παραγωγής μας δίνει τα απαραίτητα εργαλεία για τη διερεύνηση του φαινομένου της παραγωγικότητας των πόρων στον τομέα της υγείας.

2. Ειδικά χαρακτηριστικά του τομέα υγείας

2.1. Το φαινόμενο του «Ηθικού» κινδύνου (Moral Hazard)

Τόσο στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης όπου το κόστος της παροχής υγειονομικής περίθαλψης αναλαμβάνει το κράτος μέσω της φορολογίας των πολιτών και μέσω των ασφαλιστικών εισφορών, όσο και στα συστήματα ελεύθερης αγοράς όπου το αντίστοιχο κόστος το αναλαμβάνουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες μέσω των ασφαλιστών, τόσο ο ασθενής όσο και οι ιατροί έχουν λίγα κίνητρα να σκέφτονται οικονομικά ως προς την αποδοτική χρήση των ιατρικών υπηρεσιών (Υφαντόπουλος, 2003, σελ. 250). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «Ηθικός» κίνδυνος και οδηγεί συχνά στην αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών από πλευράς των ασθενών μιας και δεν αναλαμβάνουν άμεσα το αντίστοιχο κόστος των επιλογών τους. Το γεγονός αυτό επιφέρει αδικαιολόγητη αύξηση των δαπανών υγείας και αντιμετωπίζεται από τα συστήματα ασφάλισης μέσω των απαλλαγών (deductibles) που βρίσκονται στους όρους των ασφαλιστικών συμβάσεων ή της συνασφάλισης, δηλαδή στην υποχρέωση του ασφαλισμένου να καταβάλει ένα μέρος της ζημίας, πριν ο ασφαλιστής προβεί σε οποιαδήποτε πληρωμή (Νεκτάριος, 1998, σελ. 116).

Είναι, δηλαδή, προφανές ότι η ασφάλιση σε μηδενικές τιμές συνασφάλισης δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών. Κατά συνέπεια φαινόμενα τα οποία οδηγούν σε καταστάσεις υπερασφάλισης είναι αναγκαίο να περιορίζονται και η ασφαλιστική κάλυψη για διάφορα είδη ιατρικής φροντίδας να συνεκτιμάται με τις προτεραιότητες των αναγκών υγείας και τους διαθέσιμους πόρους.

2.2. Το φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης (Supplier Induced Demand)

Ένα χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί τις αγορές υπηρεσιών υγείας από τις αγορές άλλων οικονομικών αγαθών είναι η ασύμμετρη κατανομή γνώσης και πληροφόρησης που υπάρχει μεταξύ του ιατρού και του ασθενή. Σε αντίθεση με την περίπτωση που ο καταναλωτής είναι πλήρης γνώστης των ιδιοτήτων του αγαθού και της ευημερίας που θα αποκομίσει από την κατανάλωση του, ο καταναλωτής υπηρεσιών υγείας δεν γνωρίζει ακριβώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες που υπάρχουν, την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων και την επίδραση τους στην ατομική του ευημερία. Την γνώση αυτή την κατέχει αποκλειστικά ο ιατρός ο οποίος αντιπροσωπεύει την προσφορά των υπηρεσιών. Ασκώντας ταυτόχρονα, όμως, και το ρόλο του αντιπροσώπου του ασθενούς (agent), εκφράζει και την πλευρά της ζήτησης (Υφαντόπουλος, 2003, σελ. 248). Οι γιατροί με αυτό τον τρόπο επηρεάζουν τόσο τη ζήτηση όσο και την προσφορά του συστήματος υγείας και καθορίζουν αποτελεσματικά την κατανάλωση των αντίστοιχων υπηρεσιών και αγαθών.

Οι ιατροί, στην υποθετική περίπτωση ενός συστήματος πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης, ανάλογα του τρόπου αποζημίωσης τους (πχ. Αμοιβή κατά πράξη), ενδέχεται να προσφέρουν μη χρήσιμες και μη οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς για να αυξήσουν το προσωπικό τους εισόδημα σε βάρος της βιωσιμότητας των οικονομικών του υγειονομικό-ασφαλιστικού συστήματος.

Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμοιβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης, μπορεί να προκληθεί για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους, για την πλήρωση κενών νοσηλευτικών κρεβατιών, ή για την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών, κυρίως όταν αυτοί δεν είναι σωστά πληροφορημένοι.

Σημαντικός παράγοντας είναι και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών προϊόντων του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Από τη σκοπιά των οικονομικών της υγείας, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ερμηνεύεται με βάση το σημείο ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή το σημείο όπου η ζήτηση ισούται με την προσφορά. Αν αυξηθούν οι γιατροί και επομένως και η προσφορά υπηρεσιών, τότε η καμπύλη προσφοράς θα μετατοπιστεί. Σε μια τέτοια περίπτωση, οι τιμές θα μειωθούν και η ποσότητα των υπηρεσιών θα αυξηθεί.

Οι διαπιστώσεις αυτές ισχύουν σε μια αγορά υπηρεσιών υγείας όπου επικρατεί το μοντέλο του τέλειου ανταγωνισμού. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το σημείο ισορροπίας στην τομή της καμπύλης ζήτησης και της καμπύλης προσφοράς είναι αποτελεσματικό κατά Pareto. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει εναλλακτικό εφικτό σημείο παραγωγής στο οποίο να βελτιώνεται η ευημερία έστω και ενός ατόμου χωρίς να μειώνεται η ευημερία κάποιου άλλου.

Οποιαδήποτε μεταβολή της καμπύλης ζήτησης ή της καμπύλης προσφοράς μεταθέτει το σημείο ισορροπίας, καθώς και τις αντίστοιχες τιμές του αγαθού. Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρία των λεγόμενων Οικονομικών της Ευημερίας, η ανταγωνιστική αγορά οδηγεί στη μεγιστοποίηση της ευημερίας και σε αποτελεσματική διανομή. Όμως, για να λειτουργήσει το μοντέλο του τέλειου ανταγωνισμού, θα πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- ομοιογενές προϊόν
- μεγάλος αριθμός παραγωγών και καταναλωτών
- ελευθερία εισόδου και εξόδου στην παραγωγή
- βεβαιότητα
- μη ύπαρξη 'εξωτερικών οικονομιών'
- άριστη πληροφόρηση των καταναλωτών
- ανεξαρτησία προσφοράς και ζήτησης

Επιπλέον, το κράτος θα πρέπει να παρεμβαίνει μόνο για να εξασφαλίζει την κοινωνική δικαιοσύνη, ή σε περιπτώσεις κατά τις οποίες κάποιες από τις παραπάνω προϋποθέσεις δεν ισχύουν, όπως συμβαίνει κατ' εξοχήν στις αγορές

των υπηρεσιών υγείας. Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι ανομοιογενείς, με πολλαπλές και εναλλακτικές πρακτικές.

Εξάλλου, σε πολλές χώρες υπάρχουν φραγμοί στην ‘παραγωγή’ των γιατρών, ενώ το φαινόμενο της αρρώστιας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα (τόσο ως προς την εμφάνισή του όσο και ως προς την πορεία του), ή υφίστανται επιδράσεις, είτε ως εξωτερικές οικονομίες είτε ως εξωτερικές επιβαρύνσεις, καθώς πολλά νοσήματα είναι μεταδοτικά.

Κυρίως όμως, αυτό που χαρακτηρίζει τις αγορές των υπηρεσιών υγείας είναι η ασύμμετρη κατανομή γνώσης και πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Ο ασθενής κατά κανόνα δεν γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους, ή τις πιθανές παρενέργειες. Έτσι, ο γιατρός, ή γενικότερα οι παραγωγοί ιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τη ζήτηση, με αποτέλεσμα να μην ισχύει ούτε η προϋπόθεση της ανεξαρτησίας προσφοράς και ζήτησης.

Το γεγονός αυτό αποτελεί και τη βασική αιτία εμφάνισης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, όπου οι γιατροί, προκειμένου να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, επιδιώκουν να αυξήσουν τη ζήτηση. Έτσι, αντί να μειωθούν οι τιμές με την αύξηση της προσφοράς, αυξάνει η ποσότητα των υπηρεσιών και κυρίως αυξάνουν οι τιμές.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, γεγονός που επιβεβαιώνει την προκλητή ζήτηση. Έχει υπολογιστεί ότι αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1% (στην περίπτωση των χειρουργών, η αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%).

Πάντως, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές προκλητή ζήτηση, και ότι η αύξηση της κατανάλωσης μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των γιατρών, όπως είναι η αύξηση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας, η μείωση του χρόνου αναμονής, η μείωση του κόστους μεταφοράς, κ.ά.

Πάντως, ανεξάρτητα από την ερμηνεία του φαινομένου, είναι γεγονός ότι η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων έχει

προσλάβει επικίνδυνες διαστάσεις. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 25% όλων των εισαγωγών στα νοσοκομεία, το 20% των χειρουργικών επεμβάσεων και το 50% του χρόνου νοσηλείας είναι άσκοπα.

. Άσκοπο θεωρείται το 15% των επισκέψεων σε γιατρό και οι μισές περίπου διαγνωστικές εξετάσεις. Στις ΗΠΑ, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, κρίθηκαν ως άσκοπες περίπου το 22% των στεφανιογραφιών και το 17% των γαστροσκοπήσεων.

Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται από χώρα σε χώρα και από περιοχή σε περιοχή, ανάλογα με το σύστημα υγείας, το ιατρικό δυναμικό και το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού. Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται σε χώρες όπου η ιατρική αμοίβεται κατά πράξη (ο δείκτης χειρουργικών επεμβάσεων είναι διπλάσιος στις ΗΠΑ απ' ό,τι στη Μ. Βρετανία), όπου ανθεί η παραοικονομία, όπου οι γιατροί είναι πολλοί ή ελλιπώς εκπαιδευμένοι, καθώς και στις περιπτώσεις όπου υπάρχει θεσμική ανεπάρκεια και άγνοια εκ μέρους των 'καταναλωτών' υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της συνέργειας όλων αυτών των παραγόντων είναι η Ελλάδα, όπου, παρά τις ανεπάρκειες που παρουσιάζει το σύστημα υγείας σε πολλούς τομείς, καταγράφονται ιδιαίτερα υψηλοί δείκτες κατανάλωσης. Το 1995 σε κάθε Έλληνα αντιστοιχούσαν επτά επισκέψεις στον γιατρό το χρόνο, έναντι τεσσάρων που ήταν ο μέσος όρος στη Δυτική Ευρώπη.

Την ίδια χρονιά λειτουργούσαν 12,5 αξονικοί τομογράφοι και 21,5 υπερηχογράφοι ανά 1.000.000 κατοίκους, όταν στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν 5 και 13,5. Έρευνα στο Δήμο Περάματος, το 1986, διαπίστωσε ότι το 15% των κατοίκων είχαν εισαχθεί σε νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του έτους (όταν το αντίστοιχο ποσοστό στη Γαλλία το ίδιο έτος ήταν 8%), ενώ στο Δήμο Αργυρούπολης το 45% των ανδρών και το 65% των γυναικών είχαν πάρει φάρμακα κατά το τελευταίο 15θήμερο.

Δεν είναι, άλλωστε, τυχαίο ότι στην Ελλάδα η κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων για το 1994 ήταν η δεύτερη υψηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το μεγάλο πρόβλημα της πολυφαρμακίας καθιστά τους σχετικούς κινδύνους ακόμα μεγαλύτερους, ενώ η αντιμετώπιση του φαινομένου είναι δυσχερής λόγω και της πολυπλοκότητας των αιτιών του.

Οι πιο σημαντικές αιτίες συνδέονται με τη λανθασμένη ή αντιεπιστημονική δεοντολογία πολλών γιατρών (και όχι τόσο με την έλλειψη γνώσεων), με τις επιχειρηματικές δραστηριότητες της φαρμακοβιομηχανίας, με τη στρεβλή διαπαιδαγώγηση και καταναλωτική νοοτροπία μεγάλου μέρους του πληθυσμού. Έτσι, οι Έλληνες, αν και από τους πλέον υγιείς πληθυσμούς παγκοσμίως, υφίστανται δυσβάστακτες οικονομικές συνέπειες και εκθέτουν την υγεία τους σε σοβαρούς κινδύνους(www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3386).

2.3.Ανεπαρκής αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών

Η αποδοτικότητα στην υγεία εκφράζεται από την σχέση των εκροών που είναι οι ανθρώπινοι, υλικοί, χρηματικοί πόροι που καταναλώνονται, προς τις εκροές είτε αυτές είναι ενδιάμεσες, είτε τελικές (Οικονόμου, Τούντας, 2007, σελ.34).

Η αποδοτικότητα στο επίπεδο των ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, όπου αναφέρεται ως οικονομική αποτελεσματικότητα, αποτιμάται μέσω μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης που ανήκουν οι κλασικές μελέτες αξιολόγησης κόστους αποτελεσματικότητας (cost effectiveness ratio – CER), ελαχιστοποίησης του κόστους (cost minimization ratio – CMR), κόστους χρησιμότητας (cost utility ratio – CUR) και κόστους οφέλους (cost benefit ratio – CBR), καθώς και οι μελέτες μερικής αξιολόγησης, όπως περιγραφής κόστους, σύγκρισης κόστους και κόστους ασθένειας (Οικονόμου, Τούντας, 2007, σελ.38).

Στο επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών η αποτίμηση γίνεται μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς, με την χρήση πινάκων και διαφορετικών δεικτών (αποδοτικότητα, παραγωγικότητα, συνολικής απόδοσης, κόστους κλπ), όπως ο δείκτης τεχνικής αποδοτικότητας που παράγεται μέσω της μεθόδου της μη παραμετρικής περιβάλλουσας ανάλυσης δεδομένων (data envelopment analysis - DEA), και της παραμετρικής στοχαστικών συνόρων (stochastic frontier approach - SFA). Μια ακόμη μέθοδος μέτρησης της αποτελεσματικότητας που χρησιμοποιείται στις μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης είναι η αποδοτικότητα κατανομής των υπηρεσιών υγείας, που αναφέρεται στο

κατά πόσο μια μονάδα υγείας επιλέγει την άριστη αναλογία εισροών δεδομένων των σχετικών τιμών τους (Οικονόμου, Τούντας, 2007, σελ.42).

Η μέτρηση της οικονομικής αξιολόγησης, έχει ευρύτερη εφαρμογή στο χώρο της υγείας διεθνώς, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα του αυξανόμενου ιατρικού κόστους και των δυσχερών δημοσιονομικών των κρατών. Η ανάγκη για την επίτευξη του άριστου αποτελέσματος από τους διατιθέμενους πόρους που σπανίζουν κρίνεται αναγκαία, γεγονός όμως που αν δεν τηρείται, προκαλεί οικονομική δυσχέρεια στα συστήματα ασφάλισης.

Οι περισσότερες από τις νοσοκομειακές νοσηλείες και θεραπείες που υιοθετούνται σήμερα δεν έχουν αξιολογηθεί επιστημονικά ως προς το όφελος στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και το αντίστοιχο κόστος τους ή την ποιότητα των επιπλέον χρόνων επιβίωσης που προσδίδουν (Υφαντόπουλος, 2003, σελ. 252).

Δύο πρόσφατες εκθέσεις εμπειρογνομόνων του ΟΟΣΑ, η μία για το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας και η άλλη για το Υπουργείο Εσωτερικών, επισημαίνουν τα προβλήματα λειτουργίας του συστήματος υγείας στη χώρα μας και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα και προτείνουν σειρά μέτρων στους τομείς της χρηματοδότησης, οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος.

Και οι δύο εκθέσεις, διαπιστώνουν πρώτα απ' όλα τις χαμηλές δημόσιες δαπάνες υγείας και τις υψηλές ιδιωτικές, σημαντικό μέρος των οποίων τροφοδοτούν τη διογκούμενη παραοικονομία (2,9% του ΑΕΠ). Επισημαίνουν, επίσης, το γεγονός ότι ενώ η Ελλάδα παρουσιάζει μετά το 1990 τη μεγαλύτερη αύξηση στις δαπάνες υγείας (4% του ΑΕΠ) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, από την άλλη, παρουσιάζει τη μικρότερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής (2 μόνο χρόνια). Με αποτέλεσμα, η επίδοση του ελληνικού Συστήματος Υγείας να βρεθεί το 2006 στη 12η-18η θέση από 3η-5η που κατείχε το 1990.

Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο γεγονός της πολυδιάσπασης της κοινωνικής ασφάλισης, στην ανισότητα στις παροχές τους (οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας του ΟΠΑΔ είναι τριπλάσιες από αυτές του ΟΑΕΕ και διπλάσιες αυτές του ΙΚΑ), στα χαμηλά νοσήλια που πληρώνουν (το 20-30% του πραγματικού κόστους) και στην αδυναμία τους να διαπραγματευτούν και να ελέγξουν τον συμβαλλόμενο ιδιωτικό τομέα (έχουμε αναλογικά τους περισσότερους ιδιωτικούς αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους).

Σε ό,τι αφορά το ΕΣΥ, επισημαίνεται η αποδυνάμωση των Υγειονομικών Περιφερειών (πρώην ΠεΣΥΠ, νυν ΥΠΕ) σε ρόλο συμβουλευτικό και εποπτικό, οι πιθανές καθυστερήσεις που θα έχει το νέο συγκεντρωτικό σύστημα προμηθειών, η αδυναμία των νοσοκομειακών διοικήσεων να ελέγξουν τους προϋπολογισμούς τους, και η ανεπαρκής καταγραφή των χρηματοοικονομικών στοιχείων. Για το δε ανθρώπινο δυναμικό, σημειώνεται η έλλειψη γενικών γιατρών (μόνο το 2,5% του συνόλου), η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (0,8 νοσηλευτές ανά γιατρό, όταν στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ η αναλογία αυτή κυμαίνεται στο 2-4), καθώς και οι χαμηλές αμοιβές όλων των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο τομέα.

Για τα φάρμακα σχολιάζεται το γεγονός ότι ενώ έχουμε σχετικά φτηνά φάρμακα έχουμε ταχέως αυξανόμενες φαρμακευτικές δαπάνες, κυρίως λόγω της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης, αλλά και για άλλους λόγους. Τα γενόσημα φάρμακα που είναι και πιο φτηνά αποτελούν μόνο το 10% της κατανάλωσης (στη Γερμανία υπερβαίνουν το 50%), τα φαρμακεία πωλούν συνταγογραφούμενα φάρμακα χωρίς συνταγές, σχεδόν όλες οι επισκέψεις σε γιατρό καταλήγουν σε συνταγή φαρμάκων (στην Ολλανδία μόνο το 40%) και γιατί είμαστε πρωταθλητές στην κατανάλωση αντιβιοτικών και μάλιστα των πλέον ακριβών.

Τέλος, επισημαίνεται η σημαντική υστέρηση στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και της Πρόληψης, με αποτέλεσμα να έχουμε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά έκθεσης σε κρίσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η έλλειψη φυσικής άσκησης και τα τροχαία ατυχήματα.

3.Οργάνωση και Διοίκηση Ελληνικού συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Όσο αναφορά την προσφορά, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, όπου παρέχεται νοσοκομειακή περίθαλψη από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και έξω νοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Αναφορικά με την πλευρά της ζήτησης το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2008 Σίσκου Κατελίδου, 664),.

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας τύπου Beveridge διακρίνεται από τις εξής τέσσερις βασικές αρχές:

- α) καθολικό επίπεδο παροχών,
- β) καθολικό επίπεδο εισφορών,
- γ) καθολική κάλυψη του πληθυσμού και
- δ) διασφάλιση της επάρκειας των παροχών σε σχέση με τις ανάγκες των πολιτών.

Στο σύστημα Bismarck οι βασικές αρχές που το χαρακτηρίζουν είναι η αυτονομία, η επιλεκτικότητα, και το ότι η χρηματοδότηση προέρχεται από εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται σε 3 υποσυστήματα αναφορικά με το επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (IOBE, 2005).

- Το Ε.Σ.Υ που αποτελείται από τα μεγάλα νοσοκομεία τα κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ.
- Το ΙΚΑ και τα λοιπά Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας που αποτελείται από τις ιδιωτικές κλινικές μαιευτήρια, διαγνωστικά κέντρα κ.α

3.1. Δημόσιος Τομέας

Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση του τομέα υγείας πριν το νόμο 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) προερχόταν από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ασφαλιστικά ταμεία, τους ιδιωτικούς πόρους (διαθέσιμο εισόδημα και ιδιωτική ασφάλιση), και από την εξωτερική βοήθεια που έχει κατά καιρούς λάβει από τα Ευρωπαϊκά Πλαίσια Στήριξης κυρίως για την αναβάθμιση της υγειονομικής υποδομής της χώρας (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 68).

Όπως διαφαίνεται στους πίνακες 1,2, αρχικά το υπόδειγμα χρηματοδότησης που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στη Κοινωνική Ασφάλιση (Υπόδειγμα Bismarck), ενώ σταδιακά εξελίχτηκε να βασίζεται στην γενική φορολογία (Υπόδειγμα Beveridge) (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 68).

Πίνακας 1. Κύριες πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας στην Ελλάδα 1980–2004 (% των συνολικών δαπανών για την υγεία).

Πηγές χρηματοδότησης	% Συνολικές δαπάνες για την υγεία			
	1980	1990	2000	2004
Κρατικός προϋπολογισμός				23,2
Κοινωνική ασφάλιση				29,6
Συνολική δημόσια δαπάνη	55,6	54	52,6	52,8
Ιδιωτική ασφάλιση			2,5	2,1
Ίδιες πληρωμές (out of pocket)			44,9	45,1
Συνολική ιδιωτική δαπάνη	45,4	46	47,4	47,2

Πηγή: OECD Health data, 2006

Πίνακας 2. Σύνθεση δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Έτος	Δημόσια δαπάνη			Ιδιωτική δαπάνη	Σύνολο δαπανών
	Κοινωνική ασφάλιση	Κρατικός προϋπολογισμός	Σύνολο		
1975	1,6	1,0	2,6	2,5	5,1
1988	2,0	3,1	5,1	3,0	8,1
1998	1,9	3,3	5,2	3,2	8,4
2000	2,4	2,8	5,2	4,5	9,7

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

Πηγές: Νιάκας Δ. 2002, Ματσαγγάνης Μ. 2007

Κύριος παράγοντας αυτής της αλλαγής χρηματοδότησης ήταν η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, στο οποίο δικαιούται πρόσβαση όλοι οι πολίτες. Για παράδειγμα ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει πλέον το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών (60%) της νοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες αφορούν τις δαπάνες του ανθρώπινου προσωπικού. (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 68).

Η παραπάνω αλλαγή δεν κατοχυρώθηκε, όμως, ποτέ σε θεσμικό επίπεδο. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούσαν ως υποχρεωτική ασφάλιση κάλυπταν τους ασφαλισμένους και τα μέλη των οικογενειών τους για τη χρήση όλων των υπηρεσιών υγείας (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 68). Οι μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας που χρησιμοποιούσαν συνήθως τα ταμεία ήταν η αμοιβή κατά πράξη για την ιατρική επίσκεψη, ενώ δεν καλυπτόταν το σύνολο της τιμής, και για την φαρμακευτική δαπάνη εφαρμοζόταν η επιβάρυνση στο χρήστη ενός ποσοστού της τιμής του φαρμάκου (co-payment) (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 71).

Οι διοικήσεις των ταμείων τα οποία αποτελούν ΝΠΔΔ είναι διορισμένες από το κράτος και ακολουθούν υπουργικές αποφάσεις οι οποίες ορίζουν κάθε φορά το ύψος και τον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων (δημοσίων και ιδιωτικών) (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 71).

Επίσης, η γενική φορολογία καλύπτει όλα τα έξοδα του τομέα υγείας του ΟΓΑ, τη λειτουργία των κέντρων υγείας και το σύνολο των αποδοχών των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα υγείας (Υπ. Υγείας, Υγειονομικές Περιφέρειες, Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ) (Αλετράς και συν., 2002, σελ. 72).

Για το έτος 2000 το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν 9,7% του ΑΕΠ, ένα από τα υψηλότερα των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το 46% της συνολικής δαπάνης υγείας (Αδαμακίδου-Καλοκαιρινού, 2009, σελ. 39). Επίσης, το 90% της ιδιωτικής δαπάνης αφορά άμεσες δαπάνες των χρηστών (out-of-pocket), ενώ μόνο το υπόλοιπο 10% αφορά δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση (Αδαμακίδου-Καλοκαιρινού, 2009, σελ. 39).

Σύμφωνα με σύγχρονες ερευνητικές μελέτες το μέσο κόστος που επιβαρύνονται τα νοικοκυριά στην Ελλάδα για δαπάνες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είτε συμπληρωματικές είτε επιπρόσθετα της ασφαλιστικής τους κάλυψης, είναι 4.45 εκατ. Ευρώ, δηλαδή περίπου το 28% των συνολικών (δημόσιων και ιδιωτικών) δαπανών για την υγεία (Souliotis και συν, 2005, σελ. 189).

Επίσης, κάθε ταμείο εφαρμόζε διαφορετική πολιτική στο τρόπο αμοιβής των προμηθευτών, όπως η αποζημίωση με μισθό (για τους ιατρούς του ΙΚΑ, των ΚΥ του ΕΣΥ και των δημοτικών ιατρείων), η αμοιβή ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων (ΟΑΕΕ, ΤΕΒΕ), η κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή (ΟΠΑΔ),

η ελεύθερη επιλογή ιατρού και η αποζημίωση εκ των υστέρων (ταμεία τραπεζών). Στον ιδιωτικό τομέα, η χρηματοδότηση γίνεται μέσω των ιδιωτικών πληρωμών και την κοινωνική ασφάλιση, ενώ οι αμοιβές των προμηθευτών είναι κατά πράξη (Αδαμακίδου και συν., 2009, σελ. 41).

3.2.Ιδιωτικός Τομέας

Αρχικά αναφορικά με τα ιδιωτικά νοσοκομεία το συντριπτικό μέρος των εσόδων προερχόταν από την κοινωνική ασφάλιση. Η μέθοδος αποζημίωσης στηριζόταν στο ημερήσιο νοσήλιο το οποίο καθοριζόταν από τις δημόσιες αρχές και η τιμή του αντανάκλούσε το κόστος παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών. Όσο το ημερήσιο νοσήλιο κάλυπτε το κόστος παραγωγής τα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν οι βασικοί φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Με τη θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ την δεκαετία του 1980 και την μη προσαρμογή των τιμών τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν πλέον μη βιώσιμα.

Τα εναπομείναντα ιδιωτικά νοσοκομεία έπρεπε πλέον είτε να λειτουργήσουν με τα ρυθμιζόμενα από το κράτος χαμηλά ημερήσια νοσήλια , είτε να αντλήσουν τα έσοδά τους από άλλες πηγές όπως το ατομικό εισόδημα των πολιτών η την ιδιωτική ασφάλιση η οποία εκείνη την περίοδο είχε αρχίσει να αναπτύσσεται ραγδαία.

Την δεκαετία του 1990 τα ιδιωτικά νοσοκομεία γνώρισαν σημαντική άνθηση λόγω της ολιγοπωλιακής δομής του κλάδου υγείας που επέτρεπε την δημιουργία μεγάλων περιθωρίων κέρδους αλλά και της μείωσης της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονταν από τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία πλέον άρχισαν να τίθενται στο περιθώριο. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία στήριξαν την ανάπτυξή τους δίνοντας μεγάλη έμφαση στην αύξηση των εσόδων και αγνοώντας σε κάποιο βαθμό την διάσταση των εξόδων.

Η χρήση του στρατηγικού management και του κενού στην δημόσια υγεία τα τελευταία 20 χρόνια από τους ιδιώτες των γενικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων εκτοξεύει τον ρυθμό ανάπτυξης του κλάδου υγείας στο 15% για το 2009. Οι ιδιώτες του κλάδου υγείας δεν αντιμετώπισαν ιδιαίτερες δυσκολίες στη μέχρι τώρα πορεία τους αν συνυπολογίσουμε την πλήρη αδυναμία πλέον του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών, εξαιτίας των

ελλείψεων σε υλικοτεχνική υποδομή αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα.

Η υψηλή τεχνολογία και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας ήταν τα εργαλεία του στρατηγικού μανάτζμεντ που εφάρμοσε η ιδιωτική πρωτοβουλία την τελευταία 25ετία. Το ΕΣΥ παρέμεινε στη δεκαετία του 1980 αναπτύσσοντας Νοσοκομεία με ελλιπή τεχνολογικό εξοπλισμό, διορισμένους μανάτζερ από την εκάστοτε κυβέρνηση και φυσικά τη συνακόλουθη ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης. Έτσι η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη ενώ η ανελαστική φύση των δαπανών-που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο αποτέλεσαν το δέλεαρ για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριζαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες: στη γεωγραφική κάλυψη, στην επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, καθώς και τεχνολογική & επιστημονική εξέλιξη, ενώ έδωσε έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και στις ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα.

Ως αποτέλεσμα αυτών είναι η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας να αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. των «15», τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Χαρακτηριστικά, σύμφωνα με μελέτη της ICAP, η ιδιωτική δαπάνη υγείας ανέρχεται στα 8 δισ. ευρώ ενώ το μέγεθος της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας φτάνει τα 2 δισ. ευρώ.

Στόχος πλέον της ιδιωτικής πρωτοβουλίας είναι η αγορά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου το μέγεθος της ξεπερνάει τα 350 εκατ. ευρώ περίπου. Έως αυτή τη στιγμή τρεις όμιλοι κατέχουν το 30% της αγοράς ενώ ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% έως 7% κατ' έτος. Το νέο αυτό στρατηγικό σχέδιο στηρίζεται στο γεγονός ότι η ποιότητα των

προσφερόμενων υπηρεσιών είναι χαμηλή (π.χ. εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων ή Κέντρα Υγείας) ενώ τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

4. Τρόπος χρηματοδότησης και φαινόμενα μη αποτελεσματικής λειτουργίας του ΕΣΥ

Στην Ελλάδα, ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας ευνοεί την εμφάνιση φαινομένων μη αποτελεσματικής λειτουργίας του υγειονομικού-ασφαλιστικού συστήματος. Τα κυριότερα απαριθμούνται παρακάτω (Πολύζος, σελ. 23):

α)Ανυπαρξία χρηματοδότησης σε προοπτική βάση με συγκεκριμένα κριτήρια, μιας και οι προϋπολογισμοί (πχ. των νοσοκομείων) διογκώνονται ή καταστρατηγούνται.

β)Ομοιόμορφη και εκτός πραγματικότητας πολιτική των τιμών (πχ. νοσήλια) και παράλληλα στην έλλειψη ανταποδοτικότητας των εισφορών.

γ)Έλλειψη κινήτρων-αντικινήτρων στις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας

δ)Έλλειψη προώθησης εναλλακτικών μορφών περίθαλψης υγείας

ε)Ισχνή και κυρίως χωρίς αξιολόγηση του ασθενούς στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο ασθενής συμμετέχει ιδιότυπα στο κόστος μέσω των άτυπων πληρωμών και της αυξανόμενης παραοικονομίας.

Τα χαρακτηριστικά αυτά επιτείνουν τα φαινόμενα «ηθικού» κινδύνου και προκλητής ζήτησης, τα οποία αυξάνουν το ιατρικό κόστος στο σύνολο του κάπι το οποίο κατατάσσει την Ελλάδα πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας του ΟΟΣΑ, χωρίς να βελτιώνεται αντίστοιχα το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού (http://www.neaygeia.gr/UserFiles/File/ELISA/Fyllo_2_2.pdf).

5.Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα χρηματοδότησης

Σύμφωνα με το νόμο 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) συστήνεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Επίσης, δύναται να ακολουθήσουν και άλλοι οργανισμοί ασφάλισης.

Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, και ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ., και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Σύμφωνα με τις αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού

διαμορφώνεται και η δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την αντίστοιχη κάλυψη των προαναφερθέντων δικαιούχων.

Επίσης, ο ΕΟΠΠΥ έχει σκοπό την οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, τη θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, τη διαχείριση και τον έλεγχο της χρηματοδότησης, καθώς και την ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Τέλος, θα επιλυθεί του καθορισμού των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται (strategic purchasing).

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης θα καθοριστούν οι όροι, οι διαδικασίες, ο τρόπος και το χρονικό διάστημα παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και το ύψος και ο τρόπος χορήγησης της αποζημίωσης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το ΙΚΑ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ, καθώς και των ιδιωτών ιατρών που θα ενταχθούν στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2011, σελ. 11), στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ είναι η διεύρυνση της πρόσβασης των πολιτών μέσω της ελευθερίας επιλογής γιατρού, αλλά από συγκεκριμένο (και περιορισμένο) αριθμό γιατρών. Επίσης, η πληρωμή των γιατρών θα βασίζεται σε ένα σχήμα με «συμβάσεις πάγιας αντιμισθίας τύπου ΟΑΕΕ» ανεξαρτήτως του αριθμού των επισκέψεων, της δέσμης φροντίδας και της ποιότητας των υπηρεσιών (Κυριόπουλος, 2011, σελ 10).

Ορισμένες αντιφάσεις που προκύπτουν από τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., είναι η απώλεια δημιουργίας ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υγείας, το οποίο οδηγεί στην έλλειψη ποσοτικής και ποιοτικής βελτίωσης της προσφοράς. Επιπλέον, δεν δίνονται κίνητρα συνέχειας και ολοκλήρωσης της φροντίδας με την ενίσχυση της δικτύωσης και της ομαδικής άσκησης της κλινικής ιατρικής (Κυριόπουλος, 2011, σελ 11). Επιπρόσθετα, η

έλλειψη προοπτικής χρηματοδότησης με προκαθορισμένες τιμές ενδέχεται να οδηγήσει σε φαινόμενα ηθικού κινδύνου.

5.1.Αποζημίωση Νοσοκομείων βάσει των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων

Η αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ, θεσμοθετείται με βάση την αποζημίωση ανάλογα με τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες DRG's, οι οποίες καταχωρίζονται ανά περιοχή και προσαρμόζονται ανάλογα με τις μετακινήσεις των ασθενών, και το ημερήσιο νοσήλιο. Η ελληνική περίπτωση των DRGs ονομάζεται «κλειστά ενοποιημένα νοσήλια».

Τα «κλειστά ενοποιημένα νοσήλια» (KEN), επιχειρούν να τυποποιήσουν όλες τις περιπτώσεις των νοσηλευόμενων ασθενών και να τις κατηγοριοποιήσουν σε ομάδες νοσοκομειακών προϊόντων, οι οποίες και θα αποζημιώνονται στη βάση των οικονομικών πόρων που είναι αναγκαίοι για να παραχθούν. Οι ομάδες αυτές θα στηρίζονται στη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών και θα χρησιμοποιούν, εκτός από την αρχική διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές ή τις δευτερεύουσες ασθένειες που υπάρχουν στη συγκεκριμένη περίπτωση του ασθενούς, καθώς και άλλους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η βαρύτητα της ασθένειας, και η μέση διάρκεια νοσηλείας του κάθε ασθενούς. (Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., 2002).

5.2.Πρόσφατη οικονομική κρίση και Τομέας Υγείας στην Ελλάδα

Η πολιτική απόφαση του ΥΥΚΑ τον Ιούλιο 2011 για αναδιάταξη των οργανισμών του ΕΣΥ οδήγησε στην ανακατανομή των 131 νοσηλευτικών μονάδων σε 82 κύριες και 49 διασυνδεδεμένες.

Σύμφωνα με το Λιαρόπουλο το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) περιγράφεται ως κατακερματισμένο και αγκυλωμένο στις ανάγκες του παρελθόντος. Υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης των υπηρεσιών και των δομών κάτι που αποτελεί δυνητική ευκαιρία λόγω της οικονομικής κρίσης (<http://www.tanea.gr/ellada/article/?aid=4616160>). Σύμφωνα με τον ίδιο οι συγχωνεύσεις θα προσφέρουν ποιότητα φροντίδας μέσω των ενισχυμένων νοσοκομείων, κάτι το οποίο έπρεπε να είχε γίνει ήδη πολλά χρόνια πριν. Για παράδειγμα ένα νοσοκομείο θα πρέπει να αντιμετωπίζει πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς του, ενώ πολλά μικρά νοσοκομεία δεν ανταποκρίνονται στο σκοπό τους και αυτό είναι πολλές φορές επικίνδυνο.

Ο στόχος του εγχειρήματος ήταν η επιτυχία οικονομιών κλίμακας, η καλύτερη χρήση της δυναμικότητας του συστήματος (κλίνες) και επομένως η μείωση της δαπάνης για τις χρησιμοποιούμενες κλίνες εφόσον η επιβάρυνση των δαπανών ανά μονάδα παραγόμενης υπηρεσίας είναι μικρότερη σε μονάδες με υψηλά ποσοστά κάλυψης (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=15574).

Οικονομίες κλίμακας θα παρουσιαστούν μέσω της μείωσης του διοικητικού κόστους από τις συνενώσεις των διοικήσεων, της εξοικονόμησης του λειτουργικού κόστους μέσω των συνενώσεων των κλινικών και των συν-λειτουργιών των κλινικών – εργαστηρίων και μονάδων κυρίως υλικών, φαρμάκων και υπηρεσιών (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=15574).

Ενδέχεται να επηρεαστούν όλες οι μορφές αποδοτικότητας:

Πρώτον, η αποδοτικότητα κλίμακας, δηλαδή το άριστο από άποψη κόστους, μέγεθος των μονάδων παραγωγής, μέσω της αύξησης του μεγέθους των νοσοκομείων.

Δεύτερον, η αποδοτικότητα εύρους δραστηριοτήτων, μέσω της αύξησης του είδους των εκροών που θα προσφέρονται ανά μονάδα. Για παράδειγμα, εάν συγχωνευτούν πολλά εξειδικευμένα νοσοκομεία θα κάνουν χρήση και αγορά κοινών ιατρικών μηχανημάτων εξοικονομώντας κόστος.

Τρίτον, η τεχνική αποδοτικότητα, δηλαδή η ικανότητα μετασχηματισμού εισροών σε εκροές, μέσω της αλλαγής κάποιας διαδικασίας.

Και, τέταρτον, η αποδοτικότητα κατανομής, μέσω της εναλλακτικής κατανομής του προσωπικού των νοσοκομείων.

Ενδεχόμενα μειονεκτήματα του προτεινόμενου σχεδίου αποτελούν η μείωση των νοσηλευτικών κρεβατιών, με δεδομένη την αύξηση προσέλευσης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία λόγω της κρίσης και η αδυναμία του καθημερινού ελέγχου των υπό δημιουργία μεγάλων νοσηλευτικών οργανισμών (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=15574).

Σύμφωνα με το Κρεμαστικό είναι απαραίτητο να ενισχυθούν με επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό τα Περιφερειακά νοσοκομεία, διότι τα νοσοκομεία της περιφέρειας εμφανίζουν πληρότητα που κυμαίνεται στο 50-55% την ίδια στιγμή που τα κεντρικά νοσοκομεία ξεπερνούν σε ορισμένες περιπτώσεις το 100% (φαινόμενο ράντζων στους διαδρόμους και συσσωρευμένων ασθενών) (http://cycladitis.gr/news/index.php?option=com_k2&view=item&id)

6. Περιγραφή και αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού όπως εξελίσσεται διαχρονικά

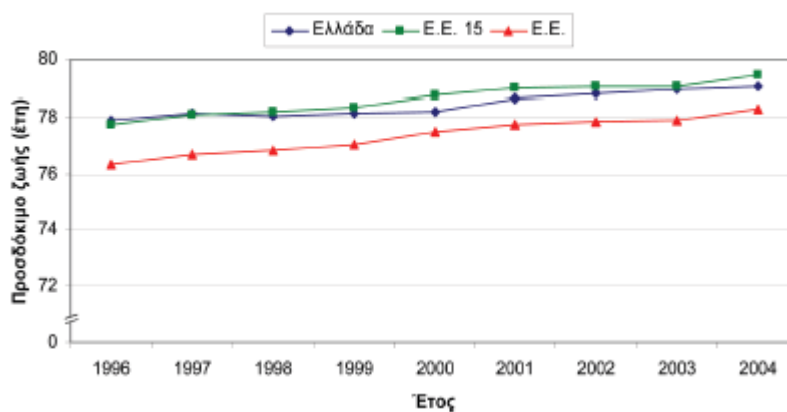
- Γενική Θνησιμότητα/Προσδόκιμο ζωής

Η αποτελεσματικότερη μέθοδος μέτρησης της θνησιμότητας είναι το προσδόκιμο ζωής (Ιωαννίδη και συν., 1999, σελ. 26). Όσο υψηλότερη είναι η θνησιμότητα, τόσο μειώνεται το διάστημα της προσδοκώμενης ζωής. Συνηθίζεται να μετράται η προσδοκώμενη ζωή κατά την στιγμή της γέννησης ενός ατόμου.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90 το προσδόκιμο επιβίωσής ήταν πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κάτι το οποίο στη συνέχεια σταμάτησε να ισχύει. Συγκεκριμένα, οι άντρες στην Ελλάδα έχουν κατά μέσο όρο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννησή τους τα 76 χρόνια, ενώ οι γυναίκες προσδοκούν να ζήσουν κατά μέσο όρο πάνω από 81 χρόνια. Στους άνδρες ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν χαμηλότερο μόνο από το αντίστοιχο της Ιαπωνίας και της Σουηδίας, πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες το μέχρι και το 2010 το είχαν ξεπεράσει. Οι γυναίκες παρά την αυξημένη επιβίωση κατέχουν την 17η θέση στον Ευρωπαϊκό χώρο. (<http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/0afafcaa3dbf7acb/1851e9d98e79f083.html>.)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του καθηγητού των οικονομικών της Υγείας Ι. Τούντα, το προσδόκιμο Επιβίωσης για την Ελλάδα από το 1996 μέχρι το 2004 υπολείπεται σταδιακά του αντίστοιχου μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

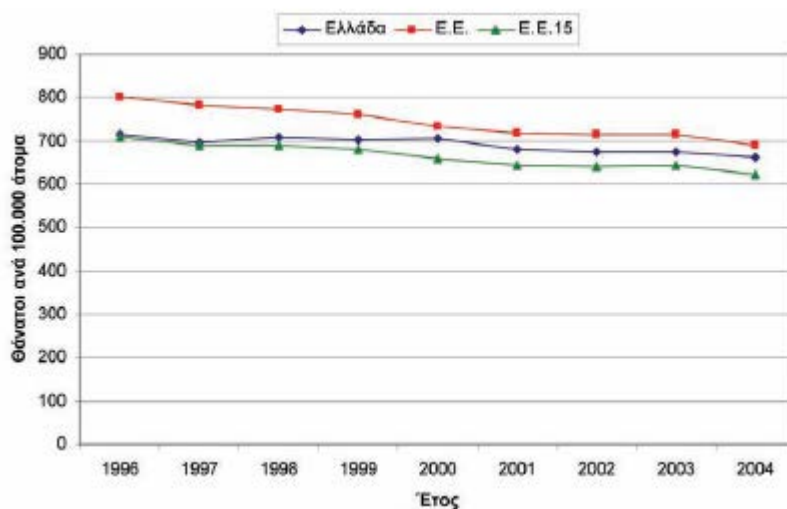
Διάγραμμα 1. Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση στην Ελλάδα και την Ε.Ε.



Πηγή: Τούντας και συν. 2007 (από Εθν. Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία)

Η γενική θνησιμότητα, στην Ελλάδα για το έτος 2004 ήταν 662,82 ανά 100000 κατοίκους, ενώ όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1 τα τελευταία χρόνια παρουσίαζε πτωτική πορεία. Παρατηρείται, επίσης, ότι η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερο μέσο όρο από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Διάγραμμα 1. Γενική Θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.



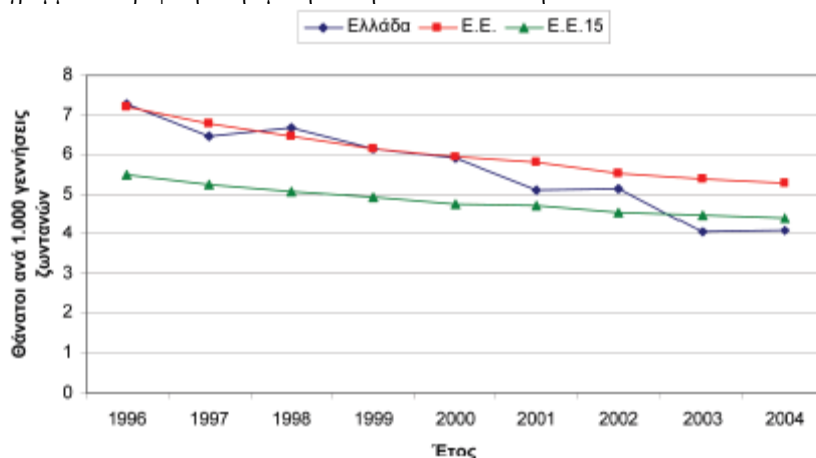
Πηγή: Τούντας και συν. 2007 (από Εθν. Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία)

- Βρεφική θνησιμότητα

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας υπολογίζεται ως ο αριθμός των θανάτων κατά το πρώτο έτος ζωής ανά 1.000 γεννήσεις νεογνών τα οποία επιβίωσαν. Επίσης, η βρεφική θνησιμότητα ταυτόχρονα αποτελεί δείκτη επιπέδου ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας (Ιωαννίδη και συν., 1999, σελ. 27).

Παρατηρούμε στο Διάγραμμα 2, ότι η βρεφική θνησιμότητα μειώνεται δραματικά και σταθερά στην Ελλάδα από το μέσο της δεκαετίας του 90 έως το 2004. Η Ελλάδα, κατέχει χαμηλότερο δείκτη από το αντίστοιχο του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Διάγραμμα 2. Βρεφική Θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.



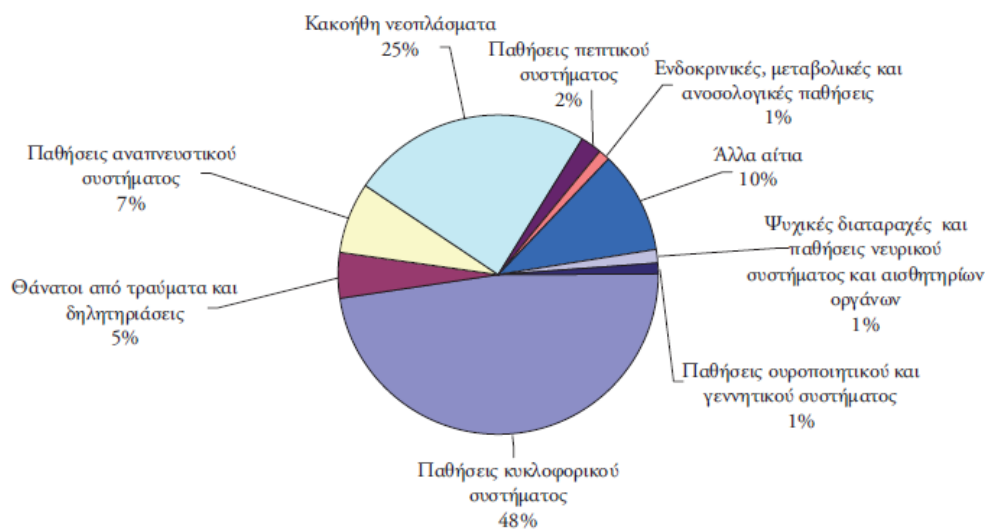
Πηγή: Τούντας και συν. 2007 (από Εθν. Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία)

- Κυριότερες αιτίες θανάτου

Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα για το 2008 σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (48%), τα κακοήθη νεοπλάσματα (25%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (7%) και τα ατυχήματα (5%). Τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση στις ηλικίες μέχρι 44 ετών, οι κακοήθεις νεοπλασίες στις ηλικίες 45-59 ετών και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στις ηλικίες άνω των 60 ετών (<http://www.healthview.gr/>).

Διάγραμμα 6. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα για το 2004



Πηγή: Τούντας και συν. 2007 (από Εθν. Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία)

Στην Ελλάδα, οι δείκτες θνησιμότητας από νεοπλασίες είναι από τους χαμηλότερους της Ευρώπης με αυξητική τάση όμως λόγω της μη υιοθέτησης επιθετικής πολιτικής από την πολιτεία στον περιορισμό του καπνίσματος, ή της μη ορθής τήρησης των υπάρχοντων νόμων. Αντίθετα είμαστε από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες όπου οι δείκτες θνησιμότητας από τα καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως τα εμφράγματα αυξάνονται. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών μας, στον περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας και στην υψηλή συχνότητα καπνίσματος.

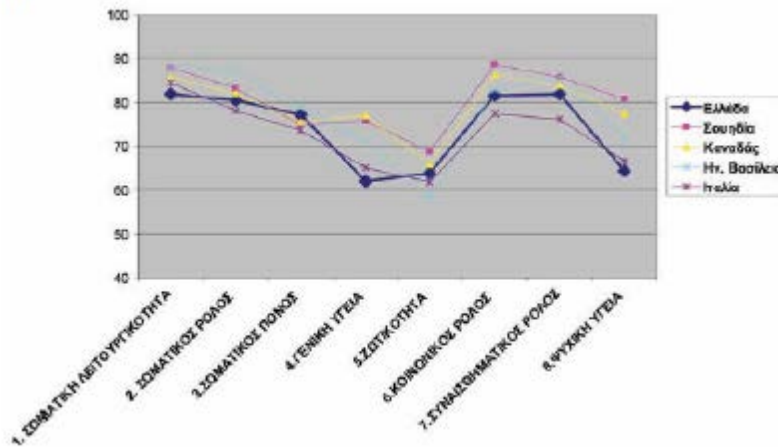
(<http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/0afafcaa3dbf7acb/1851e9d98e79f083.html>).

- Ποιότητα Ζωής

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «η έννοια της ποιοτικής ζωής καθορίζεται τόσο από το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, όσο και από τους στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντά του. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται ποικιλοτρόπως από τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με το περιβάλλον του.» (Ιωαννίδη και συν., 1999, σελ. 28).

Για το έτος 2007, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 5, συγκριτικά με άλλες πέντε χώρες η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερο επίπεδο γενικής υγείας. Ο δείκτης που η Ελλάδα βρίσκεται σε καλύτερη θέση είναι ο σωματικός πόνος.

Διάγραμμα 5. Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία σε 5 χώρες για το 2007.



Πηγή: Τούντας και συν. 2007 (από Εθν. Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία)

7. Μέθοδοι αξιολόγησης αποδοτικότητας Συστημάτων Υγείας

Οι μέθοδοι συγκριτικής αξιολόγησης, με βάση σημεία αναφοράς που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας μονάδων υγείας είναι οι εξής:

- Ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας (simple ratio analysis)
- Ανάλυση κόστους μονάδας (unit cost analysis)
- Παραμετρικές μέθοδοι και ιδιαίτερα η ανάλυση στοχαστικών συνόρων (SFA)
- Μη παραμετρικές μέθοδοι και ιδιαίτερα η περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων (DEA)

Η πρώτη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε αρχικώς περιορίζεται στη σύγκριση δυο μεταβλητών, μιας που μετράει τη ποσότητα μιας εισροής και μιας που μετράει την ποσότητα μιας εκροής. Μπορεί να υπολογιστεί μια σειρά τέτοιων λόγων, ανάλογα με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της μελέτης και τη διαθεσιμότητα των στατιστικών δεδομένων. Η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας χρησιμοποιείται είτε όταν τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επιτρέπουν την εφαρμογή περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, είτε ως πρόδρομος τέτοιων εφαρμογών.

Η δεύτερη μέθοδος, δηλαδή η ανάλυση κόστους μονάδας, υπολογίζει τα κόστη μονάδας τα οποία είναι τα κόστη των εισροών προς μια μεταβλητή εκροών. Πρώτα υπολογίζεται το κόστος της κάθε εισροής ξεχωριστά με βάση την τιμή της και στη συνέχεια αθροίζονται τα κόστη για να σχηματιστεί ο αριθμητής του κλάσματος. Πολλοί τέτοιοι δείκτες, που ο καθένας αφορά σε μια διαφορετική εκροή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αποτυπώσουν την όλη διαδικασία παραγωγής. Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η συμπερίληψη πολλών διαφορετικών εισροών στον υπολογισμό του δείκτη αποδοτικότητας, το μειονέκτημα της όμως η μειωμένη αξιοπιστία της και γι αυτό η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται ελάχιστα σήμερα.

Οι πρώτες αξιόπιστες μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη της αποδοτικότητας συστημάτων (μιας σειράς ομοειδών μονάδων, πχ νοσοκομείων),

ονομάστηκαν παραμετρικές μέθοδοι, επειδή στηρίζονταν στην οικοδόμηση και τη χρήση θεωρητικών συναρτήσεων παραγωγής, η καταλληλότητα των οποίων ελέγχεται σε σύνολα πραγματικών δεδομένων. Ο Farrell εισήγαγε μια εναλλακτική προσέγγιση, στην οποία η αποτελεσματικότητα αποτελείται από δύο συστατικά: την τεχνική αποτελεσματικότητα και την κατανομητική αποτελεσματικότητα. Τα δύο αυτά στοιχεία μαζί αποτελούν την ολική αποτελεσματικότητα. Περαιτέρω, εάν ληφθεί υπόψη η κλίμακα μεγέθους μιας παραγωγικής διαδικασίας και η μορφή των αποδόσεων (σταθερές ή μεταβλητές) που η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία έχει, τότε οδηγούμαστε στην έννοια της αποτελεσματικότητας κλίμακας που αναφέρεται στην επιλογή της βέλτιστης κλίμακας παραγωγής. Οι παραπάνω έννοιες συνδέονται μεταξύ τους και μάλιστα, υπάρχει πολλές φορές σύγχυση στη χρήση τους (Rutkauskas and Paulaviiien 2005).

Η βιβλιογραφία των εμπειρικών μελετών για την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα είναι αδύνατον λόγω υπερβολικού αριθμού να απαριθμηθεί μια προς μια σε αυτή τη εργασία. Ειδικότερα, στο χώρο της υγείας οι σχετικές μελέτες ανάγονται από τη δεκαετία του 1960 (Lave and Lave, 1970), ενώ την τελευταία εικοσαετία πολλαπλασιάζονται με αύξοντα ρυθμό. Ο Hollingsworth (2003) παρουσιάζει μια ανασκόπηση 188 σχετικών μελετών μέχρι το 2002, από τις οποίες οι περισσότερες αναφέρονται στη μέτρηση της τεχνικής αποτελεσματικότητας με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων. Χαρακτηριστικό της αύξησης των μελετών είναι ότι σε προηγούμενη ανασκόπηση περίπου πέντε χρόνια πριν (Hollingsworth et al., 1999) ο αριθμός των μελετών ήταν κάτω από το μισό. Και στις δύο αυτές ανασκοπήσεις επισημαίνονται οι δυσκολίες που αναφέρονται στη φύση των στοιχείων και ειδικότερα η δυσκολία μέτρησης του πραγματικού αποτελέσματος και η σοβαρή πιθανότητα μεροληψίας λόγω παράλειψης μεταβλητών. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα των νοσοκομειακών μονάδων, ενώ ως εισροές χρησιμοποιούνται ο αριθμός των ιατρών, ο αριθμός των νοσηλευτών, ο αριθμός των κλινών και οι δαπάνες για φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό και ως εκροές χρησιμοποιούνται οι ημέρες νοσηλείας και ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών. Συνήθως χρησιμοποιούνται ψευδομεταβλητές για να χαρακτηριστεί η νομική μορφή του νοσοκομείου (ιδιωτικό ή δημόσιο), ο τύπος λειτουργίας (αστικό ή περιφερειακό), το μέγεθος κλπ.

8. Παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την αποδοτικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι οι εξής παρακάτω (Αλετράς, 2002, σελ. 117-119):

- Το διαφορετικό, πιθανά, περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί το κάθε νοσοκομείο. Αυτό οφείλεται, μεταξύ άλλων, στην πολυπλοκότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας, στον ασαφή ρόλο του ιατρού στην διαδικασία, στις διαφορετικές μορφές οργάνωσης, π.χ. πανεπιστημιακά, γενικά, ειδικά νοσοκομεία.
- Η ποιότητα των εκροών. Η νοσοκομειακή εκροή έχει δύο μετρήσιμες διαστάσεις, την ποσοτική και την ποιοτική. Ειδικότερα η ποιότητα, αποτελούμενη από συνθετικά όπως η τεχνική περίθαλψη, η διαπροσωπική φροντίδα και οι παρεχόμενες ανέσεις, μεγιστοποιεί το συνολικό μέτρο ευημερίας του ασθενή. Άρα οι αποκλίσεις στους παραπάνω δείκτες δεν σημαίνουν ότι κάποια νοσοκομεία λειτουργούν με υψηλότερο κόστος λόγω ελλειμμάτων αποδοτικότητας, αλλά ίσως επειδή παρέχουν υψηλότερα επίπεδα εκροών.
- Η ποιότητα των εισροών. Όπως και στην περίπτωση των εκροών, το φαινομενικά διαφορετικό κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων της υποθετικής περιφέρειας μπορεί να οφείλεται στην ποιότητα, επομένως και στο κόστος των συντελεστών παραγωγής που χρησιμοποιούνται.
- Το είδος των νοσοκομειακών εκροών. Κάποια από τα νοσοκομεία μπορεί να παράγουν επιπρόσθετες εκροές με την μορφή διδακτικού και ερευνητικού έργου. Αν δεν ληφθεί υπόψη και αυτή η διάσταση της νοσοκομειακής εκροής, τα αποτελέσματα των αναλύσεων κόστους μπορεί να είναι μεροληπτικά και αναξιόπιστα με αποτέλεσμα το υψηλότερο κόστος λειτουργίας ορισμένων νοσοκομείων να αποδοθεί εσφαλμένα σε ελλείμματα αποδοτικότητας.
- Η εντατικοποίηση της θεραπευτικής αγωγής. Αποκλίσεις μπορεί να οφείλονται επίσης στην επιλογή ορισμένων νοσοκομείων του δείγματος να εντατικοποιήσουν την θεραπευτική αγωγή που παρέχουν μειώνοντας έτσι τον χρόνο νοσηλείας των ασθενών. Αυτό, υπό συνθήκες, μπορεί να οδηγεί σε αποδοτικότερη κατανομή

- πόρων παρόλο που το κόστος ανά ημέρα θα αυξηθεί επειδή το μεγαλύτερο μέρος του κόστους θεραπείας πραγματοποιείται τις πρώτες μέρες της νοσηλείας.
- Το πρόβλημα του μείγματος περιστατικών. Πρέπει στην ανάλυση του κόστους και την εκτίμηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων να ενσωματώνεται η σύνθεση του νοσολογικού φάσματος των ασθενών μέσω ενός δείκτη πολυπλοκότητας ή/και σοβαρότητας, οι διαφορές του οποίου αντανακλούν εν' μέρει μόνο την πολυπλοκότητα και σοβαρότητα των περιπτώσεων αφού αυτή επηρεάζεται και από παράγοντες σχετικούς με την προσφορά και ζήτηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως π.χ. η διαθεσιμότητα των κλινών, οι πιέσεις που δέχονται οι ιατροί, οι ηλικίες των ασθενών, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, κλπ.

9.Επισκόπηση Μελετών Αποδοτικότητας Ελληνικών συστημάτων Υγείας σε νοσοκομειακό Επίπεδο

9.1.Μελέτες Αποδοτικότητας σε Διεθνές επίπεδο

Σε διεθνές επίπεδο έχουν γίνει δεκάδες εκατοντάδες μελέτες μέχρι σήμερα για την μέτρηση της αποδοτικότητας των υγειονομικών ιδρυμάτων. Οι ερευνητές των οικονομικών της υγείας έχουν χρησιμοποιήσει μεθόδους μεταξύ των οποίων η DEA. Παρακάτω καταγράφονται ορισμένα χαρακτηριστικά παραδείγματα ορισμένων από των εν λόγω μελετών: Ο Sherman (1984) μελέτησε την τεχνική αποτελεσματικότητα μιας ομάδας νοσοκομεία διδασκαλίας. Ο Kooreman (1994) ανέλυσε την τεχνική αποτελεσματικότητα των ολλανδικών γηροκομείων σε σχέση με το εργατικό κόστος. Χρησιμοποιώντας DEA, ο Valdmanis (1990) έβγαλε το συμπέρασμα ότι τα δημόσια μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία είναι πιο αποτελεσματικά από τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία. Χρησιμοποιώντας DEA, οι White και Ozcan (1996) μελέτησαν την αποδοτικότητα των νοσοκομείων που ανήκαν στις εκκλησίες, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα από νοσοκομεία της Καλιφόρνια. Επίσης, οι Harris, Ozgen και Ozcan (2000) και οι Ferrier και Valdmanis (2004) μελέτησαν τις

επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων μετά από πραγματοποίηση συγχωνεύσεων.

9.2.Μελέτες Αποδοτικότητας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, οι περισσότερες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων οι οποίες έχουν γίνει χρησιμοποιούν τη μέθοδο DEA, ενώ κάποιες χρησιμοποιούν την οικονομετρική- παραμετρική προσέγγιση. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται γενικώς στα νοσοκομεία αλλά και άλλες που επικεντρώνονται σε κάποια τμήματα, πχ. νεφρολογικό, καρδιολογικό, κλπ. (Οικονόμου και συν. 2007).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί στις αναλύσεις. Καταρχήν, τα αποτελέσματα που αναφέρονται σε διάφορες χώρες είναι δύσκολα συγκρίσιμα μεταξύ τους, καθώς όχι μόνο οι μεθοδολογίες διαφέρουν αλλά και το είδος των νοσοκομείων και το γενικότερο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους που ποικίλει από χώρα σε χώρα. Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι λόγω της δυσκολίας μέτρησης του πραγματικού αποτελέσματος της νοσηλείας που είναι η βελτίωση της υγείας των πολιτών, συνήθως χρησιμοποιούνται προσεγγιστικές μεταβλητές όπως π.χ. ο αριθμός των περιστατικών, των εξετάσεων κλπ. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εισροές, όπου χρησιμοποιείται συνήθως ο αριθμός των γιατρών, νοσηλευτών κλπ., κάτι που βεβαίως δεν περιλαμβάνει παράγοντες ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών που είναι πολύ σημαντική για την επίτευξη του αποτελέσματος υγείας στον ασθενή και γενικότερα για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.

Παρακάτω παρουσιάζονται σχετικές μελέτες που έλαβαν μέρος στην Ελλάδα:

Οι Aletras et al. (2007) χρησιμοποίησαν τη μέθοδο DEA για να ερευνήσουν την αποδοτικότητα 51 νοσοκομείων του ΕΣΥ για τα έτη 2000 και 2003. Ως εισροές προσμέτρησαν τον αριθμό των ιατρών, τον αριθμό άλλου προσωπικού, και τον αριθμό των κρεβατιών, και ως εκροές τον αριθμό των

εισαγωγών, τον αριθμό των εξωτερικών ασθενών και τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων. Η μελέτη αυτή έδειξε μείωση της τεχνικής αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας κλίμακας μετά τις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ με το νόμο 2889/2001.

Οι Athanassopoulos et al. (1999) χρησιμοποίησαν την μέθοδο DEA για να μετρήσουν την αποδοτικότητα 98 νοσοκομείων του ΕΣΥ για το έτος 1992, Ως εισροές χρησιμοποίησαν τον αριθμό των γιατρών παθολογικού, χειρουργικού, μικροβιολογικού, των αριθμό των νοσηλευτών και του διοικητικού προσωπικού, και τον αριθμό των κλινών. Και ως εκροές, χρησιμοποίησαν τον αριθμό των ασθενών παθολογικού, χειρουργικού, αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων και τον αριθμό των κλινικών εξετάσεων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει έδαφος για βελτίωση τόσο της τεχνικής αποτελεσματικότητας όσο και της αποτελεσματικότητας κόστους.

Οι Athanassopoulos and Gounaris (2001) χρησιμοποίησαν επίσης τη μέθοδο DEA για 98 νοσοκομεία του ΕΣΥ για τη έτος 1992 και μέτρησαν ως εισροές τον αριθμό των γιατρών, τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού, τον αριθμό του διοικητικού προσωπικού, τον αριθμό των κλινών, το κόστος λειτουργικών δαπανών και το κόστος φαρμάκων. Ως εκροές μέτρησαν τον αριθμό των ασθενών παθολογικού, χειρουργικού, αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων και τον αριθμό των κλινικών εξετάσεων. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε σημαντική αναποτελεσματικότητα που κοστίζει στο σύστημα περί τα 100 εκατ Ecu (σε τιμές 1992).

Οι Kontodimopoulos et al. (2007) χρησιμοποίησαν τη μέθοδο DEA για να εξετάσουν την αποδοτικότητα 133 κέντρων υγείας του ΕΣΥ και 118 ιατρεία του ΙΚΑ για το έτος 2004. Ως εισροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός των ιατρών, ο αριθμός των νοσηλευθέντων και ο αριθμός άλλου προσωπικού και ως εκροές ο αριθμός των νοσηλευθέντων και ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ιατρεία του ΙΚΑ εμφανίζουν μεγαλύτερη τεχνική αποτελεσματικότητα αλλά και αποτελεσματικότητα κλίμακας από τα κέντρα υγείας. Επίσης, το 75% των μονάδων λειτουργεί σε καθεστώς αυξανόμενων αποδόσεων κλίμακας.

Ο Polyzos (2002) εξέτασε την αποδοτικότητα 22 νοσοκομείων χρησιμοποιώντας οικονομετρική εκτίμηση δύο εξισώσεων για τα έτη 1995 και 1993, με εξαρτημένη μεταβλητή τη μέση διάρκεια νοσηλείας (average length of stay ALOS) και κόστος ανά περιστατικό. Ο αριθμός των παρατηρήσεων ήταν 104.688 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα νοσοκομεία 250-400 κλινών είναι τα πλέον αποτελεσματικά ως προς το κόστος, ενώ οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη μέση διάρκεια νοσηλείας είναι το μέγεθος και ο τύπος του νοσοκομείου, ο αριθμός των εξειδικευμένων γιατρών, η πρόσβαση σε εξωτερικά ιατρεία, η ηλικία, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς κλπ.

Οι Zavras et al. (2002) χρησιμοποίησαν τη μέθοδο DEA για τη μέτρηση 133 ιατρείων του ΙΚΑ για τα έτη 1998-1999. Οι εισροές υπολογίστηκαν ως ο αριθμός του προσωπικού κατά κατηγορία και ως εκροή θεωρήθηκε ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων. Η μελέτη έδειξε ότι τα κέντρα που διαθέτουν διαγνωστικό εξοπλισμό είναι πιο αποτελεσματικά όπως επίσης και κέντρα που καλύπτουν από 10000 έως 50000 κατοίκους.

Η Καραγιάννη (2011) χρησιμοποίησε συνδυασμό της μεθόδου DEA και της μεθόδου των αριθμοδεικτών (Financial Performance Index), ώστε να κατατάξει τα δημόσια νοσοκομεία του ελληνικού συστήματος υγείας ως προς την αποτελεσματικότητά τους βάσει του βέλτιστου συνδυασμού των εξής αριθμοδεικτών:

- A) ταμειακή ρευστότητα
- B) ταχύτητα κυκλοφορίας ενεργητικού
- Γ) αποδοτικότητα ενεργητικού
- Δ) περιθώριο λειτουργικών εξόδων

Η ανάλυση αυτή έδειξε ότι κατά μέσο όρο, μόνο ένα μικρό ποσοστό δημοσίων νοσοκομείων (7%) του δείγματος ήταν χρηματοοικονομικά αποδοτικό.

10. Μέθοδος Αριθμοδεικτών

Στην παρούσα εργασία θα υπολογίσουμε δείκτες κερδοφορίας, αποδοτικότητας, χρηματοοικονομικής διάρθρωσης και ρευστότητας, όπως αυτοί περιγράφονται από τους Ξανθάκη και Αλεξάκη (2006, σελ. 135-145).

Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας

Με τους δείκτες αποδοτικότητας μετράτε η δυνατότητα της εταιρείας να παράγει κέρδη με βάση τα περιουσιακά της στοιχεία. Οι κυριότεροι δείκτες είναι οι εξής:

- Ο δείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων μας δείχνει την απόδοση που επιτυγχάνουν οι μέτοχοι της εταιρείας με βάση τα ίδια κεφάλαια που έχουν επενδύσει.

Ο τύπος είναι *Καθαρά Κέρδη / Ιδία Κεφάλαια*

- Ο δείκτης αποδοτικότητας συνολικών κεφαλαίων μας δείχνει την απόδοση που επιτυγχάνουν οι δανειστές και μέτοχοι της εταιρείας με βάση τα κεφάλαια που έχουν επενδύσει.

Ο τύπος είναι *Ebitda / Συνολικά Κεφάλαια*

(Τα ebitda αναφέρονται στα κέρδη προ φόρων, τόκων και αποσβέσεων)

- Ο δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού μας δείχνει τις πωλήσεις που επιτυγχάνει η εταιρεία με βάση τα περιουσιακά της στοιχεία.

Ο τύπος είναι *Πωλήσεις / Περιουσιακά Στοιχεία*

- Ο δείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους μας δείχνει το ποσοστό κέρδους της εταιρείας σε σχέση με τις πωλήσεις της.

Ο τύπος είναι *Καθαρά Κέρδη / Πωλήσεις*

Δείκτες Ρευστότητας

Οι δείκτες ρευστότητας μας δείχνουν την ικανότητα της εταιρείας να ανταπεξέρχεται στις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι

- Ο δείκτης γενικής ρευστότητας μας δείχνει κατά πόσο μπορεί η εταιρεία να εξοφλήσει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της αν ρευστοποιήσει τα κυκλοφορόντα στοιχεία του ενεργητικού της.

Ο τύπος είναι *Κυκλοφορούν Ενεργητικό / Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις*

- Ο δείκτης ειδικής ρευστότητας μας δείχνει κατά πόσο η εταιρεία μπορεί να ανταποκριθεί στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα αποθέματα τα οποία πολλές φορές δεν ρευστοποιούνται εύκολα.

Ο τύπος είναι *(Κυκλοφορούν Ενεργητικό – Αποθέματα) / Βραχ.. Υποχρεώσεις*

Δείκτες Δανειακής Επιβάρυνσης

Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται για να διαπιστώσουμε κατά πόσο η επιχείρηση έχει αυξήσει τον βαθμό μόχλευσής της. Υπενθυμίζουμε ότι όσο πιο μεγάλος ο δανεισμός τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος που χαρακτηρίζει την λειτουργία της επιχείρησης ενώ οι μέτοχοι ως ανταμοιβή για αυτό τον κίνδυνο λαμβάνουν υψηλότερη απόδοση ιδίων κεφαλαίων.

Ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια μας δείχνει κατά πόσο η επιχείρηση είναι υπερδανεισμένη.

Ο τύπος είναι *Ξένα / Ιδία Κεφάλαια*

Δείκτες Δραστηριότητας

Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται για να δούμε πόσο εντατικά χρησιμοποιεί η επιχείρηση τα περιουσιακά της στοιχεία.

- Ο δείκτης ταχύτητας κυκλ. απαιτήσεων μας δείχνει πόσες φορές τον χρόνο εισπράττει η επιχείρηση κατά μέσο όρο τις απαιτήσεις της.

Ο τύπος είναι *Πωλήσεις / Απαιτήσεις*

- Η μέση διάρκεια απαιτήσεων μας δείχνει το χρονικό διάστημα που χρειάζεται κατά μέσο όρο για να εισπραχθούν οι απαιτήσεις.

Ο τύπος είναι *Πωλήσεις / Αποθέματα*

- Ο δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας αποθεμάτων μας δείχνει πόσες φορές ανανεώνονται τα αποθέματα τον χρόνο.

Ο τύπος είναι $(\text{Απαιτήσεις} * 360) / \text{Πωλήσεις}$

11.Χρήση της Μεθόδου των Αριθμοδεικτών σε Δείγμα Ελληνικών νοσοκομείων

Στη παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιήσουμε τη μέθοδο των αριθμοδεικτών για να μελετήσουμε ένα δείγμα νοσοκομείων τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, για το δημόσιο τομέα θα μελετήσουμε τις οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων Ιπποκράτειο, Γ.Ν. Καβάλας, Νοσοκομείο Αφροδισίων

Νοσημάτων, Γ. Ν. Ξάνθης, Σισμανογλείου, και για τον ιδιωτικό τομέα τα νοσοκομεία «Υγεία» και «ΙΑΣΩ».

11.1. Δημόσια Νοσοκομεία

Σε αυτή την ενότητα παραθέτουμε τους πίνακες με τα στοιχεία των οικονομικών καταστάσεων για κάθε δημόσιο νοσοκομείο και αντίστοιχα οι αριθμοδείκτες όπως αυτοί διαμορφώνονται (βλέπε προηγούμενη ενότητα). Να σημειωθεί ότι επίσημα στοιχεία των ισολογισμών των δημοσίων νοσοκομείων είναι διαθέσιμα για πρώτη φορά από το 2009 και μετά.

Πίνακας 1. Ιπποκράτειο - αριθμοδείκτες

	2009	2008
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	175.429	130.201
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	30.747	31.856
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	144.682	98.345
ΠΑΓΙΑ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	5.752	5.133
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	158.580	86.199
ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	158.810	110.836
ΒΡΑΧ. ΥΠΟΧΡ	143.965	97.552
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	76.197	76.311
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	-1.703	-2.322
ΑΠΟΔΟΣΗ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	-0,05539	-0,07289
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	1,103115	1,136174
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	1,063161	1,083555
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	4,705565	3,087174
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘ. ΚΕΡΔΟΥΣ	-0,02235	-0,03043
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	0,480496	0,885289
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	0,434347	0,586101
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	749,2263	406,647
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ	13,24704	14,86674

Πίνακας 2. Γ. Ν. Καβάλας - αριθμοδείκτες

	2009	2008
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	40.871	31.783
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	-14.583	-16.900
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	55.454	48.683
ΠΑΓΙΑ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	1.624	1.603
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	24.737	18.004
ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	29.474	22.610
ΒΡΑΧ. ΥΠΟΧΡ	55.455	48.683
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	75.300	60.400
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	2.346	-9.482
ΑΠΟΔΟΣΗ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	0	0
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,531494	0,464433
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,502209	0,431506
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	-3,80265	-2,88065
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘ. ΚΕΡΔΟΥΣ	0,031155	-0,15699
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛΑ		
ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	3,044023	3,35481
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ		
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	1,842382	1,900387
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	118,2645	107,3086
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ	46,367	37,67935

Πίνακας 3. Νοσοκομείο Αφροδίσιων Νοσημάτων - αριθμοδείκτες

	2009	2008
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	4.651	4.142
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	2.758	2.568
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	1.881	1.556
ΠΑΓΙΑ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	96	100
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	1.044	953
ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	1.998	1.420
ΒΡΑΧ. ΥΠΟΧΡ	1.881	1.556
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	1.033,00	1.077,00
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	233,00	-114,00
ΑΠΟΔΟΣΗ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	0,084482	-0,04439
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	1,062201	0,912596
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	1,011164	0,848329
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	0,682016	0,605919
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘ. ΚΕΡΔΟΥΣ	0,225557	-0,10585
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛΑ		
ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	0,989464	1,130115
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ		
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	0,222103	0,260019
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	363,8335	318,5515
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ	10,76042	10,77

Πηγή: ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας

Πίνακας 4. Γ. Ν. Ξάνθης - αριθμοδείκτες

	2009	2008
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	80.061	48.486
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	27.573	23.791
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	32477	25514
ΠΑΓΙΑ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	1.701	1.518
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	15.113	10.736
ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	26.984	14.155
ΒΡΑΧ. ΥΠΟΧΡ	32.381	25.418
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	11.611	11.484
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	3.332	-5.808
ΑΠΟΔΟΣΗ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	0,120843	-0,24413
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,833328	0,556889
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,780797	0,497167
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,177855	1,072422
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘ. ΚΕΡΔΟΥΣ	0,286969	-0,50575
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛ		
ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	0,768279	1,069672
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ		
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	0,145027	0,236852
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	468,5798	336,5517
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ	6,825985	7,565217

Πηγή: ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας

Πίνακας 5. Σισμανόγλειο - αριθμοδείκτες

	2009	2008
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	43.624	30.587
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	3.684	-6.628
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	41339	41339
ΠΑΓΙΑ		
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	0	1.541
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	22.688	14.907
ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	30.960	18.899
ΒΡΑΧ. ΥΠΟΧΡ	41.339	37.169
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	12.014	9.249
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	10.361	-6.053
ΑΠΟΛΟΣΗ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	2,812432	0,913247
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,74893	0,508461
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,74893	0,467002
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	11,22123	-6,23702
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘ. ΚΕΡΔΟΥΣ	0,862411	-0,65445
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛΑ		
ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	0,529531	0,620447
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ		
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	0,275399	0,302383
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	679,8468	580,2271

Πηγή: ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας

Τα σχόλια επί των παραπάνω πινάκων για τα δημόσια νοσοκομεία είναι τα ακόλουθα:

- Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ιδιαίτερα χαμηλά ίδια κεφαλαία ενώ για το γενικό νοσοκομείο Καβάλας τα ίδια κεφάλαια είναι αρνητικά και για τις 2 χρονιές

- Το 2009 όλα τα δημόσια νοσοκομεία είναι κερδοφόρα. Αυτό όμως οφείλεται όχι στην βελτίωση της αποδοτικότητάς τους αλλά σε λογιστικούς χειρισμούς όπως ενσωμάτωση στα αποτελέσματα έκτακτων εσόδων ή ενσωμάτωση εσόδων προηγούμενων χρήσεων.
- Οι πωλήσεις για όλα τα νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα χαμηλές σε σχέση με το ενεργητικό τους
- Το 2008 είναι ζημιολόγο και για τα 5 δημόσια νοσοκομεία
- Όλα σχεδόν τα δημόσια νοσοκομεία έχουν αρνητικό μεικτό κέρδος λόγω των χαμηλών πωλήσεων
- Οι δείκτες ρευστότητας των δημοσίων νοσοκομείων είναι ικανοποιητικοί
- Οι απαιτήσεις είναι εξαιρετικά υψηλές κάτι που φαίνεται και από τον δείκτη μέσης διάρκειας απαιτήσεων

11.2. Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα «ΥΓΕΙΑ»

Το «ΥΓΕΙΑ» είναι το πρώτο μεγάλο Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα που λειτούργησε στην Ελλάδα το 1974 και μία από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές Νοσοκομειακές Μονάδες της χώρας μας. Ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών, με στόχο τη δημιουργία ενός προτύπου για Την Ελλάδα Ιδιωτικού Νοσοκομείου. Η λειτουργία του «ΥΓΕΙΑ» συμπλήρωσε διαχρονικά τις ελλείψεις του Νοσηλευτικού Συστήματος. Στα τριάντα πέντε και πλέον χρόνια λειτουργίας του, το «ΥΓΕΙΑ» είναι πρωτοπόρος στην ανάπτυξη της ιδιωτικής περίθαλψης στην Ελλάδα (www.hygeia.gr).

Στην παρούσα ενότητα θα εξετάσουμε την χρηματοοικονομική κατάσταση της εταιρείας διαχρονικά μελετώντας της ετήσιες οικονομικές καταστάσεις της τελευταίας πενταετίας. Για την αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης του ομίλου θα κάνουμε χρήση των αριθμοδεικτών. Οι τελευταίοι μπορούν να υπολογισθούν εύκολα από τους ισολογισμούς ενώ δίνουν και την δυνατότητα για διαχρονικές συγκρίσεις. Το μειονέκτημα τους είναι ότι

βασίζονται στα στατικά στοιχεία του ισολογισμού ενώ σε περίπτωση που γίνονται λογιστικοί χειρισμοί οι πληροφορίες που θα δώσουν ενδέχεται να είναι παραπλανητικές.

Πίνακας 6. Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα «ΥΓΕΙΑ» - αριθμοδείκτες

	2010	2009	2008	2007	2006
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	759,69	780,016	913,59	570,08	203,182
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	305,708	399,166	379,093	358,48	100,83
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	433,54	348,65	534,49	217,607	102,34
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	9,86	10,75	9,85	6,78	2,85
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	73,12	81,76	89,36	46,065	27,38
ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ					
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	146,48	141,44	298,79	61,63	35,52
ΒΡΑΧ. ΥΠΟΧΡ	320,547	236,65	428,202	111,03	53,49
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	314,656	353,38	281,82	130,322	94,59
ΕΒΙΤΔΑ	-28,46	29,311	33,853	16,56	11,612
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	-91,217	3,898	20,846	11,931	1,036
ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ					
ΑΠΟΔΟΣΗ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	-29,84%	0,98%	5,50%	3,33%	1,03%
ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	-3,75%	3,76%	3,71%	2,90%	5,72%
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,46	0,60	0,70	0,56	0,66
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ	0,43	0,55	0,67	0,49	0,61
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,42	0,87	1,41	0,61	1,01
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘ. ΚΕΡΔΟΥΣ	-28,99%	1,10%	7,40%	9,16%	1,10%
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	4,30	4,32	3,15	2,83	3,45
ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	83,66	83,29	114,15	127,25	104,21
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ	31,91	32,87	28,61	19,22	33,19

Πηγή: ιστοσελίδα νοσοκομείου

Θετικά Σημεία

- Το ύψος του ενεργητικού είναι υψηλό γεγονός που θα διευκολύνει την εταιρεία αν θελήσει να αυξήσει τον δανεισμό της αφού θα έχει εμπράγματα εξασφαλίσεις
- Η μόχλευση της εταιρείας, δηλαδή το κατά πόσο η εταιρεία έχει προσφύγει σε δανεισμό για την χρηματοδότηση των δραστηριοτήτων της κυμαίνεται σε λογικά επίπεδα αν αναλογιστούμε τον δανεισμό ομοειδών εταιρειών.
- Τα αποθέματα της εταιρείας ανανεώνονται συχνά γεγονός που σημαίνει ότι η εταιρεία κάνει ορθολογική πολιτική διαχείρισης αποθεμάτων
- Οι πωλήσεις από το 2008 αυξήθηκαν ραγδαία
- Οι απαιτήσεις της εταιρείας δεν παραμένουν σε εκκρεμότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα

Αρνητικά Σημεία

- Τα μεγέθη της εταιρείας παρουσιάζουν ραγδαία επιδείνωση το 2010. Οι ζημιές θεωρούνται πολύ υψηλές
- Οι δείκτες αποδοτικότητας ιδίων και συνολικών κεφαλαίων δεν είναι ικανοποιητικοί

- Οι δείκτες ρευστότητας είναι μέτριοι λόγω κυρίως των υψηλών βραχυχρόνιων υποχρεώσεων. Η εταιρεία αναμένεται να αντιμετωπίσει προβλήματα στο κεφάλαιο κίνησης.
- Ο δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού είναι χαμηλός. Η επιχείρηση με βάση τα περιουσιακά της στοιχεία θα έπρεπε να πραγματοποιεί υψηλότερες πωλήσεις

Η εταιρεία Υγεία είναι μια εταιρεία με υψηλά περιουσιακά στοιχεία και υψηλές πωλήσεις. Οι δείκτες αποδοτικότητας όμως είναι χαμηλοί ενώ ανησυχητική είναι η σημαντική επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης της εταιρείας το 2010. Παρατηρούμε ότι το 2011 αν δεν αναστραφεί η εικόνα δεν αποκλείεται η εταιρεία να αντιμετωπίσει προβλήματα στο κεφάλαιο κίνησης. Για ποιο ασφαλή συμπεράσματα πάντως θα πρέπει να συγκριθούν οι δείκτες που υπολογίσαμε με τον μέσο όρο του κλάδου.

Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα Ιασώ

Ο όμιλος Ιασώ είναι από τους σημαντικότερους ομίλους στην Ελλάδα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η εταιρεία προσφέρει μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών στον τομέα της γυναικολογίας. Το νοσοκομείο καλύπτει περιπτώσεις που μπορούν να επιβάλλουν τη χρήση χειρουργείου ενώ διαθέτει διαγνωστικά κέντρα, τμήματα που παρέχουν εξονοσοκομειακές υπηρεσίες και τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Ο όμιλος παρέχει επίσης υπηρεσίες που σχετίζονται με την επανορθωτική πλαστική, με την διάγνωση περιπτώσεων καρκίνου όπως και την αντιμετώπιση του, με περιπτώσεις εκτρώσεων, την νευρολογία κ.α.

Πίνακας 7. Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα Ιασώ – αριθμοδείκτες

	2010	2009	2008	2007
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	394.977	383.884	344.756	304.596
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	136.253	135.006	120.566	111.321
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	4.307	5.438	5.465	4.979
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	258.724	248.878	214.390	184.378
ΕΣΟΔΑ	149.070	178.499	183.996	169.755
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ	-1.867	13.516	21.311	20.371
ΕΒΙΤΔΑ	8.129	28.558	42.060	36.745
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	41.818	38.736	34.866	30.319
ΠΑΓΙΑ	300.315	293.754	261.990	217.316
ΔΑΝΕΙΑ	31.289	22.400	8.000	7.122
ΛΟΙΠΕΣ ΒΡΑΧ	61.882	68.632	66.447	59.441
ΣΥΝΟΛΟ ΒΡΑΧ	93.171	91.032	74.447	66.563
ΛΟΙΠΑ ΚΥΚΛ ΕΝΕΡ	46.222	43.496	40.071	41.965
ΣΥΝΟΛΟ ΚΥΚΛ.	92.347	87.670	80.402	77.263
	2010	2009	2008	2007
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΙΔΙΩΝ				
ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	-1,37%	10,01%	17,68%	18,30%
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ				
ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	2,06%	7,44%	12,20%	12,06%
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ	3,56	4,61	5,28	5,60
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ	34,61	32,82	33,67	34,09
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛ ΠΑΓΙΩΝ	0,50	0,61	0,70	0,78
ΚΑΘΑΡΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΕΡΔΟΥΣ	-1,25%	7,57%	11,58%	12,00%
ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ	0,99	0,96	1,08	1,16
ΕΙΔΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ	0,45	0,42	0,46	0,56
ΞΕΝΑ / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,90	1,84	1,78	1,66
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ				
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	0,38	0,46	0,53	0,56

Πηγή: ιστοσελίδα νοσοκομείου

Με βάση τους παραπάνω δείκτες για την τελευταία τετραετία μπορούμε να κάνουμε τα εξής σχόλια:

- Ο δείκτης γενικής ρευστότητας της εταιρείας είναι σχετικά ικανοποιητικός
- Τα έσοδα της εταιρείας δείχνουν σχετική ανθεκτικότητα στην κρίση
- Οι δείκτες αποδοτικότητας συνολικών κεφαλαίων κυμαίνονται με εξαίρεση τον τελευταίο χρόνο σε ικανοποιητικά επίπεδα
- Η εταιρεία προβαίνει σε ιδιαίτερα ικανοποιητική διαχείριση αποθεμάτων
- Τα μεγέθη της εταιρείας επιδεινώνονται αισθητά τον τελευταίο χρόνο.
- Η εταιρεία είναι σχετικά υπερδανεισμένη
- Το περιθώριο κέρδους με εξαίρεση κυμαίνεται με εξαίρεση τον τελευταίο χρόνο σε ικανοποιητικά επίπεδα
- Η εταιρεία δεν ανανεώνει τις απαιτήσεις της συχνά
- Ο δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας παγίων είναι σχετικά ικανοποιητικός

Οι δείκτες της εταιρείας δείχνουν πως η χρηματοοικονομική κατάσταση είναι ικανοποιητική ειδικά όσο αφορά τους δείκτες αποδοτικότητας. Τα μεγέθη πάντως της εταιρείας έχουν επηρεαστεί σημαντικά από την οικονομική κρίση όπως διαπιστώνουμε από τους δείκτες που αναφέρονται στο έτος του 2010. Η εταιρεία επίσης ενόψει πιθανής περαιτέρω επιδείνωσης των μεγεθών της θα πρέπει να μειώσει τον δανεισμό της.

12.Η Διεθνής εμπειρία ως προς την σχέση αποτελεσματικού τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και αδικαιολόγητης αύξησης των δαπανών υγείας.

Οι αγοραστές υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης (health care purchasers), οι οποίοι συνήθως είναι ανταγωνιστικές ασφαλιστικές εταιρίες, ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, και φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν σε δύο βασικά είδη αγορών:

(α) την αγορά της προσέλκυσης των πελατών-ασφαλισμένων (ή των εν δυνάμει ασθενών) και

(β) την αγορά των κλινικών αγαθών και υπηρεσιών (νοσοκομεία, κλινικές, διαγνωστικές υπηρεσίες κλπ).

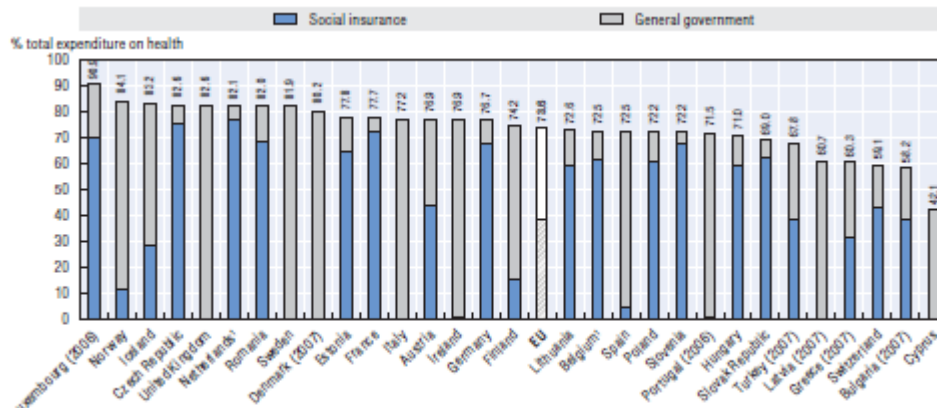
Στην πρώτη αγορά ενεργούν ως πωλητές υπηρεσιών στο ευρύ κοινό και στη δεύτερη ως αγοραστές υπηρεσιών από ένα εύρος κλινικών και άλλων προμηθευτών. Έχει αποδειχτεί από τη διεθνή εμπειρία ότι εάν δεν υπάρχει ανταγωνισμός στην διαδικασία της παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι αδύνατον η αγορά υπηρεσιών υγείας να εξασφαλίσει από μόνη της σημαντική βελτίωση στην οικονομική αποδοτικότητα (cost-effectiveness) του τομέα της ιατρικής περίθαλψης, ανεξαρτήτως του βαθμού ανταγωνιστικότητας μεταξύ των αγοραστών (Figueras et al., 2005, σελ. 102, 113).

Χωρίς μια ανταγωνιστική αγορά προμηθευτών, οι αγοραστές θα είναι αναγκασμένοι να αναζητούν το ανταγωνιστικό τους πλεονέκτημα μέσω στρατηγικών οι οποίες δεν συνδέονται άμεσα με την υγειονομική περίθαλψη. Οι στρατηγικές αυτές σχετίζονται με την τιμολόγηση των ασφαλιστρών και είναι: (α) η μείωση του αναμενόμενου κόστους ζημιάς (expected claim cost) μέσω της διαδικασίας του underwriting, όπως για παράδειγμα η αποφυγή εισδοχής “μη κερδοφόρων” ασφαλισμένων (cream skimming), (β) η μείωση των λειτουργικών και διοικητικών εξόδων, και (γ) η αύξηση των εσόδων από επενδύσεις (Νεκτάριος, 2010, σελ. 106).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2010), η Ελλάδα παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών έναντι δημοσίων σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες-μέλη του οργανισμού και αύξηση του ρυθμού των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας (Πίνακας 3,4,5). Οι ιδιωτικές δαπάνες στην συντριπτική τους πλειοψηφία είναι πληρωμές χρηστών, δηλαδή άμεσες (νομίμως καταβαλλόμενες) πληρωμές

(κυρίως στον ιδιωτικό τομέα), άτυπες πληρωμές και θεσμοθετημένες συμμετοχές στο κόστος (co-payments) (Σίσκου, Καϊτελίδου και συν, 2008, σελ. 665).

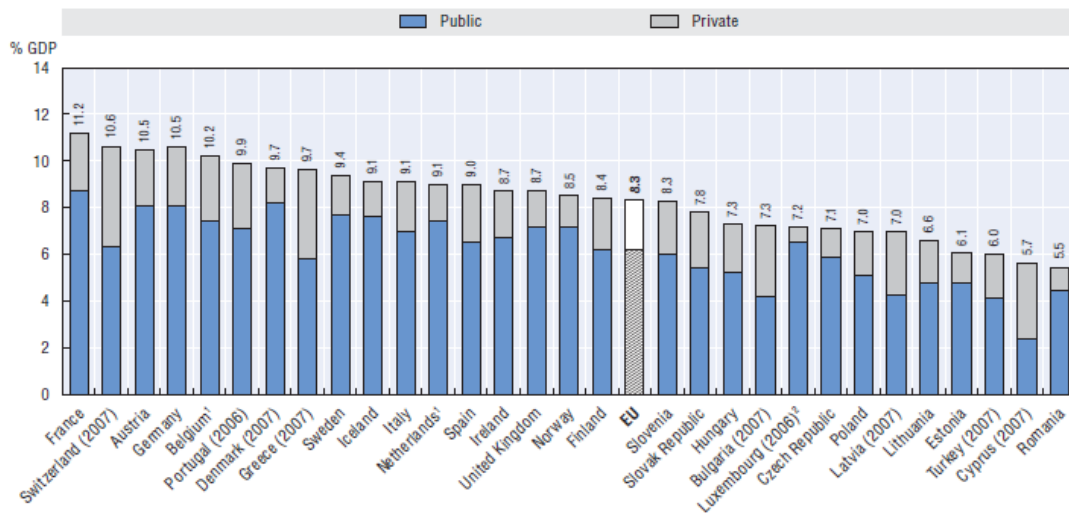
Πίνακας 3. Καταμερισμός Δημοσίων Δαπανών ως προς το ΑΕΠ για το 2008.



1. Share of current health expenditure.

Πηγή: ΟΟΣΑ

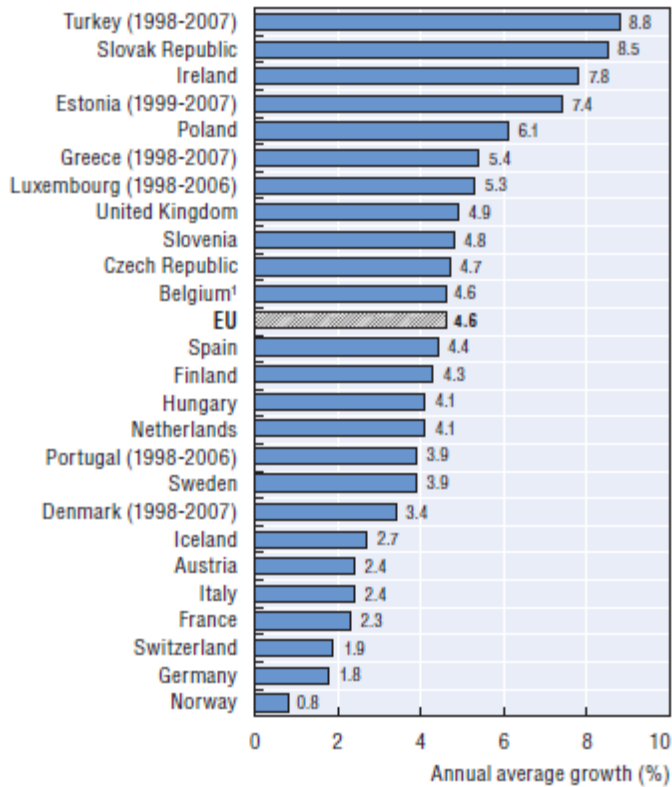
Σχήμα 4. Συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό το ΑΕΠ για το 2008



1. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).
 2. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.

Πηγή: ΟΟΣΑ

Πίνακας 5: Μέσος ρυθμός ετήσιας αύξησης στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας 1998-2008



1. Current health expenditure (excluding investment).

Πηγή: ΟΟΣΑ

Από τους παραπάνω πίνακες και από τον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και τον βαθμό αντίστοιχα της αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και προσβασιμότητας του ΕΣΥ πριν το νόμο 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) (βλέπε ενότητα 2 και 3 της παρούσας εργασίας), επαληθεύεται το συμπέρασμα των ειδικών και εμπειρογνομόνων των οικονομικών της υγείας ότι ένας μη αποτελεσματικός τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, τόσο σε ότι αφορά τις πηγές του (συλλογή πόρων), όσο και σε ότι αφορά τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης των προμηθευτών οδηγεί σε αδικαιολόγητη αύξηση των δαπανών υγείας.

Συμπεράσματα

Το σύστημα υγείας δεν λειτουργεί ανεξάρτητα από την κοινωνία. Οι ανάγκες χρηματοδότησης του συστήματος υγείας εξαρτώνται άμεσα από τις κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις μιας χώρας και είναι αναγκαίο να υιοθετείται μια συγκεκριμένη φιλοσοφία στη δομή και τη χρηματοδότησή του, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται όσο το δυνατόν καλύτερος έλεγχος των δαπανών.

Επίσης, διαπιστώθηκε τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα μετά την Μεταπολίτευση ότι το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα περίθαλψης, παρόλη την αύξηση των δαπανών του, δεν απέδωσε σε ανάλογη αύξηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της χώρας. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος οι παρεχόμενες υπηρεσίες αντιμετωπίζουν την ασθένεια μεμονωμένα και αδυνατούν να εξασφαλίσουν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας σύμφωνα με το προηγούμενο τρόπο χρηματοδότησής του παρουσίασε προβλήματα τόσο στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητά του, όσο και στο βαθμό προσβασιμότητας του από τους πολίτες.

Οι αλλαγές που προτείνονται από τον νέο νόμο 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) είναι ένα μεγάλο βήμα για την βελτίωση του Ε.Σ.Υ. αλλά πρέπει να συνοδευτεί από πρόσθετες ρυθμίσεις ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες θετικού αποτελέσματος από την εφαρμογή του.

Η οικονομική κρίση η οποία διέρχεται σήμερα η χώρα αποτελεί μια μεγάλη ευκαιρία να γίνουν δομικές και οικονομικές αλλαγές που δεν είχαν γίνει εδώ και πολλά χρόνια λόγω ανίσχυρης πολιτικής βούλησης, χωρίς να παραβλέπονται όμως στρεβλώσεις όπως είναι δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας ως συστατικό στοιχείο της οικονομικής αξιολόγησης, έχει ολοένα και ευρύτερα εφαρμογή στο χώρο της υγείας διεθνώς, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών υγείας, που επιφέρουν δημοσιονομικές δυσκολίες στα κράτη και δημιουργούν σε

όλους τους εμπλεκόμενους αλλά και στην κοινωνία γενικότερα την απαίτηση να γνωρίζουν εάν οι διατιθέμενοι πόροι διασφαλίζουν την επίτευξη του άριστου αποτελέσματος. Η ανάλυση της αποτελεσματικότητας είναι μια αναγκαιότητα για την Ελλάδα, όπου υπάρχουν μεγάλα κενά και σημαντικό κόστος αναποτελεσματικότητας όπως διαπιστώνεται από τις σχετικές μελέτες μεμονωμένων ερευνητών σε ακαδημαϊκό επίπεδο.

Στη παρούσα μελέτη το δείγμα των νοσοκομείων τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα προβληματίζει σχετικά με τους αριθμοδείκτες που υπολογίζονται και οι εκάστοτε ισολογισμοί και αντανακλούν την χαμηλή αποδοτικότητα τους. Επίσης, οι δείκτες αποδοτικότητας ιδίων και συνολικών κεφαλαίων δεν είναι ικανοποιητικοί, και συγκεκριμένα για τον ιδιωτικό τομέα παρατηρείται επιδείνωση των οικονομικών στοιχείων τα τελευταία χρόνια λόγω της γενικότερης οικονομικής κρίσης. Οι μελλοντικές οικονομικές χρήσεις ενδέχεται να έχουν περαιτέρω μείωση των χρηματοοικονομικών δεικτών.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α., Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 48(1):37-49
- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ. Νιάκας Δ., (2002), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α', θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- IOBE. Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της Ε. Ένωσης. Μελέτη του IOBE - Απρίλιος 2005.
- Ιωαννίδη, Λοπατζίδης, Μάντη (1999), Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α'. ΕΑΠ., Πάτρα.
- Κυριόπουλος Γ. (2011). Η αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας. Παρουσίαση στην ΕΣΔΥ
- Νεκτάριος Μιλτιάδης (1998) Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση (Γ' έκδοση) Εκδόσεις FORUM, Αθήνα
- Νεκτάριος Μ. (2010), Διοικητική Κινδύνων και Ασφαλίσεις Επιχειρήσεων. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα
- Νόμος 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011)
- Οικονόμου, Τούντας (2007). Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής 24(1):34-47
- Πολύζος Μ. (2007), Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας. Διόνικος, Αθήνα

- Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ., (2008) Οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5):663-672
- Υφαντόπουλος Γ. (2006), Τα οικονομικά της υγείας θεωρία και πολιτική. Τυπωθήτω, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Aletras, Vassilios, Nick Kontodimopoulos, Athanasios Zagouldoudis and Dimitris Niakas (2007), "The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals," Health Policy, 83, pp. 236-245.
- Athanassopoulos, A.D., C. Gounaris and A. Sissouras (1999), "A descriptive assessment of the production and cost efficiency of general hospitals in Greece," Health Care Management Science, 2, pp. 97-106.
- Athanassopoulos, Antreas and Chrysostomos Gounaris (2001), "Assessing the technical and allocative efficiency of hospital operations in Greece and its resource allocation implications," European Journal of Operational Research, 133, pp. 416-431.
- European Commission, (2010) Special Eurobarometer. Patient safety and quality of healthcare) Full Report
- Farrell M., The measurement of productivity efficiency. Royal Soc 1957, 120: 235-281
- Ferrier, G., & Valmanis, V. (2004) Do mergers improve hospital productivity? Journal of the Operational Research Society, 55: 1,071-1,080.
- Economou NA., Tountas J., Niakas D., (2007) Greek Studies of economic evaluations and efficiency in health care. Archives of Hellenic Medicine 24(1), pp 48-57
- Figueras J., Robinson R., Jakubowski E., (2005), Purchasing to improve health systems performance. New York, Open University Press.
- Harris, J., Ozgen, H., & Ozcan, Y. (2000). Do mergers enhance the performance of hospital efficiency? Journal of the Operation Research Society, 51(7): 801-811.

- Hollingsworth B., Dawson P.J., Maniadakis N., (1999) Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications. *Health Care Management Science*, 2, pp 167-172
- Hollingsworth B., (2003) Non Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in health Care Management Science, 6, pp 203-218
- Kontodimopoulos, Nick, Giorgos Moschovakis, Vassilis Aletras and Dimitris Niakas (2007), “The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in
- Kooreman, P. (1994). Nursing home care in the Netherlands: A nonparametric efficiency analysis. *Journal of Health Economics*, 13(3): 301-316.
- Greece,” *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5(14).
- Lave J. R., Lave L.(1970) Economic Analysis for Health Service Efficiency: A Review Article. *Applied Economics* (4) pp. 293-305.
- OECD Health at a glance, Europe, 2010.
- Peacock S., Chan C., Mangolini M., Johansen D., Techniques for measuring efficiency in health services. Productivity Commission Staff Working Paper , July, Australia, 2001
- Polyzos, Nicholas M. (2002), Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications,” *Health Policy*, 61, pp. 305-328.
- Rutkauskas and Paulavien (2005), Concept of Productivity in Service Sector. *Engineering Economics*, 3 (43), pp 29-34.
- Sherman, H.D. (1984). Hospital efficiency measurement and evaluation. *Medical Care*, 22(9): 922-938.
- Souliotis and Lionis (2005) Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective. *Journal of Medical Systems* Vol. 29, No 2, 187-196
- Zavras, Athanasios I., Georgios Tsakos, Charalabos Economou and John Kyriopoulos (2002), “Using DEA to Evaluate Efficiency and Formulate Policy Within a Greek National Primary Health Care Network,” *Journal of Medical Systems*, 26(4), pp. 285-292.
- White, K.R., & Ozcan, Y.A. (1996). Church ownership and hospital efficiency. *Hospital & Health Services Administration*, 41(3): 297-310.

Ιστοσελίδες

- http://www.neaygeia.gr/UserFiles/File/ELISA/Fyllo_2_2.pdf
- (<http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/0afafcaa3dbf7acb/1851e9d98e79f083.html>.)
- (<http://www.healthview.gr/%CE%B2%CE%B9%CE%B2%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CE%B8%CE%AE%CE%BA%CE%B7/%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC/%CE%B7-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D-%CF%80%CE%BB%CE%B7%CE%B8%CF%85%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%8D>
- www.hygeia.gr
- www.iaso.gr
- <http://www.4type.gr/index.php/e-ektheseis/270-isologismoi-2009.html>
- (http://cycladitis.gr/news/index.php?option=com_k2&view=item&id=3236:%CE%B4-%CE%BA%CF%81%CE%B5%CE%BC%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CF%87%CE%AC%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%83%CF%85%CE%B3%CF%87%CF%89%CE%BD%CE%B5%CF%8D%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-

[%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CF%89%CE%BD&Itemid=145\)](#)

- (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=15574)
- (<http://www.tanea.gr/ellada/article/?aid=4616160>)
- www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3386
- www.neaygeia.gr/page.asp?p=940

Παράρτημα 1



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΥΓΕΙΑ» Α.Ε.

ΑΡ.Μ.Α.Ε. 13165/06/Β/86/14

ΛΕΩΦ.ΚΗΦΙΣΙΑΣ & ΕΡΓΟΥΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ 4 15123 ΜΑΡΟΥΣΙ, ΑΘΗΝΑ

Στοιχεία και πληροφορίες περιόδου από 01 Ιανουαρίου 2008 έως 31 Δεκεμβρίου 2008

(Δημοσιεύματα βάσει του κν.2190, άρθρο 135, για πληροφορίες του συντάσσοντος ετήσιου οικονομικού καταστάσεων «νοσηφισμένων και μη, κατά το Δ.Λ.Π»)

Τα παρακάτω στοιχεία και πληροφορίες, που προκύπτουν από τις οικονομικές καταστάσεις, αποσκοπούν να μία γενική εικόνα για την οικονομική κατάσταση και τα αποτελέσματα του Ομίλου Υγείας και της Εταιρείας Δ.Φ.Κ.Α. «Υγεία» Α.Ε. Συνιστάται επομένως στον αναγνώστη, την προβεί σε οποιαδήποτε πρόσθετη έρευνα ή άλλη ανάλυση για την εταιρία, να ανατρέξει στη διεύθυνση διαδικτυακής της εταιρίας, όπου αναρτώνται οι οικονομικές καταστάσεις καθώς και η έκθεση ελέγχου του ορκισμένου ελεγκτή λογιστή.

Main financial statement table with columns for 'Γενικές Πληροφορίες για την Εταιρεία', 'Στοιχεία Κατάστασης Υπερμεγάλων Ροών', 'Στοιχεία Ολοφωτισμού', 'Στοιχεία Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης', and 'Προβλεπόμενα Στοιχεία και Πληροφορίες'. It includes detailed data for 2008 and 2007, categorized by various financial metrics.



«ΙΑΣΩ» Α.Ε.

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ & ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Α.Ε.

ΑΡ.Μ.Α.Ε. 13366/06/Β/86/61

ΛΕΩΦ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 37-39 15123 ΜΑΡΟΥΣΙ ΑΤΤΙΚΗΣ

Στοιχεία και πληροφορίες χρήσης από 1 Ιανουαρίου 2010 έως 31 Δεκεμβρίου 2010

(δραιοσημένα βάσει του κ.ν. 2190/1920, άρθρο 135 για επιχειρήσεις που συντάσσουν ετήσιες οικονομικές καταστάσεις, ενοποιημένες και μη, κατά το Δ.Λ.Π.)

Τα παρακάτω στοιχεία και πληροφορίες, που προκύπτουν από τις οικονομικές καταστάσεις, σφραγίζονται με την γενική συνέλευση για την οικονομική κατάσταση και το αποτέλεσμα του Ομίλου και της Εταιρείας (ΙΑΣΩ Α.Ε.). Σύμφωνα με τους όρους της σύστασής τους, παρέχονται σε οποιαδήποτε είδος συνάψεως επιλογή ή άλλη συναλλαγή με τον εκδότη, που αναγράφει τις οικονομικές καταστάσεις καθώς και τη βάση ελέγχου του νόμιμου ελεγκτή όπως αυτή απαιτείται.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Αριθμός Υποεπιχείρησης - Νομική (ή) Πρωτοκόλλου: 24
Διεύθυνση: Στρατώνης & Πλωτεις
www.iaso.gr
Συνεδρίαση Διοικητικού Συμβουλίου: 11/12/2010

Υπογραφή Οικονομικής, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτικής, Διεύθυνσης
Αντιπροέδρου & Προέδρου
Πρόεδρος: Στρατώνης Γεώργιος
Αντιπρόεδρος Α': Στρατώνης Γεώργιος
Αντιπρόεδρος Β': Δουλιφάκης Εμμανουήλ
Διευθυντής: Στρατώνης Γεώργιος
Μέλη: Θεοφάνης Παναγιώτης, Καρακαλιδάς Αθανάσιος, Μουράς Αθανάσιος, Στρατώνης Γεώργιος, Χαρίτοβιτς Βίλνιαντ
Ανεξάρτητα Μέλη: Μπασιανέλης Γεώργιος, Δημητριάδης Σπυρίδων

Μεταρρύθμιση Εγκριτική από το Διοικητικό Συμβούλιο του Ομίλου Οικονομικών Καταστάσεων:
Νόμισμα: Ευρώ
Ελεγχτική Εταιρεία:
Τύπος: Φόρτος, αλληλού φακέτο
Με ετήσιους γνησίους

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ				
Διοικητικό προσωπικό ενόμισμα νόμισμα στοιχεία	300.315.283,42	293.754.875,21	544.944.399,19	104.098.125,61
Άλλα περιουσιακά στοιχεία	15.308.795,58	1.598.370,87	998.081.528	1.110.347,96
Ασπίδα μη κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία	607.869,60	801.816,65	123.638.245,42	101.138.918,90
Ασπίδα πιστό	4.307.720,38	5.438.101,43	1.780.443,95	2.357.584,88
Ασπίδα παθητικά	414.881.524,48	381.788.277,79	743.877,11	6.598.589,75
Ασπίδα κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία	48.222.881,76	43.498.953,33	245,48	23.236.465,88
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	395.377.430,00	381.881.673,05	398.374.730,11	238.272.233,13

ΜΕΛΗ ΚΑΡΤΕΛΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

Μετοχικό Κεφάλαιο (Σφ. 255.938 σελ. 0,44 €)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
23.988.223,32	23.988.223,32	23.988.223,32	23.988.223,32	
108.532.063,05	88.528.204,40	171.838.224,43	144.598.653,71	
129.430.238,87	121.911.479,72	181.314.426,42	193.177.777,03	
6.832.862,41	13.004.303,19	0,00	0,00	
128.250.000,00	121.820.000,00	64.250.000,00	69.750.000,00	
39.932.345,25	35.098.141,49	23.778.865,28	22.475.598,00	
31.538.802,00	22.400.000,00	10.538.802,00	5.500.000,00	
61.838.153,67	68.832.349,84	25.444.105,80	30.191.222,71	
298.721.470,92	288.678.491,13	128.007.963,11	127.514.819,70	
324.377.572,92	335.398.274,04	395.323.730,19	328.223.655,49	

ΣΥΝΟΛΟ ΜΕΛΩΝ ΚΑΡΤΕΛΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11.341.791,20	11.341.791,20	11,341.791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (Ποσάκια ενοποιημένα σε Ευρώ)

	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2009	31/12/2008
Κόστος εργασιών	11.341.791,20	11,341,791,20	11,341,791,20	11,341,791,20
Μισθολογία (Σημά)	149.072.362,41	175.498.927,08	87.130.343,15	70.822.701,28
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων	178.893.015,08	40.881.405,11	175.832.121,45	33.890.897,38
Κόστος (Σημά) προ φόρων, χρηματοδοτικών και ανακεφαλαιωμένων (α)	8.129.151,72	28.528.644,83	149.155.049,97	269.911.373,56
Κόστος (Σημά) προ φόρων	5.800.307,18	28,528.644,83	148,774.488,81	268,946.367,56
Κόστος (Σημά) μετά από φόρους (Α)	-1.887.439,99	91,536.197,14	8.572.871,62	11,191.387,64

ΠΡΟΣΒΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποσάκια ενοποιημένα και μη (ενοποιημένα) (



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΥ.Π.Ε. ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ

Οικονομικές καταστάσεις 2009 σύμφωνα με τα Δ.Λ.Π.

Ι. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΝ 31/12/2009

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	Σημείωση	31/12/2009	31/12/2008
Μη κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία			
Ενσώματα πάγια	3	9.293.378,53	9.737.364,01
Αύλα περιουσιακά στοιχεία	4	0,00	0,00
Διαθέσιμα προς πώληση χρηματοοικονομικά στοιχεία	5	102.714,50	92.369,25
		9.396.093,03	9.829.733,26
Κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία			
Αποθέματα	6	1.624.767,00	1.603.557,09
Πελάτες λοιπές απαιτήσεις	7	30.370.822,74	20.933.422,75
Ταμιακά διαθέσιμα και ισοδύναμα	8	3.020.013,66	2.910.254,51
		35.015.603,40	25.447.234,35
Σύνολο περιουσιακών στοιχείων		44.411.696,43	35.276.967,61
ΠΑΘΗΤΙΚΟ			
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ			
Κεφάλαιο	9	6.547.085,92	6.547.085,92
Αποθεματικά		72.027,53	0,00
Κέρδη (ζημιές) εις νέον		22.054.875,14	(24.362.244,22)
		-	-
Σύνολο ιδίων κεφαλαίων		15.435.761,69	(17.815.158,30)
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ			
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις			
Επιχορηγήσεις	10	91.719,00	108.165,79
Προβλέψεις	11	4.300.000,00	4.300.000,00
		4.391.719,00	4.408.165,79
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις			
Προμηθευτές και λοιπές υποχρεώσεις	12	55.455.739,12	48.683.960,12
		55.455.739,12	48.683.960,12
Σύνολο Υποχρεώσεων		59.847.458,12	53.092.125,91
Σύνολο Ιδίων Κεφαλαίων και Υποχρεώσεων		44.411.696,43	35.276.967,61

ii. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΕΣΟΔΩΝ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ 1/1/2009 – 31/12/2009

	<i>Σημείωση</i>	<u>1/1-31/12/2009</u>	<u>1/1-31/12/2008</u>
Έσοδα από υγειονομικές υπηρεσίες	13	25.984.386,99	25.181.065,50
Επιχορηγήσεις	14	50.183.973,34	36.059.497,91
Κόστος πωληθέντων	15	<u>(65.361.557,69)</u>	<u>(64.729.850,16)</u>
Μικτά κέρδη / (ζημίες)		<u>10.806.802,64</u>	<u>(3.489.286,75)</u>
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	15	(9.055.619,40)	(6.895.901,90)
Λοιπά έσοδα/έξοδα εκμετάλλευσης	16	<u>542.989,19</u>	<u>845.754,05</u>
Αποτελέσματα προ χρηματοδοτικών και επενδυτικών αποτελεσμάτων		<u>2.294.172,43</u>	<u>(9.539.434,60)</u>
Χρηματοοικονομικά Έσοδα-Έξοδα	17	<u>85.224,18</u>	<u>91.972,15</u>
Πλεόνασμα/Έλλειμμα χρήσης		<u>2.379.396,61</u>	<u>(9.447.462,45)</u>

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ 4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΧΑΤΖΗΝΕΣΤΩΡΟΣ ΗΡΑΚΛΗΣ Α.Δ.Τ. Χ 483249	
ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ:	ΜΗΛΙΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΣΧΑΛΗΣ Α.Δ.Τ. ΑΑ 466589
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΟΥΛΤΑΝΑ Α.Δ.Τ. ΑΖ 371158
ΠΡΟΣΤ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ :	
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΧΡΗΣΗΣ 2009 Σύμφωνα με τα Διεθνή Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Πληροφόρησης N 3599 άρθρο 27 /2007 & 3697 άρθρο 11 /2009	
ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ:	ΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΣ Α.Ε. αριθ. αδείας Ο.Ε.Ε. 544
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ:	ΤΑΓΓΙΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α.Δ.Τ. ΑΑ 283243 αριθ. Αδείας Ο.Ε.Ε 17778
ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΛΕΓΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΡΚΩΤΟΥΣ ΛΟΓΙΣΤΕΣ ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Α.Μ. ΣΟΕΛ 14361 ΤΣΑΜΠΑΖΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Α.Μ. ΣΟΕΛ 17111	
Οι οικονομικές καταστάσεις , η έκθεση ελέγχου , τα προσαρτήματα και η πιστοποίηση δημοσιεύονται στο σύνολο τους στην ιστοσελίδα της 4ης Υ.Π.Ε. www.4ypa.gr	

ΓΕΝΙΚΟ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ
ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ 31ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2009

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	Ποσό ελάττωσης χρήσης 2009			Ποσό προελαττωσης χρήσης 2008			ΠΑΘΗΤΙΚΟ	Ποσό ελάττωσης χρήσης 2009	Ποσό προελαττωσης χρήσης 2008
	Άλλα επίσημα	Απομείωση	Απομείωση άλλη	Άλλα επίσημα	Απομείωση	Απομείωση άλλη			
Α. ΨΩΔΙΑ ΕΠΙΧΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ							Α. ΨΩΔΙΑ ΕΠΙΧΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ		
4. Άσφα εξόδα εγκαταστάσεων	48,099.11	42,186.83	5,912.28	41,673.11	41,672.75	0.36	Ε. ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΕΣ		
	48,099.11	42,186.83	5,912.28	41,673.11	41,672.75	0.36	1. Καταβληθέντα	5,595,664.85	5,595,664.85
Γ. ΠΑΘΗΤΙΚΟ							Β. ΑΠΟΡΡΙΣΤΕΑ		
Η. Ενοίκια Διαμερισμάτων							Η. Απορριψτέα παθητικά και απορριψτέα		
1. Γραφείο-Οικιστικό	990,569.82	0.00	990,569.82	990,569.82	0.00	990,569.82	απομείωση-κέρδη κέρδη		
2. Αγορά, Φωτισμός, Διάσημο	190,678.84	0.00	190,678.84	190,678.84	0.00	190,678.84	3. Άσφαξη παθητικά	958,837.20	994,433.58
3. Κόπος & Τροχαία Έργα	6,185,509.19	1,237,101.82	4,948,407.37	6,185,509.19	927,626.36	5,257,882.83	4. Εμπροσφυλάκια και οφέλη	68,464.12	62,182.29
4. Μηγίθιο-Τροχαία Έργα & Άσφαξη Μηγ. Εξόδων	3,546,935.63	2,792,777.08	753,818.55	3,389,552.35	2,559,014.05	830,538.30		1,876,241.17	
5. Μηχανοκίνητα Μέσα	139,150.42	139,150.34	0.08	139,150.42	139,133.92	16.50	IV. Απομείωση επί αξίας	1,877,251.33	1,876,616.17
6. Έπιπλα & Άσφαξη Εξοπλισμός	2,205,125.70	1,919,247.52	285,878.18	2,021,766.40	1,758,240.60	263,525.80	Υπόλοιπο αξιολογηθείσες χρήσεις επί τόκων	-2,942,791.88	-32,984,956.66
Σύνολο απορριψτέων	12,227,629.68	6,889,276.76	5,338,352.84	12,919,327.82	5,384,323.93	7,535,003.89	Σύνολο άλλων κεφαλαίων (ΑΙ-ΑΙΙ-ΑΙΥ)	3,688,214.29	-4,628,275.56
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ (Γ+Η)									
Δ. ΚΑΤΑΧΩΡΟΥΜΕΝΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ							Γ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ		
Ι. Απομείωση							Η. Απομείωση-Υπομνησθέντα		
4. Πόσων και διαβητικών τίτλων, Αντιδότημα τίτλων Απομειωμένων και τίτλων υπομνησθέντων			0.00			1,341,408.63	1. Εμπροσφυλάκια	34,649,491.39	37,002,345.61
			0.00			1,341,408.63	2. Υπομνησθέντα επί φόρων & αξίας	420,470.80	0.00
II. Απομείωση							3. Απορριψτέα	23,064.91	0.00
1. Απομείωση επί αλληλίων εγγράφων και υπαρξιακών		22,683,818.41		14,907,777.24			4. Απορριψτέα Οργανισμών	6,240,032.12	566,747.70
2. Χρεώσεις Διαφόρων		53.29		53.29			5. Πιστώσεις Διαφόρων	43,239,895.32	37,163,893.31
		22,683,871.70		14,907,830.53			Σύνολο υποχρεώσεων (Γ+Ι)	43,239,895.32	37,163,893.31
IV. Απομείωση									
3. Καταβληθείσες φόροι και προμήθειες		8,271,334.63		2,450,101.73					
		8,271,334.63		2,450,101.73					
Σύνολο Κελελευμένων Επενδύσεων (ΑΙ-ΑΙΙ-ΑΙΥ)		30,969,208.31		18,975,242.89					
Α. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΙΣΜΟΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ							Α. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΙΣΜΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ		
2. Έσοδα χρήσεων εταιρειών		5,489,001.04		4,153,655.86			2. Έσοδα χρήσεων Ισολογισμών	9,177.78	46,094.85
		5,489,001.04		4,153,655.86				9,177.78	46,094.85
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ (Γ+Α+Δ)		43,624,474.49		38,957,802.10			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ (Α+Γ+Ι)	47,072,441.29	38,587,002.29
ΑΔΕΥΧΑΤΑ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΑ							ΑΔΕΥΧΑΤΑ ΠΑΘΗΤΙΚΑ		
1. Αλλάξιμα περιουσιακά στοιχεία			0.18			0.18	1. Αλλάξιμα περιουσιακά στοιχεία		0.18
2. Χρεωστικοι λογαριασμοί διαφόρων Ασφαγμάτων			36,379,716.36			32,872,892.02	2. Πιστωτικοι λογαριασμοί διαφόρων Ασφαγμάτων		32,872,892.02
			36,379,716.54			32,872,892.20		32,872,892.20	

1) Για τη χρήση 2009 εφαρμόστηκαν οι μακροοικονομικές ενοποιημένες αρχές με τη Π.Δ. 299/03. 2) Στο υπόλοιπο της κατάσταση Απομειωμένων Χρήσεων "Κέρδη εγγράφων και υπαρξιακών", "Έξοδα διαμερισμάτων κατοικιών" και "Άλλα έσοδα" συμπεριλαμβάνονται ποσά ύψους 16.583.055,14 € που αφορά τη μεθοδολογία που υπαχθήκαμε η οποία δεν εφαρμόζεται στην προελαττωμένη κατάσταση μαζί και εκκαθαρισμό απομείωσης επί το Υπερμίσθιο Υγείας. 3) Στο υπόλοιπο του Ισολογισμού "Απομείωση επί αλληλίων εγγράφων & Υγείας" και της κατάστασης Απομειωμένων Χρήσεων "Έσοδα επί αλληλίων εγγράφων επί υπαρξιακών" συμπεριλαμβάνονται ποσά ύψους 1.224.449,36€, που αφορά τις κτήσεις, υπομνησθέντα και εγγράφων επί αλληλίων επί 17.224,45€ και υπομνησθέντων του 2009. 4) Στο υπόλοιπο της κατάσταση Απομειωμένων Χρήσεων "Κελελευμένα & Αλλάξιμα έσοδα" συμπεριλαμβάνονται ποσά ύψους 12.611.722,96 € που αφορά την απαξίωση για την πρόβλεψη των εγγράφων υπομνησθέντων εγγράφων.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΔΕΥΧΑΤΩΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΩΝ				ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΦΕΡΕΣΕΩΝ ΑΔΕΥΧΑΤΩΝ			
Ποσό ελάττωσης χρήσης 2009				Ποσό προελαττωσης χρήσης 2008			
Ι. Απομειωμένα περιουσιακά στοιχεία							
1. Έσοδα επί αλληλίων εγγράφων και υπαρξιακών		12,014,299.02		9,546,332.28			
Μείον: Κέρδη εγγράφων και υπαρξιακών		30,223,650.27		29,821,296.74			
Μείον: Απομειωμένα (χρήσιμα) περιουσιακά στοιχεία		18,286,263.45		28,574,464.44			
Έσοδα: Άλλα έσοδα		16,660,061.09		17,029,122.26			
Σύνολο		1,696,286.26		2,552,551.48			
Μείον: 1. Έξοδα διαμερισμάτων κατοικιών	2,007,043.23		2,025,739.92				
Μείον: 2. Χρεωστικοί λογαριασμοί διαφόρων Ασφαγμάτων		-3,687,353.61		-4,488,131.52			
4. Πιστωτικοί Τίτλοι & Στοιχεία Τίτλων		71,246.31		94,626.55			
Μείον:							
3. Χρεωστικοί Τίτλοι & Στοιχεία Τίτλων	12.00	12.00		418.27	418.27		
Οικιά Απομειωμένα (χρήσιμα) περιουσιακά στοιχεία							
II. ΗΛΕΘΝΟ: Έκτακτα απομειωμένα							
1. Έκτακτα & Αλλάξιμα έσοδα		12,785,064.22		49,970.41			
2. Έκτακτα έσοδα		0.00		0.00			
3. Έσοδα προελαττωμένων χρήσεων		1,987,583.45		339,119.34			
		14,772,647.67		389,089.75			
Μείον:							
1. Έκτακτα & Αλλάξιμα έσοδα		144,812.97		0.00			
2. Έκτακτα έσοδα		0.00		0.00			
3. Έξοδα προελαττωμένων χρήσεων		729,990.30		57,050.13			
Οργανικά & Έκτακτα Απομειωμένα (ετήσια)							
Μείον:							
Σύνολο απομειωμένων κερδών εταιρειών		704,566.91		649,123.69			
Μείον: Οκ επί αλληλίων εταιρειών							
στο λειτουργικό κέρδη		704,566.91		649,123.69			
ΚΑΘΑΡΑ ΑΔΕΥΧΑΤΑ (ελάττωση) ΧΡΗΣΕΩΣ		16,241,765.38		-4,851,833.12			

ΚΟΜΟΤΗΝΗ, 15 Νοεμβρίου 2010

<p>-<- ΔΙΕΚΣΗΤΗΣ & ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.</p>	<p>-<- ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ</p>	<p>-<- ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ</p>	<p>-<- ΣΥΝΤΑΞΑΣ ΤΥΜΟΧΩΡΟΥ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΚ ΤΗΣ ΕΤΑΡΧΙΑΣ "ΟΡΘΟΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ Α.Ε." Α.Μ. ΟΕΕ 544</p>
ΧΑΤΖΗΝΙΣΤΡΑΦΟΣ ΠΡΑΚΑΞΗΣ	ΜΗΛΙΑΤΖΟΚΟΥΔΗΣ ΠΑΖΔΑΚΗΣ	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΟΥΦΑΝΑ	ΤΑΪΤΗΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α.Α.Τ. ΑΑ 263243 Α.Μ. ΟΕΕ 1778