



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΚΩΤΣΙΑΝΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΑΘΗΝΑ
Σεπτέμβριος, 2019

© Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2018

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

«Οικονομική αξιολόγηση και συγκριτική μελέτη των νοσοκομείων
της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής»

«Κωτσιαντή Μαρία»

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Κωτσόπουλος Νικόλαος»

«ΕΚΠΑ, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών»

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2019

«Ολοκληρώνοντας τις προσπάθειες της συγγραφής της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν σε αυτήν επιστημονικά αλλά και ηθικά. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Κωτσόπουλο Νικόλαο για την καθοδήγηση και την επιστημονική υποστήριξη σε όλα τα στάδια της εκπόνησης της εργασίας. Ευχαριστώ επίσης την Διοίκηση και τις Διοικητικές Υπηρεσίες της 1^{ης} Υ.Πε. για την παραχώρηση των στοιχείων. Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου Χάρη, Δημήτρη, Χρήστο και Ελίνα για την κατανόηση, την υπομονή και την αμέριστη υποστήριξή τους.»

Αφιερωμένη στον Πατέρα μου, που έφυγε κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας

Περίληψη

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η οικονομική αξιολόγηση και η συγκριτική μελέτη των οκτώ μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. για την περίοδο 2012-2016, προκειμένου να απαντηθεί αν τα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. ήταν αποδοτικά και βελτίωσαν την οικονομική τους θέση. Έγινε ανάλυση με το εργαλείο της χρηματοοικονομικής ανάλυσης των λογιστικών καταστάσεων με την μέθοδο των αριθμοδεικτών όπως επίσης με δείκτες αξιολόγησης της αποδοτικότητας και της οικονομικότητας ώστε να περιγραφεί συνολικά η οικονομική θέση των οργανισμών.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι τα νοσοκομεία της μελέτης βελτίωσαν την οικονομική τους θέση και εφάρμοσαν με συνέπεια τις πολιτικές για την υγεία μέσα από την διοικητική και οργανωτική τους λειτουργία. Επίσης ήταν πιο αποδοτικά καθώς ανταποκρίθηκαν στο έργο τους και βελτίωσαν την σχέση εισροών που χρησιμοποίησαν και εκροών που παρήγαγαν την περίοδο 2012-2016.

Τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. αύξησαν σημαντικά τα ίδια κεφάλαιά τους, μείωσαν τις υποχρεώσεις τους προς τους προμηθευτές τους και προσπάθησαν να εκτελέσουν με συνέπεια των προϋπολογισμό τους για την περίοδο 2012-2016. Επίσης επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία περισσότεροι ασθενείς είτε σαν εξωτερικοί είτε σαν εσωτερικοί ασθενείς και τα νοσοκομεία χρησιμοποίησαν πιο αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους τους. Βελτίωσαν την σχέση εσόδων –εξόδων, ενώ μειώθηκε σημαντικά το μέσο κόστος νοσηλείας τόσο από την μείωση των δαπανών εκτός μισθοδοσίας όσο και από την μείωση του κόστους μισθοδοσίας.

Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στην περίοδο της οικονομικής κρίσης κυρίως μέσα από την οριζόντια περικοπή των δαπανών αλλά και η ανταπόκριση από τα νοσοκομεία στην αύξηση της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας είχαν σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. Παρόλα αυτά χρειάζεται να γίνουν μεταρρυθμίσεις που να αφορούν τις διαρθρωτικές ανεπάρκειες των νοσοκομείων αλλά και τα προβλήματα που δημιούργησε η οικονομική κρίση, προκειμένου τα νοσοκομεία να συνεχίσουν να είναι αποδοτικά αλλά και να ανταποκρίνονται στον στόχο της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, για τις υγειονομικές ανάγκες που καλύπτουν.

Λέξεις – Κλειδιά: Αποδοτικότητα, Δημόσια Νοσοκομεία, Αριθμοδείκτες και Δείκτες Αξιολόγησης.

ABSTRACT

The purpose of this research is the financial evaluation and comparative study of the eight major public hospitals in the 1st Health Region of Greece for the period 2012-2016, in order to answer whether the large hospitals of the 1st Health Region of Greece were efficient and improved their financial position. The tool of the financial ratio was used through the analysis of the financial statements as well as effectiveness and cost efficiency performance indicators, to describe the financial position of the organizations as a whole.

Study hospitals improved their financial position and consistently implemented health policies through their administrative and organizational functioning. They were also more efficient as they responded to their duty and improved the ratio of inputs they used and outputs produced during the 2012-2016 period.

The analysis showed that the hospitals significantly increased their own funds, reduced their obligations to their suppliers and tried to consistently execute their budget for the 2012-2016 period. More patients visited the hospitals, either as external or internal patients, and hospitals made more efficient use of their available resources. They improved the revenue-expenditure ratio and they reduced the average cost of hospitalization by reducing both non-payroll costs and payroll costs.

The reforms implemented during the financial crisis mainly through the horizontal cut of costs but also the hospitals response to the increase in demand for hospital health services have resulted in improved efficiency of the hospitals of the 1st Health Region of Greece. However, reforms need to be made to address the structural inadequacies of hospitals and the problems created by the financial crisis in order for hospitals to continue to be efficient and meet the objective of equality in access to health services and the quality of services provided, for the health needs they cover.

Keywords: Efficiency, Public Hospitals, Financial Ratios and Performance indicators.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Εικόνων / Γραφημάτων.....	viii
Κατάλογος Πινάκων	ix
Συνομογραφίες & Ακρωνύμια	xi
1 Εισαγωγή	1
2 Η οργάνωση και η λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.	5
2.1 Η οργάνωση και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων	5
2.2 Οι νομοθετικές ρυθμίσεις στην λειτουργία των νοσοκομείων την περίοδο της οικονομικής κρίσης 6	
2.3 Η εισαγωγή της λογιστικής πληροφορίας στο Δημόσια Νοσοκομεία	9
3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	12
4 Μεθοδολογία.....	17
4.1 Γενικά.....	17
4.2 Δεδομένα.....	20
5 Αποτελέσματα.....	22
5.1 Παρουσίαση των νοσοκομείων.....	22
5.1.1 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. 23	
5.1.2 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό».....	24
5.1.3 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»	24
5.1.4 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»	25
5.1.5 Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία».....	25
5.1.6 Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο –Αμαλία Φεμγκ».....	26
5.1.7 Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ- Το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης	27
Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ	27
5.1.8 Το Γενικό Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα»	28
5.2 Η ανάλυση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων των νοσοκομείων με την χρήση αριθμοδεικτών.....	29
5.2.1 Οι αριθμοδείκτες.....	31
5.2.2 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας (Liquidity Ratio)	33
<i>Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας ή Κεφαλαίου Κίνησης (Current Ratio)</i>	33
<i>Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας (Quick Ratio)</i>	36
<i>Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας (Cash Ratio)</i>	37
5.2.3 Αριθμοδείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης	38

Αριθμοδείκτης ίδια κεφάλαια προς Δανειακά Κεφάλαια (<i>Debt-equity Ratio</i>).....	39
Αριθμοδείκτης Ίδια Κεφάλαια προς Πάγια Κεφάλαια (<i>Fixed Assets Cover Ratio</i>).....	40
5.2.4 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας.....	42
Αριθμοδείκτης Λειτουργικών Κερδών (<i>Operating Ratio</i>)	42
Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων (<i>Return On Equity</i>).....	45
5.2.5 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας ή Κυκλοφοριακής Ταχύτητας	46
Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων (<i>Inventory Turnover Ratio</i>) και Μέση Διάρκεια Παραμονής των Αποθεμάτων (<i>Stock Holding Period</i>)	46
Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων από Πελάτες (<i>Receivables Turnover Ratio</i>) και Μέση Διάρκεια Είσπραξης Απαιτήσεων (<i>Average Collection Period</i>)	49
Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων (<i>Creditors Payable Turnover Ratio</i>) και Μέση Διάρκεια Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμών Υποχρεώσεων (<i>Average Payment Period</i>)	52
5.2.6 Αποτελέσματα της ανάλυσης των αριθμοδεικτών	56
5.3 Η αξιολόγηση των νοσοκομείων με δείκτες αποδοτικότητας και οικονομικότητας	58
5.3.1 Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης.....	58
5.3.2 Δείκτες αποδοτικότητας-οικονομικότητας	58
5.3.3 Λειτουργικοί δείκτες της νοσηλευτικής δραστηριότητας των δημόσιων νοσοκομείων Εξετασθέντες στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ.....	61
Ο Αριθμός των κλινών και ο αριθμός των νοσηλευθέντων.....	63
Ο Αριθμός του συνόλου των Εργαζόμενων.....	64
5.3.4 Ανάλυση της πληρότητας των κλινών	65
Η μέση ετήσια πληρότητα κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας	65
Ρυθμός εισροής ασθενών και μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη.	67
5.3.5 Η ανάλυση του κόστους νοσηλείας	70
Έννοια του κόστους και βασικές αρχές λογισμού του σύμφωνα με το ΠΔ 146/2003	70
Το μέσο κόστος νοσηλείας.	70
Το μέσο κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας)	74
Το μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία	76
Σταθμισμένη επίδραση των ομάδων κόστους στην διαμόρφωση του συνολικού κόστους νοσηλείας	78
5.3.6 Συμπεράσματα από την ανάλυση των δεικτών αποδοτικότητας και οικονομικότητας.	82
6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
Βιβλιογραφία	94
Ελληνική	94
Ξενόγλωσση.....	96

Νόμοι, Προεδρικά Διατάγματα και Εγκύκλιοι	97
Διαδικτυακοί Τόποι.....	99
Παράρτημα 1.....	100

Κατάλογος Εικόνων / Γραφημάτων

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 5-1: Χάρτης των νοσοκομείων της 1 ^{ης} Υ.Πε. Αττικής	22
Εικόνα 5-2: Το πρώτο αυτοκίνητο αιμοληψίας (1963)-Νοσοκομείο Ιπποκράτειο	25
Εικόνα 5-3: Η βεράντα της αεροθεραπείας στο νεόδμητο κτίριο του Μεγάλου Λαϊκού- Νοσοκομείο Σωτηρία	26

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 5-1: Ρυθμός μεταβολής των απαιτήσεων και των υποχρεώσεων του ΜΟΔ των νοσοκομείων	35
Γράφημα 5-2: Η εξέλιξη του αριθμοδείκτη Ίδια κεφάλαια προς Ξένα Κεφάλαια	40
Γράφημα 5-3: Εξέλιξη της τιμής του ΜΟΔ των νοσοκομείων για τον αριθμοδείκτη λειτουργικών κερδών.....	44
Γράφημα 5-4: Εξέλιξη του αριθμοδείκτη της Μέσης Διάρκειας Παραμονής Αποθεμάτων ...	49
Γράφημα 5-5: Αριθμοδείκτης μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων για τα νοσοκομεία της 1 ^{ης} Υ.Πε.	52
Γράφημα 5-6: Εξέλιξη του δείκτη μέσης διάρκειας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων για τα νοσοκομεία της 1 ^{ης} Υ.Πε.	55
Γράφημα 5-7: Εξέλιξη του μέσου κόστους νοσηλείας το διάστημα 2012-2016.....	71
Γράφημα 5-8: Η εξέλιξη του μέσου κόστους νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας).....	74
Γράφημα 5-9: Εξέλιξη του μέσου κόστους μισθοδοσίας ανά νοσηλεία	76
Γράφημα 5-10 Διαμόρφωση της μεταβολής του μέσου όρου του κόστους νοσηλείας.....	80
Γράφημα 5-11:Μεταβολή στοιχείων κόστους στα νοσοκομεία «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα»-«Σωτηρία».....	81
Γράφημα 5-12: Μεταβολή στοιχείων κόστους στα νοσοκομεία	81

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2-1: Κοινωνικός Προϋπολογισμός «Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015».....	7
Πίνακας 2-2: Κοινωνικός Προϋπολογισμός «Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2015-2018».....	7
Πίνακας 5-1: Παρουσίαση λειτουργικών στοιχείων 1 ^{ης} Υ.Πε.....	23
Πίνακας 5-2: Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας	34
Πίνακας 5-3: Σύγκριση τιμών αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας με αριθμοδείκτη ειδικής ρευστότητας.....	36
Πίνακας 5-4: Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας.....	38
Πίνακας 5-5: Αριθμοδείκτης Ίδια κεφάλαια προς Καθαρά Πάγια	41
Πίνακας 5-6: Αριθμοδείκτης Λειτουργικών Κερδών	43
Πίνακας 5-7: Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων	45
Πίνακας 5-8: Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακή Ταχύτητα αποθεμάτων	48
Πίνακας 5-9: Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων (ΑΤΕΑ)και Μέση Διάρκεια Είσπραξης Απαιτήσεων (ΑΜΔΕΑ).....	50
Πίνακας 5-10:Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων και Μέση Διάρκεια Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων.....	54
Πίνακας 5-11: Αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ.....	62
Πίνακας 5-12: Αριθμός κλινών και αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών	63
Πίνακας 5-13:Αριθμός συνόλου εργαζομένων.....	64
Πίνακας 5-14: Μέση ετήσια πληρότητα κλινών.....	65
Πίνακας 5-15: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.....	67
Πίνακας 5-16: Ρυθμός Εισροής Ασθενών	68
Πίνακας 5-17:Μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη.....	69
Πίνακας 5-18:Το μέσο κόστος νοσηλείας και ο ρυθμός μεταβολής του.....	72
Πίνακας 5-19: Αναλογία του κόστους μισθοδοσίας στο συνολικό λειτουργικό κόστος.....	73

Πίνακας 5-20: Το μέσο κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας)	75
Πίνακας 5-21: Το μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία και η μεταβολή του 2012-2016.	77
Πίνακας 5-22: Σταθμισμένη μεταβολή των στοιχείων του συνολικού κόστους νοσηλείας....	79

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

1 ^η Υ.Πε.	1 ^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
ΑΤΕΑ	Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων
ΑΜΔΕΑ	Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Είσπραξης Απαιτήσεων
ΑΤΕΒΥ	Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων
ΑΜΔΕΒΥ	Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων
Ε.Γ.Λ.Σ.	Ελληνικό Γενικό Λογιστικό Σχέδιο
Ε.Κ.Α.	Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης
Ε.Ο.Π.Π.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Ε.Ν.	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΜΟΝ	Μέσος Όρος του Νοσοκομείου
ΜΟΔ	Μέσος Όρος του Δείγματος

1 Εισαγωγή

Τα δημόσια νοσοκομεία καλούνται να προσφέρουν την πλήρη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού μιας περιφέρειας, μέσα από ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και ένα σύνολο ενεργειών που αποβλέπουν στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών στο ελάχιστο δυνατό κόστος. Παράλληλα τα νοσοκομεία χρειάζεται να ανταποκριθούν στο κριτήριο της προσβασιμότητας, δηλαδή της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, για τις υγειονομικές ανάγκες που καλύπτουν.

Για την περίοδο 2012-2016 που αναφέρεται η μελέτη, τα νοσοκομεία κλήθηκαν να επιτύχουν τους παραπάνω στόχους, μέσα σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης που είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας και του ανασφάλιστου πληθυσμού, την μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, την όξυνση των ανισοτήτων και τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Το έργο των νοσοκομείων ήταν ακόμα πιο δύσκολο καθώς εκτός από τις δυσκολίες που τους δημιουργούσε το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, έπρεπε να διαχειριστούν και εσωτερικές αδυναμίες αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους, όπως: την κατανομή και την αναλογία του ανθρώπινου δυναμικού, την έλλειψη συστημάτων προτυποποίησης διαδικασιών, την απουσία του ιατρικού ηλεκτρονικού φακέλου και την έλλειψη ενιαίου πληροφοριακού συστήματος.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η οικονομική αξιολόγηση και η συγκριτική μελέτη των οκτώ μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (Υ.Πε.) για την περίοδο 2012-2016, προκειμένου να απαντηθεί αν τα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. ήταν αποδοτικά και βελτίωσαν την οικονομική τους θέση, ενώ ταυτόχρονα ήταν αποτελεσματικά στην οργάνωση και την λειτουργία τους, έτσι ώστε μέσα στις διαμορφωμένες συνθήκες της οικονομικής ύφεσης να στηρίζουν την υγεία του πληθυσμού και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιήσα δύο προσεγγίσεις: 1) μελέτησα την αποδοτικότητα των νοσοκομείων, αναφορικά με την χρησιμοποίηση καθορισμένων πόρων, για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού που εξυπηρετούν, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και 2) εξέτασα πως επηρεάστηκε η οικονομική θέση και τα οικονομικά αποτελέσματα των νοσοκομείων της μελέτης από τις πολιτικές για την υγεία που εφαρμόστηκαν και ειδικά από την μείωση της χρηματοδότησης αλλά και τις προσπάθειες που έγιναν με στόχο τον περιορισμό του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων.

Η οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομείων ύστερα από την έλευση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, τίθεται στο επίκεντρο, καθώς οι φορείς καλούνται να ανταπεξέλθουν στην ικανοποίηση αυξημένων αναγκών υγείας με λιγότερους πόρους με κριτήριο όμως την κοινωνικά δίκαιη κατανομή των πόρων και την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομεία επίσης είναι πολύπλοκοι οργανισμοί με ιδιόμορφη δομή και πολλά επίπεδα οργάνωσης. Μέσα από την εξέταση της οικονομικής τους θέσης, θα μελετηθεί και θα αξιολογηθεί η οργανωτική λειτουργία και η διοικητική επίδοση των νοσοκομείων με προοπτική, την αναζήτηση της καλύτερης οργάνωσης των λειτουργικών και οικονομικών παραγόντων του συστήματος νοσοκομείου.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα είναι η ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων με αριθμοδείκτες ρευστότητας, δραστηριότητας, αποδοτικότητας και κεφαλαιακής διάρθρωσης καθώς και η ανάλυση δεικτών αξιολόγησης της αποδοτικότητας και της οικονομικότητας των νοσοκομείων με βάση τα οικονομικά στοιχεία που είναι καταχωρημένα στις οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων και τα λειτουργικά στοιχεία στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων ESY-net του Υπουργείου Υγείας.

Η 1^η Υ.Πε. διαθέτει τις περισσότερες κλίνες και δέχεται τις περισσότερες επισκέψεις, σε σχέση με όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας και συνεπώς τα νοσοκομεία της και ειδικά τα μεγάλα νοσοκομεία αποτελούν βαρόμετρο για όλο το σύστημα υγείας και η αποτύπωση της οικονομικής τους κατάστασης είναι σημαντική για την αξιολόγηση όλων των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) Η οικονομική αξιολόγηση και η συγκριτική μελέτη μεταξύ των μονάδων υγείας θα υποδείξει ποιες από αυτές λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και είναι πιο αποδοτικές από το σύνολο των μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. καθώς επίσης θα επισημάνει τις προοπτικές που υπάρχουν για την βιωσιμότητα τους στο μέλλον και τα σημεία που αποτελούν κινδύνους και μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στην λειτουργία τους.

Μέσα από την ανάλυση μπορούν να εκτιμηθούν οι παρεμβάσεις που έγιναν συνολικά στην λειτουργία των νοσοκομείων αλλά και ειδικά να μετρηθεί η διαφορετική επίδοση του κάθε νοσοκομείου αναφορικά με αυτές. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να βοηθήσουν ώστε να τεθούν στόχοι για την οικονομική και λειτουργική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων της μελέτης βάση των ειδικών χαρακτηριστικών του κάθε νοσοκομείου και των δυνατών και των αδύνατων σημείων του.

Η οικονομική αξιολόγηση των νοσοκομείων στην παρούσα μελέτη θα προσπαθήσει να επισημάνει ότι τα συμπεράσματα της χρηματοοικονομικής ανάλυσης με αριθμοδείκτες επιβεβαιώνονται από τους δείκτες που μετρούν την οικονομική και λειτουργική αποδοτικότητα των νοσοκομείων αλλά ταυτόχρονα αυτοί οι δείκτες μετρούν και άλλες διαστάσεις της οικονομικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων και ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνολικά, σαν ένα εργαλείο που θα εκτιμά τα αποτελέσματα των νοσοκομείων μέσα σε συγκεκριμένες μακροοικονομικές συνθήκες.

Στην βιβλιογραφία μέχρι τώρα η οικονομική αξιολόγηση των δημόσιων νοσοκομείων, μέσα από τις οικονομικές τους καταστάσεις επικεντρώνεται στην επεξεργασία των βασικών κινδύλων των λογαριασμών τους, σε συνδυασμό με δείκτες λειτουργικών μεγεθών (Λάζαρη, 2017). Σε πολλές μεταπτυχιακές εργασίες γίνεται οικονομική αξιολόγηση δημόσιων νοσοκομείων με την μέθοδο των αριθμοδεικτών αλλά συνήθως απουσιάζει η αξιολόγηση των δημόσιων νοσοκομείων βάσει δεικτών οικονομικής και λειτουργικής αποδοτικότητας για τις υπηρεσίες υγείας (Σαραντοπούλου, 2018). Επίσης υπάρχουν αρκετές μελέτες που επικεντρώνονται μόνο στην λειτουργική και οικονομική αξιολόγηση των νοσοκομείων μέσω δεικτών από την πλατφόρμα ESY-net (Καστανιώτη, 2016). Ακόμα δεν υπάρχει καμία μελέτη οικονομικής αξιολόγησης με αριθμοδείκτες, που να έχει σαν δείγμα της όλα τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. ή τα μεγάλα νοσοκομεία αυτής.

Η συγκεκριμένη μελέτη διαφέρει από τις προηγούμενες στο ότι χρησιμοποιεί την ανάλυση των αριθμοδεικτών σε συνδυασμό με την ανάλυση των δεικτών αποδοτικότητας και οικονομικότητας για τις υπηρεσίες υγείας, στο δείγμα των μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. Ακόμα έχουν συνυπολογιστεί στο συνολικό κόστος, τα στοιχεία του κόστους της τακτικής μισθοδοσίας, η οποία επιχορηγείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και η οποία συχνά δεν περιλαμβάνεται στις δημοσιευμένες μελέτες για τα νοσοκομεία. Για την ανάλυση του κόστους τα δεδομένα, έχουν εξαχθεί από τις ελεγμένες από εξωτερικούς ορκωτούς ελεγκτές, οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων, ώστε να υπάρχει τυποποίηση, συνέχεια και αξιοπιστία των δεδομένων.

Η εργασία χωρίζεται σε έξι κεφάλαια. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της λειτουργίας και της οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων όπως η λειτουργική δομή, οι μορφές χρηματοδότησης, οι νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και η λογιστική πληροφορία για τα δημόσια νοσοκομεία. Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών και άρθρων που εξετάζουν την χρηματοοικονομική

ανάλυση και την ανάλυση με δείκτες αποδοτικότητας για την λειτουργία των νοσοκομείων. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία και τα δεδομένα της μελέτης ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εργασίας. Γίνεται μια σύντομη περιγραφή και παρουσίαση των οκτώ νοσοκομείων, της χρηματοοικονομικής ανάλυσης και της ανάλυσης με το μέσο των αριθμοδεικτών. Ακολουθεί η παράθεση των εμπειρικών δεδομένων για τα νοσοκομεία της μελέτης και συμπεράσματα από την ανάλυση των αριθμοδεικτών. Στην συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται μια σύντομη παρουσίαση της θεωρητικής ανάλυσης για την εφαρμογή των δεικτών αξιολόγησης, ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων με τους δείκτες αποδοτικότητας και οικονομικότητας και συμπεράσματα από την ανάλυση των δεικτών. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων, αναφέρονται τα γενικά συμπεράσματα από την ανάλυση και γίνονται σχετικές προτάσεις.

2 Η οργάνωση και η λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

2.1 Η οργάνωση και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία είναι ιδιόμορφοι οργανισμοί καθώς δεν στοχεύουν απαραίτητα στην δημιουργία κερδών, υπόκεινται σε στενό κρατικό έλεγχο και απορροφούν το ήμισυ των δαπανών για την υγεία (Σούλης, 1999). Διακρίνονται από ειδικά χαρακτηριστικά όπως την ιδιαιτερότητα του τύπου οργάνωσής τους, την ύπαρξη πολλών ομάδων επαγγελματιών μέσα σε αυτά, τον ιδιαίτερο ρόλο του ιατρού στην παραγωγική διαδικασία και την επίδραση της οργάνωσης του συστήματος υγείας στην λειτουργία τους. Στην Ελλάδα τα νοσοκομεία κατέχουν βασικό ρόλο στην λειτουργία του Ε.Σ.Υ. λόγω του μεριδίου που έχουν στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και του μεγάλου αριθμού ασθενών που τα επισκέπτεται καθώς παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών από την πρωτοβάθμια ως την τριτοβάθμια περίθαλψη. Η ευρεία και πολύπλοκη σύνθεση των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν τα νοσοκομεία οφείλεται στο ότι απουσιάζει πλήρως ένας μηχανισμός ελέγχου, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στο σύστημα υγείας και στις υπηρεσίες του (Οικονόμου, 2012).

Η οργάνωση και η λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. βασίζεται στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο και στον Οργανισμό τους. Στον Οργανισμό του κάθε νοσοκομείου καθορίζονται βασικά χαρακτηριστικά όπως η νομική μορφή, η επωνυμία, οι τομείς και τα τμήματα στους οποίους διαρθρώνονται οι υπηρεσίες του. Επίσης καθορίζονται ο αριθμός των κλινών, οι θέσεις και η ιεραρχία του προσωπικού. Τα γενικά νοσοκομεία απαρτίζονται από τέσσερις υπηρεσίες οι οποίες είναι η Ιατρική, η Νοσηλευτική, η Διοικητική και η Τεχνική και οι οποίες συνεργάζονται μεταξύ τους για τη επίτευξη των στόχων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων είναι ο Διοικητής και το Διοικητικό Συμβούλιο και τα επιστημονικά όργανα του νοσοκομείου όπως το Επιστημονικό Συμβούλιο.

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων προέρχεται κυρίως από δημόσιους πόρους και συγκεκριμένα από τις μεταβιβάσεις από τους ασφαλιστικούς φορείς (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), από τις επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό και από μια μικρή συμμετοχή από τις

ιδιωτικές πληρωμές όπως φαίνεται και από τους πίνακες 2-1 και 2-2. Τα έσοδα αυτά για τον κάθε οργανισμό προϋπολογίζονται βάση των δημοσιονομικών ορίων και των πραγματικών αναγκών του κάθε φορέα ώστε να καλυφθούν με ορθολογικά κριτήρια οι ανάγκες του κοινωνικού συνόλου. Μάλιστα η στόχευση για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων προβλέπει ότι το μεγαλύτερο μερίδιο της χρηματοδότησής τους, θα προέρχεται από τις τακτικές επιχορήγησης του κρατικού προϋπολογισμού.

Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό εξυπηρετούν λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων και τις επενδύσεις σε κεφαλαιουχικό εξοπλισμό. Επίσης από τον κρατικό προϋπολογισμό καλύπτεται η τακτική μισθοδοσία του προσωπικού, ενώ οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποζημιώνουν τα νοσοκομεία για τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους και τα έσοδα αυτά συμπληρώνουν τις δαπάνες που χρειάζονται τα νοσοκομεία για να λειτουργήσουν. Σημειώνεται ότι τα έσοδα που αποζημιώνει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα νοσοκομεία είναι καθορισμένα και αποτυπώνονται στους προϋπολογισμούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

2.2 Οι νομοθετικές ρυθμίσεις στην λειτουργία των νοσοκομείων την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Στην Ελλάδα από το 2010 και έπειτα έχουν εφαρμοστεί πληθώρα μεταρρυθμίσεων με σκοπό την συγκράτηση κυρίως της δημόσιας χρηματοδοτούμενης δαπάνης και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών για την υγεία και το φάρμακο. Η προσπάθεια συγκράτησης και ελέγχου των δαπανών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. υπογραμμίζεται σε όλες τις δανειακές συμβάσεις και το Μεσοπρόθεσμο καθώς και σε όλους τους νόμους που ψηφίστηκαν για την εφαρμογή των συμφωνιών και του οικονομικού προγράμματος. Στον πίνακα 2-1 παρουσιάζεται ο Κοινωνικός Προϋπολογισμός ο οποίος συμφωνήθηκε να τηρηθεί στα πλαίσια του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου για την περίοδο 2012-2015. Στον σχεδιασμό αυτό υπάρχει στόχευση για συστηματική μείωση των δαπανών των νοσοκομείων καθώς προϋπολογίζεται ότι το σύνολο των δαπανών των νοσοκομείων θα μειωθεί κατά 41,30% δηλαδή από 3.523εκ.€ το 2011 σε 2.068εκ.€ το 2015.

Πίνακας 2-1: Κοινωνικός Προϋπολογισμός «Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015»

Κοινωνικός Προϋπολογισμός «Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015»					
Νοσοκομεία	2011 (εκτέλεση)	2012	2013	2014	2015
Έσοδα	3.020	2.790	2.590	2.440	2.340
Μεταβιβάσεις από ασφαλιστικούς φορείς	1.350	1.250	1.150	1.000	900
Επιχορηγήσεις από Τακτ. Π/Υ	1.650	1.500	1.400	1.400	1.400
Ίδια έσοδα	20	40	40	40	40
Έξοδα	3.523	2.622	2.469	2.286	2.068
Δαπάνες για προμήθεια ιατροφαρμ. Και λοιπού υλικού	3.051	2.272	2.109	1.946	1.748
Λοιπές	472	350	360	340	320
ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	-503	168	121	154	272

Πηγή: Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2015-2018 (οι τιμές είναι σε εκ. €).

Η ίδια κατεύθυνση περιλαμβάνεται και στο Μεσοπρόθεσμο που έχει ψηφιστεί και ισχύει για το διάστημα 2015-2018, βάση του οποίου έχουν συνταχθεί και οι προϋπολογισμοί του 2015 και 2016 για τα νοσοκομεία (πίνακας 1-2). Και εδώ υπάρχει δέσμευση για συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων της τάξης του 33,30% το 2018 σε σχέση με το 2014 και εξοικονόμηση 793εκ.€.

Πίνακας 2-2: Κοινωνικός Προϋπολογισμός «Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2015-2018»

Κοινωνικός Προϋπολογισμός «Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2015-2018»					
Νοσοκομεία	2014 (εκτέλεση)	2015	2016	2017	2018
Έσοδα	2319	2158	2158	2158	2158
Μεταβιβάσεις από ασφαλιστικούς φορείς	1000	900	900	900	900
Επιχορηγήσεις από Τακτ. Π/Υ	1197	1086	1086	1086	1086
Μεταβιβάσεις από ειδική πίστωση για εκκαθάριση ληξιπρόθεσμων .		0	0	0	0
Ίδια έσοδα	122	172	172	172	172
Έξοδα	2381	1784	1553	1570	1588
Δαπάνες για προμήθεια ιατροφαρμ. υλικού	1560	1161	994	1007	1020
Δαπάνες προσωπικού	192	186	186	186	186
Υπηρεσίες	556	437	373	377	382
Δαπάνες για ληξιπρόθεσμο	73	0	0	0	0
ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	-62	374	605	588	570

Πηγή: Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2015-2018 (οι τιμές είναι σε εκ. €).

Στα πλαίσια της προσπάθειας του περιορισμού των δαπανών των νοσοκομείων μέσω του εξορθολογισμού τους, το 2011 με την Υπουργική Απόφαση Υ4α/84627/ΦΕΚ 1681/τ'Β/ 28-07-2011, αποφασίζεται η διασύνδεση των 138 νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. σε 77 νέα. Για το

κάθε διασυνδεδεμένο νοσοκομείο καθορίστηκε μειωμένος αριθμός οργανικών κλινών και νέα διοίκηση και συνολικά οι οργανικές κλίνες του Ε.Σ.Υ. μειώθηκαν από 46.783 σε 36.035. Ο νέος οργανισμός θα καταρτίζει πλέον έναν Ισολογισμό, αυτό του ενοποιημένου νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ.146/2003 με ημερομηνία έναρξης την 01/01/2013. Επίσης με τον Ν. 4238/2014 τα Κέντρα Υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους μεταφέρονται από την αρμοδιότητα των Νοσοκομείων και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Υ.Πε.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη ο Ν. 3918/2011 καθιερώνει ποσό επιστροφής (rebate) για τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. το οποίο ανέρχεται στο 5% επί της φαρμακευτικής τους δαπάνης. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται επί του τιμολογίου αγοράς και μειώνει απευθείας την υποχρέωση των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές φαρμάκων. Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας ΓΔΟΥ2314/ΦΕΚ 2758/τ'Β/18-12-2015 ορίζεται μηχανισμός αυτόματης εισφοράς (clawback) για τη φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων για το έτος 2016 στο όριο των €50 εκ. Εάν στο τέλος του κάθε εξαμήνου η σχετική νοσοκομειακή δαπάνη έχει ξεπεράσει το συγκεκριμένο ποσό τότε το υπερβάλλον ποσό επιστρέφεται μέσω του μηχανισμού clawback μετά την αφαίρεση του rebate. Το ποσό της επιστροφής θεωρείται έσοδο και επιστρέφεται με γραμμάτιο είσπραξης στον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Το 2012 έγινε αλλαγή στον τρόπο αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με την εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) με την Υπουργική Απόφαση Υ4α/85649/27-7-2011 (ΦΕΚ 1702/τ. Β'/1-8-2011). Ο νέος τρόπος τιμολόγησης έχει ως σκοπό να ομαδοποιήσει σε κατηγορίες όλες τις νοσηλείες των ασθενών προκειμένου να αποζημιώνονται τα νοσηλευτικά ιδρύματα από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στη βάση των πόρων που καταναλώνονται για κάθε ασθενή. Επίσης με το άρθρο 33 του Ν 4368/2016 παρέχεται νοσοκομειακή περίθαλψη σε άτομα που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους κάλυψη λόγω οφειλών στα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως μεταξύ άλλων οι πρόσφυγες.

Όσο αφορά την δημοσιονομική διαχείριση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων το Π.Δ.113/2010 και στη συνέχεια ο Ν.4270/2014 εισάγουν και οριοθετούν τον έλεγχο και την εποπτεία στις λειτουργικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων με τους κλειστούς προϋπολογισμούς. Τα όρια των πιστώσεων των λογαριασμών εξόδων για το κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα προϋπολογίζονται από τις αρμόδιες Υ.Πε. σύμφωνα με τον κρατικό

προϋπολογισμό, είναι δεσμευτικά και δεν μπορούν να αυξηθούν παρά μόνο με έγκριση του Υπουργείου Υγείας.

Επίσης στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής για τα έτη 2013-2016 (Ν.4093/2012) καθορίζετε στους βασικούς στόχους του προγράμματος, η λειτουργική ενίσχυση του μητρώου δεσμεύσεων για τον έλεγχο των υποχρεώσεων όλων των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης, με στόχο τη μη συσσώρευση ληξιπρόθεσμων οφειλών στο μέλλον. Η παραπάνω στόχευση είχε σαν αποτέλεσμα τον πολύ αυστηρό έλεγχο των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές τους και την εξασφάλιση της απαραίτητης χρηματοδότησης σε περίπτωση παρέκκλισης των στόχων μέσω των έκτακτων επιχορηγήσεων για ληξιπρόθεσμες οφειλές.

Με βάση το νόμο 4024/11 (ΦΕΚ Α'226/27.10.2011) προσδιορίστηκε καινούργιο ενιαίο μισθολόγιο για τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα το οποίο εφαρμόστηκε από 1/11/2011. Το μισθολόγιο αυτό καθόρισε ένα κοινό μισθό για όλους τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα και περιόρισε τα μισθολογικά κόστη. Στη συνέχεια με το νόμο 4093/12 (ΦΕΚ Α'222/12.12.0212) καταργούνται από 1/01/2013 τα επιδόματα Χριστουγέννων, Πάσχα και αδείας για όλους τους δημοσίους υπαλλήλους και καθορίζονται οι νέοι μηνιαίοι βασικοί μισθοί όλων των βαθμών των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Παράλληλα σύμφωνα με τον νόμο 3833/10 (ΦΕΚ Α'40/15.3.2010) και στη συνέχεια με τις τροποποιήσεις του νόμου το 2011 και το 2012 (Ν.3986 και ο Ν.4093) ορίστηκε περιορισμός των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα για το διάστημα 2011-2016 και συγκεκριμένα ο αριθμός των ετήσιων προσλήψεων και διορισμών του μόνιμου προσωπικού δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος συνολικά από το λόγο 1 προς 5, δηλαδή μία πρόσληψη ανά πέντε αποχωρήσεις για την περίοδο. Όλες οι παραπάνω αλλαγές είχαν σαν αποτέλεσμα να μειώσουν τον αριθμό των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και το κόστος μισθοδοσίας τους.

2.3 Η εισαγωγή της λογιστικής πληροφορίας στο Δημόσια Νοσοκομεία

Η εισαγωγή της λογιστικής πληροφορίας στα δημόσια Νοσοκομεία έγινε με την εφαρμογή του ΠΔ 146/2003 «Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου έναρξης εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημόσιων Μονάδων Υγείας». Με βάση το Π.Δ. επιβάλλεται η

εφαρμογή στα δημόσια νοσοκομεία, από 01/01/2004 της γενικής λογιστικής και από 01/01/2005 της αναλυτικής λογιστικής. Μέχρι τότε τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούσαν μόνο με την απλογραφική μέθοδο και το Δημόσιο Λογιστικό Σύστημα.

Το Δημόσιο Λογιστικό σύστημα είναι ένα απλογραφικό σύστημα παρακολούθησης των Εσόδων και των Εξόδων της μονάδας υγείας μέσα από τα όρια των πιστώσεων του Προϋπολογισμού. Με βάση τα όρια των πιστώσεων που δίνονται σε κάθε Νοσοκομείο , γίνεται μια ταμειακή παρακολούθηση των εισπράξεων και των πληρωμών της μονάδας υγείας δηλαδή μια καταγραφή της διαχείριση του δημοσίου χρήματος (Πολύζος, 2007). Το παραπάνω λογιστικό σύστημα δεν μπορεί να απεικονίσει όλα τα λογιστικά γεγονότα π.χ. ως έσοδο υπολογίζεται μόνο το ταμειακό έσοδο και όχι τα έσοδα την στιγμή που δημιουργούνται, δεν μπορεί να προσδιορίσει οικονομικό αποτέλεσμα κέρδος ή ζημιά και δεν μπορεί να παρέχει παρά μόνο εξωλογιστικά στοιχεία για το κόστος λειτουργίας της μονάδας υγείας.

Το κλαδικό λογιστικό σχέδιο των νοσοκομείων ορίζει ότι το σχέδιο λογαριασμών των δημόσιων μονάδων χωρίζεται σε 3 ανεξάρτητα μέρη τα οποία συλλειτουργούν: οι λογαριασμοί ουσίας, ομάδες 1 έως 8 όπου καλύπτουν τις ανάγκες της γενικής λογιστικής, οι λογαριασμοί της αναλυτικής λογιστικής, ομάδα 9 και οι λογαριασμοί τάξεως στην 10^η ομάδα (0) στους οποίους παρακολουθείται η εκτέλεση του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου και γίνεται σύνδεση με το Δημόσιο Λογιστικό Σύστημα.

Με βάση το Π.Δ 146/2003 υποχρεωτικά στο τέλος κάθε χρήσης καταρτίζονται οι παρακάτω οικονομικές καταστάσεις: Ισολογισμός, η Κατάσταση του Λογαριασμού Αποτελεσμάτων Χρήσης, ο Πίνακας Διάθεσης Αποτελεσμάτων και η κατάσταση του Λογαριασμού Γενικής Εκμετάλλευσης. Από τις παραπάνω καταστάσεις μόνο η κατάσταση του λογαριασμού Γενικής Εκμετάλλευσης δεν δημοσιεύεται. Τα πρότυπα σύνταξης των παραπάνω καταστάσεων ακολουθούν τις αρχές των κατ' είδος συγκέντρωσης των αποθεμάτων, των εσόδων και των εξόδων και την αρχή της κατάρτισης του λογαριασμού Γενικής Εκμετάλλευσης με λογιστικές εγγραφές και συμβαδίζον με τις οδηγίες και την μορφή που προβλεπόταν στο Ε.Γ.Λ.Σ.(Π.Δ.1123/1980) προσαρμοσμένα στις ανάγκες των δημόσιων μονάδων υγείας.

Στην κατάσταση του Ισολογισμού τέλους χρήσης εμφανίζονται τα υπόλοιπα των λογαριασμών του Ενεργητικού, του Παθητικού και της Καθαρής Θέσης αλλά και τα χρεωστικά και τα πιστωτικά υπόλοιπα των λογαριασμών τάξεως που παρακολουθούνται στα νοσοκομεία.

Ακόμα με την κατάρτιση του λογαριασμού αποτελεσμάτων χρήσης υπολογίζονται τα αποτελέσματα της μονάδας υγείας κέρδη ή ζημιές και γίνεται και η διάθεση των αποτελεσμάτων τα οποία αποτυπώνονται στις αντίστοιχες Οικονομικές Καταστάσεις.

Η λογιστική πληροφορία για τα νοσοκομεία είναι πολύ σημαντική λόγω της συνεχούς αύξησης των δαπανών για την υγεία και του σημαντικού τμήματος του ΑΕΠ που αποτελούν αυτές οι δαπάνες. Στην Ελλάδα οι δαπάνες αυτές το 2017 αντιπροσώπευαν το 8,04% του ΑΕΠ της χώρας (Oecd Data, 2017). Επίσης τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα βρίσκονται αντιμέτωπα με πολιτικές για την συγκράτηση των δαπανών για την υγεία αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης και των δεσμεύσεων στα μνημόνια συνεργασίας.

Τα νοσοκομεία για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την παραπάνω συνθήκη καλούνται να περιορίσουν το κόστος λειτουργίας, να αυξήσουν την αποδοτικότητα τους και ταυτόχρονα να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι οικονομικές μεταβλητές των δημόσιων νοσοκομείων, παρόλο που είναι φορείς που δεν επιδιώκουν το κέρδος, είναι συνεπώς πολύ σημαντικά στοιχεία για την επιτυχία των στόχων και των σκοπών τους. (Janatia et al, 2014). Οι ασκούντες την διοίκηση στα νοσοκομεία χρειάζεται να έχουν αξιόπιστα στοιχεία για την τρέχουσα οικονομική θέση του φορέα τους, έτσι ώστε να μπορέσουν να αποφύγουν τις οικονομικές δυσκολίες στο μέλλον, να βελτιώσουν την οικονομική θέση της μονάδας τους, να έχουν ένα αποτελεσματικό εργαλείο διοίκησης και η λογιστική πληροφορία μπορεί να παρέχει αυτά τα στοιχεία.

3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η Λάζαρη (2017) κάνει συγκριτική αξιολόγηση των οικονομικών μεγεθών και των αποτελεσμάτων των δημόσιων νοσοκομείων και των επτά Υ.Πε. της χώρας, για την τριετία 2013-2015, σύμφωνα με τις δημοσιευμένες και ελεγμένες χρηματοοικονομικές καταστάσεις καθώς και σύμφωνα με τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας που αντλήθηκαν από την βάση δεδομένων (B.I. forms) του Υπουργείου Υγείας. Η ανάλυση της επικεντρώθηκε στις βασικές ομάδες οικονομικών μεγεθών των νοσοκομείων που παρουσιάζονται στις χρηματοοικονομικές καταστάσεις και ειδικά στις απαιτήσεις, τα διαθέσιμα, τις υποχρεώσεις, τα λειτουργικά έσοδα και αντίστοιχο κόστος, καθώς και το λειτουργικό και τελικό αποτέλεσμα που κατέγραψαν. Παράλληλα, αποτυπώνεται η πληρότητα τους, το κόστος ανά ασθενή και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας σε επίπεδο νοσοκομειακής μονάδας και υγειονομικής περιφέρειας. Από το σύνολο του δείγματος εξαιρέθηκαν τα νοσοκομεία τα οποία είτε είχαν δημοσιεύσει ισολογισμούς σύμφωνα με τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα είτε δεν είχαν δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις και για τις δύο χρήσεις.

Παρουσίασε τα εξής ευρήματα ανά Υγειονομική Περιφέρεια:

Νοσοκομεία 1^{ης} Υ.Πε.: Καθώς τα τέσσερα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε δεν έχουν δημοσιεύσει οικονομικές καταστάσεις για το 2015, δεν εξάγονται αξιόπιστα συγκριτικά αποτελέσματα για αυτό το έτος. Παρόλα αυτά ζημίες στα τελικά αποτελέσματα χρήσης της τάξης των 7,7 εκ € κατέγραψαν τα νοσοκομεία της 1ης Υ.Πε. για το 2014, σε σύγκριση με τα ελλείμματα της τάξης των 2,1 εκ. € που παρουσίασαν τα αντίστοιχα νοσοκομεία το 2013.

Νοσοκομεία 2^{ης} Υ.Πε.: Παρατηρείται μία μείωση των λειτουργικών εσόδων των νοσοκομείων της 2ης Υ.Πε. η οποία όμως συνοδεύεται από αντίστοιχη μείωση του λειτουργικού κόστους για την τριετία 2013 έως 2015.

Νοσοκομεία 3^{ης} Υ.Πε.: Παρατηρείται αύξηση της ταμειακής ρευστότητας των νοσοκομείων της 3^{ης} Υ.Πε. από το 2014 στο 2015 και συγκεκριμένα αγγίζει το 200%. Από την άλλη όμως οι συνολικές βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις αυξάνονται κατά 53% παρά την μεγάλη ταμειακή ρευστότητα. Τα νοσοκομεία της συγκεκριμένης Υ.Πε. βελτιώνουν τα αποτελέσματά τους και παρουσιάζουν πλεόνασμα δηλαδή κέρδη για το 2014 και το 2015.

Νοσοκομεία 4^{ης} Υ.Πε.: Λόγω μη δημοσιευμένων τριών Ισολογισμών για το 2015 δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για το 2015. Παρατηρείται μείωση των τελικών αποθεμάτων και πλεονάσματα στο τελικό αποτέλεσμα χρήσης.

Νοσοκομεία 5^{ης} Υ.Πε.: Τα νοσοκομεία της 5^{ης} Υ.Πε. παρουσιάζουν αύξηση των ταμειακών διαθεσίμων αλλά και των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων κατά 28% περίπου και θετικά αποτελέσματα χρήσης.

Νοσοκομεία 6^{ης} Υ.Πε.: Η 6^η Υ.Πε. παρουσιάζει μείωση των ταμειακών διαθεσίμων κατά 50% περίπου και μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων κατά 18% από το έτος 2013 στο 2014. Δεν καθίσταται εφικτή η σύγκριση με το έτος 2015 δεδομένου ότι δεν ήταν διαθέσιμοι οι Ισολογισμοί σε τέσσερα νοσοκομεία.

Νοσοκομεία 7^{ης} Υ.Πε.: Από το έτος 2014 στο 2015, παρατηρείται μια σημαντική αύξηση των διαθεσίμων της τάξης του 55%. Οι απαιτήσεις των νοσοκομείων ευθύνης της 7ης Υ.Πε. αυξήθηκαν ελαφρώς με τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις να αυξάνονται κατά 25 εκ. €.

Αναφορικά με τους δείκτες νοσηλευτικής κίνησης για το σύνολο των νοσοκομείων παρατηρεί ότι έχει μειωθεί ο αριθμός των νοσηλευθέντων και οι ημέρες νοσηλείας χωρίς να μεταβληθεί σημαντικά το ποσοστό κάλυψης των κλινών. Ταυτόχρονα ως αποτέλεσμα των πολιτικών συγκράτησης του κόστους έχει μειωθεί το κόστος ανά ασθενή και το μέσο κόστος νοσηλείας.

Επίσης σημειώνει μία «χαλάρωση» της εφαρμογής του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος για το έτος 2015, προτείνει την εφαρμογή του τμηματικού προϋπολογισμού στα νοσοκομεία που θα βοηθήσει στον έλεγχο του κόστους, την ολοκλήρωση της εφαρμογής της αναλυτικής λογιστικής και την υποστήριξη της εφαρμογής του διπλογραφικού συστήματος μέσα από την έγκαιρη πρόσληψη εξωτερικού ορκωτού Ελεγκτή που θα παρέχει αξιοπιστία στις οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων.

Οι Καστανιώτη και Πολύζος (2016) διεξάγουν αποτίμηση των νοσοκομειακών μονάδων της Ελλάδας βάσει δεικτών του Esy.net για την περίοδο 2009-2013. Παρουσιάζουν την οικονομική ανάλυση των υγειονομικών περιφερειών τόσο συγκεντρωτικά, όσο και ανά κατηγορία νοσοκομείου, συγκριτικά. Αναλύονται οι οικονομικοί δείκτες που προέρχονται από τις οικονομικές αναφορές του Esy-net και ειδικά οι συνολικές δαπάνες, οι συνολικές δαπάνες ανά Υ.Πε. και οι δαπάνες ανά κατηγορία υπηρεσιών και αγορών για την κάθε Υ.Πε. Στην συνέχεια αναλύονται λειτουργικοί δείκτες Esy-net και ειδικά ο αριθμός των επισκέψεων στα ΤΕΙ και ο αριθμός των επισκέψεων στα ΤΕΠ και οι εξής δείκτες απόδοσης των νοσοκομείων: μέσο κόστος ανά ασθενή, μέσο κόστους ανά ημέρα νοσηλείας, μέση διάρκεια νοσηλείας, ρυθμός εισροής ασθενών, αδράνεια κλίνης-μέση κάλυψη κλινών.

Από την ανάλυση προέκυψε αξιοσημείωτη μείωση των δαπανών και ειδικά η μείωση των δαπανών ήταν πολύ σημαντική στις τέσσερις μεγάλες κατηγορίες δαπανών (φαρμακευτικά προϊόντα, υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό και χημικά αντιδραστήρια), με αρκετά μειωμένες κυρίως τις φαρμακευτικές δαπάνες. Οι δείκτες απόδοσης βελτιώθηκαν σημαντικά και συγκεκριμένα το μέσο κόστος ανά ασθενή, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, η ΜΔΝ, η αδράνεια κλίνης, η μέση κάλυψη κλινών και η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκαν, ενώ ο ρυθμός εισροής ασθενών και η πληρότητα κλινών αυξήθηκαν. Τα δεδομένα της ανάλυσης υποδηλώνουν μια βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ η οποία μπορεί να δημιουργεί προϋποθέσεις για μια συνολικότερη αναδιάρθρωση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης επισημαίνεται η σημασία που έχει η αξιολόγηση μέσω δεικτών για την μέτρηση της απόδοσης του παραγόμενου έργου και των αποτελεσμάτων των οργανισμών όπως επίσης και ότι η αξιολόγηση των διαδικασιών του οργανισμού συμβάλει στην επιτυχία των στόχων του οργανισμού δηλαδή της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών.

Η Καραγιάννη (2014) αναλύει τους δείκτες οικονομικής και λειτουργικής απόδοσης σε ένα δείγμα 125 Νοσοκομείων για την περίοδο 2012-2013 βασισμένη σε δεδομένα της εφαρμογής Esy.net του Υπουργείου Υγείας. Από το δείγμα εξαιρέθηκαν τα ψυχιατρικά και τα νοσοκομεία ΙΚΑ λόγω ελλειπών στοιχείων. Προκειμένου να αξιολογηθεί το παραγόμενο έργο των νοσοκομείων και να γίνουν συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκαν δείκτες εισροών όπως η μέση δυναμικότητα κλινών, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση ετήσια πληρότητα κλινών, ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη και το μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη και δείκτες εκροών όπως το μέσο κόστος ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, η μέση φαρμακευτική δαπάνη ανά ασθενή και ο λόγος συνολικών εισπράξεων προς συνολικές δαπάνες.

Από τα εμπειρικά μεγέθη προκύπτει ότι ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία του δείγματος που υπάγονται στο Ε.Σ.Υ. αυξήθηκε κατά 0,05% το 2013 συγκριτικά με το 2012 ενώ από την άλλη πλευρά, χαρακτηριστική είναι η αύξηση στον αριθμό των εξετασθέντων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ειδικότερα σε ότι αφορά την ολοήμερη λειτουργία. Από την ανάλυση των στοιχείων της πληρότητας των κλινών παρατηρείται βελτίωση στη μέση διάρκεια νοσηλείας, ενώ η μέση ετήσια πληρότητα κλινών και ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη παραμένουν σε σχετικά χαμηλά επίπεδα, υποδηλώνοντας υποχρησιμοποίηση των νοσοκομειακών πόρων. Όσο αφορά την εξέλιξη των δαπανών χαρακτηριστική είναι η μείωση των συνολικών δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία

ιδιαίτερα σε ότι αφορά την αγορά φαρμακευτικού και λοιπού υγειονομικού υλικού συνέπεια της μείωσης των προϋπολογισμών των νοσοκομείων. Η μεταβολή αυτή αποτυπώνεται και στους δείκτες εισροών, με υψηλότερα ποσοστά μείωσης να παρατηρούνται στο μέσο κόστος ανά ασθενή συγκριτικά με το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας. Όσον αφορά τις εισπράξεις παρουσιάζεται αύξηση στο σύνολο των νοσοκομείων αλλά όχι για κάθε Υγειονομική Περιφέρεια.

Η Watkins (2000) στην ανάλυση της στοχεύει να απόδειξη την σχέση που υπάρχει μεταξύ μη χρηματοοικονομικών δεικτών κυρίως δεικτών που αναφέρονται στη λειτουργική απόδοση των νοσοκομείων και των αριθμοδεικτών που χρησιμοποιούνται στην χρηματοοικονομική ανάλυση των νοσοκομείων. Για να το πετύχει χρησιμοποίησε στην ανάλυση της δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο πραγματοποίησε ανάλυση παραγόντων με την οποία αξιολογεί ένα δείγμα αριθμοδεικτών που είχαν χρησιμοποιήσει και προηγούμενοι ερευνητές και ένα δείγμα μη οικονομικών δεικτών που δεν είχαν ξαναξεταστεί με σκοπό να εκτιμήσει αν με τη βοήθεια των χρηματοοικονομικών και μη οικονομικών καταστάσεων του νοσοκομείου αποτυπώνονται διαφορετικά χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής απόδοσης. Στο δεύτερο στάδιο αξιολογεί την σχέση μεταξύ των παραγόντων που παρήχθησαν στο πρώτο στάδιο και στην φερεγγυότητα των νοσοκομείων. Στην μελέτη της περιελάμβανε 2145 μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία στις ΗΠΑ κατά την περίοδο 1990-1994, τα οποία αποτελούσαν το ένα τρίτο των μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων της χώρας και από τα οποία το 25% περίπου ήταν πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Μελέτησε και ανέλυσε 21 από τους 34 αριθμοδείκτες που περιλαμβάνονταν στη εθνική βάση για τους αριθμοδείκτες των νοσοκομείων και εξετάζουν την αποδοτικότητα, την κεφαλαιακή διάρθρωση, την αποδοτικότητα του κεφαλαίου κίνησης, την απόδοση των στοιχείων του πάγιου ενεργητικού καθώς και την ηλικία το πάγιου ενεργητικού, την ρευστότητα και την κάλυψη του χρέους. Ανέλυσε δέκα μη οικονομικούς δείκτες όπως το μείγμα των περιστατικών του νοσοκομείου, τα εξιτήρια των ασθενών προσαρμοσμένα με το μείγμα των περιστατικών, την μέση διάρκεια νοσηλείας, την μέση διάρκεια νοσηλείας προσαρμοσμένη στο μείγμα των περιστατικών, το ποσοστό κάλυψης των κλινών, τον αριθμό εργαζομένων ανά κλίνη, τον αριθμό των γεννήσεων και τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων. Από τους παράγοντες που εξετάστηκαν αναφορικά με τα οικονομικά στοιχεία βρήκε ότι οι δείκτες που αφορούσαν την αποδοτικότητα, την κεφαλαιακή δομή, την αποδοτικότητα του κεφαλαίου κίνησης και την αποδοτικότητα του πάγιου ενεργητικού περιέγραφαν με συνέπεια την οικονομική απόδοση των νοσοκομείων. Από τους δείκτες που αφορούσαν μη οικονομικά στοιχεία ανταποκρίθηκαν στην ανάλυση

παραγόντων οι δείκτες που αφορούσαν τα εξιτήρια των ασθενών προσαρμοσμένα με το μείγμα των περιστατικών, η μέση διάρκεια νοσηλείας προσαρμοσμένη στο μείγμα των περιστατικών, ο αριθμός των γεννήσεων και ο αριθμός των εργαζόμενων ανά κρεβάτι. Από την ανάλυση στο δεύτερο στάδιο που έγινε με μοντέλο ανάλυσης ομολόγων πρόεκυψε ότι οι μη χρηματοοικονομικοί δείκτες έχουν στενή συσχέτιση με την πιστοληπτική ικανότητα των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της έρευνας προτείνουν ότι μη οικονομικά δεδομένα και δείκτες των νοσοκομείων περιγράφουν πλευρές της απόδοσης των νοσοκομείων που οικονομικά δεδομένα δεν μπορούν να περιγράψουν και για αυτό χρειάζεται να περιλαμβάνονται στις εκθέσεις που μετρούν την αποδοτικότητα των νοσοκομείων.

Οι Chu *et al* (1991) εξέτασαν αν οι ομάδες των χρηματοοικονομικών δεικτών που περιγράφουν σωστά την οικονομική θέση των νοσοκομείων διαφέρουν από τις αντίστοιχες ομάδες που χρησιμοποιούνται στην βιομηχανία, αν οι ομάδες αυτές των αριθμοδεικτών παραμένουν ίδιες για περίοδο πάνω από 5 χρόνια και τέλος ανέλυσε τους δείκτες ρευστότητας και ειδικά το κεφάλαιο κίνησης και την ταμειακή ρευστότητα και την σημασία που έχουν για τα νοσοκομεία. Η ανάλυση αφορούσε τα έτη 1983-1987 και περιελάμβανε όλα τα νοσοκομεία μιας πολιτείας των Η.Π.Α. (Indiana), λόγω επάρκειας των στοιχείων, δηλαδή 112 νοσοκομεία το 1983 και 113 τα επόμενα χρόνια. Στην στατιστική ανάλυση που έγινε με την μέθοδο της ανάλυσης παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν 31 νοσοκομειακή αριθμοδείκτες που περιέγραφαν οκτώ πλευρές την οικονομικής επίδοσης των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι υπήρχαν πέντε ομάδες αριθμοδεικτών που είναι ίδιες με τις μελέτες που αναφέρονται στους αριθμοδείκτες των βιομηχανιών και είναι οι εξής: οι δείκτες που μετρούν την αποδοτικότητα, την ταμειακή ρευστότητα, την κεφαλαιακή διάρθρωση ή την δανειακή επιβάρυνση, τις απαιτήσεις και την βραχυχρόνια ρευστότητα. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτές οι πλευρές της οικονομικής ανάλυσης των οργανισμών περιγράφουν πολύ σημαντικά στοιχεία για την επιβίωση της οικονομικής μονάδας ανεξάρτητα από τον σκοπό που επιδιώκουν δηλαδή κερδοφορία η όχι. Επίσης επισήμαναν ότι το κεφαλαίο κίνησης και οι ταμειακές ροές των νοσοκομείων χρειάζεται να παρακολουθούνται ξεχωριστά στα νοσοκομεία και να αναφέρονται στις οικονομικές τους εκθέσεις, διότι από την μία έχουν μεγάλη σημασία για την επιβίωση των οργανισμών από την άλλη η εξέλιξη τους επηρεάζεται από τον τρόπο που αποζημιώνεται για τις υπηρεσίες του το κάθε νοσοκομείο.

4 Μεθοδολογία

4.1 Γενικά

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η οικονομική αξιολόγηση, η συγκριτική μελέτη των νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. για το διάστημα 2012-2016 και η παρουσίαση της λειτουργικής και οικονομικής τους απόδοσης. Μέχρι το 2016, 23 νοσοκομειακές μονάδες άνηκαν στον προγραμματισμό, συντονισμό και τον έλεγχο της 1^{ης} Υ.Πε. Από αυτές στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν τα 8 νοσοκομεία, για λόγους συγκρισιμότητας των στοιχείων και ομοιογένειας του δείγματος, καθώς και τα οκτώ έχουν μεγάλο μέγεθος συγκεκριμένα διαθέτουν πάνω από 400 κλίνες, βρίσκονται στην ίδια αστική περιοχή και συμμετέχουν στο σύστημα εφημεριών και στην κύρια εικοσιτετράωρη γενική εφημερία.

Για την οικονομική αξιολόγηση των νοσηλευτικών μονάδων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο της χρηματοοικονομικής ανάλυσης των λογιστικών καταστάσεων με την μέθοδο των αριθμοδεικτών. Η χρηματοοικονομική ανάλυση παρουσιάζει πληροφορίες για την αξιοποίηση των οικονομικών πόρων που ανήκουν στην οικονομική μονάδα, δείχνει την οικονομική της θέση την δεδομένη χρονική στιγμή και την τάση της διαχρονικά, καθώς και τις προοπτικές της οικονομικής μονάδας για το μέλλον.

Η ανάλυση είναι διαχρονική δηλαδή μελετάται η εξέλιξη των τιμών των αριθμοδεικτών του κάθε νοσοκομείου για την περίοδο 2012-2016 ώστε να διαπιστωθούν οι τάσεις στις τιμές τους και διαστρωματική καθώς εξετάζεται ο συγκεκριμένος αριθμοδείκτης για το ίδιο έτος για τα Νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε., ώστε να μπορούν να συσχετιστούν και να συγκριθούν μεταξύ τους, τα αποτελέσματα των νοσοκομείων. Η ανάλυση είναι εξωτερική καθώς στηρίζεται στις δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων και περιλαμβάνει τους αριθμοδείκτες ρευστότητας, δραστηριότητας, αποδοτικότητας και κεφαλαιακής διάρθρωσης. Η επιλογή των αριθμοδεικτών έγινε με κριτήριο τα ειδικά χαρακτηριστικά των δημόσιων νοσοκομείων ώστε να εξεταστούν: η οργανωτική και διοικητική τους επίδοση, η ιδιόμορφη κεφαλαιακή τους διάρθρωση, η αποδοτικότητά τους αναφορικά με την κύρια λειτουργική τους δραστηριότητα και ο βαθμός ανταπόκρισής τους, στις παρεμβάσεις που έγιναν στην λειτουργία των νοσοκομείων από την πολιτεία.

Εξετάζονται οι παρακάτω αριθμοδείκτες:

1. Αριθμοδείκτες Ρευστότητας
 - Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας ή Κεφαλαίου Κίνησης
 - Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας
 - Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας
2. Αριθμοδείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης
 - Αριθμοδείκτης Ίδια Κεφάλαια προς Δανειακά Κεφάλαια
 - Ίδια Κεφάλαια προς Πάγια Κεφάλαια
3. Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας
 - Αριθμοδείκτης Λειτουργικών Κερδών
 - Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων
4. Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας ή Κυκλοφοριακής ταχύτητας
 - Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων και Μέση Διάρκεια Παραμονής των Αποθεμάτων
 - Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων από Πελάτες και Μέση Διάρκεια Είσπραξης Απαιτήσεων
 - Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων και Μέση Διάρκεια Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων.

Τα στοιχεία της ανάλυσης των αριθμοδεικτών έχουν σημασία για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, όταν συσχετιστούν με τα υπόλοιπα οικονομικά και διοικητικά στοιχεία του οργανισμού καθώς και με το μακροοικονομικό περιβάλλον (Suarez *et al*, 2011). Επίσης έχει σημασία να αξιολογηθεί το περιεχόμενο τους σε συγκρίση με κάποια πρότυπα ή στάνταρντς όπως ο μέσος όρος του κλάδου ώστε να εκτιμηθεί η θέση του οργανισμού (Κάντζος, 1997). Ειδικά για τους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας επειδή τα δημόσια νοσοκομεία είναι οικονομικές μονάδες που δεν επιδιώκουν το κέρδος, αλλά μέσα από την χρησιμοποίηση συγκεκριμένων οικονομικών μέσων προσπαθήσουν να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού με το μικρότερο δυνατό κόστος, η αποδοτικότητα τους χρειάζεται να εκτιμηθεί συνδυαστικά με τους αριθμοδείκτες και με ένα άλλο εργαλείο αξιολόγησης καθώς οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας μετρούν την ικανότητα της επιχείρησης να πραγματοποιεί κέρδη.

Για να μπορέσουν να εξεταστούν τα οικονομικά, διοικητικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων και καθώς δεν υπάρχουν κλαδικές μελέτες για τα δημόσια νοσοκομεία,

στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δείκτες αξιολόγησης της αποδοτικότητας και της οικονομικότητας των νοσοκομείων, τα αποτελέσματα των οποίων θα συσχετιστούν με αυτά της ανάλυσης των αριθμοδεικτών, ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την οικονομική αξιολόγηση των νοσοκομείων. «Δείκτες ονομάζουμε δεδομένους αριθμούς οι οποίοι με σχετική ακρίβεια και αναπαραγόμενη σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, μας επιτρέπουν να παρακολουθήσουμε και να εκτιμήσουμε τη βελτίωση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού καθώς και την αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων και των προτεινόμενων μέσων παρέμβασης» (Πολύζος, 2007). Οι δείκτες αυτοί αναφέρονται στις εισροές και τις εκροές του συστήματος του νοσοκομείου και μετρούν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα του.

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω δείκτες αξιολόγησης που αφορούν:

1. Βασικές εισροές και εκροές της λειτουργικής και νοσηλευτικής δραστηριότητας του συστήματος νοσοκομείου και ειδικά:
 - 1.α. Εισροές:
 - Αριθμός Κλινών
 - Αριθμός Εργαζομένων
 - 1.β. Εκροές:
 - Αριθμός Εξετασθέντων στα ΤΕΠ και στα ΤΕΙ
 - Αριθμός Νοσηλευθέντων
2. Τις εκροές του συστήματος νοσοκομείο αναφορικά με την πληρότητα των κλινών και ειδικά:
 - Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
 - Μέση κάλυψη κλινών (%)
 - Ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη
 - Μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη
3. Τις εισροές των νοσοκομείων σε σχέση με τους οικονομικούς πόρους και ειδικά με το κόστος :
 - Το μέσο κόστος νοσηλείας
 - Το μέσο κόστος νοσηλείας πλην της μισθοδοσίας
 - Το μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία

4.2 Δεδομένα

Τα δεδομένα που αφορούν τα λειτουργικά στοιχεία της μελέτης έχουν εξαχθεί από τη βάση δεδομένων Esy-net του Υπουργείου Υγείας. Το Esy-net αποτέλεσε μία διαδικτυακή εφαρμογή καταχώρησης οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων ανά νοσοκομείο και ανά υγειονομική περιφέρεια. Συμπληρώνεται από όλα τα νοσοκομεία της χώρας μέσω στελεχών του εκάστοτε νοσοκομείου και ελέγχεται από τις αρμόδιες υγειονομικές περιφέρειες. Μέσω της πλατφόρμας αυτής οι Υ.Πε. μπορούν να ελέγχουν αποτελεσματικά το διοικητικό κόστος, έχοντας άμεσα πρόσβαση στα στοιχεία των νοσοκομείων ευθύνης τους, ενώ το Υπουργείο Υγείας έχει έγκυρη πληροφόρηση για όλες τις μονάδες υγείας (Καστανιώτη, 2016). Από την αρχή του 2016 το Esy-net αντικαταστάθηκε από τη βάση δεδομένων Bi-forms, η οποία έχει τις ίδιες αναφορές, αλλά επιπλέον υπάρχει προοπτική στην μηχανογραφική εφαρμογή, να λαμβάνει στοιχεία απευθείας από τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων χωρίς αυτά να χρειάζεται να καταχωρηθούν από το αρμόδιο προσωπικό.

Τα οκτώ νοσοκομεία της μελέτης είναι τα εξής:

- ✓ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- ✓ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
- ✓ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
- ✓ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»
- ✓ Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»
- ✓ Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ»
- ✓ Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ- Το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης (ΚΑΤ-Ε.Κ.Α.)
- ✓ Το Γενικό Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου - Αλεξάνδρα»

Από τα οκτώ νοσοκομεία του δείγματος τα νοσοκομεία «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ» και «Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα» προήλθαν από την ενοποίηση των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων σε ένα ενιαίο νομικό πρόσωπο. Τα νοσοκομεία αυτά από το 2013 συντάσσουν ενιαίες οικονομικές καταστάσεις (Ν.4052/12) όλα με την ίδια λογιστική μέθοδο βάση του Π.Δ.146/2003. Για αυτό τα στοιχεία των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης 2012 για το νοσοκομείο «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ» προέρχονται από τα στοιχεία των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης 2013 αναφορικά με το προηγούμενο έτος. Για το «Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα» τα στοιχεία των λογαριασμών των οικονομικών

καταστάσεων της χρήσης 2012 ενοποιήθηκαν (προστέθηκαν) για να συμπεριληφθούν τα δύο νοσοκομεία στο δείγμα ενώ για την χρήση 2013 χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία της χρήσης 2014 που αναφέρονται στο 2013, καθώς σε αυτήν την περίπτωση ο τρόπος λογιστικού χειρισμού των επιχορηγήσεων των νοσοκομείων είναι κοινός δηλαδή οι επιχορηγήσεις που δέχονται τα νοσοκομεία επηρεάζουν κατευθείαν τα ίδια κεφάλαια του νοσοκομείου.

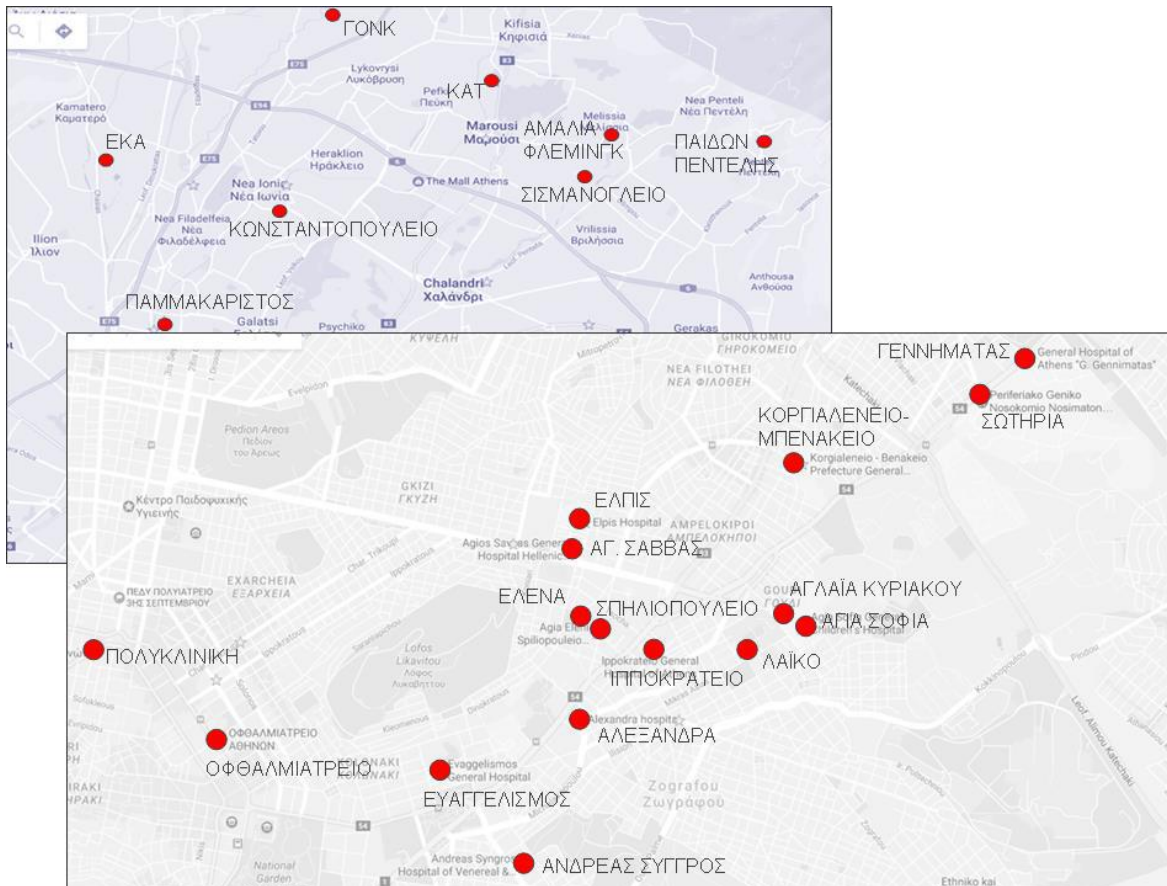
Για τις χρήσεις 2013 και 2014 στα κονδύλια των οικονομικών καταστάσεων του νοσοκομείου ΚΑΤ ενσωματώθηκαν τα στοιχεία ενεργητικού και παθητικού του νοσοκομείου Ε.Κ.Α. λόγω διασύνδεσης τους, βάσει των διατάξεων του Ν.4052/12. Στην χρήση του 2015 το ΕΚΑ αποσυνδέθηκε από το ΚΑΤ με ημερομηνία 30/04/2018. Στην συγκεκριμένη έρευνα τα οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των δύο νοσοκομείων προστίθενται και αντιμετωπίζονται ως ένας ενιαίος οργανισμός ώστε να συμπεριληφθούν στο δείγμα.

Για την τιμή του κάθε αριθμοδείκτη της χρηματοοικονομικής ανάλυσης υπολογίζεται ο Μέσος Όρος του Δείγματος (ΜΟΔ) των νοσοκομείων για το κάθε έτος (διαστρωματική ανάλυση) και ο Μέσος Όρος του Νοσοκομείου (ΜΟΝ) για το σύνολο της χρονικής περιόδου (διαχρονική ανάλυση). Για όλα τα νοσοκομεία της μελέτης το κόστος προέρχεται από τα στοιχεία του κόστους λειτουργίας όπως αποτυπώνεται στις οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων και ειδικά στην κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης. Ακόμα το κόστος μισθοδοσίας αφορά την μισθοδοσία που επιχορηγείται από τον τακτικό Προϋπολογισμό. Για την ομοιόμορφη αντιμετώπιση του κόστους, ο φόρος εισοδήματος στην περίπτωση που δεν βαρύνει τα έξοδα της χρήσης (μέθοδος του πληρωτέου φόρου) προστίθεται στα λειτουργικά έξοδα και αυτό συμβαίνει γιατί όταν εφαρμόζεται η μέθοδος της εξομοίωσης του φόρου με έξοδο έχει ήδη επιβαρύνει τα αποτελέσματα της χρήσης (Παπαγεωργίου, 2017). Για τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία σε ενιαίο νομικό πρόσωπο τα στοιχεία τους στο Esys-net καταχωρούνται ξεχωριστά.

5 Αποτελέσματα

5.1 Παρουσίαση των νοσοκομείων

Η 1^η Υ.Πε. συγκεντρώνει στην ευθύνη της τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας, σε έναν άξονα λίγων χιλιομέτρων (εικόνα 5-1). Σύμφωνα με τα στοιχεία της 1ης Υ.Πε. για το 2015-2016 οι δομές της περιλαμβάνουν: την κεντρική της υπηρεσία, 23 νοσοκομειακές μονάδες, 79 δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και 16 εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχικής υγείας. Ο αριθμός του μόνιμου προσωπικού που εργάζεται στις δομές ευθύνης της 1ης Υ.Πε. ανέρχεται στους 23.795 εργαζόμενους εκ των οποίων οι 19.700 εργάζονται στα νοσοκομεία. Έχει στην ευθύνη της 2.604.975 κατοίκους της Αττικής και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιλέξει την νοσοκομειακή του φροντίδα ανεξάρτητα του τόπου διαμονής του, φανερώνει τον κομβικό της χαρακτήρα (1η Υ.Πε., 2017).



Εικόνα 5-1: Χάρτης των νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. Αττικής

Πηγή: 1^η Υ.Πε. Αττικής απολογισμός έργου 2015-2016

Η 1^η Υ.Πε. είχε για το 2014, 8.437 αναπτυγμένες κλίνες, 637.399 νοσηλευθέντες ασθενείς, παρείχε 2.406.464 μέρες νοσηλείας, ενώ εξακολούθησε για τα έτη 2015-2016 να μην μεταβάλει ουσιαστικά κανένα από αυτά τα λειτουργικά στοιχεία όπως βλέπουμε και από τον πίνακα 4-1. Επίσης σε σχέση με τα σύνολο των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας κατέχει για τα έτη 2014 έως 2016 το 26% των κλινών του συστήματος, παρείχε νοσηλεία στο 28% των ασθενών και πρόσφερε το 28% των ημερών νοσηλείας.

Πίνακας 5-1: Παρουσίαση λειτουργικών στοιχείων 1^{ης} Υ.Πε.

ΕΤΟΣ	1η Υ.ΠΕ			ΜΕΤΑΒΟΛΗ		ΑΝΑΛΟΓΙΑ 1ης Υ.ΠΕ. ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ Υ.ΠΕ.		
	2014	2015	2016	2014-2015	2015-2016	2014	2015	2016
ΚΛΙΝΕΣ	8.437	8.505	8.496	0,008	-0,001	0,26	0,26	0,25
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	637.399	639.940	653.603	0,004	0,021	0,28	0,29	0,28
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	2.406.464	2.403.854	2.342.510	-0,001	-0,026	0,28	0,29	0,28

Πηγή: Παρουσίαση έργου 1^{ης} Υ.Πε. –Απολογισμός 2015-2016

5.1.1 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.

Το «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» βρίσκεται στους Αμπελόκηπους μία περιοχή όπου κατά την ίδρυση του αποτελούσε χώρο εγκατάστασης του προσφυγικού πληθυσμού από τον Πόντο και τη Μικρά Ασία. Το 1923 ανατέθηκε στον αρχιτέκτονα Αριστείδη Μπαλάνο η εκπόνηση προσχεδίου για την οικοδόμηση του νοσοκομείου ενώ τα επίσημα εγκαίνια έγιναν στις 23 Νοεμβρίου του 1930. Αρχικά λειτούργησαν δύο κλινικές και 4 εργαστήρια ενώ η δυναμικότητα του νοσοκομείου ήταν 185 κλίνες. Αργότερα τις δεκαετίες του 50 και του 80 αυξάνει η δυναμικότητα του νοσοκομείου λόγω συνεχών κτιριακών επεκτάσεων .

Σύμφωνα με τα στοιχεία του απολογισμού του νοσοκομείου για το 2016,απασχολούσε 975 άτομα μόνιμο προσωπικό και 32 άτομα επικουρικό προσωπικό. (www.korgialenio-benakio.gr). Σήμερα η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου αποτελείται από τέσσερις τομείς, τον παθολογικό, τον χειρουργικό, τον εργαστηριακό και τον τομέα ψυχικής υγείας ενώ υπάρχουν διατομεακά τμήματα και ειδικά τμήματα Η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε 500 οργανικές κλίνες (Αριθμ. Υ4α/οικ.48318/ ΦΕΚ 1680 τ.Β΄/16-05-2012).

5.1.2 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Το νοσοκομείο «Λαϊκό» βρίσκεται στο Γουδί μία περιοχή όπου κατά την ίδρυσή του ήταν εκτός των ορίων της Αθήνας. Έχει 70 χρόνια συνεχούς λειτουργίας και ο σκοπός της ίδρυσης του ήταν η νοσηλεία πασχόντων απόρων και συγχρόνως η εκπαίδευση των ιατρών των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής και των νοσοκόμων. Το νοσοκομείο είχε πλούσια εκπαιδευτική δράση και σε αυτό λειτούργησαν κατά διαστήματα διάφορες σχολές όπως η ανώτερη σχολή φυσιοθεραπευτών (1952-1958), σχολή βοηθών νοσοκόμων (1954-1969) καθώς και ανωτέρα σχολή νοσοκόμων (1969-1980). Το νοσοκομείο σήμερα είναι ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο το οποίο διαθέτει ένα μείγμα πανεπιστημιακών κλινικών και κλινικών του ΕΣΥ. Λειτουργούν σε αυτό επτά Πανεπιστημιακές κλινικές και τρεις τομείς (κλινικές του ΕΣΥ): ο παθολογικός τομέας, ο χειρουργικός τομέας και ο εργαστηριακός τομέας.(www.laiko.gr). Η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε 580 οργανικές κλίνες (Αριθμ. Υ4α/οικ. 25208/ΦΕΚ 698 τ.Β'/28-03-2013).

5.1.3 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Το Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς» έχει περίπου στα 60 χρόνια συνεχούς λειτουργίας. Ιδρύεται το 1958 με δυναμικότητα 350 κλίνες και την επωνυμία Ενιαίο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών. Το 1973 ιδρύεται το Κρατικό Οφθαλμολογικό Κέντρο το οποίο λειτουργεί ως αυτοτελές οφθαλμολογικό κέντρο με 114 κλίνες. Επίσης το ίδιο έτος συστήνεται στο νοσοκομείο το ρυθμιστικό Κέντρο Διαλογής Ασθενών. Το 1978 συγχωνεύεται το Ενιαίο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών με το Κρατικό Οφθαλμολογικό Κέντρο και ονομάζεται πλέον Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και έχει δυναμικότητα 614 κλίνες. Το ίδιο έτος ιδρύεται και λειτουργεί μέσα στο νοσοκομείο το κέντρο άμεσης βοήθειας το οποίο το 1988 μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας και μεταφέρεται στην κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ. Το 1995 το νοσοκομείο λαμβάνει την επωνυμία Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς». Σήμερα λειτουργούν στο νοσοκομείο τέσσερις τομείς: ο παθολογικός, ο χειρουργικός, ο εργαστηριακός και ο ψυχιατρικός ενώ συνεχίζει την παράδοση του ως Οφθαλμολογικό Κέντρο καθώς εκεί λειτουργούν δύο οφθαλμολογικές κλινικές: η πανεπιστημιακή και η κρατική.(www.gna-gennimatas.gr). Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε 720 οργανικές κλίνες (Αριθμ. Υ4α/οικ.122815/ΦΕΚ 3507 τ.Β'/31-12-2012).

5.1.4 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Το «Ιπποκράτειο» ιδρύεται το 1922 ως Νοσοκομείο Προσφύγων Αθηνών στην οδό Βασιλίσσης Σοφίας 114 στην Αθήνα . Το νοσοκομείο προσφύγων Αθηνών συγκέντρωσε τότε πολλούς ιατρούς με μεγάλη εμπειρία από τα νοσοκομεία της Κωνσταντινούπολης και της Σμύρνης. Το 1935 μετονομάζεται από Νοσοκομείο Προσφύγων Αθηνών σε Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών. Σε αυτό ιδρύθηκε το πρώτο κέντρο αιμορροφιλικών ασθενών της χώρας μας το 1956, το πρώτο κινητό συνεργείο αιμοληψιών στη χώρα μας το 1962 (εικόνα 5-2) και το πρώτο καρδιοχειρουργικό τμήμα το 1964. Μάλιστα το 1951, με εισήγηση του Καθηγητή του Ιπποκράτειου Αρκάγαθου Γούτα, ιδρύεται η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας δεδομένου ότι μέχρι τότε δεν υφίσταται ένα ενιαίο πρόγραμμα αιμοδοσίας για όλη τη χώρα.



Εικόνα 5-2: Το πρώτο αυτοκίνητο αιμοληψίας (1963)-Νοσοκομείο Ιπποκράτειο

Σήμερα το Νοσοκομείο διαθέτει παθολογικό και χειρουργικό τομέα και πλούσια εκπαιδευτική δράση ειδικά στον καρδιοχειρουργικό τομέα www.hippocratio.gr. Επίσης σύμφωνα με τον οργανισμό του το νοσοκομείο έχει συνολική δυναμικότητα 500 κλινών (Αριθμ. Υ4α/11974/ΦΕΚ 299 τ.Β'/14-02-2013).

5.1.5 Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

Το Νοσοκομείο «Σωτηρία» ιδρύθηκε από την Σοφία Σλήμαν το 1902 ως πρώτο «λαϊκό» Σανατόριο της Ελλάδας και έκτοτε έχει συνδέσει το όνομά του με την αντιμετώπιση της πνευμονικής φυματίωσης στην χώρα μας. Το 1936 μετατράπηκε σε «Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου», επεκτάθηκε κτιριακά ενώ το 1945 εγκαταστάθηκε στο νοσοκομείο η

πρώτη Φυματιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σήμερα το μικρό Σανατόριο των αρχών του 20ου αιώνα αναγνωρίζεται ως το μεγαλύτερο πνευμονολογικό κέντρο στην Ελλάδα και από τα μεγαλύτερα της Ευρώπης, με ταυτόχρονη και προοδευτική μετατροπή του σε Γενικό Νοσοκομείο μετά την εγκατάσταση Παθολογικών και Χειρουργικών κλινικών του Ε.Σ.Υ. και του Πανεπιστημίου. Το νοσοκομείο έχει στην Ιατρική του υπηρεσία έξι τομείς οι οποίοι χωρίζονται σε τρεις παθολογικούς τομείς, χειρουργικό τομέα, εργαστηριακό τομέα και τον τομέα Δημόσιας Υγείας -Ψυχιατρικό τομέα καθώς και Πανεπιστημιακές κλινικές και μονάδες του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συνολική δυναμικότητα του νοσοκομείου ανέρχεται στις 710 κλίνες (Αριθμ. Υ4α/οικ.25212/ ΦΕΚ 737 τ.Β΄/1-04-2013).



Εικόνα 5-3: Η βεράντα της αεροθεραπείας στο νεόδμητο κτίριο του Μεγάλου Λαϊκού-Νοσοκομείο Σωτηρία

5.1.6 Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο –Αμαλία Φεμινγκ»

Το «Σισμανόγλειο» είναι νοσοκομείο στο Μαρούσι Αττικής και κτίστηκε από δωρεά των αδελφών Κωνσταντίνου και Αναστάσεως Σισμανόγλου. Θεμελιώθηκε στις 6 Δεκεμβρίου 1936 και λειτούργησε αρκετά χρόνια ως Αντιφυματιολογικό Ινστιτούτο και στη συνέχεια μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο έγινε Γενικό Νοσοκομείο. Το Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ» ιδρύθηκε 1986 και προήλθε από την ενοποίηση τριών πρώην γενικών κλινικών.

Το "Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ" δημιουργήθηκε στις 31-12-2012 (ΦΕΚ 3499/12) όταν τα δύο διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του ΕΣΥ "Σισμανόγλειο" και "Αμαλία Φλέμινγκ" έγιναν ένα αυτοτελές και ενιαίο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Μέχρι τότε τα δύο νοσοκομεία λειτουργούσαν ως διασυνδεδεμένα βάση της υπ' αριθμ. Υπουργικής απόφασης Υ4α/Οικ.84627 (ΦΕΚ 1681/2011). Η δυναμικότητα του καινούργιου Νομικού Προσώπου ανέρχεται στις 720 κλίνες.

5.1.7 Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ- Το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

Με την Υπουργική απόφαση Αριθμ. Υ4α/οικ.123913 στις 31/12/2012 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία «ΚΑΤ» και το «Ε.Κ.Α» ενοποιήθηκαν σε ένα ενιαίο νομικό πρόσωπο το οποίο είχε συνολική δύναμη κλινών 816. Το 2015 με την κοινή υπουργική απόφαση υπ. αριθ. Α3α/42099/14/2015 το «Ε.Κ.Α» παρέμεινε διασυνδεδεμένο με το «ΚΑΤ» και απέκτησε δική του δύναμη κλινών ίση με 180 κλίνες.

Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

Το Νοσοκομείο «ΚΑΤ» ιδρύθηκε το 1949 ως κέντρο αποκατάστασης τραυματιών από το Γενικό Επιτελείο Στρατού με την επωνυμία «Ο Απόστολος Παύλος». Ο σκοπός του ήταν να αποθεραπευτεί τους τραυματίες του πολέμου από τις παθήσεις τους έτσι ώστε να είναι ικανοί να εργαστούν. Τα επόμενα χρόνια καθώς ο αριθμός των στρατιωτών που χρειαζόνταν περίθαλψη μειωνόταν άρχισαν να γίνονται δεκτοί και εξωτερικοί ασθενείς. Το 1958 μετονομάστηκε σε Νοσοκομείο ατυχημάτων και αποκαταστάσεως τραυματιών και αναπήρων (<http://www.kat-hosp.gr>).

Το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης «Ε.Κ.Α.»

Το «Ε.Κ.Α.» ιδρύθηκε το 1945 από το «Αμερικανικό Ίδρυμα Εγγύς Ανατολής». Το 1949 το υπουργείο υγείας και πρόνοιας ανέλαβε την επιχορήγηση του Ιδρύματος το οποίο αναπτύχθηκε και λειτούργησε στο Παλαιό Ψυχικό με την επωνυμία «Κέντρο Αποκατάστασης Πολιτών Αναπήρων Ψυχικού». Μέχρι το 1961 λειτουργούσε ως ίδρυμα ιδιωτικού δικαίου και στη συνέχεια πήρε τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου. Το 1972 μεταφέρθηκε στις νέες του εγκαταστάσεις στο Ίλιον σε ένα χώρο περίπου 60 στρεμμάτων. Το «Ε.Κ.Α.» αποτελεί το μοναδικό κέντρο στην Ελλάδα που προσφέρει

ολοκληρωμένες υπηρεσίες ιατρικής αποκατάστασης προσβάσιμες από το ευρύ κοινό χάρη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Γύπαρης, 2003).

5.1.8 Το Γενικό Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα»

Το νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα» αποτελείται από δύο μεγάλου μεγέθους νοσοκομεία τα οποία έχουν μακραίωνη ιστορική διαδρομή.

Το Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

Το νοσοκομείο ιδρύθηκε από την Έλενα Βενιζέλου το 1933 και είχε ως σκοπό μέσα από τη δημιουργία ενός άρτια εξοπλισμένου μαιευτηρίου να μειώσει την παιδική θνησιμότητα. Σύντομα αναγνωρίστηκε ως το σημαντικότερο μαιευτήριο των Βαλκανίων. Ταυτόχρονα το μαιευτήριο είχε ως σκοπό την επιστημονική κατάρτιση μαιών για όλη την Ελλάδα. Το 1940 διακόπηκε η λειτουργία του επιτάχθηκε και χρησιμοποιήθηκε ως Στρατιωτικό Νοσοκομείο ως την απελευθέρωση. Το 1962 έγιναν σημαντικές κτιριακές επεκτάσεις με τις ανεγέρσεις δύο πολυώροφων κτιρίων (www.hospital-elena.gr) .

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα

Το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1954 ως μαιευτήριο Αλεξάνδρα είχε δύναμη 200 κλίνες και σε αυτό λειτουργούσαν μαιευτική και γυναικολογική κλινική καθώς και σχολή μαιών. Στη συνέχεια μεταφέρθηκε σε αυτό η θεραπευτική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και δημιουργήθηκε και παθολογική κλινική με 100 κλίνες. Σήμερα είναι ένα σύγχρονο νοσοκομείο που εκτός από τη μαιευτική και τη γυναικολογία ασχολείται και με την Παθολογία και την Καρδιολογία με κλινικές του πανεπιστημίου και του Ε.Σ.Υ. (<http://www.hosp-alexandra.gr>)

Στις 31/12/2012 το Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» και το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα» ενοποιήθηκαν σε ένα αυτοτελές και ενιαίο νομικό πρόσωπο το οποίο έχει συνολική δύναμη κλινών 897 κλίνες. Μέχρι τότε τα δύο νοσοκομεία λειτουργούσαν υπό ενιαία διοίκηση ως διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (Αριθμ. Υ4α/οικ.123799 /ΦΕΚ 3486/2012).

5.2 Η ανάλυση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων των νοσοκομείων με την χρήση αριθμοδεικτών

Η χρηματοοικονομική ανάλυση των λογιστικών καταστάσεων είναι ένα σύστημα παροχής πληροφοριών για την οικονομική μονάδα, προς τις διάφορες ομάδες ενδιαφερομένων για αυτές τις πληροφορίες. Το σύστημα αυτό αντλεί δεδομένα από τις χρηματοοικονομικές καταστάσεις, τα επεξεργάζεται, τα μελετά και τα αναλύει με σκοπό την λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων. Οι κυριότερες ομάδες που ζητούν χρηματοοικονομικές πληροφορίες είναι οι μέτοχοι-επενδυτές, η διοίκηση, οι εργαζόμενοι, οι οικονομικοί αναλυτές, οι ομάδες που έχουν επαφή με την οικονομική μονάδα όπως οι πιστωτές και οι προμηθευτές, το κράτος κ.α.

Οι πληροφορίες αυτές απαντούν σε ερωτήματα αναφορικά με την αποτελεσματική κατανομή των οικονομικών πόρων της μονάδας και την αποδοτικότητα της, την εκτίμηση της δυνατότητας μακροχρόνιας και βραχυχρόνιας επιβίωσης της, καθώς και την διοικητική ικανότητα των στελεχών της οικονομικής μονάδας. Η χρηματοοικονομική πληροφορία είναι δηλαδή ένα σημαντικό εργαλείο για την λήψη οικονομικών αποφάσεων.

Η χρηματοοικονομική ανάλυση, επιδιώκει να εντοπίσει τις κυριότερες μεταβολές στις τάσεις, στους λογαριασμούς, στις σχέσεις των ποσών μεταξύ τους και να εντοπίσει τις κύριες αιτίες για αυτές τις μεταβολές ώστε η οικονομική μονάδα να μπορεί να διαγνώσει τυχόν κινδύνους που θα αντιμετωπίσει και να μπορέσει να εκμεταλλευτεί τις ευκαιρίες που θα τις παρουσιαστούν (Τουρνά, 2015). Συνοπτικά η χρηματοοικονομική ανάλυση είναι μια διαδικασία κρίσης και εξαρτάται για αυτό και από την εμπειρία του αναλυτή.

Η ανάλυση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων γίνεται με την βοήθεια των εξής μέσων (Αποστόλου, 2015):

1. Η Οριζόντια Ανάλυση-Ανάλυση Τάσεων: γίνεται με την διαχρονική σύγκριση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων μιας επιχείρησης σε διάστημα δύο ή περισσότερων ετών. Στην Ανάλυση Τάσεων επιλέγεται ένα έτος σαν έτος βάσης και τα ποσά των επόμενων ετών εκφράζονται ως ποσοστό της αξίας του έτους βάσης.
2. Η Κάθετη Ανάλυση – Κατάσταση Κοινών μεγεθών: απομακρύνει την επίδραση του μεγέθους της οικονομικής μονάδας και επιτρέπει την σύγκριση οικονομικών καταστάσεων σε επιχειρήσεις που έχουν διαφορετικό μέγεθος. Δηλαδή τα ποσά των λογαριασμών του Ισολογισμού εκφράζονται ως ποσοστό το συνόλου του Ενεργητικού και τα στοιχεία των

λογαριασμών της Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης ως ποσοστό του συνόλου των πωλήσεων. Έτσι μπορούν να μελετηθούν και οι σχετικές μεταβολές που έχουν συμβεί στις διάφορες ομάδες λογαριασμών της οικονομικής μονάδας πχ το κυκλοφορούν ενεργητικό σε σχέση με το σύνολο του ενεργητικού της.

3. Οι Αριθμοδείκτες: αποτελούν μια από τις κυριότερες μορφές χρηματοοικονομικής ανάλυσης και εμφανίζουν την σχέση που έχουν μεταξύ τους, τα στοιχεία του Ισολογισμού και τα στοιχεία της Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης αλλά και ταυτόχρονα στοιχεία του Ισολογισμού σε σύγκριση με τα στοιχεία της Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης. Εκφράζονται σε ποσοστό ή φορές (Τουρνά, 2015). Οι Αριθμοδείκτες παρέχουν αξιόλογες πληροφορίες όταν συγκρίνονται με κάποια πρότυπα ή όταν γίνεται διαχρονική σύγκριση με λογιστικά μεγέθη της ίδια επιχείρησης προηγούμενων χρήσεων καθώς και όταν αξιοποιούνται στην διαστρωματική σύγκριση με λογιστικά μεγέθη άλλων επιχειρήσεων ως μέσος όρος του ίδιου κλάδου (Παπαδέας, 2015).

Οι πληροφορίες που προέρχονται από τις παραπάνω τεχνικές χρειάζεται να συνδυαστούν ώστε να δώσουν την συνολική εικόνα για την οικονομική θέση της επιχείρησης και καμία από αυτές τις τεχνικές δεν παρέχει αποκλειστικά όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, προς όλες τις ομάδες ενδιαφερομένων, για την χρηματοοικονομική θέση της οικονομικής μονάδας. (Γκίκας *et al*, 2010).

Η προσφορά της νοσοκομειακής περίθαλψης γίνεται κατά κύριο λόγο 50

από φορείς δημόσιους που δεν επιδιώκουν το κέρδος. Οι δημόσιοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι υποχρεωμένοι να αντιμετωπίσουν ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο και περίπλοκο περιβάλλον. Οι τεχνολογικές μεταβολές, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων νόσων και η συνεχής αύξηση των δαπανών για την υγεία, αποτελούν σοβαρές προκλήσεις για το σύστημα υγείας και ειδικά για τα νοσοκομεία. Για να διαχειριστούν αυτές τις μεταβολές χρειάζονται αποδοτική οικονομική διαχείριση, η οποία θα εξασφαλίσει την παρακολούθηση της χρηματοοικονομικής επίδοσης των νοσοκομείων, ώστε να μπορέσουν να ξεπεράσουν τις οικονομικές δυσκολίες. Για να καλυφθεί αυτή η ανάγκη από την δεκαετία του 1980 άρχισε να εφαρμόζεται η χρηματοοικονομική ανάλυση στα νοσοκομεία και να αναπτύσσονται ειδικοί οικονομικοί δείκτες που να αντανακλούν και να μετρούν τα ειδικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων (Janatia *et al*, 2014).

5.2.1 Οι αριθμοδείκτες

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι ανάλυσης χρηματοοικονομικών-οικονομικών καταστάσεων. Η πιο ευρέως χρησιμοποιημένη μέθοδος είναι η μέθοδος της χρηματοοικονομικής ανάλυσης με αριθμοδείκτες. Σύμφωνα με το Κεφάλαιο «Αριθμοδείκτες» του Ελληνικού Γενικού Λογιστικού Σχεδίου, «Αριθμοδείκτες είναι σχέσεις μεταξύ μεγεθών, λογιστικής ή στατιστικής προέλευσης, που καταρτίζονται με σκοπό τον προσδιορισμό της πραγματικής θέσης ή της αποδοτικότητας των διάφορων τμημάτων ή ολόκληρων τομέων της οικονομικής μονάδας και, σε τελική ανάλυση, της πραγματικής κατάστασης ολόκληρης της οικονομικής μονάδας ή και γενικότερα του κλάδου στον οποίο ανήκει η μονάδα αυτή.»

Οι αριθμοδείκτες είναι οικονομικοί δείκτες οι οποίοι βοηθούν την διοίκηση της οικονομικής μονάδας να οργανώσει με συστηματικό τρόπο τις πληροφορίες που υπάρχουν στις χρηματοοικονομικές καταστάσεις. Οι δείκτες αυτοί εκφράζουν την σχέση μεταξύ του μεγέθους του αριθμητή και του παρανομαστή και η ανάλυση αυτή για να έχει σημασία για την οικονομική μονάδα, χρειάζεται η σχέση μεταξύ των δύο μεγεθών να έχει λογική συνάφεια, να ερμηνεύει τα οικονομικά μεγέθη του φορέα και να μπορεί να βοηθήσει στην λήψη χρηματοοικονομικών αποφάσεων. Οι χρηματοοικονομικές αποφάσεις με το εργαλείο των αριθμοδεικτών λαμβάνονται μέσα από διαχρονικές και διαστρωματικές συγκρίσεις. Διαστρωματική σύγκριση είναι η σύγκριση μεταξύ διαφορετικών επιχειρήσεων για την ίδια χρονική περίοδο ενώ διαχρονική είναι η σύγκριση του ίδιου οργανισμού για μια σειρά ετών (Γκίκας, 2002).

Οι βασικές κατηγορίες αριθμοδεικτών είναι οι αριθμοδείκτες ρευστότητας, οι αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας, που συχνά αναφέρονται και σαν αριθμοδείκτες δραστηριότητας, οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας, οι αριθμοδείκτες κεφαλαιακής διάρθρωσης και τέλος οι επενδυτικοί αριθμοδείκτες οι οποίοι αναφέρονται σε οικονομικές μονάδες οι οποίες είναι εισηγμένες στο χρηματιστήριο (Παπαδέας, 2015). Οι αριθμοδείκτες μπορεί να εμφανίσουν ενδείξεις για προβληματικές δραστηριότητες που μπορούν να διορθωθούν και ταυτόχρονα παρέχουν τη δυνατότητα στην οικονομική μονάδα για επισκόπηση των βασικών οικονομικών δραστηριοτήτων της. Αποτελούν ένα εργαλείο για τη διοίκηση το οποίο δεν γνωστοποιείται από την απλή μελέτη των οικονομικών καταστάσεων της επιχείρησης και παρέχουν πληροφορίες που δεν μπορούν να τις αντλήσει η διοίκηση από τα διάφορα τμήματα της με άλλο τρόπο. (Τουρνά, 2015)

Τα πλεονεκτήματα των αριθμοδεικτών για τις δημόσιες μονάδες υγείας είναι τα εξής:

1. Η ανάλυση με αριθμοδείκτες επιτρέπει να ταξινομηθούν και να συγκριθούν τα δεδομένα νοσοκομείων σε βάθος χρόνου χωρίς αυτές οι οικονομικές μονάδες να έχουν το ίδιο μέγεθος.
2. Η ανάλυση με αριθμοδείκτες παρέχει ακριβείς πληροφορίες για την οικονομική θέση της δημόσιας μονάδας υγείας όπως και για την θέση της στο παρελθόν έτσι ώστε να μπορεί η διοίκηση της οικονομικής μονάδας να γνωρίζει ακριβώς το οικονομικά στοιχεία του δημόσιου νοσοκομείου και να μπορεί έτσι να επιδιώξει καλύτερα τους στόχους που έχει θέσει ο δημόσιος φορέας για την υγεία.
3. Οι αριθμοδείκτες μπορούν να βοηθήσουν στην λήψη αποφάσεων καθώς επισημαίνουν τα πλεονεκτήματα της οικονομικής μονάδας και τους παράγοντες που μπορούν να αποτελέσουν απειλές και κινδύνους για την βιωσιμότητα της δημόσιας μονάδας υγείας.
4. Παρόλο που οι δημόσιες μονάδες υγείας δεν επιδιώκουν κέρδος και προσπαθούν να λειτουργούν στο όριο του λειτουργικού περιθωρίου, επιθυμούν σε βάθος χρόνου να έχουν έστω ένα ελάχιστο όφελος ώστε να μπορούν να επιτύχουν τους στόχους της αποδοτικότητας των πόρων και της αύξησης των παρεχόμενων υπηρεσιών . Η ανάλυση με αριθμοδείκτες μπορεί να βοηθήσει στην επιτυχία των παραπάνω στόχων καθώς θα μελετήσει την σχέση των εσόδων του νοσοκομείου σε συνάρτηση με τα έξοδα του (Suarez et al, 2011).

Η ανάλυση με αριθμοδείκτες όμως έχει και κάποιους περιορισμούς με τους κυριότερους να αφορούν την επίδραση στα χρηματοοικονομικά μεγέθη των οικονομικών καταστάσεων του πληθωρισμού, μέσα από την μεταβολή του επιπέδου των τιμών και την δυσκολία στην σύγκριση μεταξύ επιχειρήσεων που χρησιμοποιούν διαφορετική λογιστική μέθοδο. Ακόμα η ανάλυση με αριθμοδείκτες έχει σημασία όταν θα γίνουν συγκρίσεις γιατί από μόνοι τους οι οικονομικοί αυτοί δείκτες δεν δίνουν πολλές πληροφορίες.

Σύμφωνα με τους Zeller *et al* στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι αριθμοδείκτες εξειδικευμένοι για τα νοσοκομεία οι οποίοι προσπαθούν να εκτιμήσουν τα ειδικά χαρακτηριστικά της οικονομικής απόδοσης των νοσοκομείων. Η ανάγκη για την ύπαρξη εξειδικευμένων αριθμοδεικτών προέρχεται από το γεγονός ότι πολλά νοσοκομεία δεν επιδιώκουν το κέρδος καθώς λειτουργούν με δημόσια χρηματοδότηση, ότι τα έσοδά τους προέρχονται σχεδόν αποκλειστικά από την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και όχι από άλλες παρεπόμενες υπηρεσίες και ότι πλέον η κοστολόγηση των υπηρεσιών έχει αλλάξει και για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία υπάρχει μία καθορισμένη τιμή DRG'S. Οι βασικές κατηγοριοποιήσεις των δεικτών αυτών, διακρίνονται σε ομάδες δεικτών που μετρούν την: Αποδοτικότητα-κερδοφορία (profitability), Ρευστότητα (liquidity), Κεφαλαιακή διάθρωση

(capital structure), Αποδοτικότητα του συνόλου των ενεργητικών –στοιχείων (asset efficiency) και σε άλλους οικονομικούς δείκτες (Zeller *et al*, 1996).

Οι Chu *et al* οποίοι προσπάθησαν να μελετήσουν αν οι αριθμοδείκτες που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία και στο λιανικό εμπόριο μπορούν να περιγράψουν σωστά τα οικονομικά χαρακτηριστικά και των νοσοκομείων και να προβλέψουν την απόδοσή τους. Στη μελέτη τους, που έγινε με ανάλυση παραγόντων, κατέληξαν ότι οι αριθμοδείκτες αυτοί που χρησιμοποιούνταν στις άλλες αγορές δεν μπορούσαν να περιγράψουν με συνέπεια την οικονομική απόδοση των νοσοκομείων αλλά μόνο κάποιες πλευρές της οικονομικής τους δραστηριότητας όπως την αποδοτικότητα, ρευστότητα, την κεφαλαιακή διάρθρωση ή δανειακή επιβάρυνση και τέλος την είσπραξη των απαιτήσεων.

Στην συγκεκριμένη ανάλυση θα παρουσιαστούν οι αριθμοδείκτες που μετρούν τις παραπάνω διαστάσεις της λειτουργίας των Νοσοκομείων και ειδικά την ρευστότητα, την κεφαλαιακή διάρθρωση, την αποδοτικότητα και την δραστηριότητα ή κυκλοφοριακή ταχύτητα των στοιχείων του ενεργητικού.

5.2.2 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας (Liquidity Ratio)

Λέγοντας ρευστότητα εννοούμε την ικανότητα της επιχείρησης να ικανοποιεί τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της και υποδηλώνει την δυνατότητα της, να μετατρέπει τα ενεργητικά της στοιχεία σε διαθέσιμα. Τις πληροφορίες για την βραχυχρόνια οικονομική θέση της επιχείρησης τις δίνουν οι αριθμοδείκτες ρευστότητας. Οι αριθμοδείκτες ρευστότητας επιβεβαιώνουν τη στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ κυκλοφορούντος ενεργητικού και βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων καθώς οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις θα εξοφληθούν με στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού. Μία οικονομική μονάδα που δεν έχει ικανοποιητική ρευστότητα ακόμα και στην περίπτωση που έχει κέρδη μπορεί να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο της χρεοκοπίας αν δεν μπορεί να εξοφλήσει τις υποχρεώσεις της, προς τους προμηθευτές της (Τουρνά, 2015).

Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας ή Κεφαλαίου Κίνησης (Current Ratio)

Ο αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας δείχνει την ρευστότητα της οικονομικής μονάδας και το περιθώριο ασφαλείας που διατηρεί και αποκαλύπτει την ικανότητα της, να καλύπτει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις με κονδύλια του κυκλοφορούντος ενεργητικού, που είναι

ρευστοποίησιμα σε διάστημα μικρότερο του έτους. Δίνεται από την σχέση του κυκλοφορούντος ενεργητικού με τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις. Στον συγκεκριμένο δείκτη πρέπει να σταθμιστεί και το ποσοστό συμμετοχής κάθε κατηγορίας στοιχείων του ενεργητικού που τον συνθέτουν γιατί έχουν διαφορετική βαρύτητα τα ταμειακά διαθέσιμα από τις απαιτήσεις στη ρευστότητα της επιχείρησης. Ένας δείκτης Γενικής Ρευστότητας γύρω στο 2 θεωρείται ικανοποιητικός (Αποστόλου, 2015).

$$\text{Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας} = \frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

$$\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό} = \text{Αποθέματα} + \text{Απαιτήσεις} + \text{Διαθέσιμα}$$

Ο αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας βελτιώνεται συνέχεια για τα Νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. και βρίσκεται σχεδόν σε όλα για το διάστημα 2012-2016 σημαντικά πάνω από το 2. Αυτό σημαίνει ότι τα κυκλοφοριακά στοιχεία των δημόσιων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. καλύπτουν σημαντικά τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις τους και τα νοσοκομεία είναι φερέγγυα για τους πιστωτές τους. Ο αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας για τον ΜΟΔ των νοσοκομείων αυξάνεται συνεχώς από έτος σε έτος όπως φαίνεται στο πίνακα 5-2 και διαμορφώνεται από 2,12 το 2012 σε 5,61 το 2016.

Πίνακας 5-2: Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας

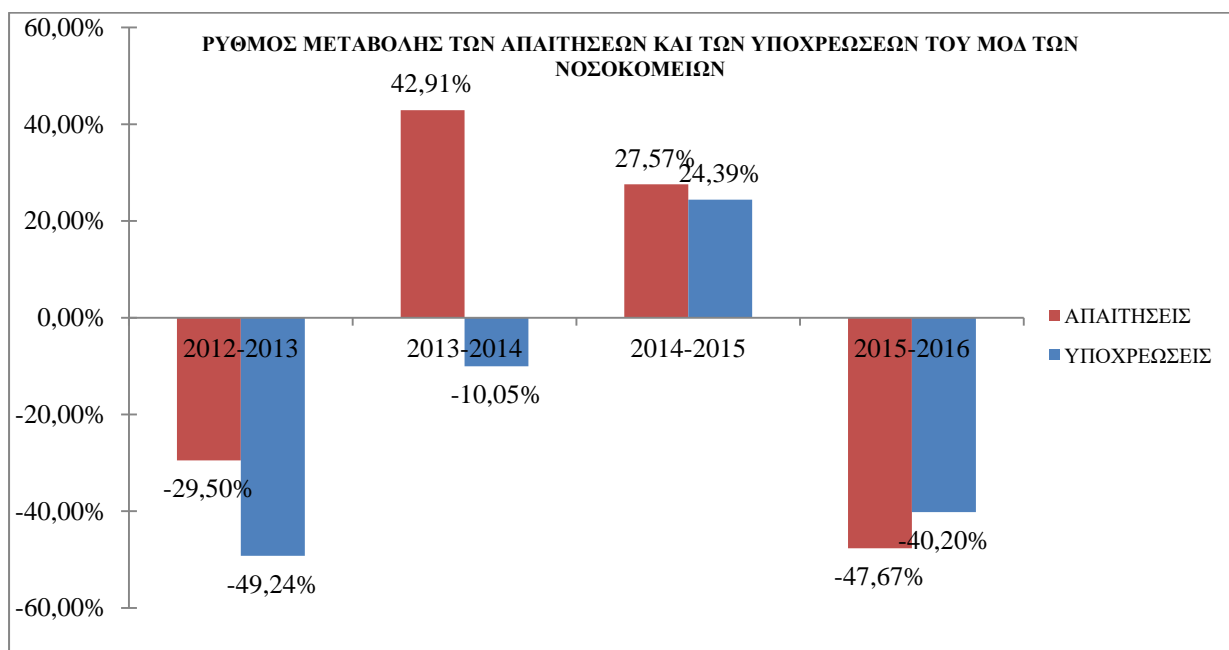
	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	2,48	3,55	3,76	4,13	3,81	3,55
«ΛΑΪΚΟ»	1,89	2,56	3,58	0,83	2,41	2,26
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	1,74	2,22	5,39	7,35	6,73	4,69
«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	2,00	3,64	4,63	4,12	4,09	3,70
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	2,00	2,56	3,60	5,01	4,89	3,61
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	1,55	2,87	3,86	5,13	8,38	4,35
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	2,00	2,98	5,22	5,65	10,94	5,36
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	3,34	5,04	5,58	6,90	3,67	4,90
ΜΟΔ	2,12	3,18	4,45	4,89	5,61	4,05

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων.

Το 2016 η αύξηση του ΜΟΔ των νοσοκομείων επηρεάζεται σημαντικά από νοσοκομείο «ΚΑΤ-Ε.Κ.Α» και το «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» τα οποία έχουν πολύ ακραίες τιμές, κάπου κοντά στο δέκα. Στην εξέλιξη των τιμών του αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας για το κάθε νοσοκομείο παρατηρούμε ότι το 2012 όλα τα νοσοκομεία βρίσκονται κοντά στο 2 και ότι το 2013 και το 2014 ο δείκτης βελτιώνεται για όλα τα νοσοκομεία σχεδόν μία μονάδα για κάθε έτος. Η αύξηση αυτή του δείκτη συνεχίζεται με μικρότερο ρυθμό για τα έτη 2015 και 2016. Από τα 8 νοσοκομεία το «Λαϊκό» έχει τις μικρότερες τιμές στον δείκτη ενώ το Νοσοκομείο «ΚΑΤ-Ε.Κ.Α.» έχει την καλύτερη επίδοση του δείκτη γενικής ρευστότητας .

Η αύξηση αυτή του αριθμοδείκτη της γενικής ρευστότητας επηρεάζεται κυρίως από την μεταβολή των απαιτήσεων που αποτελούν την μεγαλύτερη αναλογία των στοιχείων που συνθέτουν τον αριθμητή του δείκτη και από την μεταβολή των βραχυχρόνιων υποχρεώσεων. Η βελτίωση του δείκτη οφείλεται κυρίως στο ότι ο ρυθμός μεταβολής των υποχρεώσεων, του μέσου όρου του δείγματος ήταν αρνητικός για όλα τα έτη, με εξαίρεση την περίοδο 2014-2015 που αυξήθηκε, αλλά ταυτόχρονα αυξήθηκε περισσότερο ο ρυθμός μεταβολής των απαιτήσεων, του μέσου όρου του δείγματος όπως φαίνεται και από το γράφημα 5-1.

Γράφημα 5-1: Ρυθμός μεταβολής των απαιτήσεων και των υποχρεώσεων του ΜΟΔ των νοσοκομείων



Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας (Quick Ratio)

Ο αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας είναι ένας αυστηρότερος έλεγχος της ρευστότητας της οικονομικής μονάδας σε σχέση με τον αριθμοδείκτη της γενικής ρευστότητας, καθώς δεν περιλαμβάνει από τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού τα αποθέματα τα οποία, δεν μπορούν να μετατραπούν σε μετρητά αμέσως χωρίς απώλεια της αξίας τους. Μία τιμή του αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας γύρω στη μονάδα θεωρείται ικανοποιητική (Κάντζος, 1997).

$$\text{Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας} = \frac{\text{Απαιτήσεις} + \text{Διαθέσιμα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Η ύπαρξη διαφοράς μεταξύ του αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας και του αριθμοδείκτη ειδικής ρευστότητας σημαίνει ότι υπάρχουν αυξημένα αποθέματα στην οικονομική μονάδα. Στην περίπτωση των νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. η διαφορά των δύο δεικτών είναι μικρή όπως φαίνεται από τον πίνακα 5-3 γεγονός που υποδηλώνει ότι τα αποθέματα των Νοσοκομείων δεν είναι μεγάλα και ότι η ρευστότητα των νοσοκομείων επηρεάζεται κυρίως από τις απαιτήσεις και τα χρηματικά διαθέσιμα.

Πίνακας 5-3: Σύγκριση τιμών αριθμοδείκτη γενικής ρευστότητας με αριθμοδείκτη ειδικής ρευστότητας

	Μ.Ο. ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Μ.Ο. ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΔΕΙΚΤΩΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	3,55	3,38	0,16
«ΛΑΪΚΟ»	2,26	2,13	0,12
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	4,69	4,57	0,12
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	3,70	3,60	0,09
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	3,61	3,53	0,09
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	4,35	4,25	0,11
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	5,36	5,22	0,13
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	4,90	4,66	0,25

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Από την ανάλυση των τιμών του μέσου όρου του αριθμοδείκτη της ειδικής ρευστότητας για το κάθε νοσοκομείο φαίνεται ότι το Νοσοκομείο «ΚΑΤ-ΕΚΑ» έχει την μεγαλύτερη τιμή του αριθμοδείκτη της ειδικής ρευστότητας με 5,22 και ακολουθεί το «Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» με 4,66. Τις μικρότερες τιμές του αριθμοδείκτη έχουν το «Λαϊκό» και το «Κοργιαλένιο –Μπενάκειο» με 2,13 και 3,38.

Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας (Cash Ratio)

Ο αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας παρουσιάζει τον αυστηρότερο τρόπο μέτρησης της ικανότητας της επιχείρησης να ικανοποιεί της βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της μέσα από τα ταμειακά της διαθέσιμα. Μετρά την ικανότητα της επιχείρησης να καταβάλλει τις τρέχουσες υποχρεώσεις της χωρίς δανεισμό ή πρόσθετες επενδύσεις. Η τιμή του δείκτη ίση με την μονάδα σημαίνει ότι η οικονομική μονάδα θα μπορούσε αν χρειαζόταν να πληρώσει το 100% των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων της από τα ταμειακά της διαθέσιμα.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας} = \frac{\text{Διαθέσιμα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Ο αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας, επειδή είναι ένα πολύ αυστηρό μέτρο για την ρευστότητα της οικονομικής μονάδας, όταν βρίσκεται κοντά στο 0,4 είναι ικανοποιητικός (Τουρνά, 2015). Πάντως χρειάζεται να σημειωθεί ότι η τιμή του αριθμοδείκτη ταμειακής ρευστότητας εξετάζεται ανάλογα με τον κλάδο στον οποίο ανήκει η οικονομική μονάδα και τις πραγματικές ανάγκες και τις δυνατότητες της (Κάντζος, 1997). Στα νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται κυρίες από κρατική επιχορήγηση και από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς ο δείκτης αυτός χρειάζεται εκτιμηθεί σε συνδυασμό με τον αριθμοδείκτη μέσης διάρκειας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων.

Από τα στοιχεία του πίνακα 5-4 παρατηρούμε ότι η ταμειακή ρευστότητα σχεδόν όλων των νοσοκομείων βελτιώνεται συνεχώς για τη περίοδο της μελέτης. Για την περίοδο 2012-2015 είναι κάτω από το 0,4 αλλά το 2016 η ταμειακή ρευστότητα όλων των νοσοκομείων αυξάνεται σημαντικά και μάλιστα σε μερικά νοσηλευτικά ιδρύματα όπως το Ιπποκράτειο, το Σωτηρία, Σισμανόγλειο και το Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα είναι πάνω από τη μονάδα. Ταμειακή ρευστότητα πάνω από τη μονάδα σημαίνει ότι τα νοσοκομεία μπορούν να

εξοφλήσουν όλες τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις τους από τα μετρητά τους στο τέλος του 2016. Φαίνεται λοιπόν ότι τα νοσοκομεία στο τέλος του 2016 εισέπραξαν επιχορηγήσεις με τις οποίες δεν μπόρεσαν να εξοφλήσουν τις υποχρεώσεις τους και για αυτό αυξάνεται τόσο υπερβολικά η ταμειακή τους ρευστότητα η οποία υπολογίζεται στο τέλος του 2016. Από τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. το «ΚΑΤ-ΕΚΑ» έχει την μικρότερη τιμή του δείκτη και από 0,06 το 2012 παρουσιάζει τιμή 0,08 το 2015 για να βελτιωθεί στο 0,73 το 2016. Την μεγαλύτερη τιμή του αριθμοδείκτη έχει το «Έλενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα» που ξεκινά με αριθμοδείκτη ταμειακής ρευστότητας το 2012 στο 0,2 και η τιμή του αριθμοδείκτη για το 2016 είναι 1,56.

Πίνακας 5-4: Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	0,07	0,09	0,09	0,16	0,79	0,24
«ΛΑΪΚΟ»	0,13	0,26	0,27	0,28	0,61	0,31
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	0,14	0,56	0,35	0,16	0,69	0,38
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	0,09	0,25	0,24	0,33	1,14	0,41
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	0,15	0,27	0,19	0,19	1,00	0,36
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	0,19	0,31	0,15	0,23	1,15	0,41
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	0,06	0,04	0,05	0,08	0,73	0,19
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	0,20	0,73	0,59	0,57	1,56	0,73
ΜΟΔ	0,13	0,31	0,24	0,25	0,96	0,38

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

5.2.3 Αριθμοδείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης

Τα κεφάλαια που χρησιμοποιούν οι οικονομικές μονάδες για την χρηματοδότηση της παραγωγής χωρίζονται στα ίδια και στα ξένα κεφαλαία. Η διαρθρωτική δομή της χρηματοδότησης δηλαδή η αναλογία των ξένων προς τα ίδια κεφάλαια φανερώνει την

ικανότητα της οικονομικής μονάδας να ανταποκρίνεται στις δανειακές της επιβάρυνσης και επίσης να είναι αποδοτική και να δημιουργεί κέρδη.

Αριθμοδείκτης ίδια κεφάλαια προς Δανειακά Κεφάλαια (Debt-equity Ratio)

Ο αριθμοδείκτης ίδια κεφάλαια προς δανειακά κεφάλαια δείχνει την δανειακή επιβάρυνση της οικονομικής μονάδας. Υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{Αριθμοδείκτης Ίδια Κεφάλαια προς Δανειακά Κεφάλαια} \\ = \frac{\text{Ίδια Κεφάλαια}}{\text{Μακροχρόνιες και Βραχυχρόνιες Υποχρεώσεις}}$$

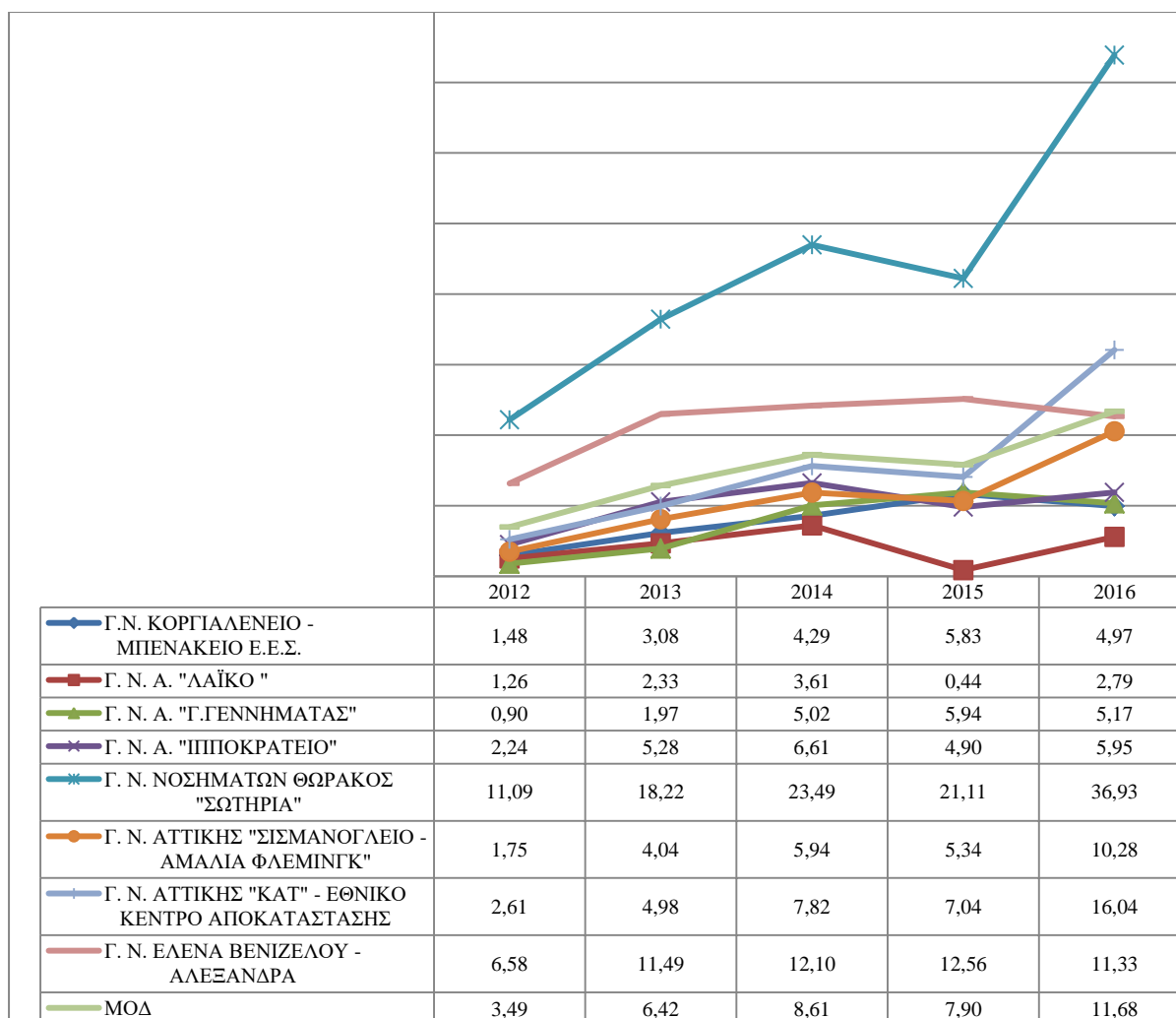
Όταν ο δείκτης αυτός είναι μεγαλύτερος από την μονάδα τότε η αναλογία των ιδίων κεφαλαίων είναι μεγαλύτερη από τα ξένα, η οικονομική μονάδα δεν έχει μεγάλη δανειακή επιβάρυνση και είναι πιο φερέγγυα για τους πιστωτές της. Γενικά, θεωρείται ότι το κατώτατο ανεκτό όριο αναλογίας του Ιδίου Κεφαλαίου επί του συνολικού ύψους του Παθητικού είναι 25% (Αποστόλου, 2015).

Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσα από επιχορηγήσεις που εισπράττουν από το Υπουργείο Υγείας. Το ύψος αυτών των επιχορηγήσεων αυξάνει τα ίδια κεφάλαια των νοσοκομείων και βελτιώνει έτσι την καθαρή θέση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ο λογιστικός χειρισμός των επιχορηγήσεων γίνεται με δύο τρόπους είτε μεταφέροντας το ποσό των επιχορηγήσεων απευθείας στα ίδια κεφάλαια των νοσοκομείων σε λογαριασμό ειδικών αποθεματικών, είτε πιστώνοντας το ποσό των επιχορηγήσεων στον λογαριασμό «Άλλα Έσοδα» επηρεάζοντας έτσι τα αποτελέσματα των νοσοκομείων στην κατάσταση των αποτελεσμάτων χρήσης. Πάντως οι επιχορηγήσεις από το Υπουργείο Υγείας ανεξάρτητα από την διαδικασία λογιστικού χειρισμού έχουν σαν συνέπεια την αύξηση των ιδίων κεφαλαίων των Νοσοκομείων.

Από το γράφημα 5-2 φαίνεται η παραπάνω συνθήκη που περιγράφεται για τα δημόσια νοσοκομεία και ο τρόπος χρηματοδότησής τους, καθώς η αναλογία των ιδίων κεφαλαίων προς τα ξένα για την περίοδο 2012-2016 αυξάνεται συνεχώς και ταυτόχρονα είναι και πολύ μεγάλη καθώς τα ίδια κεφάλαια υπερκαλύπτουν πολλές φορές τα ξένα κεφάλαια. Την μεγαλύτερη τιμή του αριθμοδείκτη ίδια κεφάλαια προς ξένα κεφάλαια την έχει το

νοσοκομείο «Σωτηρία» και ακολουθούν τα νοσοκομεία «Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» και το «ΚΑΤ –Ε.Κ.Α.». Τη χαμηλότερη τιμή του δείκτη ίδια κεφάλαια προς ξένα έχουν τα νοσοκομεία «Λαϊκό» και «Γ. Γεννηματάς».

Γράφημα 5-2: Η εξέλιξη του αριθμοδείκτη Ίδια κεφάλαια προς Ξένα Κεφάλαια



Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Αριθμοδείκτης Ίδια Κεφάλαια προς Πάγια Κεφάλαια (Fixed Assets Cover Ratio)

Ο αριθμοδείκτης αυτός δείχνει τον τρόπο που χρηματοδοτούνται οι πάγιες επενδύσεις σε μια οικονομική μονάδα και δίνεται από την σχέση:

$$\text{Αριθμοδείκτης Ίδια Κεφάλαια προς Πάγια Κεφάλαια} = \frac{\text{Ίδια Κεφάλαια}}{\text{Καθαρά Πάγια Κεφάλαια}}$$

Από το σύνολο των στοιχείων του Ενεργητικού τα πάγια περιουσιακά στοιχεία είναι τα πιο δύσκολα στην ρευστοποίηση και καλύπτουν ανάγκες διαρκείας. Για αυτό θεωρείται σημαντικό για την επιβίωση της επιχείρησης τα πάγια αυτά στοιχεία να χρηματοδοτούνται από τα ίδια κεφάλαια που ανήκουν επ' αόριστον στην οικονομική μονάδα. Γενικά, θεωρείται ότι ο βαθμός κάλυψης του Πάγιου Ενεργητικού, εκφραζόμενος με τον αριθμοδείκτη: Ίδια Κεφάλαια/Πάγιο Ενεργητικό, πρέπει να είναι 1, δηλαδή το πάγιο ενεργητικό πρέπει να ισούται με τα ίδια κεφάλαια (Αποστόλου, 2015).

Με τον αριθμοδείκτη ίδια κεφάλαια προς πάγια περιουσιακά στοιχεία στα δημόσια νοσοκομεία, παρατηρείται ότι ο δείκτης αυτός είναι πάρα πολύ μεγάλος και καθρεφτίζει την υψηλή χρηματοδότηση για βραχυπρόθεσμες ανάγκες που δέχονται τα δημόσια νοσοκομεία από το Υπουργείο Υγείας η οποία αποτυπώνεται στα ίδια κεφάλαια των νοσοκομείων καθώς τόσο ψηλές τιμές του αριθμοδείκτη δείχνουν ότι ένα μέρος των τρεχουσών αναγκών σε κεφάλαια κίνησης της οικονομικής μονάδας καλύπτεται από τα ίδια κεφάλαια της (Κάντζος, 1997).

Πίνακας 5-5: Αριθμοδείκτης Ίδια κεφάλαια προς Καθαρά Πάγια

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	17,38	15,16	24,20	46,10	20,05	24,58
«ΛΑΪΚΟ»	17,83	19,31	30,80	5,13	25,13	19,64
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	9,46	11,15	21,15	31,76	17,38	18,18
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	2,47	2,63	3,52	4,07	3,02	3,14
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	1,10	1,13	1,21	1,28	1,16	1,17
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	2,70	3,15	4,48	7,86	5,78	4,80
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	2,14	2,21	2,91	3,30	2,62	2,64
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ- ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	1,60	1,55	1,70	1,85	1,48	1,64
ΜΟΔ	6,84	7,04	11,25	12,67	9,58	9,47

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Ο αριθμοδείκτης ίδια κεφάλαια προς πάγια είναι πολύ μεγάλος για τα νοσοκομεία «Κοργιαλέναιο-Μπενάκειο», «Λαϊκό» και «Γ. Γεννηματάς» (Πίνακας 5-5). Από την άλλη την

μικρότερη τιμή του αριθμοδείκτη, αλλά και πάλι πάνω από την μονάδα έχουν τα νοσοκομεία «Σωτηρία» και «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα».

Συμπεράσματα για τους Δείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης των νοσοκομείων

Η αναλογία του αριθμοδείκτη ίδια κεφάλαια προς ξένα στις περιπτώσεις όπως στο «Σωτηρία» και στο «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα» όπου εκεί παρατηρείται μία πολύ μεγάλη τιμή του δείκτη επηρεάζεται εκτός από την αύξηση του λογαριασμού ειδικά αποθεματικά όπου αποτυπώνεται η είσπραξη των επιχορηγήσεων και από το πάγιο ενεργητικό και ειδικά από την ακίνητη περιουσία του κάθε νοσοκομείου η οποία καταγράφεται στο λογαριασμό καταβεβλημένο κεφάλαιο των ιδίων κεφαλαίων του κάθε νοσοκομείου. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι όλα τα νοσοκομεία που έχουν τις υψηλότερες τιμές του δείκτη ίδια κεφάλαια προς ξένα έχουν τις χαμηλότερες τιμές ίδια κεφάλαια προς πάγια, δηλαδή τα ίδια κεφάλαια τους είναι λίγο μεγαλύτερα από τις πάγιες επενδύσεις τους (οι τιμές του δείκτη είναι λίγο πιο πάνω από την μονάδα). Στην περίπτωση που ο δείκτης ίδια κεφάλαια προς πάγια είναι πολύ μεγάλος σημαίνει ότι η σύνθεση των ιδίων κεφαλαίων δεν επηρεάζεται τόσο από το καταβεβλημένο κεφάλαιο.

5.2.4 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας

Η αποδοτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα μιας επιχείρησης να δημιουργεί κέρδη. Συχνά όμως ταυτίζεται με την έννοια της αποτελεσματικότητας της διοίκησης της επιχείρησης (Γκίκας, 2002). Το δημόσιο νοσοκομείο είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός και για αυτό ακολουθεί ιδιαίζουσα τιμολογιακή πολιτική, στην οποία επιδιώκεται συνήθως χαμηλό λειτουργικό περιθώριο κέρδους. Όμως έχει σημασία για την διοίκηση του νοσοκομείου να παρακολουθεί την εξέλιξη των εσόδων και των εξόδων, ώστε να γνωρίζει τυχόν προβλήματα ή τί δυνατότητες έχει ώστε να επεκτείνει τις υπηρεσίες της. Τις πληροφορίες αυτές τις δίνουν οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας. (Suarez *et al*, 2011)

Αριθμοδείκτης Λειτουργικών Κερδών (Operating Ratio)

Ο αριθμοδείκτης αυτός απεικονίζει το ποσοστιαίο μέγεθος των λειτουργικών κερδών ως ποσοστό των πωλήσεων, δηλαδή την αποτελεσματικότητα της επιχείρησης (Αποστόλου, 2015). Ο συγκεκριμένος δείκτης μετρά την ικανότητα διοικήσεως μιας οικονομικής μονάδας

και αξιολογεί την οικονομική μονάδα στη δεδομένη χρονική στιγμή αφού υπολογίζει την αποδοτικότητα των πωλήσεων με στοιχεία που έχουν ληφθεί από την κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης.

$$\text{Αριθμοδείκτης Λειτουργικών Κερδών} = \frac{\text{Καθαρά Αποτελέσματα Εκμετάλλευσης}}{\text{Πωλήσεις}} \%$$

Τα νοσοκομεία αποζημιώνονται για την παροχή υπηρεσιών υγείας από το 2012 με βάση το σύστημα κοστολόγησης των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (DRG'S) στα οποία δεν υπολογίζεται η δαπάνη για το προσωπικό καθώς η μισθοδοσία των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτείται απευθείας από το Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας. Στην κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης των νοσοκομείων η μισθοδοσία των υπαλλήλων αποτυπώνεται ισόποσα σαν κόστος στους λογαριασμούς «Κόστος Αγαθών και Υπηρεσιών» και «Εξοδα Διοικητικής Λειτουργίας» και σαν έσοδο στον λογαριασμό «Άλλα Έσοδα». Για αυτό για την μελέτη της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων έχει σημασία η μελέτη του αριθμοδείκτη λειτουργικών κερδών που περιλαμβάνει το κόστος μισθοδοσίας τόσο ως έσοδο όσο και έως έξοδο.

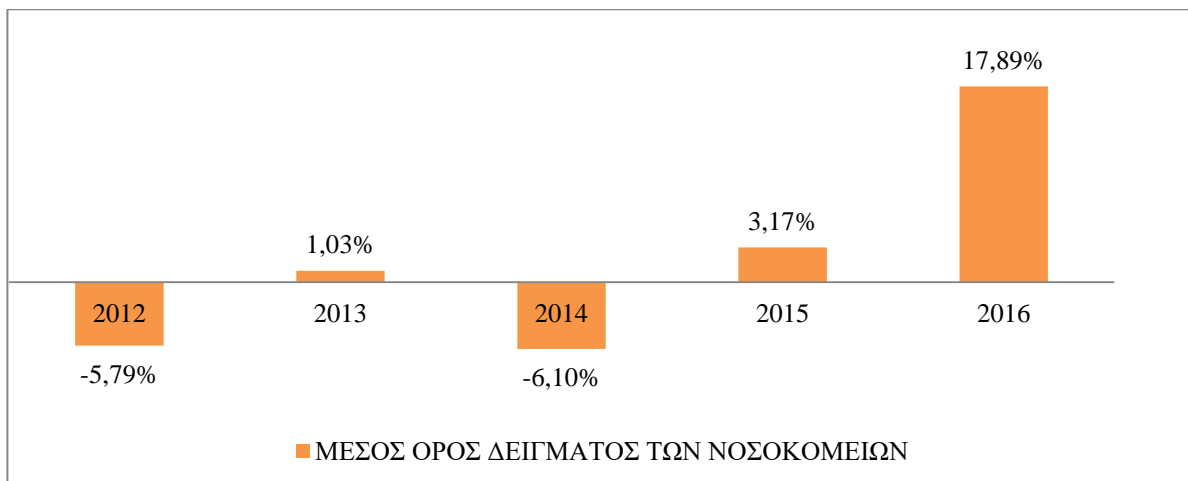
Πίνακας 5-6: Αριθμοδείκτης Λειτουργικών Κερδών

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	-8,78%	-1,02%	-6,49%	2,44%	31,54%	3,54%
«ΛΑΪΚΟ»	35,60%	-13,35%	-9,14%	-8,66%	15,27%	3,94%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	-18,42%	-7,56%	-8,35%	6,92%	-0,91%	-5,67%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	-16,51%	14,19%	-2,15%	-4,15%	17,66%	1,81%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	-7,84%	10,10%	5,46%	15,79%	4,29%	5,56%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	-6,64%	-0,19%	11,72%	19,86%	20,66%	9,08%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	-17,37%	0,14%	2,80%	7,46%	21,88%	2,98%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	-6,34%	5,98%	-42,65%	-14,29%	32,76%	-4,91%
ΜΟΔ	-5,79%	1,03%	-6,10%	3,17%	17,89%	2,04%

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Από τα στοιχεία του πίνακα 5-6 φαίνεται ότι τα νοσοκομεία ξεκινούν το 2012 με αρνητικό αριθμοδείκτη λειτουργικών κερδών -5,79% στο μέσο όρο του δείγματος. Την χειρότερη επίδοση για το 2012 την έχει το «Γ. Γεννηματάς» με -18,42% και το «ΚΑΤ-Ε.Κ.Α.» με αριθμοδείκτη λειτουργικών κερδών στο -17,37% ενώ την καλύτερη τιμή του δείκτη για το 2012 έχει το «Λαϊκό» με 35,60% που είναι και το μοναδικό με θετική τιμή. Το 2013 τα πέντε από τα οκτώ νοσοκομεία του δείγματος βελτιώνουν τον αριθμοδείκτη λειτουργικών κερδών και έχουν είτε θετική τιμή είτε τιμή ελάχιστα αρνητική. Από τα οκτώ νοσοκομεία της 1ης Υ.Πε. την καλύτερη τιμή του δείκτη έχει το «Ιπποκράτειο» με 14,9% και ακολουθεί το νοσοκομείο «Η Σωτηρία» με 10,10%. Από την άλλη τη μικρότερη τιμή του δείκτη έχει το «Λαϊκό» με -13,35%. Το 2014 η τιμή του ΜΟΔ των νοσοκομείων είναι αρνητική και συγκεκριμένα -6,10%. Στη συνέχεια το 2015 όλα τα νοσοκομεία βελτιώνουν τον αριθμοδείκτη των λειτουργικών κερδών και η τάση αυτή συνεχίζεται το 2016 από όλα τα νοσοκομεία του δείγματος (Γράφημα 5-3).

Γράφημα 5-3: Εξέλιξη της τιμής του ΜΟΔ των νοσοκομείων για τον αριθμοδείκτη λειτουργικών κερδών



Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Για το 2016, το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» και το «Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» έχουν την μεγαλύτερη τιμή του δείκτη 31,54% και 32,76% αντίστοιχα. Στη μεταξύ τους συγκριτική μελέτη παρατηρούμε ότι από το 2013 και έπειτα τρία νοσοκομεία έχουν συνεχώς θετικό αριθμό δείκτη λειτουργικών κερδών και συγκεκριμένα το νοσοκομείο « Η Σωτηρία», το «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» και το «ΚΑΤ-Ε.Κ.Α.» (Πίνακας 5-6).

Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων (Return On Equity)

Ο αριθμοδείκτης αυτός παρουσιάζει την κερδοφορία της οικονομικής μονάδας και κατά ποσό τα κεφάλαια των φορέων της που επενδύθηκαν σε αυτή, χρησιμοποιήθηκαν αποτελεσματικά. Δηλαδή αν τα κεφάλαια που επένδυσαν οι φορείς της οικονομικής μονάδας αποδίδουν επαρκώς. Ο αριθμοδείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων είναι ένας ουσιώδεις δείκτης για την μέτρηση της συνολικής αποδοτικότητας της οικονομικής μονάδας.

$$\text{Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη μετά φόρων}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}} \%$$

Οι τιμές του αριθμοδείκτης αποδοτικότητας των ιδίων κεφαλαίων για τα μεγάλα νοσοκομεία της 1ης Υ.Πε. περιλαμβάνουν μία πολύ ακραία τιμή και αυτή αφορά το Γ.Ν.Α."Λαϊκό" για το έτος 2015. Η τιμή αυτή του αριθμοδείκτη είναι -103,51% και οφείλεται σε μία πολύ μεγάλη μείωση των ιδίων κεφαλαίων του νοσοκομείου «Λαϊκού» που έγινε για να σχηματιστεί πρόβλεψη για επισφαλείς απαιτήσεις ύψους 154.580.573,13 €.

Πίνακας 5-7: Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	-5,87%	6,10%	-0,76%	0,34%	17,74%	3,51%
«ΛΑΪΚΟ»	22,97%	-6,92%	-3,51%	-103,51%	14,67%	-15,26%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	-16,49%	-5,15%	0,00%	4,73%	8,23%	-1,74%
«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	-2,99%	5,09%	-0,08%	-0,99%	3,38%	0,88%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	-0,97%	0,87%	0,62%	0,92%	0,82%	0,45%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	-2,54%	1,34%	3,47%	4,44%	4,66%	2,28%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	-8,01%	2,57%	2,34%	2,64%	1,86%	0,28%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	-1,39%	0,74%	-5,09%	1,21%	-5,84%	-2,07%
ΜΟΔ	-1,91%	0,58%	-0,38%	-11,28%	5,69%	-1,46%

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Για το 2012 ο αριθμοδείκτης αποδοτικότητας των ιδίων κεφαλαίων έχει αρνητικές τιμές για όλα τα νοσοκομεία του δείγματος εκτός από το «Λαϊκό» όπου ανέρχεται στα 22,97% (Πίνακας 5-7). Το 2013 τα έξι από τα οκτώ νοσοκομεία έχουν θετικό αριθμοδείκτη ο οποίος κυμαίνεται από 0,74% για το «Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» μέχρι 6,10% για το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο». Το 2014 ο μέσος όρος όλου του δείγματος κυμαίνεται στο -0,38% ενώ το 2015 όλα τα νοσοκομεία έχουν θετικές τιμές στον αριθμοδείκτη, λίγο πάνω από το 0, με εξαίρεση το «Λαϊκό» που έχει αυτή την πολύ ακραία τιμή. Τέλος το 2016 σχεδόν όλα τα νοσοκομεία έχουν θετικό αριθμοδείκτη αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων με εξαίρεση το «Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα». Όσο αφορά την τάση του κάθε νοσοκομείου παρατηρούμε ότι «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» έχει τον καλύτερο μέσο όρο στην τιμή του αριθμοδείκτη σαν νοσοκομείο δηλαδή 3,51% και ακολουθεί το «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» με τιμή 2,28%.

5.2.5 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας ή Κυκλοφοριακής Ταχύτητας

Η ομάδα αυτή των αριθμοδεικτών εξετάζει την αποδοτικότητα της οικονομικής μονάδας στην χρησιμοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων (στοιχεία του ενεργητικού), για την επίτευξη των στόχων της και αξιολογεί την διοικητική της επίδοση. Η έννοια της κυκλοφοριακής ταχύτητας αναφέρεται στον χρόνο μετατροπής ενός στοιχείου του κυκλοφορούντος ενεργητικού σε κάποιο άλλο στοιχείο το οποίο είτε είναι πιο εύκολα ρευστοποιήσιμο είτε είναι ρευστό (Γκίκας, 2002).

Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων (Inventory Turnover Ratio) και Μέση Διάρκεια Παραμονής των Αποθεμάτων (Stock Holding Period).

Ο αριθμοδείκτης της κυκλοφοριακής ταχύτητας των αποθεμάτων εξετάζει αν η πολιτική της διαχείρισης των αποθεμάτων που εφαρμόζει η οικονομική μονάδα είναι αποδοτική. Και αυτό γιατί τα αποθέματα δεσμεύουν κεφάλαιο για την απόκτηση τους και την αποθήκευσή τους ενώ παράλληλα διατρέχουν τον κίνδυνο να χάσουν την αξία τους (Γκίκας, 2002). Δείχνει πόσες φορές κατά μέσο όρο έχουν πωληθεί τα αποθέματα μέσα στην χρήση. Συνήθως, όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο αριθμοδείκτης, τόσο καλύτερα. Ένας χαμηλός αριθμοδείκτης δείχνει ότι η οικονομική μονάδα έχει αυξημένα αποθέματα πρώτων υλών και κατά συνέπεια αυξάνει το κόστος που επιμερίζεται σε κάθε μονάδα παραγόμενου προϊόντος. Όσο

μεγαλύτερος είναι αυτός ο δείκτης τόσο πιο αποτελεσματικά λειτουργεί η οικονομική μονάδα (Αποστόλου, 2015).

$$\text{Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων} = \frac{\text{Κόστος Πωληθέντων}}{\text{Μ. Ο. Αποθεμάτων}}$$

$$\text{Μ. Ο. Αποθεμάτων} = \frac{\text{Απόθεμα Αρχής} + \text{Απόθεμα Τέλους}}{2}$$

Διαιρώντας τον παραπάνω αριθμοδείκτη με το 365 βρίσκουμε το χρονικό διάστημα σε ημερολογιακές ημέρες που χρειάζεται ώστε τα αποθέματα να ανανεωθούν μέσα από την μετατροπή τους σε κόστος πωληθέντων και στην συνέχεια να πωληθούν.

$$\text{Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων} = \frac{365}{\text{Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας}}$$

Η διαχείριση των αποθεμάτων στα νοσοκομεία είναι πολύπλοκη και δυσχερής και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα νοσοκομεία δεν αποτελούν τους τελικούς καταναλωτές των προμηθειών που πραγματοποιούν και για αυτό τον λόγο πρέπει να οργανώσουν και να διαχειριστούν δυο δίκτυα διανομής: αυτό της εξωτερικής διανομής που περιλαμβάνει την προμήθεια του υλικού από το νοσοκομείο και αυτό της εσωτερικής διανομής που περιλαμβάνει την διαχείριση του υλικού μέσα στο νοσοκομείο μέχρι να φτάσει στον τελικό αποδεκτή – ασθενή. (Rivard-Royer *et al.*, 2002). Σε αυτή την δύσκολη διαδικασία των προμηθειών από τα νοσοκομεία υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που τοπικά σε κάθε νοσηλευτική μονάδα επηρεάζουν τον τρόπο που γίνεται η προμήθεια και η διαχείριση των υλικών. Επίσης οι απόψεις του νοσηλευτικού, διοικητικού αλλά κυρίως του ιατρικού προσωπικού αποτελούν μεγάλο ρυθμιστικό παράγοντα για το πώς πρέπει να γίνει η θεραπεία και η νοσηλεία του ασθενή και συνεπώς για το ποια υλικά θα αγοραστούν (Matoroulos, 2013).

Επίσης τα υλικά που προμηθεύει και διαχειρίζεται η εφοδιαστική αλυσίδα του τομέα των νοσοκομείων περιλαμβάνουν έναν τεράστιο αριθμό αγαθών που χωρίζεται σε αναλώσιμα και μη αναλώσιμα (πάγια) υλικά όπως: φάρμακα, υγειονομικό υλικό, χημικό υλικό, ιατρικά εργαλεία και μηχανήματα, τρόφιμα, είδη ενδυμασίας, αναλώσιμα γραφείων και ξενοδοχειακός εξοπλισμός. Ο μεγάλος αριθμός των υλικών δυσχεράνει την προμήθεια και την διαχείρισή τους ανεβάζοντας ταυτόχρονα το κόστος λειτουργίας των μονάδων υγείας. Για τους παραπάνω λόγους οι δείκτες της κυκλοφοριακής ταχύτητας των αποθεμάτων και της

μέσης διάρκειας παραμονής των αποθεμάτων έχουν μεγάλη σημασία για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων.

Πίνακας 5-8: Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακή Ταχύτητα αποθεμάτων

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	19,65	15,86	17,11	17,65	13,97	16,85
«ΛΑΪΚΟ»	19,35	19,14	20,77	22,95	23,72	21,19
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	29,02	34,22	41,37	44,00	56,26	40,97
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	33,30	36,43	42,23	52,48	50,82	43,05
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	56,12	51,14	49,82	51,69	57,64	53,28
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	61,96	69,11	55,00	46,05	31,48	52,72
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	26,22	25,39	28,16	31,12	24,83	27,14
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	18,61	17,60	15,44	14,94	23,42	18,00
ΜΟΔ	32,10	33,61	33,74	35,11	35,27	33,96

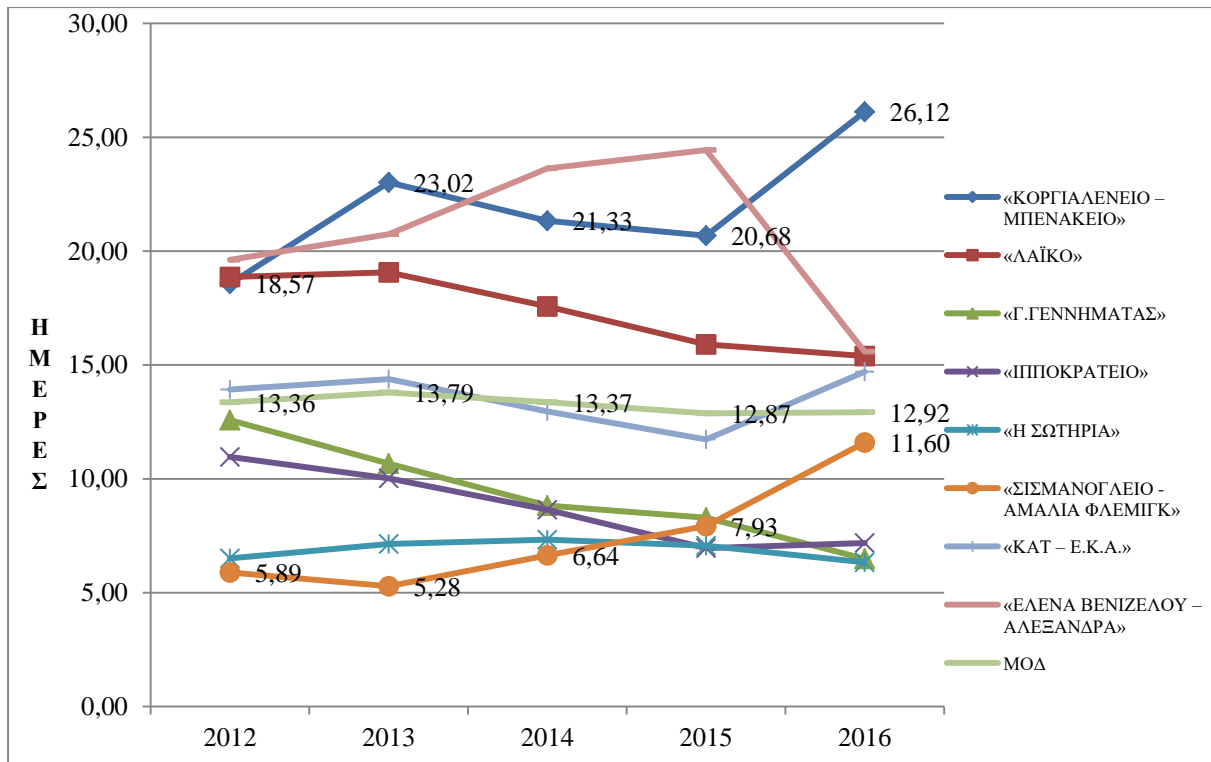
Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Οι τιμές του αριθμοδείκτη της κυκλοφοριακής ταχύτητας είναι μεγάλες γεγονός που σημαίνει ότι τα νοσοκομεία δεν διατηρούν μεγάλο απόθεμα ασφαλείας, μειώνουν έτσι το κόστος των πωληθέντων αγαθών και υπηρεσιών τους και είναι πιο αποδοτικά στην χρησιμοποίηση των πόρων τους. Τα Νοσοκομεία «Σωτηρία» και «Σισμανόγλειο–Αμαλία Φλέμιγκ» κάνουν την καλύτερη διαχείριση των αποθεμάτων από τα νοσοκομεία της μελέτης καθώς παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές του αριθμοδείκτη και ο μέσος όρος του κάθε νοσοκομείου για το διάστημα 2012-2016 είναι 53,28 και 52,72 αντίστοιχα. Από την άλλη τα Νοσοκομεία «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» και «Ελενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα» έχουν την πιο μικρή ανανέωση αποθεμάτων με τιμές 16,85 και 18,00 (πίνακας 5-8).

Στο διάγραμμα 5-4 φαίνεται η εξέλιξη του αριθμοδείκτη της μέσης διάρκειας παραμονής αποθεμάτων. Όλα τα νοσοκομεία που βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο του δείγματος το 2012 συνεχίζουν για όλο το υπ' εξέταση διάστημα να βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο και να μειώνουν την μέση διάρκεια παραμονής των αποθεμάτων και ειδικά το «Γ. Γεννηματάς» σημειώνει πολύ σημαντική μείωση των ημερών που διατηρεί τα αποθέματά του. Επίσης τα

νοσοκομεία που έχουν τιμές μεγαλύτερες από τον μέσο όρο του δείγματος μειώνουν τις ημέρες που διατηρούν τα αποθέματά τους με εξαίρεση το «Κοργιαλένιο –Μπενάκειο» που αυξάνει σημαντικά τον δείκτη το 2016.

Γράφημα 5-4: Εξέλιξη του αριθμοδείκτη της Μέσης Διάρκειας Παραμονής Αποθεμάτων



Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων από Πελάτες (Receivables Turnover Ratio) και Μέση Διάρκεια Είσπραξης Απαιτήσεων (Average Collection Period)

Ο αριθμοδείκτης αυτός δείχνει κατά μέσο όρο, πόσες φορές εισπράττονται οι απαιτήσεις της οικονομικής μονάδας στην διάρκεια μιας οικονομικής χρήσης. Ο αριθμοδείκτης αυτός εκφράζει την σχέση μεταξύ των πωλήσεων και των απαιτήσεων δηλαδή πόσες φορές ανανεώθηκαν οι απαιτήσεις μέσα από τις πωλήσεις. Αν η ανανέωση γίνεται 2 φορές τον χρόνο, τότε κατά μέσο όρο η συλλογή γίνεται κάθε μισό χρόνο (Αποστόλου, 2015). Για τις δημόσιες μονάδες υγείας ο δείκτης αυτός είναι πολύ σημαντικός καθώς φανερώνει πόσο γρήγορα εισπράττουν τις απαιτήσεις τους από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθώς είναι ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του δείκτη τα κεφαλαία του νοσοκομείου δεσμεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα καθώς οι απαιτήσεις μετατρέπονται σε μετρητά πιο γρήγορα.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων (ΑΤΕΑ)} = \frac{\text{Καθαρές Πωλήσεις}}{\text{Μ. Ο. Απαιτήσεων}}$$

$$\text{Μ. Ο. Απαιτήσεων} = \frac{\text{Απαιτήσεις Αρχής} + \text{Απαιτήσεις Τέλους}}{2}$$

Η μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων αναφέρεται στην χρονική περίοδο εκφρασμένη σε μέρες που η οικονομική μονάδα περιμένει ώστε οι απαιτήσεις της να εισπραχθούν.

Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Είσπραξης Απαιτήσεων (ΑΜΔΕΑ)

$$= \frac{365}{\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων}}$$

Από τον πίνακα 5-9 παρατηρείται ότι οι τιμές και του αριθμοδείκτη της ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων όπως και η μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικές για τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε.

Πίνακας 5-9: Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων (ΑΤΕΑ) και Μέση Διάρκεια Είσπραξης Απαιτήσεων (ΑΜΔΕΑ)

	2012		2013		2014		2015		2016	
	ΑΤΕΑ	ΑΜΔΕΑ (ΜΕΡΕΣ)	ΑΤΕΑ	ΑΜΔΕΑ (ΜΕΡΕΣ)	ΑΤΕΑ	ΑΜΔΕΑ (ΜΕΡΕΣ)	ΑΤΕΑ	ΑΜΔΕΑ (ΜΕΡΕΣ)	ΑΤΕΑ	ΑΜΔΕΑ (ΜΕΡΕΣ)
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	0,51	709,98	0,47	781,43	0,53	688,53	0,71	512,39	0,98	373,35
«ΛΑΪΚΟ»	0,64	569,74	0,55	666,39	0,51	719,57	1,02	359,51	2,09	174,70
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	0,59	615,30	0,63	581,94	0,59	619,62	0,61	596,63	0,67	548,24
«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	0,59	623,07	0,58	629,73	0,46	798,58	0,52	700,80	0,71	511,13
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	0,79	460,51	0,62	591,98	0,52	698,81	0,82	442,54	0,95	383,66
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	1,04	351,62	0,63	581,78	0,55	657,76	0,73	499,77	0,78	466,96
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	0,62	586,54	0,48	766,45	0,42	877,30	0,58	625,35	0,70	524,11
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	0,39	946,97	0,46	784,99	0,29	1.257,99	0,70	518,84	1,16	315,98
ΜΟΔ	0,65	607,97	0,55	673,09	0,48	789,77	0,71	531,98	1,00	412,27

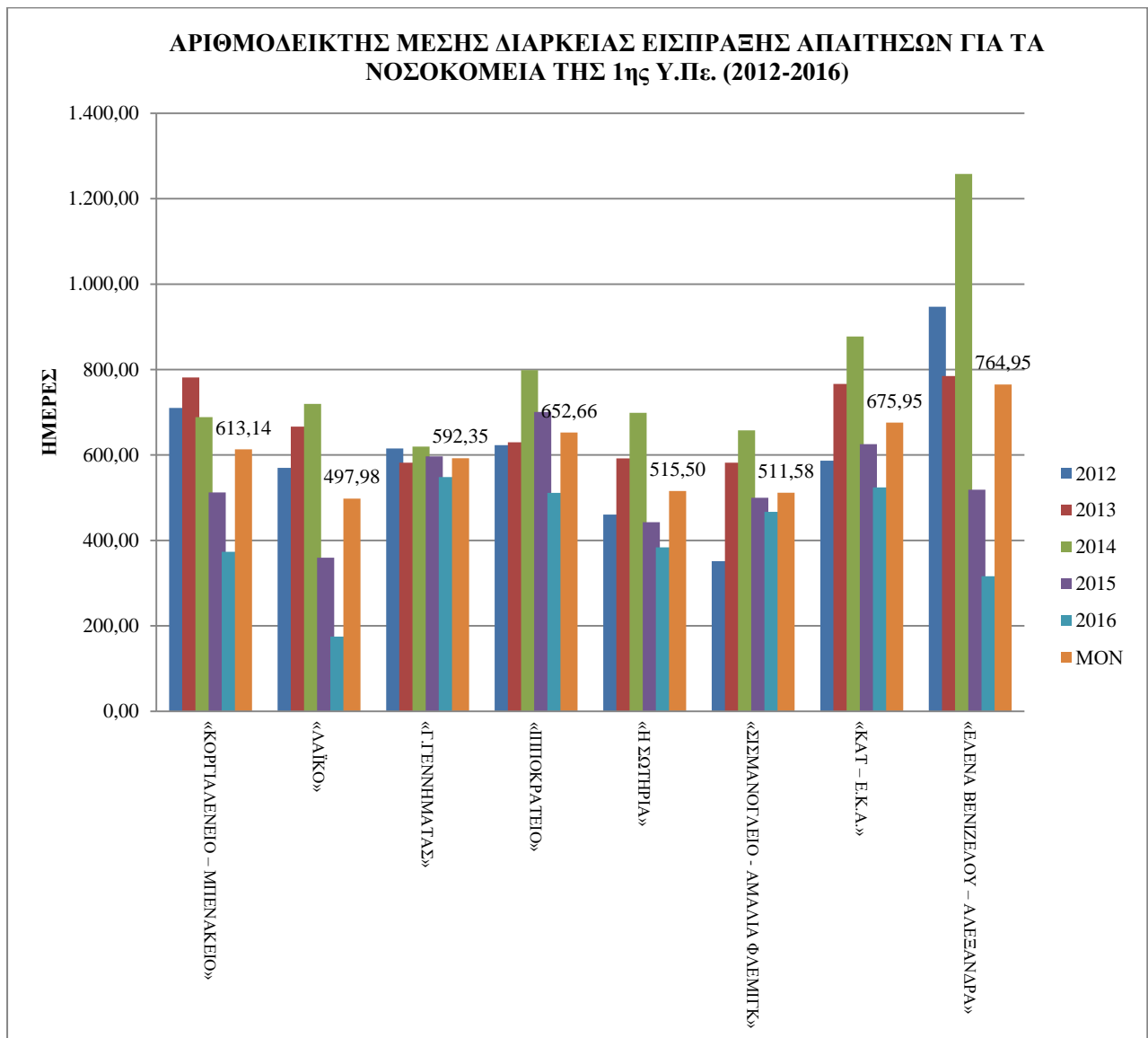
Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα που χρειάζονται τα νοσοκομεία για να εισπράξουν τα μετρητά τους σε σχέση με το χρόνο που παρείχαν τις υπηρεσίες υγείας είναι πάρα πολύ μεγάλο και φτάνει μάλιστα το 2014 να είναι πάνω από δύο έτη. Η υστέρηση αυτή στην μετατροπή των εσόδων από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετρητά, οφείλεται στον ρυθμό που αποζημιώνει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα νοσοκομεία, μιας και είναι ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας για το Ε.Σ.Υ. από το 2012 (ΦΕΚ 1702/τ. Β'/1-8-2011).

Το 2012 όλα τα νοσοκομεία της έρευνας είχαν αριθμοδείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων κάτω από τη μονάδα γεγονός που σημαίνει ότι δεν κατάφεραν να συλλέξουν τις απαιτήσεις τους μέσα στη χρονική περίοδο ενός έτους με εξαίρεση το «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ» το οποίο είχε τιμή 1,04. Οι τιμές του αριθμοδείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων επιδεινώνονται για το έτος 2013 και συνεχίζουν την πτωτική τους πορεία για το 2014 όπου είναι ενδεικτικό ότι σχεδόν όλα τα νοσοκομεία έχουν μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων πάνω από δύο έτη ενώ το "Έλενα Βενιζέλου -Αλεξάνδρα" έχει μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων 1258 ημέρες. Στη συνέχεια και το έτος 2015 οι τιμές του αριθμοδείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων βελτιώνονται και πλησιάζουν τη μονάδα για όλα τα νοσοκομεία, ενώ το 2016 τα νοσοκομεία της έρευνας συνεχίζουν να βελτιώνουν τις τιμές των δύο αριθμοδεικτών και σταθεροποιούν την τιμή του αριθμοδείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων γύρω από την μονάδα ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το χρονικό διάστημα σε μέρες που χρειάζεται να εισπράξουν τις απαιτήσεις τους. Μάλιστα το «Λαϊκό» έχει μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων 175 ημέρες ενώ το «Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα» το ακολουθεί με 315 ημέρες.

Στη μεταξύ τους συσχέτιση, όπως φαίνεται και από το σχεδιάγραμμα το "Λαϊκό" έχει τις καλύτερες τιμές του αριθμοδείκτη της μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων και αυτό φαίνεται και από το μέσο όρο των τιμών του αριθμοδείκτη για το νοσοκομείο που είναι στις 498 ημέρες , ενώ ακολουθούν τα «Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμινγκ» και «Σωτηρία». Από την άλλη τα νοσοκομεία «Έλενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα» και το νοσοκομείο «Κ.Α.Τ. – Ε.Κ.Α» εισπράττουν τα έσοδα τους με την μεγαλύτερη χρονική υστέρηση και έχουν τις χειρότερες επιδόσεις για το διάστημα 2012-2016 αναφορικά με τον δείκτη της μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων για τα οκτώ νοσοκομεία της μελέτης.

Γράφημα 5-5: Αριθμοδείκτης μέσης διάρκειας εισπραξης απαιτήσεων για τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε.



Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων (Creditors Payable Turnover Ratio) και Μέση Διάρκεια Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμών Υποχρεώσεων (Average Payment Period)

Ο αριθμοδείκτης της ταχύτητας εξόφλησης των βραχυχρόνιων υποχρεώσεων δείχνει πόσες φορές ανανεώθηκαν οι πιστώσεις, κυρίως από τους προμηθευτές, μέσω των αγορών (κόστος πωληθέντων). Ο αριθμοδείκτης αυτός φανερώνει με ποιον τρόπο η οικονομική μονάδα χρηματοδοτεί τις αγορές της καθώς και την πιστοληπτική της ικανότητα. Όσο πιο γρήγορα εξοφλεί τις υποχρεώσεις της έχει υψηλή πιστοληπτική ικανότητα και μπορεί πιο εύκολα να

εξασφαλίζει πιστώσεις από τους προμηθευτές της. Ιδανικά η πληρωμή των υποχρεώσεων θα πρέπει να έπεται της είσπραξης των απαιτήσεων της οικονομικής μονάδας και για αυτό η τιμή του παραπάνω δείκτη εκτιμάται σε σχέση με τον δείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων. Σε διαφορετική περίπτωση η οικονομική μονάδα μπορεί να αντιμετωπίσει πρόβλημα ρευστότητας.

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων (ΑΤΕΒΥ)

$$= \frac{\text{Ετήσιες Αγορές}}{\text{Μ. Ο. Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων}}$$

Όπου Ετήσιες Αγορές = Κόστος Πωληθέντων + Τελικό Απόθεμα – Αρχικό Απόθεμα

$$\text{Μ. Ο. Βραχυπρόθεσμων} = \frac{\text{Βραχ. Υποχρ. Τρ. Χρήσης} + \text{Βραχ. Υποχρ. Πρ. Χρήσης}}{2}$$

Η μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων δείχνει πόσες μέρες οι βραχυχρόνιες υποχρεώσεις παραμένουν απλήρωτες από την οικονομική μονάδα και βρίσκεται αν διαιρέσουμε τον αριθμό των ημερών με τον παραπάνω αριθμοδείκτη .

Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων (ΜΔΕΒΥ)

$$= \frac{365}{\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Πληρωμής Υποχρεώσεων}}$$

Τα μεγάλα νοσοκομεία της 1ης Υ.Πε. από το 2012 έως το 2016 βελτιώνουν συνεχώς τον αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα 5-10. Ο μέσος όρος του αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων για τα οκτώ υπό εξέταση νοσοκομεία το 2012 είναι στο 1,95 ενώ βελτιώνεται συνεχώς για όλα τα έτη και φτάνει το 2016 να είναι στο 3,18. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 2016 ο χρόνος που χρειάζονται τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.ΠΕ να εξοφλήσουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις τους είναι 125 ημέρες.

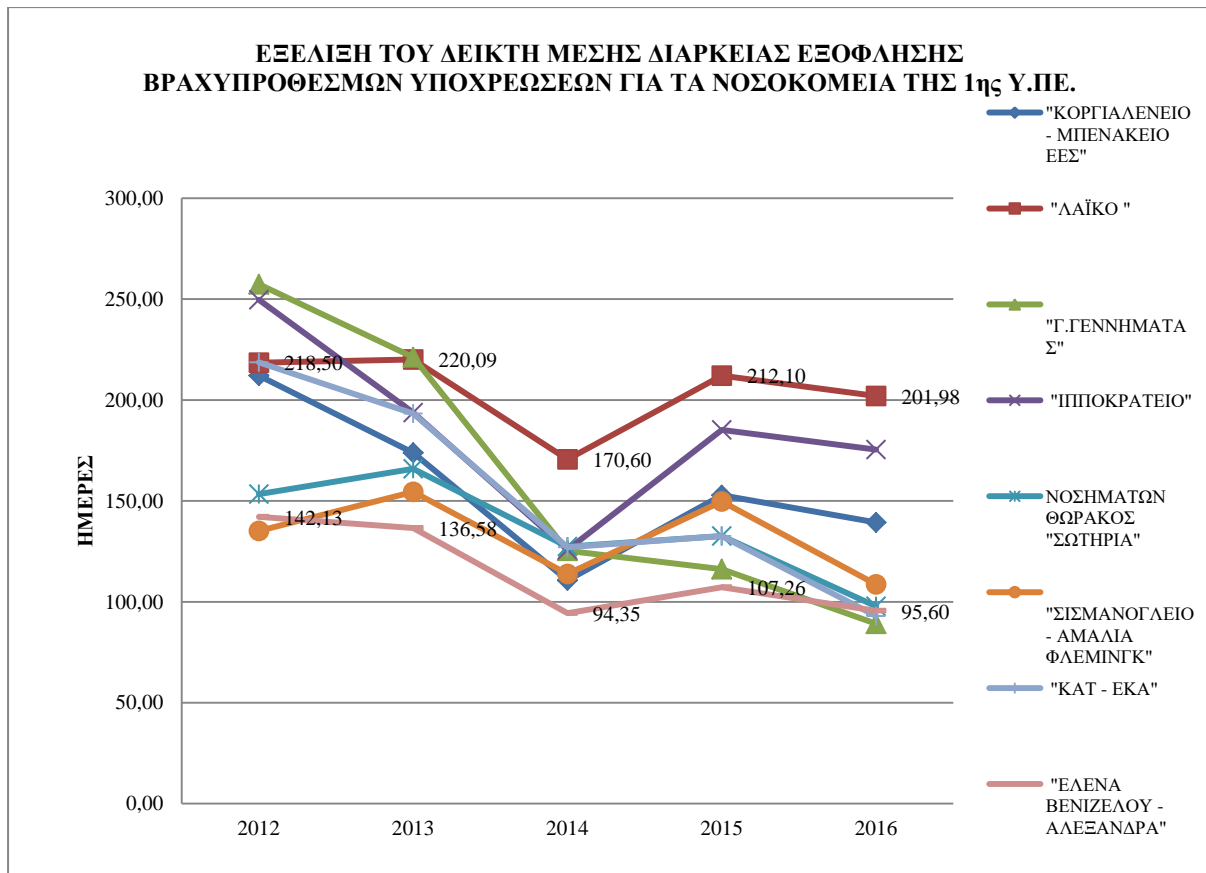
Πίνακας 5-10: Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων και Μέση Διάρκεια Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων

	2012		2013		2014		2015		2016	
	ΑΤΕΒΥ	ΜΑΕΒΥ/ ΜΕΡΕΣ	ΑΤΕΒΥ	ΜΑΕΒΥ/ ΜΕΡΕΣ	ΑΤΕΒΥ	ΜΑΕΒΥ/ ΜΕΡΕΣ	ΑΤΕΒΥ	ΜΑΕΒΥ/ ΜΕΡΕΣ	ΑΤΕΒΥ	ΜΑΕΒΥ/ ΜΕΡΕΣ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	1,72	212,09	2,10	173,88	3,30	110,61	2,39	152,82	2,62	139,31
«ΛΑΪΚΟ»	1,67	218,50	1,66	220,09	2,14	170,60	1,72	212,10	1,81	201,98
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	1,42	257,38	1,65	221,16	2,91	125,33	3,14	116,16	4,10	89,11
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	1,46	249,66	1,88	193,78	2,90	125,82	1,97	185,17	2,08	175,47
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	2,38	153,39	2,20	165,90	2,87	127,36	2,75	132,63	3,73	97,77
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	2,70	135,12	2,36	154,50	3,21	113,83	2,44	149,75	3,36	108,66
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	1,67	218,70	1,89	193,30	2,87	127,08	2,75	132,62	3,93	92,95
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	2,57	142,13	2,67	136,58	3,87	94,35	3,40	107,26	3,82	95,60
ΜΟΔ	1,95	198,37	2,05	182,40	3,01	124,37	2,57	148,56	3,18	125,11

Πηγή: Οι δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων

Στη σύγκριση μεταξύ των μεγάλων νοσοκομείων της 1ης Υ.Πε. αναφορικά με τη μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων παρατηρούμε από το Γράφημα 5-6 ότι το "Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα" για όλο το χρονικό διάστημα είχε την καλύτερη τιμή του δείκτη ξεκινώντας με 142 μέρες το 2012, ως μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων και φτάνοντας στις 95,60 το 2016. Από την άλλη το « Γ. Γεννηματάς» κατάφερε να πετύχει τη μεγαλύτερη μείωση στις μέρες που χρειάζεται για να εξοφλήσει τις βραχυπρόθεσμες καθώς το 2012 χρειαζόταν την μεγαλύτερη χρονική περίοδο για να εξοφλήσει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του δηλαδή, 257 μέρες και το 2016 χρειάζεται μόνο 89,11 ημέρες την μικρότερη χρονική περίοδο για όλα τα Νοσοκομεία. Το «Λαϊκό» είχε το 2012 μεγάλη τιμή στο δείκτη μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων και βελτίωσε λιγότερο τα αποτελέσματά του σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία.

Γράφημα 5-6: Εξέλιξη του δείκτη μέσης διάρκειας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων για τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε.



Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Νοσοκομείων

Σύγκριση Μέσης Διάρκειας Είσπραξης Απαιτήσεων με Μέση Διάρκεια Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων

Στη σύγκριση μεταξύ του αριθμοδείκτη μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων με αυτόν της μέσης διάρκειας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων βλέπουμε ότι το διάστημα που τα δημόσια νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. εισπράττουν τις απαιτήσεις τους είναι πάρα πολύ μεγάλο ενώ το χρονικό διάστημα που εξοφλούν τις υποχρεώσεις τους είναι πάρα πολύ μικρό. Η παραπάνω συνθήκη δεν θα μπορούσε να λειτουργεί γιατί θα είχε ως αποτέλεσμα πολύ μεγάλο πρόβλημα ρευστότητας για τα νοσοκομεία. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι τα νοσοκομεία καλύπτουν το ταμειακό τους κενό και την καθυστέρηση της είσπραξης των απαιτήσεων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με επιχορηγήσεις που δέχονται από το Υπουργείο Υγείας όπως αυτό απεικονίζεται στις οικονομικές τους καταστάσεις, στα ίδια κεφάλαιά τους και ειδικά στα ειδικά αποθεματικά που σχηματίζουν από τις επιχορηγήσεις.

5.2.6 Αποτελέσματα της ανάλυσης των αριθμοδεικτών

Με βάση τις συνθήκες που επικρατούν στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων και τα αποτελέσματα της ανάλυσης των αριθμοδεικτών των οκτώ μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε., τα οποία έχουν την πλειονότητα των κλινών της, μπορούμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

- Οι δείκτες ρευστότητας των νοσοκομείων βελτιώνονται συνεχώς για όλο το διάστημα 2012-2016 και τα νοσοκομεία έχουν γίνει πιο φερέγγυα για τους πιστωτές τους. Η ρευστότητα τους επηρεάζεται κυρίως από τις απαιτήσεις και τα χρηματικά διαθέσιμα και όχι ιδιαίτερα από τα αποθέματά τους.
- Οι δείκτες κεφαλαιακής διάρθρωσης των νοσοκομείων μεγεθύνονται συνεχώς για όλο το διάστημα της μελέτης, γεγονός που περιγράφει την αύξηση της χρηματοδότησης από τον κρατικό Προϋπολογισμό, την μείωση της χρηματοδότησης από ξένα βραχυπρόθεσμα κεφάλαια δηλαδή από τους προμηθευτές των νοσοκομείων αλλά και την μη ύπαρξη μεγάλων ζημιών που θα μείωναν τα ίδια κεφάλαια των νοσοκομείων. Ταυτόχρονα με την μεγέθυνση των δεικτών της κεφαλαιακής διάρθρωσης μεγεθύνεται ο δείκτης γενικής ρευστότητας που αντανακλά την καθυστέρηση στην είσπραξη των απαιτήσεων από τα νοσοκομεία. Δηλαδή μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι στους ισολογισμούς των νοσοκομείων υπάρχουν δυο μεγεθυμένες ομάδες λογαριασμών οι απαιτήσεις και τα ίδια κεφάλαια.
- Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας των νοσοκομείων παρόλο που ξεκινούν με αρνητικά αποτελέσματα το 2012 ισορροπούν το 2013 για να επιδεινωθούν το 2014. Παρόλα αυτά τα δύο τελευταία έτη έχουν θετική εξέλιξη και αντανακλούν την αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων των νοσοκομείων αλλά και τις πολιτικές για την υγεία που εφαρμόστηκαν στα νοσοκομεία το διάστημα της κρίσης.
- Οι δείκτες δραστηριότητας ή κυκλοφοριακής ταχύτητας οι οποίοι χαρακτηρίζουν τη διοικητική επίδοση των νοσοκομείων δείχνουν ότι τα νοσοκομεία είναι πιο αποτελεσματικά καθώς οι δείκτες της κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων και ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων βελτιώνονται συνεχώς. Ειδικά για τον δείκτη της ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων τα νοσοκομεία βελτιώνουν την τιμή του στο τέλος της περιόδου δηλαδή για τα έτη 2015 και 2016 και αυτό δείχνει μικρή μεταβολή στον τρόπο που χρηματοδοτούνται τα δημόσια νοσοκομεία καθώς δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από την κρατική επιχορήγηση.

- Τα δημόσια νοσοκομεία κλήθηκαν να μειώσουν τις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις τους και για αυτό χρειάστηκε να διαχειριστούν με οργανωτική αποτελεσματικότητα τα ταμειακά τους διαθέσιμα. Η επίτευξη της παραπάνω πολιτικής φαίνεται από την εξέλιξη των τιμών στους αριθμοδείκτες της ταμειακής ρευστότητας όσο και στους αριθμοδείκτες της μέσης διάρκειας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων οι οποίες και για τους δύο δείκτες είναι σχετικά χαμηλές για όλα τα νοσοκομεία της μελέτης. Η παραπάνω συνθήκη υποδηλώνει ότι τα νοσοκομεία από την μια δεν δανείζονταν από τους προμηθευτές τους για μεγάλο χρονικό διάστημα και από την άλλη ότι τα δικά τους χρηματικά διαθέσιμα διοχετεύονται πολύ γρήγορα προς τους προμηθευτές τους.

Στην μεταξύ τους σύγκριση, με βάση το μέσο όρο των τιμών του νοσοκομείου για τον κάθε αριθμοδείκτη, συγκριτική ανάλυση, αναφορικά με τους αριθμοδείκτες ρευστότητας το νοσοκομείο «ΚΑΤ-Ε.Κ.Α.» έχει την υψηλότερη τιμή στην κατάταξη μεταξύ των οκτώ νοσοκομείων στους αριθμοδείκτες γενικής και ειδικής ρευστότητας αλλά την μικρότερη τιμή στον αριθμοδείκτη της ταμειακής ρευστότητας γεγονός που υποδηλώνει μεγάλη αναλογία απαιτήσεων και μεγάλη στόχευση του νοσοκομείου στην εξόφληση υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές του. Από την άλλη τα νοσοκομεία «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» και «Λαϊκό» έχουν τις μικρότερες επιδόσεις από όλα τα νοσοκομεία της μελέτης στους τρεις αριθμοδείκτες ρευστότητας. Στους αριθμοδείκτες κεφαλαιακής διάρθρωσης τα νοσοκομεία «Σωτηρία» και το «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα» έχουν την μεγαλύτερη αναλογία σε πάγιο ενεργητικό από όλα τα νοσοκομεία της μελέτης χωρίς σημαντικές ζημίες και για αυτό έχουν και τις μεγαλύτερες τιμές στον αριθμοδείκτη ίδια κεφάλαια προς δανειακά κεφάλαια και την μικρότερη τιμή στον αριθμοδείκτη ίδια κεφάλαια προς πάγια κεφάλαια.

Τα νοσοκομεία «Σωτηρία» και «Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμιγκ» έχουν πολύ καλές τιμές στους αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας καθώς πετυχαίνουν: την καλύτερη διαχείριση των αποθεμάτων τους (1^η και 2^η τιμή στην κατάταξη), πολύ γρήγορη είσπραξη των απαιτήσεων (2^η και 3^η τιμή στην κατάταξη) και από τις πιο μικρές περιόδους εξόφλησης των υποχρεώσεων τους (2^η και 3^η τιμή στην κατάταξη), από τα οκτώ νοσοκομεία της μελέτης. Επίσης τα δύο νοσοκομεία έχουν πολύ καλές τιμές στους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας και ειδικά το «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» έχει την καλύτερη τιμή από όλα τα νοσοκομεία στον αριθμοδείκτη αποδοτικότητας λειτουργικών κερδών και τη δεύτερη καλύτερη στον αριθμοδείκτη αποδοτικότητας των ιδίων κεφαλαίων. Ακόμα το «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» έχει την υψηλότερη τιμή του αριθμοδείκτη αποδοτικότητας των ιδίων κεφαλαίων. Τα νοσοκομεία «Γ. Γεννηματάς» και «Έλενα Βενιζέλου- Αλεξάνδρα» έχουν τις χειρότερες

επιδόσεις μεταξύ των νοσοκομείων στους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας και μάλιστα είναι τα μόνα δύο που έχουν αρνητικές τιμές στο μέσο όρο της περιόδου και στους δύο δείκτες αποδοτικότητας.

5.3 Η αξιολόγηση των νοσοκομείων με δείκτες αποδοτικότητας και οικονομικότητας

5.3.1 Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης

Η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας είναι η συστηματική και η επιστημονική διαδικασία η οποία έχει σαν στόχο να εκτιμήσει σε ποιο βαθμό μια δραστηριότητα οδήγησε στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων της υπηρεσίας υγείας. Η ανάγκη αυτή προέρχεται από την επιθυμία για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την ανάγκη για ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών υγείας. Η παραπάνω συνθήκη δημιούργησε την ανάγκη ύπαρξης δεικτών αξιολόγησης του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας (Πολύζος, 2007).

Τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από μια σειρά δεικτών που μετρούν το παραγόμενο έργο τους και χαρακτηρίζουν τον τρόπο λειτουργίας τους. Οι δείκτες αυτοί μετρούν την αποδοτικότητα των νοσοκομείων, επιτρέπουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τις συγκρίσεις μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών μονάδων (Καραγιάννη, 2014). Οι δείκτες μπορεί να επισημάνουν προβλήματα αναφορικά με την οργάνωση και τη διοίκηση των νοσοκομείων, την ισότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και να εξασφαλίσουν ακόμα μεγαλύτερη διαφάνεια. Προτείνονται μέσα από την ανάλυση με τους δείκτες, κατευθύνσεις οι οποίες μπορούν να δώσουν λύση σε προβλήματα που εντοπίζονται. Για να μπορούν οι λύσεις αυτές να είναι εφαρμόσιμες και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα πρέπει να συνδυάζονται με την εσωτερική πληροφόρηση που υπάρχει από το νοσοκομείο για τις ειδικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε νοσοκομείο. Πάντως οι δείκτες είναι ένα μέσο σχετικά εύκολο στην εφαρμογή του, προσβάσιμο και οικονομικό, για να μετρήσουμε την απόδοση του νοσοκομείων (Shaw, 2003).

5.3.2 Δείκτες αποδοτικότητας-οικονομικότητας

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους οικονομικούς υλικούς και ανθρώπινους που χρησιμοποιούνται. Η αποδοτικότητα γενικά θεωρείται ότι είναι μέγιστη όταν μία δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και την καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με

δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντων. Στενά συνυφασμένη με την αποδοτικότητα είναι η παραγωγικότητα (productivity) που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές σε ανθρώπινους πόρους δίνει δηλαδή έμφαση στον συντελεστή παραγωγής εργασία.

Σε επίπεδο υπηρεσίας ή συστήματος υγείας η αποδοτικότητα συνήθως προσδιορίζεται από το λόγο εκροών /εισροών όπου οι εκροές είναι είτε ενδιάμεσες είτε τελικές και οι εισροές είτε μετρώνται σε φυσικές μονάδες είτε μετρώνται σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος. Για παράδειγμα στην περίπτωση ενός νοσοκομείου στις εισροές περιλαμβάνεται το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, οι διαθέσιμες κλίνες ενώ ως ενδιάμεσες εκροές θεωρούνται ο αριθμός χειρουργικών, εργαστηριακών πράξεων και ο αριθμός των νοσηλευθέντων, ενώ οι τελικές εκροές αναφέρονται στην βελτίωση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας. (Τούντας, 2007)

Οι δείκτες αποδοτικότητας – οικονομικότητας χρησιμοποιούνται σε μικροεπίπεδο – νοσοκομείο και προσπαθούν να μετρήσουν ποια είναι η ποσότητα των παραγωγικών συντελεστών που χρειάστηκε να αναλωθούν, για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα της υπηρεσίας υγείας καθώς και πως επηρέασαν το αποτέλεσμα οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Χωρίζονται σε δείκτες εισροών και επάρκειας και δείκτες εκροών –λειτουργικότητας –παραγωγικότητας (Σούλης, 1999). Οι δείκτες εισροών και επάρκειας αναφέρονται στις εισροές που χρησιμοποιούν τα νοσοκομεία προκειμένου να παραχθούν αποτελέσματα (ενδιάμεσες εκροές) και χωρίζονται στους δείκτες που αφορούν:

1. υλικούς πόρους, όπως για παράδειγμα ο αριθμός κλινών, ο αριθμός κλινών ΜΕΘ, ο αριθμός αξονικών
2. ανθρώπινους πόρους όπως για παράδειγμα οι εργαζόμενοι ανά κλίνη, οι γιατροί ανά κλίνη και οι γιατροί, νοσηλευτές ανά κατηγορία κλίνης και
3. οικονομικούς πόρους πως για παράδειγμα το συνολικό κόστος του οργανισμού, το κόστος ανά ασθενή, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, το κόστος του υγειονομικού υλικού, φαρμάκου και εργαστηριακών εξετάσεων.

Οι δείκτες εκροών (λειτουργικότητας- παραγωγικότητας) αναφέρονται στις εκροές του οργανισμού νοσοκομείου και περιλαμβάνουν :

1. απλούς δείκτες όπως οι συνολικές ημέρες νοσηλείας, ο αριθμός νοσηλευθέντων, η μέση κάλυψη κλινών, η μέση διάρκεια νοσηλείας

2. δείκτες αποτελεσμάτων όπως το ποσοστό μείωσης νοσοκομειακών λοιμώξεων, το ποσοστό επιτυχίας χημειοθεραπειών και
3. δείκτες αποδοτικότητας που μετρούν τη σχέση εισροών/ αποτελέσματος με τις εκροές ανά κλινική, ανά κατηγορία νόσου, ανά ιατρική πράξη. (Πολύζος, 2007)

Οι δείκτες που εξετάζουν την αποδοτική χρησιμοποίηση εισροών και των εκροών των νοσοκομείων είναι πολύ σημαντικοί για την έρευνα και για τα οικονομικά της υγείας, αφού έχει διαπιστωθεί ότι το κόστος των νοσοκομείων επηρεάζεται από:

- την μέση διάρκεια νοσηλείας
- το ποσοστό κάλυψης των κλινών
- τον αριθμό των κλινών
- τον αριθμό των ασθενών ανά κλίνη
- την γεωγραφική θέση του νοσοκομείου
- το είδος του νοσοκομείου (μικρό, μεγάλο, γενικό, ειδικό)
- την νομική μορφή του νοσοκομείου (Σούλης, 1999).

Σύμφωνα με την Watkins μη οικονομικά δεδομένα τα οποία δεν περιλαμβάνονται στις κλασικές οικονομικές καταστάσεις, μπορεί να περιγράψουν πλευρές της απόδοσης των νοσοκομείων που τα οικονομικά δεδομένα δεν μπορούν και να έχουν σημασία για τη λήψη των οικονομικών αποφάσεων. Τέτοιοι μη οικονομικοί δείκτες είναι το μείγμα των ασθενών που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο δηλαδή αν το μείγμα των ασθενών περιλαμβάνει επείγοντα περιστατικά ή όχι, το ποσοστό της κάλυψης των κλινών, η μέση διάρκεια νοσηλείας, ο αριθμός των εργαζομένων ανά κρεβάτι, τα εξιτήρια ανά κρεβάτι, ο αριθμός των χειρουργείων, ο αριθμός των γεννήσεων κ.α.

Στην συνέχεια της ανάλυσης εξετάζονται:

1. Δείκτες που αφορούν βασικά λειτουργικά μεγέθη της νοσηλευτικής δραστηριότητας των δημόσιων νοσοκομείων (απλοί δείκτες).
2. Δείκτες που αναλύουν την πληρότητα των κλινών (δείκτες εκροών).
3. Δείκτες που αναφέρονται στην ανάλυση του μέσου κόστους νοσηλείας (δείκτες εισροών).

5.3.3 Λειτουργικοί δείκτες της νοσηλευτικής δραστηριότητας των δημόσιων νοσοκομείων

Εξετασθέντες στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ

Ο αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΠ και στα ΤΕΙ εξαρτάται από τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, αποτελεί δείκτη της υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας κάθε κράτους και βασικό στοιχείο της λειτουργικής δραστηριότητας για τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα ειδικά στην Ελλάδα όπου υπάρχει ανεπαρκής ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας .

Η ανυπαρξία διασυνδέσεις μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης, η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και η έλλειψη του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου προκαλεί αύξηση της ζήτησης για δημόσιες δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (Σούλης, 2015).

Ο αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΙ αυξήθηκε για όλα τα νοσοκομεία της έρευνας το διάστημα 2012 έως 2016 με εξαίρεση το Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» όπου παρέμεινε σχετικά σταθερός (πίνακας 5-11). Η μεταβολή μάλιστα του αριθμού των ανθρώπων που επισκέφτηκαν τα ΤΕΙ σε κάποια νοσοκομεία όπως το «Λαϊκό» και το «Σωτηρία» είναι πολύ μεγάλη. Συνολικά το 2012 τα νοσοκομεία της έρευνας είχαν εξετάσει στα ΤΕΙ 549.987 ασθενείς ενώ το 2017 εξέτασαν 705.602 μεταβολή 28,29%. Τη μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό εξετασθέντων στα ΤΕΙ είχε το «Λαϊκό» όπου το 2012 εξετάστηκαν 57.604 ασθενείς ενώ το 2016 αυξήθηκαν στους 136.583 ασθενείς, μεταβολή δηλαδή κατά 137,11%. Επίσης πολύ σημαντική αύξηση του δείκτη είχαν τα νοσοκομεία «Σωτηρία», «Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμινγκ» και «ΚΑΤ» τα οποία αύξησαν τους ανθρώπους που εξέτασαν στα ΤΕΙ το 2016 σε σχέση με το 2012 κατά 61,89%, 23,01% και 20,16% αντίστοιχα.

Ο αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΠ αυξήθηκε από 530.219 το 2012, σε 576.063 το 2016 επισκέπτες αύξηση δηλαδή κατά 8,65%. Η αύξηση αυτή είχε διακυμάνσεις για τα 8 μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε., καθώς το 2014 ο αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΠ έφτασε στη μεγαλύτερη του τιμή δηλαδή 633.815 εξετασθέντες ενώ στη συνέχεια μειώθηκε για τα έτη 2015-2016. Δεν πέτυχαν όλα τα νοσοκομεία αύξηση του δείκτη αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΠ καθώς δύο από τα οκτώ νοσοκομεία είχα ένα αρνητικό αποτέλεσμα για την περίοδο 2012 έως 2016 (Πίνακας 5-11).

Πίνακας 5-11: Αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ

	Αριθμός Εξετασθέντων στα ΤΕΙ					Μετ/λή 2012-2016	Αριθμός Εξετασθέντων στα ΤΕΠ					Μετ/λή 2012-2016
	2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013	2014	2015	2016	
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	36.518	35.189	35.101	33.313	36.516	-0,01%	69.347	61.835	77.703	83.908	93.159	34,34%
«ΛΑΪΚΟ»	57.604	60.981	66.000	114.518	136.583	137,11%	61.689	53.892	65.867	63.575	61.208	-0,78%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	96.838	105.292	108.422	120.996	103.425	6,80%	109.707	121.287	122.868	125.600	120.977	10,27%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	71.368	115.621	112.265	80.138	81.525	14,23%	46.446	49.753	95.804	49.402	48.773	5,01%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	34.066	39.264	42.791	44.117	55.150	61,89%	57.222	52.828	54.039	50.856	46.547	-18,66%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	70.846	72.234	65.313	67.108	87.151	23,01%	57.658	78.792	61.810	62.241	58.117	0,80%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	86.881	94.050	97.652	96.176	104.393	20,16%	81.266	98.606	104.612	98.467	95.683	17,74%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	95.866	130.845	134.252	89.491	100.859	5,21%	46.884	53.933	51.112	51.540	51.599	10,06%
ΣΥΝΟΛΟ	549.987	653.476	661.796	645.857	705.602	28,29%	530.219	570.926	633.815	585.589	576.063	8,65%

Πηγή : Ezy-net (2012-2016). Ίδιοι υπολογισμοί.

Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι τα δύο νοσοκομεία που είχαν αρνητικές τιμές στον δείκτη δηλαδή το «Λαϊκό» και το «Σωτηρία είναι αυτά που αύξησαν σημαντικά τις τιμές του δείκτη αριθμός εξεταζόμενων στα ΤΕΙ όπως επίσης ότι το νοσοκομείο που αύξησε σημαντικά και σταθερά τους αριθμούς των ασθενών που εξέτασε στα ΤΕΠ είναι το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» το οποίο δεν σημείωσε καμία μεταβολή αναφορικά με τον δείκτη αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΙ. Συνολικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα οκτώ μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. αύξησαν και τους δύο δείκτες δηλαδή και τον αριθμό εξετασθέντων στα ΤΕΙ και τον αριθμό εξετασθέντων ΤΕΠ με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται στον αριθμό των εξετασθέντων στα ΤΕΙ.

Ο Αριθμός των κλινών και ο αριθμός των νοσηλευθέντων

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5-12 ο αριθμός των κλινών για όλα τα νοσοκομεία της έρευνας μειώθηκε το διάστημα από 2012-2016 με εξαίρεση το νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς» για το οποίο υπήρχε μικρή αύξηση του αριθμού των κλινών του από 704 το 2012 σε 730 το 2016 δηλαδή αύξηση 3,69%.

Πίνακας 5-12: Αριθμός κλινών και αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ					ΜΕΤ/ΛΗ 2012- 2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ					ΜΕΤ/ΛΗ 2012- 2016
	2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013	2014	2015	2016	
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	425	410	418	425	416	-2,12%	21.075	21.716	27.940	29.513	25.402	20,53%
«ΛΑΪΚΟ»	567	566	569	563	528	-6,88%	52.223	51.212	53.972	47.910	52.316	0,18%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	704	726	734	734	730	3,69%	61.107	62.026	63.001	62.518	64.327	5,27%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	473	466	461	461	452	-4,44%	39.387	41.387	41.925	43.112	44.095	11,95%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	746	745	710	710	710	-4,83%	48.107	46.755	48.679	50.328	48.571	0,96%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	658	615	527	536	536	-18,54%	38.602	37.013	32.970	34.541	34.429	-10,81%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	681	678	676	676	676	-0,73%	30.613	33.087	33.109	32.562	32.143	5,00%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	877	886	897	876	875	-0,23%	59.497	64.426	65.651	65.367	71.969	20,96%
ΣΥΝΟΛΟ	5.131	5.092	4.992	4.981	4.923	-4,05%	350.611	357.622	367.247	365.851	373.252	6,46%

Πηγή Esy-net (2012-2016). Ίδιοι υπολογισμοί.

Συνολικά οι κλίνες που προσέφεραν τα οκτώ μεγάλα νοσοκομεία της 1ης Υ.Πε. μειώθηκαν από 5.103 το 2012 σε 4.923 το 2016 δηλαδή κατά 208 κλίνες. Από την άλλη ο αριθμός των ασθενών παρέμεινε σχετικά ο ίδιος ή αυξήθηκε για όλα σχεδόν τα νοσοκομεία με εξαίρεση το Γ.Ν.Α."Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ". Συνολικά, για όλα τα νοσοκομεία της μελέτης, ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύθηκαν αυξήθηκε κατά 6,46% δηλαδή από 350.611 νοσηλευθέντες το 2012 σε 373.252 το 2016.

Ο Αριθμός του συνόλου των Εργαζόμενων

Ο αριθμός των εργαζόμενων για τα οκτώ νοσοκομεία της πρώτης Υ.Πε. μειώθηκε σε όλες τις περιπτώσεις με εξαίρεση το νοσοκομείο «ΚΑΤ-ΕΚΑ» για το οποίο ουσιαστικά παρέμεινε σταθερός (Πίνακας 5-13). Τη μεγαλύτερη μείωση από όλα τα νοσοκομεία είχε το νοσοκομείο "Σισμανόγλειο Αμαλία Φλέμιγκ" και ακολουθεί το «Γ. Γεννηματάς» όπου μείωσαν κατά 23,9% και 18,22% τον αριθμό των εργαζομένων τους .

Πίνακας 5-13:Αριθμός συνόλου εργαζόμενων

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2012/2016
«ΚΟΡΓΙΑΛΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	1176	1103	1046	1001	1007	-14,37%
«ΛΑΪΚΟ»	1302	1289	1173	1148	1111	-14,67%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	1877	1872	1738	1638	1535	-18,22%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	1178	1177	1078	1049	1041	-11,63%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	1505	1486	1326	1282	1325	-11,96%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	1843	1551	1512	1473	1402	-23,93%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	1400	1391	1488	1443	1432	2,29%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	1756	1799	1670	1569	1590	-9,45%
ΣΥΝΟΛΟ	12037	11668	11031	10603	10443	-13,24%

Πηγή : ESY-net (2012-2016).Ίδιοι υπολογισμοί.

5.3.4 Ανάλυση της πληρότητας των κλινών

Η μέση ετήσια πληρότητα κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας

Η μέση ετήσια πληρότητα κλινών φανερώνει πόσο αποδοτικά χρησιμοποιεί τους πόρους της μία νοσηλευτική μονάδα. Χαμηλός βαθμός πληρότητας σημαίνει ότι το νοσοκομείο λειτουργεί αντιοικονομικά καθώς έχει μεγάλα σταθερά κόστη από την μισθοδοσία των εργαζομένων (Υφαντόπουλος, 2006). Από την άλλη πολύ υψηλά ποσοστά πληρότητας πάνω από 90% μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα, μέσα από την υπέρ εντατική λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας, να γίνεται αντιπαραγωγική καθώς ο υπερβολικός αριθμός ασθενών (π.χ. ράντζα στους διαδρόμους) δυσκολεύουν παρά διευκολύνουν την λειτουργία του νοσοκομείου (Καραγιάννη, 2014).

Η μέση ετήσια πληρότητα κλινών υπολογίζεται ως ποσοστό.

$$\text{Μέση ετήσια πληρότητα κλινών(\%)} = \frac{\text{Ημέρες νοσηλείας} \times 100}{\text{Αριθμός κλινών} \times 365}$$

Πίνακας 5-14: Μέση ετήσια πληρότητα κλινών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΩΝ						ΜΕΤ/ΔΗ 2012-2016
	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	73,54%	76,23%	80,00%	87,83%	75,19%	78,55%	2,24%
«ΛΑΪΚΟ»	96,22%	91,22%	89,37%	77,22%	85,70%	87,95%	-10,93%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	105,13%	101,69%	99,54%	98,30%	104,93%	101,92%	-0,19%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	85,18%	75,67%	78,74%	78,56%	78,59%	79,35%	-7,74%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	83,80%	81,08%	81,27%	84,66%	72,25%	80,61%	-13,79%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	67,96%	70,70%	74,58%	75,51%	76,14%	72,98%	12,05%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	92,80%	87,27%	86,56%	78,98%	72,17%	83,56%	-22,23%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	71,78%	64,47%	61,38%	61,34%	64,31%	64,66%	-10,41%
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	84,55%	81,04%	81,43%	80,30%	78,66%	81,20%	-6,97%

Πηγή : Esy-net (2012-2016). Ίδιοι υπολογισμοί.

Βάση των στοιχείων του πίνακα 5-14 η μέση ετήσια πληρότητα κλινών μειώθηκε για τα περισσότερα νοσοκομεία της μελέτης με εξαίρεση το «Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμιγκ» και το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο». Η μέση ετήσια πληρότητα κλινών για τα νοσοκομεία του δείγματος το 2012 ήταν στο 84,55% και το 2016 στο 78,66% μείωση δηλαδή 7,57%. Στη μεταξύ τους συσχέτιση τη μεγαλύτερη μείωση στην πληρότητα κλινών είχε το «ΚΑΤ-ΕΚΑ» όπου 2012 είχε 92,80% πληρότητα κλινών ενώ το 2016 είχε 72,17% μείωση δηλαδή 22,23%. Επίσης μεγάλες μειώσεις στην μέση ετήσια πληρότητα κλινών πάνω από 10% είχαν και τα νοσοκομεία "Λαϊκό" "Σωτηρία" και "Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα".

Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι ένας σημαντικός δείκτης για την μέτρηση της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως τις συνθήκες νοσηλείας, τις αποφάσεις του γιατρού σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία τα χαρακτηριστικά της νόσου αλλά και την οργανωτική διάρθρωση του νοσοκομείου (Καραγιάννη, 2014). Μία συντομότερη διάρκεια παραμονής θα έχει σαν αποτέλεσμα να μειώσει τα κόστη νοσηλείας στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Οι μακρές νοσηλείες μπορεί να είναι σημάδι κακής οργανωτικής λειτουργίας του νοσοκομείου και να έχουν σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να παραμένουν άσκοπα στο νοσοκομείο. Από την άλλη η προσπάθεια για μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην υγεία του ασθενή ή ακόμα να αυξήσει την πιθανότητα να ξανά νοσηλευτεί (OECD/EU, 2018). Σύμφωνα με την έκθεση αποτελεσμάτων του υπουργείου υγείας για το 2011 όπως την αναφέρει ο Σούλης ο στόχος αναφορικά με την ΜΔΝ των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων είναι να μειωθεί στις 3,8 ημέρες, έτσι ώστε να βελτιωθούν τα λειτουργικά τους αποτελέσματα.

$$\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας} = \frac{\text{Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{Αριθμός νοσηλευθέντων}}$$

Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε για το σύνολο των νοσοκομείων του δείγματος από 4,72 ημέρες που ήταν το 2012 στις 3,90 ημέρες το 2016 δηλαδή μεταβολή -16,52% στο μέσο όρο του δείγματος (Πίνακας 5-15). Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε από το 2012 στο 2016 κατά 26,48% στο «ΚΑΤ-ΕΚΑ» και κατά 26,11% στο νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα». Το μοναδικό Νοσοκομείο που αύξησε λίγο την μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν το νοσοκομείο «Σισμανόγλειο –Αμαλία Φλεμιγκ» ενώ το «Γ.Γεννηματάς» μείωσε οριακά την μέση διάρκεια νοσηλείας.

Πίνακας 5-15: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ						ΜΕΤ/ΔΗ 2012- 2016
	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	5,41	5,25	4,37	4,62	4,49	4,83	-16,97%
«ΛΑΪΚΟ»	3,81	3,68	3,44	3,31	3,16	3,48	-17,21%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	4,42	4,34	4,23	4,21	4,35	4,31	-1,69%
«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	3,73	3,11	3,16	3,07	2,94	3,20	-21,25%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	4,74	4,72	4,33	4,36	3,85	4,40	-18,73%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	4,23	4,29	4,35	4,28	4,33	4,29	2,33%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	7,54	6,53	6,45	5,98	5,54	6,41	-26,48%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	3,86	3,24	3,06	3,00	2,85	3,20	-26,11%
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	4,72	4,39	4,17	4,10	3,94	4,27	-16,52%

Πηγή : Esys-net (2012-2016). Ίδιοι υπολογισμοί.

Ρυθμός εισροής ασθενών και μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη.

Η ανάλυση της πληρότητας των κλινών συμπληρώνεται από τους δείκτες του ρυθμού εισροής και του διαστήματος εναλλαγής των ασθενών ανά κλίνη. Ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη υπολογίζεται από τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών ανά κλίνη και μας δίνει το ρυθμό με τον οποίο η χρησιμοποιούνται οι κλίνες σε μία χρονική περίοδο. Δίνεται από τον τύπο:

$$\text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών} = \frac{\text{Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών}}{\text{Αριθμός Κλινών}}$$

Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη αυξήθηκε για τα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. για όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Όλα τα ιδρύματα κατάφεραν να νοσηλεύσουν περισσότερους

ασθενείς σε κάθε κρεβάτι που διαθέτουν και μάλιστα κάποια νοσοκομεία πέτυχαν αύξηση του ρυθμού εισροής του 2012 σε σχέση με το 2016 πάνω από 20%. Την μεγαλύτερη αύξηση στον ρυθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη είχε το νοσοκομείο "Κοργιαλένιο Μπενάκειο" όπου το 2012 είχε ρυθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη 49,59 ενώ το 2016 έφτασε να νοσηλεύσει 60,06 σε κάθε κρεβάτι που διέθετε μεταβολή δηλαδή 23,14%. Από την άλλη όμως τα νοσοκομεία "Λαϊκό", "Γεννηματάς" και "Ιπποκράτειο" ήδη από το 2012 είχαν ρυθμούς εισροής ασθενών ανά κλίνη πάνω από 80 ασθενείς ανά κρεβάτι και κατάφεραν να αυξήσουν κι άλλο το ρυθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη για το διάστημα 2012 έως το 2016 (Πίνακας 5-16).

Πίνακας 5-16: Ρυθμός Εισροής Ασθενών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ/ΚΛΙΝΗ						ΜΕΤ/ΛΗ 2012-2016
	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	49,59	52,97	66,84	69,44	61,06	59,98	23,14%
«ΛΑΪΚΟ»	92,10	90,48	94,85	85,10	99,08	92,32	7,58%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	86,80	85,44	85,83	85,17	88,12	86,27	1,52%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	83,27	88,81	90,94	93,52	97,56	90,82	17,15%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	64,49	62,76	68,56	70,88	68,41	67,02	6,08%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΠΚ»	58,67	60,18	62,56	64,44	64,23	62,02	9,49%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	44,95	48,80	48,98	48,17	47,55	47,69	5,77%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	67,84	72,72	73,19	74,62	82,25	74,12	21,24%
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	68,46	70,27	73,97	73,92	76,03	72,53	11,06%

Πηγή : ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Ο δείκτης του μέσου διαστήματος εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη μετράει πόσες μέρες μένει κενή κατά μέσο όρο κενή η κλίνη μέχρι την εισαγωγή του επόμενου ασθενή. Χαμηλές τιμές του δείκτη σημαίνουν ότι οι κλίνες του νοσοκομείου χρησιμοποιούνται αποδοτικά καθώς το διάστημα που παραμένουν κενές είναι μικρό.

Υπολογίζεται:

$$\text{Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών} = \frac{365}{\text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών}} - \text{Μ. Δ. Ν}$$

Το μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη αυξήθηκε στο μέσο όρο του δείγματος από 0,94 ημέρες το 2012 σε 1,15ημέρες το 2016. Η αύξηση του μέσου διαστήματος εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη ήταν απαραίτητη σε μερικές περιπτώσεις όπως για παράδειγμα το νοσοκομείο «Λαϊκό» το οποίο το 2016 δεν είχε σχεδόν καθόλου άδειες κλίνες με πληρότητα 96,6 και το 2016 κατάφερε να έχει κενό διάστημα ανάμεσα στην αλλαγή των ασθενών 0,53 ημέρες και πληρότητα 85,70. Το «Γ.Γεννηματά» συνεχίζει να έχει πολύ μεγάλες πληρότητες και σχεδόν μηδενικό κενό διάστημα εναλλαγής ασθενών. Επίσης το νοσοκομείο «ΚΑΤ-ΕΚΑ» αύξησε σημαντικά το μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη από 0,50 το 2012 σε 2,14 το 2016 και η αύξηση αυτή οφείλεται στη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και στην αύξηση του ρυθμού εισροής ασθενών ανά κλίνη που πέτυχε το νοσοκομείο (Πίνακας 5-17).

Πίνακας 5-17: Μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΜΕΣΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ / ΚΛΙΝΗ						ΜΕΤ/ΛΗ 2012-2016
	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	1,95	1,64	1,09	0,64	1,48	1,36	-23,85%
«ΛΑΪΚΟ»	0,15	0,35	0,41	0,98	0,53	0,48	251,27%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	-0,22	-0,07	0,02	0,07	-0,20	-0,08	-5,37%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	0,65	1,00	0,85	0,84	0,80	0,83	23,30%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	0,92	1,10	1,00	0,79	1,48	1,06	61,47%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	1,99	1,78	1,48	1,39	1,36	1,60	-32,00%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	0,58	0,95	1,00	1,59	2,14	1,25	265,52%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	1,52	1,78	1,93	1,89	1,58	1,74	4,33%
ΜΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	0,94	1,07	0,97	1,02	1,15	1,03	21,46%

Πηγή : ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

5.3.5 Η ανάλυση του κόστους νοσηλείας

Έννοια του κόστους και βασικές αρχές λογισμού του σύμφωνα με το ΠΔ 146/2003

Το κόστος λειτουργίας ή κόστος κατά προορισμό είναι το ομαδοποιημένο κατ' είδος κόστος που αναλώνεται από μία οικονομική μονάδα για να παραχθεί ομαλά το έργο της με βάση τις λειτουργίες της. Για να μπορέσει το νοσοκομείο να επιτελέσει το κοινωνικό του έργο χρειάζεται να καλύπτει τις ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη με το μικρότερο δυνατό κόστος, Για την επίτευξη του στόχου αυτού η οικονομική μονάδα οργανώνεται ανάλογα και ακολουθεί τις αναγκαίες διαδικασίες πραγματοποίησης επενδύσεων, αγορές αναλώσιμων αγαθών, παραγωγή προϊόντων υπηρεσιών και τα λοιπά και υποβάλλεται και στις αντίστοιχες θυσίες δαπάνες έξοδα, οι οποίες καταχωρούνται και παρακολουθούνται κατά είδος εξόδου στους λογαριασμούς της ομάδας 6 (ΠΔ 146/2003).

Ειδικά για τα κρατικά νοσοκομεία στους λογαριασμούς της ομάδας 6 παρακολουθούνται κατά είδος τα έξοδα που δαπανούνται για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Προκειμένου να προσδιοριστεί το κόστος λειτουργίας τα κατ' είδος έξοδα στους λογαριασμούς της ομάδας 6, καταχωρούνται κατά λειτουργία στους λογαριασμούς της ομάδα 9 της αναλυτικής λογιστικής και συνθέτουν έτσι το κόστος λειτουργίας ή κόστος κατά προορισμό της οικονομικής μονάδας.

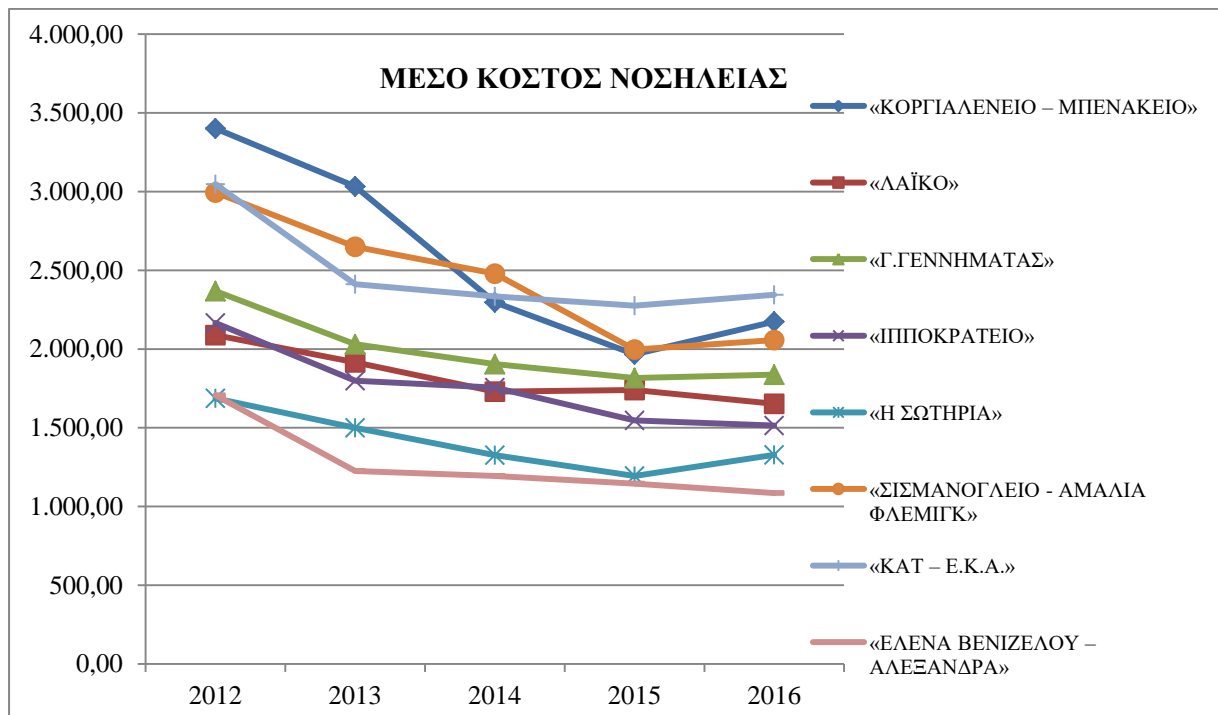
Για να μπορέσει να απαντήσει κάποιος αν η εισροή του κόστους χρησιμοποιείται αποδοτικά από τα δημόσια νοσοκομεία της πρώτης 1 Υ.Πε. θα πρέπει να το συσχετιστεί με έναν αριθμό εκροών που παράγει αυτό το κόστος. Στην συγκεκριμένη μελέτη συσχετίζεται το κόστος με τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν. Επίσης στην ανάλυση του κόστους υπολογίζεται το κόστος λειτουργίας όπως προκύπτει από τα ολικά αποτελέσματα εκμετάλλευσης στην κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης.

Το μέσο κόστος νοσηλείας.

Όπως παρατηρείται από το Γράφημα 5-7 ο δείκτης του μέσου κόστους νοσηλείας έχει μειωθεί σημαντικά από το διάστημα 2012 έως το 2016 και για τα οκτώ νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. Η μείωση αυτή ήταν πολύ σημαντική για όλα τα νοσοκομεία για το διάστημα 2012 με 2013. Συνεχίστηκε με λίγο μικρότερο ρυθμό για το διάστημα 2013 με 2014 καθώς και για την

περίοδο 2014 με 2015. Από το 2015 έως το 2016 άρχισαν να υπάρχουν μικρές αυξήσεις στο μέσο κόστος ανά ασθενή που νοσηλεύτηκε.

Γράφημα 5-7: Εξέλιξη του μέσου κόστους νοσηλείας το διάστημα 2012-2016



Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & Esy-net (2012-2016). Ίδιοι υπολογισμοί.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 5-18 το 2015 τα νοσοκομεία έχουν το μικρότερο μέσο κόστος ανά ασθενή που νοσηλεύτηκε και από το 2016 το κόστος άρχισε αυξάνεται για τα περισσότερα από τα νοσοκομεία. Επίσης ο μέσος όρος του δείγματος για το οκτώ νοσοκομεία μειώθηκε από 2.432,23€/νοσηλεία το 2012 σε 1.749,12€/νοσηλεία το 2016. Τη μεγαλύτερη μεταβολή για το διάστημα 2012 -2016 είχαν τα νοσοκομεία «Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» και το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» με μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας κατά 36,36% και 36,09% αντίστοιχα. Βέβαια τα δύο νοσοκομεία εκκινούν από διαφορετικό σημείο καθώς το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» έχει για το 2012 το μεγαλύτερο μέσο κόστος νοσηλείας 3.401,28€ και το 2016 το μέσο κόστος νοσηλείας έχει μειωθεί στα 2.173,79€. Από την άλλη το νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» ήταν πολύ πιο αποδοτικό με την χρησιμοποίηση των πόρων του καθώς είχε από τα χαμηλότερα κόστη νοσηλείας το 2012, δηλαδή 1,705,84€ και συνέχισε να μειώνει για όλο το διάστημα το μέσο κόστος νοσηλείας έτσι ώστε το 2016 έχει την χαμηλότερη τιμή από όλα τα νοσοκομεία της μελέτης, 1.085,56€. Επίσης μεταξύ των οκτώ νοσοκομείων πολύ καλή τιμή του δείκτη είχαν τα νοσοκομεία «Σωτηρία», «Ιπποκράτειο» και «Λαϊκό».

Πίνακας 5-18: Το μέσο κόστος νοσηλείας και ο ρυθμός μεταβολής του

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2013	ΜΕΤ/ΛΗ 2013/2014	ΜΕΤ/ΛΗ 2014/2015	ΜΕΤ/ΛΗ 2015/2016	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2016
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	3.401,28	3.033,05	2.296,60	1.966,64	2.173,79	2.574,27	-10,83%	-24,28%	-14,37%	10,53%	-36,09%
«ΛΑΪΚΟ»	2.088,20	1.915,91	1.729,43	1.739,74	1.652,31	1.825,12	-8,25%	-9,73%	0,60%	-5,03%	-20,87%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	2.367,97	2.030,96	1.904,53	1.815,67	1.837,62	1.991,35	-14,23%	-6,23%	-4,67%	1,21%	-22,40%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	2.165,70	1.798,77	1.755,25	1.546,81	1.514,18	1.756,14	-16,94%	-2,42%	-11,88%	-2,11%	-30,08%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	1.687,07	1.499,61	1.325,67	1.194,24	1.328,05	1.406,93	-11,11%	-11,60%	-9,91%	11,20%	-21,28%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	2.994,33	2.649,42	2.479,36	1.997,38	2.056,77	2.435,45	-11,52%	-6,42%	-19,44%	2,97%	-31,31%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	3.047,47	2.412,02	2.334,40	2.276,07	2.344,67	2.482,93	-20,85%	-3,22%	-2,50%	3,01%	-23,06%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	1.705,84	1.225,66	1.193,99	1.145,63	1.085,56	1.271,34	-28,15%	-2,58%	-4,05%	-5,24%	-36,36%
ΜΟΔ	2.432,23	2.070,68	1.877,40	1.710,27	1.749,12	1.967,94	-14,87%	-9,33%	-8,90%	2,27%	-28,09%

Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Τα στοιχεία που συνθέτουν το κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων χωρίζονται σε δύο βασικές ομάδες: στο κόστος μισθοδοσίας των υπαλλήλων και στο κόστος των υπόλοιπων δαπανών οι οποίες περιλαμβάνουν τις δαπάνες για αγορά αγαθών και υπηρεσιών καθώς και τις αποσβέσεις παγίων. Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα 5-19 και για τα οκτώ μεγάλα νοσοκομεία της πρώτης ΥΠΕ, το κόστος της μισθοδοσίας αποτελεί βασικό συνθετικό στοιχείο του συνολικού τους κόστους, καθώς κατά μέσο όρο για κάθε νοσοκομείο κυμαίνεται από το 30%ε έως το 50% του συνολικού κόστους λειτουργίας τους.

Πίνακας 5-19: Αναλογία του κόστους μισθοδοσίας στο συνολικό λειτουργικό κόστος

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	47,85%	45,54%	45,21%	40,06%	40,53%	43,84%
«ΛΑΪΚΟ»	33,25%	32,46%	33,38%	30,11%	25,89%	31,02%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	39,43%	39,77%	41,50%	40,06%	32,46%	38,64%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	40,25%	41,59%	41,17%	36,60%	35,16%	38,96%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	54,16%	56,31%	58,31%	50,90%	45,43%	53,02%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	42,81%	61,17%	59,13%	47,39%	48,93%	51,89%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	48,95%	47,75%	49,80%	40,42%	43,78%	46,14%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	50,47%	50,54%	56,70%	52,09%	45,89%	51,14%
ΜΟΑ	44,65%	46,89%	48,15%	42,20%	39,76%	44,33%

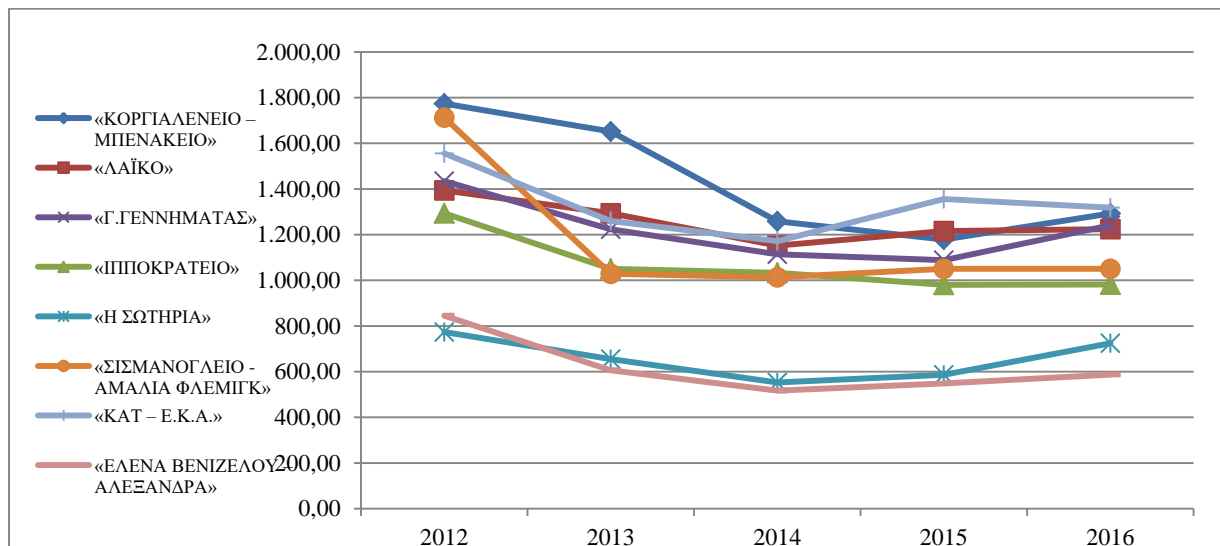
Πηγή : Δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις –Ίδιοι Υπολογισμοί.

Παρακάτω θα αναλυθεί η επίδραση των δύο διαφορετικών ομάδων κόστους στη διαμόρφωση του συνολικού κόστους νοσηλείας των νοσοκομείων δηλαδή: του μέσου κόστους νοσηλείας πλην της μισθοδοσίας και του μέσου κόστους μισθοδοσίας ανά νοσηλεία.

Το μέσο κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας)

Η ανάλυση του μέσου κόστους νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) δείχνει ότι όντως τα οκτώ μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. κατάφεραν να μειώσουν το λειτουργικό τους κόστος καθώς ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύτηκαν παρέμεινε σχετικά σταθερός για το διάστημα 2012-2016. Σύμφωνα με τα στοιχεία στο Γράφημα 5-8 το μέσο κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) μειώθηκε με μεγάλο ρυθμό το διάστημα 2012 -2013 για όλα τα νοσοκομεία της μελέτης. Στη συνέχεια για το διάστημα 2013 έως 2014 συνέχισε να μειώνεται για όλα τα νοσοκομεία αλλά με μικρότερο ρυθμό. Για την περίοδο 2014 έως 2015 τα κόστη νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) των νοσοκομείων της 1ης ΥΠΕ άρχισαν να αυξάνονται ελάχιστα και η αύξηση αυτή συνεχίστηκε και στην περίοδο 2015-2016.

Γράφημα 5-8: Η εξέλιξη του μέσου κόστους νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας)



Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & Esys-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Ο μέσος όρος του δείγματος για το οκτώ νοσοκομεία μειώθηκε από 1.347,78€/νοσηλεία το 2012 σε 1.052,62€/νοσηλεία το 2016 μεταβολή δηλαδή 21,90%. Την μεγαλύτερη μεταβολή παρουσίασε το νοσοκομείο «Σισμανόγλειο –Αμαλία- Φλέμιγκ» με μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) κατά 38,67% από το 2012 στο 2016 και ακολουθούν τα νοσοκομεία «Έλενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα» και το «Κοργιαλέναιο-Μπενάκειο» με μείωση 30,48% και 27,11% αντίστοιχα (Πίνακας 5-20). Από το σύνολο των οκτώ νοσοκομείων την μικρότερη τιμή του δείκτη το 2016 έχει το «Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα» το οποία σταθερά για όλη την περίοδο 2012-2016 έχει το μικρότερο μέσο κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) και ακολουθεί το «Σωτηρία» και το «Ίπποκράτειο».

Πίνακας 5-20: Το μέσο κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας)

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2013	ΜΕΤ/ΛΗ 2013/2014	ΜΕΤ/ΛΗ 2014/2015	ΜΕΤ/ΛΗ 2015/2016	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2016
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	1.773,65	1.651,78	1.258,29	1.178,84	1.292,75	1.431,06	-6,87%	-23,82%	-6,31%	9,66%	-27,11%
«ΛΑΪΚΟ»	1.393,85	1.293,96	1.152,11	1.215,96	1.224,52	1.256,08	-7,17%	-10,96%	5,54%	0,70%	-12,15%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	1.434,36	1.223,21	1.114,06	1.088,35	1.241,14	1.220,23	-14,72%	-8,92%	-2,31%	14,04%	-13,47%
«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	1.293,90	1.050,57	1.032,63	980,66	981,83	1.067,92	-18,81%	-1,71%	-5,03%	0,12%	-24,12%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	773,28	655,24	552,70	586,31	724,70	658,45	-15,26%	-15,65%	6,08%	23,60%	-6,28%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	1.712,54	1.028,65	1.013,35	1.050,73	1.050,36	1.171,13	-39,93%	-1,49%	3,69%	-0,03%	-38,67%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	1.555,77	1.260,21	1.171,89	1.356,10	1.318,29	1.332,45	-19,00%	-7,01%	15,72%	-2,79%	-15,26%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	844,87	606,19	516,97	548,82	587,35	620,84	-28,25%	-14,72%	6,16%	7,02%	-30,48%
ΜΟΔ	1.347,78	1.096,23	976,50	1.000,72	1.052,62	1.094,77	-18,66%	-10,92%	2,48%	5,19%	-21,90%

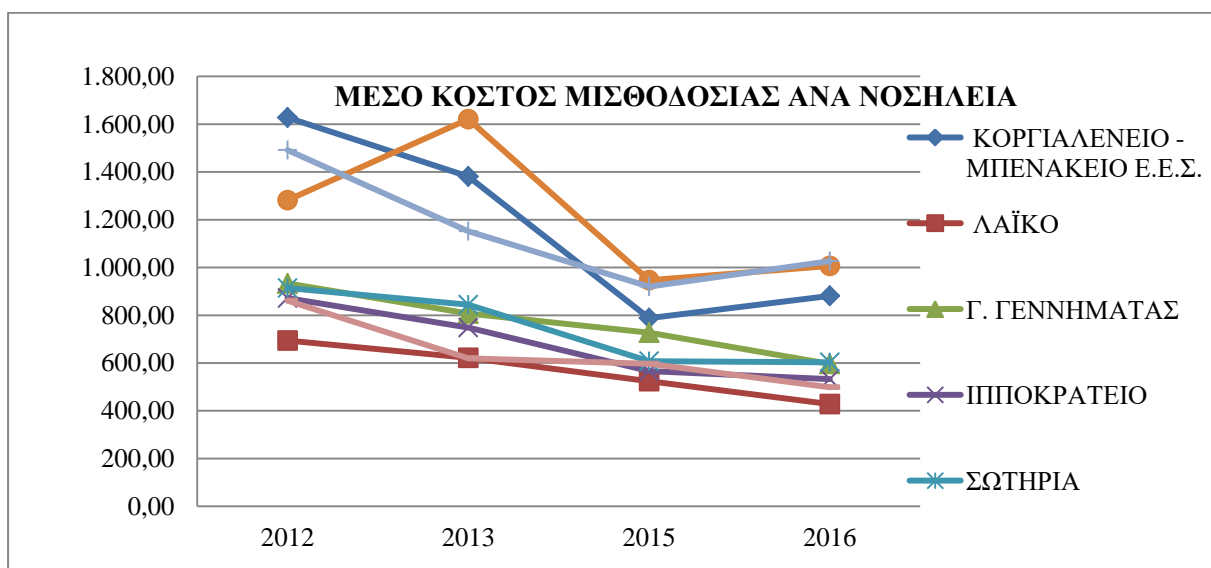
Πηγή: Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Το μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα το 5-21 το μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία μειώθηκε σημαντικά για τα νοσοκομεία της έρευνας, το διάστημα 2012 έως 2016. Η μείωση αυτή ήταν έντονη για την περίοδο 2012-2015 ενώ για την περίοδο 2015-2016 κάποια νοσοκομεία συνέχισαν να μειώνουν το κόστος εργασίας ενώ άλλα άρχισαν να το αυξάνουν σημαντικά όπως φαίνεται και από τα στοιχεία του πίνακα 6-9 όπου για το διάστημα 2015/2016 υπήρξε μείωση του κόστους κατά 1,84% στο μέσο όρο του δείγματος των νοσοκομείων. Συνολικά όλα τα νοσοκομεία με εξαίρεση το «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ» μείωσαν τα κόστη μισθοδοσίας ανά νοσηλεία πάνω από 30% από το 2012 στο 2016. Ο μέσος όρος του δείγματος για το οκτώ νοσοκομεία μειώθηκε από 1.084,45€/νοσηλεία το 2012 σε 696,50 το 2016 μείωση δηλαδή κατά 35,77%.

Στο Γράφημα 5-9 παρατηρούμε ότι τα τρία νοσοκομεία που είχαν το υψηλότερο μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία το «Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμινγκ» το «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» και το «ΚΑΤ-ΕΚΑ» είχαν αυξομειώσεις στις μεταβολές τους για το διάστημα 2012-2016, καθώς δεν μειώσαν συνεχώς για όλο το διάστημα το κόστος μισθοδοσίας και τελικά παρέμειναν τα νοσοκομεία που το 2016 είχαν το υψηλότερο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία από το οκτώ μεγάλα Νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. Τα υπόλοιπα πέντε νοσοκομεία έχουν σαφώς χαμηλότερο μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία, μειώνουν συνεχώς το κόστος τους για όλο το διάστημα 2012 έως το 2016 και χρησιμοποιούν πιο αποδοτικά το συντελεστή παραγωγής εργασίας για τους ασθενείς που νοσηλεύουν.

Γράφημα 5-9: Εξέλιξη του μέσου κόστους μισθοδοσίας ανά νοσηλεία



Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Πίνακας 5-21: Το μέσο κόστος μισθοδοσίας ανά νοσηλεία και η μεταβολή του 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	ΜΟΝ	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2013	ΜΕΤ/ΛΗ 2013/2014	ΜΕΤ/ΛΗ 2014/2015	ΜΕΤ/ΛΗ 2015/2016	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2016
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	1.627,63	1.381,27	1.038,31	787,79	881,04	1.143,21	-15,14%	-24,83%	-24,13%	11,84%	-45,87%
«ΛΑΪΚΟ»	694,35	621,94	577,32	523,79	427,79	569,04	-10,43%	-15,18%	-0,71%	-18,33%	-38,39%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	933,61	807,75	790,47	727,31	596,48	771,12	-13,48%	-2,14%	-7,99%	-17,99%	-36,11%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	871,80	748,20	722,63	566,15	532,35	688,22	-14,18%	-3,42%	-21,65%	-5,97%	-38,94%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	913,79	844,37	772,97	607,92	603,35	748,48	-7,60%	-8,46%	-21,35%	-0,75%	-33,97%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	1.281,78	1.620,77	1.466,01	946,66	1.006,41	1.264,33	26,45%	-9,55%	-35,43%	6,31%	-21,48%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	1.491,70	1.151,81	1.162,51	919,97	1.026,38	1.150,47	-22,79%	0,93%	-20,86%	11,57%	-31,19%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	860,97	619,47	677,03	596,81	498,21	650,50	-28,05%	9,29%	-11,85%	-16,52%	-42,13%
ΜΟΔ	1.084,45	974,45	900,91	709,55	696,50	873,17	-10,14%	-7,55%	-21,24%	-1,84%	-35,77%

Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Σταθμισμένη επίδραση των ομάδων κόστους στην διαμόρφωση του συνολικού κόστους νοσηλείας

Η ανάλυση του κόστους νοσηλείας έδειξε ότι το μέσο κόστος νοσηλείας για την περίοδο 2012 έως και το 2016 μειώθηκε και για όλα τα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. και ότι η μείωση αυτή προέρχεται τόσο από τη μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) όσο και από τη μείωση του μέσου κόστους μισθοδοσίας ανά νοσηλεία. Για να μπορέσω να μελετήσω την επίδραση των διαφορετικών ομάδων κόστους το συνολικό κόστος νοσηλείας στάθμισα την επίδραση της μεταβολής που είχε η κάθε ομάδα κόστους στη συνολική μεταβολή του κόστους νοσηλείας με συντελεστή στάθμισης την αναλογία της κάθε ομάδας κόστους στο συνολικό κόστος. Δηλαδή η μεταβολή του συνολικού κόστους νοσηλείας για το κάθε νοσοκομείο πώς επηρεάστηκε από το κόστος μισθοδοσίας και πόσο από τα λοιπά κόστη (Πίνακας 5-22).

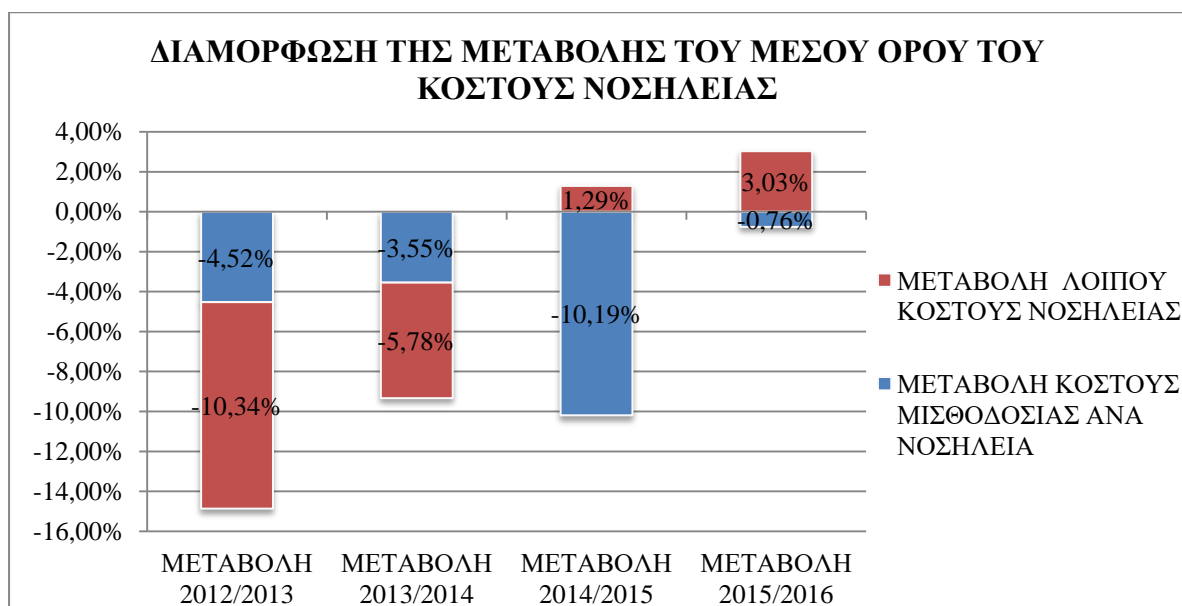
Πίνακας 5-22: Σταθμισμένη μεταβολή των στοιχείων του συνολικού κόστους νοσηλείας

	ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ				ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΠΛΗΝ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑΣ) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ				ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ			
	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2013	ΜΕΤ/ΛΗ 2013/2014	ΜΕΤ/ΛΗ 2014/2015	ΜΕΤ/ΛΗ 2015/2016	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2013	ΜΕΤ/ΛΗ 2013/2014	ΜΕΤ/ΛΗ 2014/2015	ΜΕΤ/ΛΗ 2015/2016	ΜΕΤ/ΛΗ 2012/2013	ΜΕΤ/ΛΗ 2013/2014	ΜΕΤ/ΛΗ 2014/2015	ΜΕΤ/ΛΗ 2015/2016
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	-7,24%	-11,31%	-10,91%	4,74%	-3,58%	-12,97%	-3,46%	5,79%	-10,83%	-24,28%	-14,37%	10,53%
«ΛΑΪΚΟ»	-3,47%	-2,33%	-3,10%	-5,52%	-4,78%	-7,40%	3,69%	0,49%	-8,25%	-9,73%	0,60%	-5,03%
«Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	-5,32%	-0,85%	-3,32%	-7,21%	-8,92%	-5,37%	-1,35%	8,42%	-14,23%	-6,23%	-4,67%	1,21%
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	-5,71%	-1,42%	-8,91%	-2,19%	-11,24%	-1,00%	-2,96%	0,08%	-16,94%	-2,42%	-11,88%	-2,11%
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	-4,12%	-4,76%	-12,45%	-0,38%	-7,00%	-6,84%	2,54%	11,59%	-11,11%	-11,60%	-9,91%	11,20%
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	11,32%	-5,84%	-20,95%	2,99%	-22,84%	-0,58%	1,51%	-0,02%	-11,52%	-6,42%	-19,44%	2,97%
«ΚΑΤ – Ε.Κ.Α.»	-11,15%	0,44%	-10,39%	4,68%	-9,70%	-3,66%	7,89%	-1,66%	-20,85%	-3,22%	-2,50%	3,01%
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	-14,16%	4,70%	-6,72%	-8,61%	-13,99%	-7,28%	2,67%	3,36%	-28,15%	-2,58%	-4,05%	-5,24%
ΜΟΔ	-4,52%	-3,55%	-10,19%	-0,76%	-10,34%	-5,78%	1,29%	3,03%	-14,87%	-9,33%	-8,90%	2,27%

Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Όπως φαίνεται και από το Γράφημα 5-10 η μεταβολή που είχε ο μέσος όρος του δείγματος για το κόστος νοσηλείας των οκτώ νοσοκομείων της μελέτης επηρεάστηκε τα έτη 2012 -2013 και 2013-2014 περισσότερο από τη μεταβολή των λοιπών στοιχείων κόστους εκτός της μισθοδοσίας. Συγκεκριμένα και τα δύο στοιχεία κόστους μειώθηκαν αλλά τη μεγαλύτερη μείωση στο συνολικό κόστος νοσηλείας επέφερε η μείωση των λειτουργικών εξόδων πλην της μισθοδοσίας. Στη συνέχεια η μεταβολή του μέσου κόστους νοσηλείας για την περίοδο 2014-2015 συνέχισε να είναι αρνητική δηλαδή το μέσο κόστος νοσηλείας να μειώνεται αλλά η μείωση αυτή οφείλεται αποκλειστικά στη μείωση του μέσου κόστους μισθοδοσίας ανά νοσηλεία καθώς η μεταβολή των λειτουργικών εξόδων πλην μισθοδοσίας ανά νοσηλεία ήταν η θετική δηλαδή επέφερε αύξηση στο μέσο όρο του κόστους νοσηλείας. Για την περίοδο 2015-2016 το συνολικό κόστος νοσηλείας των νοσοκομείων αρχίζει να αυξάνεται και η αύξηση αυτή οφείλεται στη συνέχιση της αύξησης του λοιπού κόστους νοσηλείας πλην της μισθοδοσίας και στην μηδενική σχεδόν μεταβολή το κόστους μισθοδοσίας.

Γράφημα 5-10 Διαμόρφωση της μεταβολής του μέσου όρου του κόστους νοσηλείας

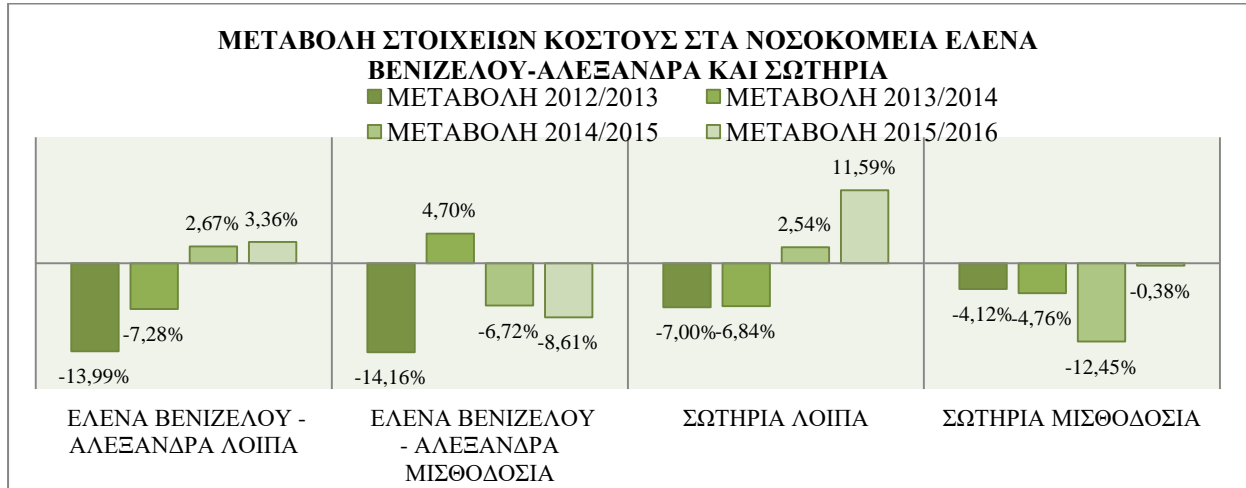


Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Στα δύο επόμενα σχεδιαγράμματα 5-11,5-12 παρουσιάζεται η ανάλυση της μεταβολή του μέσου κόστους νοσηλείας για τα δύο νοσοκομεία που έχουν το μικρότερο μέσο κόστος νοσηλείας και τα τρία νοσοκομεία με το μεγαλύτερο μέσο κόστος νοσηλείας. Η μεταβολή του μέσου κόστους νοσηλείας στα δύο νοσοκομεία που έχουν τις χαμηλότερες τιμές του δείκτη «Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» και «Σωτηρία» επηρεάζεται σημαντικά από τη

μεταβολή του κόστους μισθοδοσίας όπως φαίνεται από το σχεδιάγραμμα το οποίο μειώνεται σταθερά για την περίοδο της μελέτης.

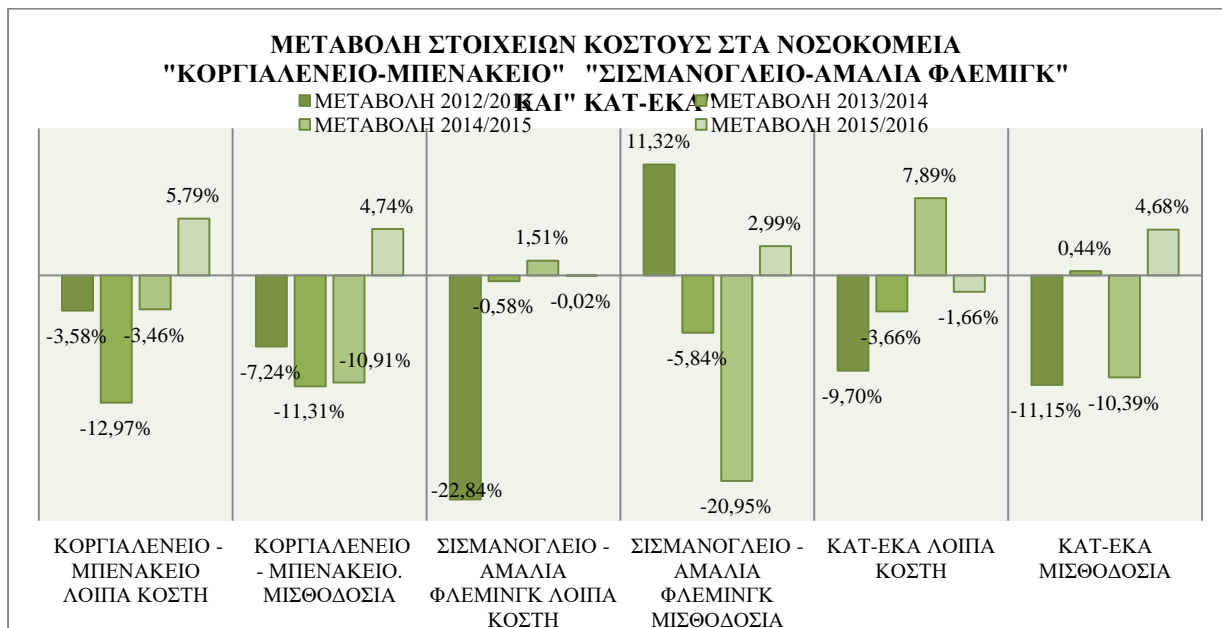
Γράφημα 5-11:Μεταβολή στοιχείων κόστους στα νοσοκομεία «Ελενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα»-«Σωτηρία»



Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

Από τα νοσοκομεία που έχουν το υψηλότερο μέσο κόστος νοσηλείας το νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» μειώνει σταθερά τα κόστη του το διάστημα 2012-2015, ενώ στη συνέχεια αυξάνει όλες τις ομάδες κόστους. Τα δύο άλλα νοσοκομεία με υψηλό κόστος νοσηλείας μεταβάλλουν τα κόστη τους βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που επικρατούν στο κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα.

Γράφημα 5-12:



Πηγή :Οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων & ESY-net (2012-2016) Ίδιοι υπολογισμοί

5.3.6 Συμπεράσματα από την ανάλυση των δεικτών αποδοτικότητας και οικονομικότητας.

Η ανάλυση με τους δείκτες αποδοτικότητας και οικονομικότητας εξέτασε βασικά μεγέθη εισροών των νοσοκομείων, την πληρότητα των κλινών και το κόστος της λειτουργίας των νοσοκομείων. Η ανάλυση έδειξε ότι αυξήθηκε ο αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΙ και στα ΤΕΠ με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται στους αριθμούς των ασθενών που εξετάστηκαν στα ΤΕΙ και μάλιστα η αύξηση ήταν συνεχής για όλη την περίοδο της μελέτης. Αναφορικά με τις κλίνες και τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από τη μια υπήρχε μια μικρή μείωση του αριθμού των κλινών και από την άλλη μια μικρή αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων και συνολικά και σε κάθε νοσοκομείο μειώθηκε ο αριθμός των εργαζομένων. Ταυτόχρονα μειώθηκε η μέση ετήσια πληρότητα των κλινών αλλά και η μέση διάρκεια νοσηλείας επίσης αυξήθηκε ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη και αυξήθηκε το μέσο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη.

Το μέσο κόστος νοσηλείας μειώθηκε σημαντικά για το διάστημα 2012-2014 αλλά ο ρυθμός μείωσης του το 2015 έχει ανακοπεί και το 2016 ήταν χρονιά που υπήρχε μικρή αύξηση σε σχέση με το 2015. Τα στοιχεία που συνθέτουν το μέσο κόστος νοσηλείας δηλαδή το κόστος νοσηλείας χωρίς τη μισθοδοσία και το κόστος της μισθοδοσίας ανά νοσηλεία μειώθηκαν σημαντικά για την περίοδο 2012-2014 με τη μεγαλύτερη μείωση να γίνεται στα κόστη νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας). Από το 2015 το κόστος νοσηλείας (πλην της μισθοδοσίας) άρχισε να αυξάνεται με αποτέλεσμα η μείωση του συνολικού κόστους νοσηλείας να οφείλεται κυρίως στη μείωση του κόστους της μισθοδοσίας ανά νοσηλεία.

Στα ειδικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσοκομείου υπάρχουν διαφορές στο μείγμα των ασθενών που επισκέπτεται το κάθε νοσοκομείο όπως δείχνουν οι δείκτες των εξετασθέντων στα ΤΕΠ και στα ΤΕΙ και η εξέλιξη τους. Το νοσοκομείο «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» είναι επικεντρωμένο στα επείγοντα περιστατικά περισσότερο από τα άλλα νοσοκομεία ενώ το νοσοκομείο «Λαϊκό» και «Γ. Γεννηματάς» στα περιστατικά που προσέρχονται στο νοσοκομείο τακτικά με ραντεβού όπως φαίνεται από τους δείκτες του αριθμού των εξετασθέντων στα ΤΕΠ και στα ΤΕΙ.

Όσο αφορά τον αριθμό των κλινών και τους νοσηλευθέντες σε συνδυασμό με τον αριθμό των εργαζομένων το νοσοκομείο «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ» είχε την μεγαλύτερη μείωση στον αριθμό των κλινών του, στον αριθμό των νοσηλευθέντων αλλά και στο αριθμό των

εργαζομένων που απασχόλησε. Το νοσοκομείο «Γ. Γεννηματας» σε αυτούς τους δείκτες ήταν πιο αποτελεσματικό καθώς διατήρησε σταθερό τον αριθμό των κλινών και αύξησε λίγο τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν και το αποτέλεσμα αυτό επιτεύχθηκε με πολύ σημαντική μείωση του αριθμού των εργαζομένων του. Επίσης όπως φαίνεται και από τους δείκτες της πληρότητας των κλινών το νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς» λειτουργεί στο όρια των παραγωγικών του δυνατοτήτων καθώς έχει πληρότητα κλινών πάνω από 100 % και μηδενικό διάστημα εναλλαγής ασθενών κλίνη γεγονός που ίσως εξηγεί γιατί μείωσε ελάχιστα την μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών του.

Στην ανάλυση της πληρότητας των κλινών το «Λαϊκό» εξορθολόγησε την λειτουργία του, καθώς μείωσε σημαντικά την μέση διάρκεια νοσηλείας, χρησιμοποίησε πιο πολλές φορές τις κλίνες του, είδε περισσότερους ασθενείς και μείωσε έτσι την πληρότητά του από σχεδόν 100% στο 85,7% γεγονός που του επιτρέπει να μη λειτουργεί αντικοινωνικά. Την μεγαλύτερη μεταβολή -μείωση στην μέση διάρκεια νοσηλείας είχαν τα νοσοκομείο «ΚΑΤ-Ε.Κ.Α» και το «Ελενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα» τα οποία όμως αντιπροσωπεύουν τις δυο ακραίες τιμές της μέσης διάρκειας νοσηλείας καθώς το πρώτο νοσοκομείο έχει την μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας από τα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. ενώ το δεύτερο την μικρότερη.

Το «Ελενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα» μείωσε πολύ την μέση διάρκεια νοσηλείας,(2^η θέση στην κατάταξη της μεταβολής για την περίοδο 2012-2016) και μαζί με το «Ιπποκράτειο» έχουν τη μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας από όλα τα νοσοκομεία της μελέτης. Στην ανάλυση του κόστους το «Ελενα Βενιζέλου Αλεξάνδρα» έχει το μικρότερο μέσο κόστος νοσηλείας για όλη την περίοδο 2012 -2016 από όλα τα νοσοκομεία της μελέτης αλλά έχει ταυτόχρονα και την μεγαλύτερη μείωση στην μεταβολή του κόστους (1^η θέση στην κατάταξη της μεταβολής για την περίοδο 2012-2016) με τα νοσοκομεία «Σωτηρία» και «Ιπποκράτειο» ακολουθούν στις μικρότερες τιμές του μέσου κόστους νοσηλείας.

Το μεγαλύτερο μέσο κόστος νοσηλείας έχει το «Κοργιαλένιο –Μπενάκειο» και ακολουθεί το «ΚΑΤ-ΕΚΑ». Και τα δύο αυτά νοσοκομεία έχουν τις δυο μεγαλύτερες τιμές στην μέση διάρκεια νοσηλείας και τον πιο μικρό αριθμό εισροής ασθενών ανά κλίνη αλλά το «Κοργιαλένιο –Μπενάκειο» στην έναρξη της περιόδου είχε πολύ χαμηλά ποσοστά πληρότητας κλινών, με το πιο υψηλό κόστος νοσηλείας ανά ασθενή γεγονός που υποδεικνύει υποχρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων του. Από τα στοιχεία του 2016 προκύπτει ότι σε σχέση με το 2012, αύξησε σημαντικά την πληρότητα των κλινών του, ήταν πιο

αποτελεσματικό στην χρήση των διαθέσιμων παραγωγικών μέσων του και πιο αποδοτικό στην ανάλωση του κόστους για την παραγωγή των υπηρεσιών του.

Ειδικά χρειάζεται να επισημανθεί η περίπτωση του νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου–Αλεξάνδρα» το οποίο μείωσε πολύ την μέση διάρκεια νοσηλείας και το κόστος νοσηλείας, αύξησε σημαντικά τους ασθενείς που προσέφερε νοσηλεία, αλλά εξακολουθεί να έχει σημαντικά μικρό ποσοστό νοσηλείας, δηλαδή να μην χρησιμοποιεί αποδοτικά τις υποδομές του. Η συγκριμένη συνθήκη σκιαγραφείται για το νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα» και από τους δείκτες αποδοτικότητας του νοσοκομείου και ειδικά από τον δείκτη των λειτουργικών κερδών καθώς το νοσοκομείο έχει αρνητικά λειτουργικά αποτελέσματα για όλη την περίοδο της μελέτης.

6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομείων την περίοδο της μελέτης, ήταν βασικός στόχος των πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην υγεία, αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που εισέβαλλε στην ελληνική πραγματικότητα. Οι στόχοι που τέθηκαν από το Υπουργείο Υγείας προσπάθησαν να αυξήσουν τον όγκο παραγωγής των νοσοκομείων και τους νοσηλευθέντες ασθενείς υπό την προϋπόθεση όμως της συγκράτησης του κόστους των υπηρεσιών και της αναδιάρθρωσης των ανθρώπινων πόρων. Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια για την οικονομική αξιολόγηση και την συγκριτική μελέτη των οκτώ μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. ώστε να εξεταστούν η αποδοτικότητά τους, η οικονομική τους θέση, και η λειτουργική και η οργανωτική τους επίδοση. Για το σκοπό αυτό έγινε χρηματοοικονομική ανάλυση επιλεγμένων αριθμοδεικτών και δεικτών αποδοτικότητας και οικονομικότητας.

Τα οικονομικά αποτελέσματα των νοσοκομείων επηρεάστηκαν από τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν την περίοδο της μελέτης, που ήταν πολυάριθμες και στόχευαν στην συγκράτηση των δαπανών στα νοσοκομεία. Οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν στην εισαγωγή των DRGs (ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες) στα νοσοκομεία για τη συγκράτηση του κόστους περίθαλψης, στην ενοποίηση των νοσοκομειακών μονάδων για την αποδοτικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων, στον έλεγχο των δαπανών των νοσοκομείων μέσω της εφαρμογής κλειστών προϋπολογισμών και στην συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω των πολιτικών για το φάρμακο, όπως η προώθηση της χρήσης των γενοσήμων, η επιβολή υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων στην εφοδιαστική αλυσίδα των φαρμακευτικών προϊόντων και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Η οικονομική θέση των μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. βελτιώθηκε στο διάστημα 2012 έως το 2016 καθώς τα νοσοκομεία βελτίωσαν τα αποτελέσματά τους στις οικονομικές τους καταστάσεις και μείωσαν ιδιαίτερα το μέσο κόστος νοσηλείας. Τα νοσοκομεία αύξησαν σημαντικά τα ίδια κεφάλαιά τους, μείωσαν τις υποχρεώσεις τους προς τους προμηθευτές τους και προσπάθησαν να εκτελέσουν με συνέπεια των προϋπολογισμό τους για την περίοδο 2012-2016. Επίσης επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία περισσότεροι ασθενείς είτε σαν εξωτερικοί είτε σαν εσωτερικοί ασθενείς και τα νοσοκομεία χρησιμοποίησαν πιο αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους τους. Βελτίωσαν την σχέση εσόδων –εξόδων, ενώ μειώθηκε σημαντικά το μέσο κόστος νοσηλείας τόσο από την μείωση των δαπανών εκτός μισθοδοσίας όσο και από την μείωση του κόστους μισθοδοσίας. Μάλιστα στην μελέτη της μείωση του μέσου

κόστους νοσηλείας, φάνηκε ότι η μείωση του κόστους μισθοδοσίας παρατηρείται σε όλη την περίοδο της μελέτης, ενώ η μείωση του κόστους των δαπανών εκτός μισθοδοσίας επιδρά μόνο για τη περίοδο 2012 έως και 2014.

Στην μεταξύ τους σύγκριση τα νοσοκομεία «Σωτηρία» και «Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμιγκ» έχουν τις καλύτερες τιμές στους αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας και αποδοτικότητας και έχουν καλύτερη χρηματοοικονομική θέση σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τους δείκτες αποδοτικότητας και οικονομικότητας σημειώνουν ότι συνολικά όλα τα νοσοκομεία έκαναν αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων τους, με τα νοσοκομεία «Λαϊκό», «Ιπποκράτειο» και «Γ. Γεννηματάς» να βελτιώνονται σημαντικά στην ανάλυση της πληρότητας των κλινών και να κάνουν καλύτερη διαχείριση των διαθέσιμων μέσων τους. Στην ανάλυση του μέσου κόστους νοσηλείας τα νοσοκομεία που έχουν το μικρότερο κόστος νοσηλείας είναι τα νοσοκομεία «Ελενα Βενιζέλου –Αλεξάνδρα», «Σωτηρία» και «Ιπποκράτειο». Στην ανάλυση με τους δείκτες αξιολόγησης τα νοσοκομεία «Ιπποκράτειο» και «Σωτηρία» έχουν συνολικά καλές τιμές σε όλους τους δείκτες.

Προκύπτει έτσι ότι δεν υπάρχει ένα νοσοκομείο που να έχει συνολικά τις καλύτερες τιμές σε όλους τους δείκτες και ότι η οικονομική θέση του κάθε νοσοκομείο βελτιώθηκε περισσότερο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση της ανάλυσης βάση των ειδικών χαρακτηριστικών λειτουργίας τους. Φαίνεται επίσης ότι οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν μόνο μέσο για την μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων καθώς οι δείκτες αυτοί δεν έχουν σχεδιαστεί για να μετρούν την αποδοτικότητα οργανισμών που δεν έχουν σκοπό το κέρδος. Παράλληλα καθώς τα νοσοκομεία είναι πολύπλοκοι οργανισμοί και έχουν διαφορετικούς στόχους από μια επιχείρηση που λειτουργεί με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, η οικονομική τους θέση δεν μπορεί να αξιολογηθεί μόνο με ένα μέσο, αυτό της ανάλυσης των οικονομικών καταστάσεων αλλά περιγράφεται συνολικά καλύτερα και με άλλους δείκτες.

Τα εμπειρικά δεδομένα της μελέτης υποδεικνύουν ότι στους Ισολογισμούς των νοσοκομείων, στους λογαριασμούς των ιδίων κεφαλαίων, περιλαμβάνεται το σύνολο των επιχορηγήσεων που έχουν εισπράξει τα νοσοκομεία από το Υπουργείο Υγείας και απεικονίζονται συνήθως στους λογαριασμούς «Συμπληρωματικές Εισφορές Μετόχου», είτε «Ειδικά Αποθεματικά από Ληφθείσες Επιχορηγήσεις». Η αύξηση των ιδίων κεφαλαίων στα νοσοκομεία υποδηλώνει την κοινωνική ανάγκη για επένδυση στο σύστημα υγείας και ενσωματώνει τις πολιτικές αποφάσεις για τον τρόπο λειτουργίας-διοίκησης καθώς και χρηματοδότησης των

νοσοκομείων. Η επένδυση μέσω των επιχορηγήσεων από το Υπουργείο Υγείας καθρεφτίζει το μείγμα χρηματοδότησης και τον τρόπο αποζημίωσης των υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρουν τα νοσοκομεία.

Αποτέλεσμα της παραπάνω πολιτικής είναι να εξυπηρετούνται οι λειτουργικές ανάγκες των νοσοκομείων στη βάση του κόστους λειτουργίας τους και όχι στη βάση των εσόδων που τα νοσοκομεία δημιουργούν. Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης εξασφαλίζει την βιωσιμότητα των νοσοκομείων αλλά λαμβάνοντας υπόψη την στενότητα των οικονομικών πόρων γίνεται ακόμα πιο επιτακτική η ανάγκη για αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών πόρων, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Τα νοσοκομεία την περίοδο της μελέτης δυσκολευτήκαν να εισπράξουν τις απαιτήσεις τους από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όπως φαίνεται από την περίοδο είσπραξης των απαιτήσεων που ήταν πολύ μεγάλη. Η καθυστέρηση αυτή οφείλεται, εκτός του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων και στην αδυναμία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να εξοφλήσει έγκαιρα τις υποχρεώσεις του λόγω των ανεπαρκειών στην οργανωτική και διοικητική του δομή, του ελλείμματος στις χρηματοδοτικές του ροές και των αυξημένων ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων του (Νιάκας, 2014)(Ελεγκτικό Συνέδριο, 2018). Επίσης οφείλεται στην αλλαγή που έγινε στις αρχές του 2012 στον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων. Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (DRGs) εφαρμόστηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και καθώς απουσιάζουν τα εμπειρικά δεδομένα δεν ανταποκρίνονταν απόλυτα στις ελληνικές συνθήκες. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την συνεχή προσπάθεια για διόρθωσης τους, τη δυσχέρεια στην εφαρμογή και στην είσπραξη τους. (Μπακόλα, 2018)

Λόγω της κρατικής επιχορήγησης και της χρονικής υστέρησης στην μετατροπή των εσόδων σε μετρητά, στα ίδια κεφάλαια των νοσοκομείων αποτυπώνεται η διαγραφή των απαιτήσεων των νοσοκομείων προς τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως έγινε με το Ν.4384/16 άρθρο 51 που αφορούσε διαγραφή των απαιτήσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ε.Σ.Υ. έναντι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο ύψος των ετήσιων επιχορηγήσεων τους από τον Κρατικό προϋπολογισμό για τα έτη 2012, 2013 και 2014. Υπάρχουν δηλαδή στους ισολογισμούς των νοσοκομείων δυο μεγεθυμένες ομάδες λογαριασμών, οι απαιτήσεις και τα ίδια κεφαλαία λόγω του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η οικονομική θέση των νοσοκομείων αποτυπώνεται με μεγαλύτερη αξιοπιστία μετά την παραπάνω διαγραφή. Για τις απαιτήσεις της περιόδου 2015 έως 2017 έχει ψηφιστεί να εφαρμοστεί η ίδια διαδικασία και θα απεικονιστεί στους Ισολογισμούς των νοσοκομείων για το 2019.

Από την ανάλυση με τους αριθμοδείκτες προκύπτει ότι η ρευστότητα των μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. δεν επηρεάζεται σημαντικά από τα αποθέματά τους καθώς όπως φαίνεται από τους αριθμοδείκτες ειδικής ρευστότητας δεν δεσμεύουν μεγάλη αξία σε αποθέματα. Οι αριθμοδείκτες όμως που εξετάζουν την μέση διάρκεια παραμονής των αποθεμάτων δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην διάρκεια παραμονής των αποθεμάτων μεταξύ των νοσοκομείων και ότι τα νοσοκομεία που ανακυκλώνουν πιο γρήγορα τα αποθέματα τους είναι αυτά που κάνουν συγκριτικά την πιο αποδοτική χρησιμοποίηση των διαθέσιμων κλινών και έχουν τις μεγαλύτερες πληρότητες. Τέτοια νοσοκομεία είναι το «Γ. Γεννηματάς», το « Ιπποκράτειο» και το «Σωτηρία». Η προσπάθεια δηλαδή των νοσοκομείων αναφορικά με την διαχείριση των αποθεμάτων τους, είναι προς θετική κατεύθυνση αλλά υπάρχουν ακόμα σε κάποια νοσοκομεία περιθώρια βελτίωσης όπως το «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» στα οποία φαίνεται ότι η διαχείριση των αποθεμάτων δεν επηρεάζεται από το κόστος που δεσμεύουν τα αποθέματα αλλά από τοπικά χαρακτηριστικά όπως τα τμήματα του νοσοκομείου, οι διαχειρίσεις υλικών και κυρίως οι διαχειρίσεις φαρμάκου, το προσωπικό του νοσοκομείου και ειδικά οι απόψεις του ιατρικού προσωπικού για την θεραπεία και την νοσηλεία (Aristides Matoroulos, 2012).

Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν για την συγκράτηση της νοσοκομειακής δαπάνης είχαν επιτυχή έκβαση καθώς και οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας και η ανάλυση του μέσου κόστους νοσηλείας έδειξαν βελτίωση της σχέσης εσόδων – εξόδων και μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας όμως αρκετά ζητήματα χρειάζεται να εξεταστούν καθώς μια πολιτική προσέγγισης της λειτουργίας των νοσοκομείων με καθαρά οικονομικούς όρους δεν ενδείκνυται και δημιουργεί προβλήματα προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας. Για να επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας, λήφθηκαν εκ μέρους της κυβέρνησης μέτρα λιτότητας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν οριζόντια όπως: η περικοπή των προϋπολογισμών και η μείωση του κόστους των εργαζομένων μέσα από την μείωση των αμοιβών τους, αλλά και από την αναστολή των προσλήψεων. Με δεδομένο ότι τα μέτρα αυτά ήταν γενικά και κοινά για όλους, η αναστολή προσλήψεων αναγκαίων εργαζομένων στις μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες της 1^{ης} Υ.Πε. δημιούργησε σημαντικά προβλήματα επιβάρυνσης στο προσωπικό τους, καθώς όπως φάνηκε από την ανάλυση όλα τα μεγάλα νοσοκομεία της μελέτης αύξησαν την δραστηριότητά τους.

Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις αναφορικά με το άριστο μέγεθος των νοσοκομείων σε σχέση με την μείωση του λειτουργικού κόστους, με άλλες να υποστηρίζουν ότι τα μεγάλα νοσοκομεία είναι περισσότερο κατάλληλα από τα μικρά για να επωφεληθούν από τα

πλεονεκτήματα της εξειδίκευσης των δραστηριοτήτων, ενώ οι υποστηρικτές της διαφορετικής άποψης επισημαίνουν ότι η αποδοτικότητα των νοσοκομείων επηρεάζεται από τις σχέσεις επικοινωνίας οι οποίες δυσχεραίνουν στα μεγάλα νοσοκομεία. Από την ανάλυση προκύπτει ότι τα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. μπόρεσαν να ωφεληθούν από το μέγεθος τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και εκμεταλλευόμενα τις οικονομίες κλίμακας πέτυχαν να καταμερίσουν το κόστους σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και έτσι να είναι πιο αποδοτικά.

Βέβαια η ανάλυση της πληρότητας των κλινών για δύο νοσοκομεία το «Γ. Γεννηματάς» και το «Λαϊκό» δείχνει υπερεντατική χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων και άσκηση της τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε ράντζα στους διαδρόμους των νοσοκομείων. Συνεπώς η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε αυτά τα νοσοκομεία υποβαθμίζεται σημαντικά και τίθεται θέμα καλύτερης διαχείρισης των περιστατικών καθώς υπάρχουν νοσοκομεία στην ίδια γεωγραφική περιφέρεια που έχουν αχρησιμοποίητους διαθέσιμους πόρους.

Στην σχέση του κόστους και της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας επισημαίνεται σε διάφορες μελέτες η συνάρτηση του μέσου κόστους νοσηλείας με την διάρκεια νοσηλείας. Σύμφωνα με την μελέτη των Lave *et al* όπου εξετάστηκε το κόστος νοσηλείας 75 νοσοκομείων, με δεδομένο το ποσοστό κάλυψης των κλινών, το μέσο κόστος ανά περιστατικό μειωνόταν όταν η διάρκεια παραμονής μειωνόταν. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μέσου κόστους νοσηλείας για το οκτώ νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. υποδεικνύουν ότι τα νοσοκομεία που έχουν χαμηλότερο μέσο κόστος νοσηλείας έχουν επίσης και τις χαμηλότερες τιμές στη μέση διάρκεια νοσηλείας. Χαρακτηριστική είναι μάλιστα η περίπτωση του νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» το οποίο έχει τις μικρότερες τιμές και στους δύο δείκτες από όλα τα νοσοκομεία για όλη την περίοδο της μελέτης και ταυτόχρονα μειώνει συνεχώς τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το μέσο κόστος νοσηλείας .

Η μελέτη της πληρότητας των κλινών υποδηλώνει μια σημαντική βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.Πε. αναφορικά με την χρησιμοποίηση των διαθέσιμων υποδομών, καθώς νοσηλεύτηκαν περισσότεροι ασθενείς, μειώθηκε η μέση διάρκεια νοσηλείας και αυξήθηκε ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη κάτι που διαπιστώνεται και από την μελέτη αποτίμησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. από τους Καστανιώτη και Πολύζος για το διάστημα 2009-2013. Από την άλλη η Καραγιάννη στην ανάλυσή της, για την λειτουργική και οικονομική απόδοση των δημόσιων νοσοκομείων για

την περίοδο 2012 έως το 2013, επισημαίνει ότι γίνεται υποχρησιμοποίηση των νοσοκομειακών πόρων λόγω του χαμηλού ποσοστού κάλυψης των κλινών σε ολόκληρη την επικράτεια και σημειώνει ότι χρειάζεται να γίνει αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Με αυτό τον τρόπο υπογραμμίζει την προβληματική συνθήκη που υπάρχει σε νοσοκομεία της περιφέρειας τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό και δυσανάλογη μικρή ζήτηση για τις διαθέσιμες υποδομές.

Στην ανάλυση φάνηκε ότι τα νοσοκομεία και με τις δύο μεθοδολογίες έρευνας δηλαδή με την ανάλυση με αριθμοδείκτες και με δείκτες οικονομικότητας-αποδοτικότητας ήταν πιο αποδοτικά στη χρήση των πόρων τους την περίοδο 2012-2016, αλλά και ότι οι δείκτες οικονομικότητας και αποδοτικότητας περιέγραψαν και αλλά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων τα οποία είναι αναγκαία για την αξιολόγηση της οικονομικής τους θέσης, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του νοσοκομείου «Κοργαλένειου Μπενάκειου». Το συγκεκριμένο νοσοκομείο παρόλο που έχει πολύ καλά αποτελέσματα στην ανάλυση με τους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας, έχει όμως διαφορετικό μείγμα ασθενών, κάνει υποχρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων του και χρειάζεται να βελτιωθεί σε αυτή την κατεύθυνση. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την ανάλυση της Watkins για την σημασία στοιχείων που περιγράφουν την οικονομική θέση των νοσοκομείων και δεν περιλαμβάνονται στις κλασσικές οικονομικές καταστάσεις.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικές καταστάσεις των δημόσιων νοσοκομείων δεν είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας αλλά ούτε και της οικείας Υ.Πε. γεγονός που δεν διευκολύνει την μελέτη, την διαφάνεια και τη λογοδοσία και σηματοδοτεί την έλλειψη ενός ολοκληρωμένου μηχανογραφικού συστήματος διασύνδεσης των Υ.Πε. και του Υπουργείου, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης της λειτουργίας των Νοσοκομείων. Στην εργασία δεν περιλαμβάνεται στο δείγμα η ανάλυση ενός από τα πιο μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» καθώς δεν έχει δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις μετά το οικονομικό έτος 2014 κάτι που δεν επιτρέπει στην παρούσα μελέτη να περιλαμβάνει όλα τα μεγάλα νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.Πε. Επίσης δεν υπήρχαν ισολογισμοί για το οικονομικό έτος 2017 για αρκετά από τα νοσοκομεία του δείγματος κάτι που δεν άφησε περιθώρια για να είναι πιο ευρεία η χρονική περίοδο της μελέτης.

Συμπερασματικά από την ανάλυση πρόεκυψε ότι τα νοσοκομεία της μελέτης βελτίωσαν την οικονομική τους θέση και τα αποτελέσματα τους και εφάρμοσαν με συνέπεια τις πολιτικές

για την υγεία μέσα από την διοικητική και οργανωτική τους λειτουργία όπως έδειξε η ανάλυση με τους αριθμοδείκτες. Τα νοσοκομεία επίσης ήταν πιο αποτελεσματικά καθώς ανταποκρίθηκαν στο έργο τους αλλά κυρίως βελτίωσαν την αποδοτικότητα τους, στην σχέση εισροών που χρησιμοποίησαν και εκροών που παρήγαγαν την περίοδο 2012-2016. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των αριθμοδεικτών συγκρινόμενα με αυτά της ανάλυσης των δεικτών οικονομικής και λειτουργικής αποδοτικότητας δείχνουν προς την ίδια κατεύθυνση δηλαδή ότι η αποδοτικότητα και η οικονομική θέση των νοσοκομείων βελτιώθηκαν αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζουν και μια πιο συνολική εικόνα για την λειτουργία, τις προοπτικές και τις αδυναμίες των νοσοκομείων, όπως επίσης σημεία που η κάθε μια ανάλυση από μόνη της δεν περιγράφει.

Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνται επί του παρόντος στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε επιχειρησιακές, οικονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις. Η οικονομική κρίση επέτρεψε να επιβληθούν μέτρα τα οποία είχαν προταθεί νωρίτερα χωρίς όμως να έχουν εφαρμοστεί ποτέ και τα οποία επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν σοβαρά και μακροχρόνια προβλήματα. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση δεν έλαβε υπόψη την πλευρά του ασθενή, δεδομένου ότι η διαμόρφωση ενός ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας που θα παρέχει ολοκληρωμένες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, δίκαια, καθολικά και δωρεάν δεν φαίνεται να αποτελεί στόχο των μεταρρυθμίσεων. Επομένως παραμένει το ερώτημα αν τα νοσοκομεία ήταν αποδοτικά αναφορικά με την κατανομή των πόρων και την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας του κοινωνικού συνόλου καθώς η αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει ως στόχο τη μείωση του κόστους εις βάρος του κοινωνικού συνόλου αλλά αντιθέτως έχει ως στόχο την αναδιάρθρωση των δαπανών ώστε να ωφελούν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού.

Η οικονομική θέση των δημόσιων μονάδων υγείας θα επηρεαστεί στο μέλλον από τις πολιτικές για την υγεία που θα ακολουθηθούν από το κράτος σχετικά με την χρηματοδότηση των νοσοκομείων, το κόστος λειτουργίας τους, τις πολιτικές σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό αλλά και τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης του συστήματος υγείας και την θέση των νοσοκομείων μέσα σε αυτό. Ειδικά αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων έχει διαμορφωθεί μια κατάσταση που οφείλεται στην σημαντική μείωση του αριθμού των εργαζομένων, στην περικοπή των αμοιβών τους και στην έλλειψη κινήτρων προς τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία, όπως η υιοθέτηση σύγχρονων εργασιακών συνθηκών και η εφαρμογή οριοθετημένου καθηκοντολογίου. Η νέα αυτή κατάσταση προκαλεί την ενίσχυση του φαινομένου της μετανάστευσης των επιστημόνων υγείας, ευνοεί

την αύξηση των ανεπίσημων πληρωμών και της παραοικονομίας και κάνει επιτακτική την ανάγκη να υπάρχει συνολική αναπροσαρμογή του συστήματος αμοιβών των εργαζομένων στα νοσοκομεία ώστε να συνεχίσουν αυτοί να παράγουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετούν.

Στο πλαίσιο αυτό που περιγράφεται από την παραπάνω συζήτηση, οι πολιτικές για την υγεία αναφορικά με τα νοσοκομεία, χρειάζεται να έχουν σαν στόχο την προσέγγιση των προβλημάτων με τρόπο συστημικό και ολιστικό και να επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους:

- Στην επικαιροποίηση των ΚΕΝ με μια πιο αναλυτική κοστολογική προσέγγιση για τα νοσοκομεία με βάση τα στοιχεία που υπάρχουν από την έως τώρα εφαρμογή τους.
- Στην εφαρμογή ενός μηχανισμού ελέγχου της εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στις υπηρεσίες το οποίο θα έχει σαν αποτέλεσμα την ορθολογική κατανομή των ασθενών, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και την αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων του συστήματος υγείας.
- Στην εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης των εισαγωγών των ασθενών, της αναμονής των χειρουργικών επεμβάσεων και των εξειδικευμένων εξετάσεων.
- Στην εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής, μέσα από την δημιουργία κέντρων κόστους, η οποία κοστολογεί και αποτυπώνει την απόδοση των επιμέρους λειτουργιών των δημόσιων νοσοκομείων και η εφαρμογή της είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική διοίκηση.
- Στον εξορθολογισμό των προμηθειών μέσα από την ενίσχυση των κεντρικών υπηρεσιών προμηθειών του Υπουργείου Υγείας, την επικαιροποίηση και την απλοποίηση του πολυσύνθετου νομικού πλαισίου και την μείωση της γραφειοκρατίας.
- Στην δημιουργία ενός ξεχωριστού τμήματος διαχείρισης προμηθειών που θα προγραμματίζει, θα οργανώνει και θα ελέγχει την προμήθεια, την διανομή και τα αποθέματα του νοσοκομείου σε συνδυασμό με την εφαρμογή συγκεκριμένης τεχνικής ως μέθοδο προμήθειας, στην διαχείριση της εφοδιαστικής αλυσίδας, είτε κοινά σε όλα τα νοσοκομεία είτε μεμονωμένα όπως πχ. η τεχνική just in time.

Τα περιθώρια παρέμβασης της διοίκησης του κάθε νοσοκομείου επικεντρώνονται στην αποτελεσματική οργανωτική λειτουργία και διοίκηση, στην αποδοτική οικονομική διαχείριση μέσα από τα δημοσιονομικά όρια των κλειστών προϋπολογισμών, αλλά και στον τρόπο που αποκρυσταλλώνονται από τον κάθε φορέα υγείας οι κεντρικές πολιτικές για την υγεία. Στην

κατεύθυνση αυτή είναι απαραίτητη η εφαρμογή συστημάτων εσωτερικού έλεγχου τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν με την ενίσχυση του θεσμού του εσωτερικού ελέγχου στα Νοσοκομεία, με δημιουργία Μονάδας Εσωτερικού Ελέγχου και στελέχωσή της με έμπειρους εσωτερικούς ελεγκτές.

Η σημασία της αποτύπωσης των οικονομικών μεγεθών των νοσοκομείων είναι πολύ μεγάλη ώστε να μπορεί να υπάρχει διαφάνεια, να γίνεται έλεγχος και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους και κυρίως για να προγραμματίζονται οι παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας και να δρομολογούνται οι διορθωτικές ενέργειες που απαιτούνται. Βασικό μέσο για να υπάρχει αυτή η αποτύπωση είναι η πιστή εφαρμογή του Π.Δ.146/2003 ώστε να γίνεται αποτελεσματική εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος, να υπάρχει αξιόπιστο λογιστικό σύστημα και έγκαιρη δημοσίευση Ισολογισμών. Η έγκυρη λογιστική πληροφορία είναι η βάση για την συστηματική συμπλήρωση των στοιχείων της πλατφόρμας του Bi-Forms και την αξιοπιστία των δεδομένων που καταχωρούνται σε αυτό.

Τα νοσοκομεία βελτίωσαν την σχέση εσόδων-κόστους ειδικά προς το τέλος της περιόδου της μελέτης αλλά ταυτόχρονα την ίδια χρονική περίοδο άρχισαν να αυξάνουν τα μέσα κόστη ανά νοσηλεία. Το ερώτημα που προκύπτει είναι αν τα νοσοκομεία θα συνεχίσουν να είναι αποδοτικά αναφορικά με την ανάλωση συγκεκριμένων εσόδων για την παραγωγή των εκροών που τους ζητούνται, αν δεν διορθωθούν οι αδυναμίες που αφορούν τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας και ειδικά των δημόσιων νοσοκομείων καθώς παρατηρείται αδυναμία ολοκλήρωσης συστημάτων αναδιοργάνωσης των επιχειρησιακών νοσοκομειακών συστημάτων.

Σε αυτή την περίπτωση, το σύστημα νοσοκομείο θα μπορέσει να συνεχίσει να αποδίδει όπως φαίνεται από τη μελέτη ή η αποτελεσματικότητα του οφείλεται στην οριζόντια περικοπή των δαπανών και στην χρησιμοποίηση υποαπασχολούμενων παραγωγικών μέσων από την μια και στην υπερπροσπάθεια των εργαζομένων από την άλλη και επομένως δε θα υπάρξει ανάλογη συνέχεια; Για αυτό η παρούσα μελέτη αφήνει ανοιχτά τα περιθώρια ώστε να εξεταστεί περαιτέρω πώς θα λειτουργήσουν τα νοσοκομεία τα αμέσως επόμενα χρόνια ώστε να φανεί αν συνεχίζουν αυτή την πορεία βελτίωσης της οικονομικής θέσης τους ή έχουν φτάσει στο όριο των παραγωγικών τους δυνατοτήτων και χρειάζεται να εφαρμοστούν διαφορετικές πολιτικές.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1^η Υ.Πε., (2017), Παρουσίαση έργου 1ης Υ.Πε. 2015-2016 *1 Υ.Πε*, Αθήνα, Σελ: 8-9.
Προσβάσιμο <http://www.1dype.gov.gr/?p=4094>

Αποστόλου, Α., (2015). *Ανάλυση λογιστικών χρηματοοικονομικών καταστάσεων*. Σύνδεσμος
Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Αθήνα. Αποθετήριο Κάλλιπος. www.kallipos.gr.
Σελ:70-72,92-93,96,98,113-116.

Γκίκας, Δ., Παπαδάκη, Α., Σιουγλέ, Γ., (2010). *Ανάλυση και αποτίμηση των επιχειρήσεων*.
Εκδόσεις Μπένου. Αθήνα.

Γκίκας, Δ., (2002). *Η ανάλυση και οι χρήσεις των λογιστικών καταστάσεων*. Εκδόσεις
Μπένου. Αθήνα. Σελ:55-56, 194-197, 221-222.

Γύπαρης, Θ., (2003), “*Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων: Πρότυπο ελπίδας*”, Αθήνα:
In.gr. Ανακτήθηκε 22 Ιουλίου 2019 από [https://www.in.gr/2003/07/08/health/health-
news/ethniko-idryma-apokatastasis-anapirwn-protypo-elpidas/](https://www.in.gr/2003/07/08/health/health-news/ethniko-idryma-apokatastasis-anapirwn-protypo-elpidas/)

Ελεγκτικό Συνέδριο, (2018), “*Έκθεση ελέγχου Επί των Ληξιπροθέσμων Υποχρεώσεων του
Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Ανακτήθηκε στις 20-07-2019,
<https://www.elsyn.gr/sites/default/files/ΕΟΠΥΥ%20.pdf>.

Κάντζος, Κ., (1997). *Ανάλυση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων*. Εκδόσεις Interbooks.
Αθήνα. Σελ:118-119 124-127,130-131.

Καραγιάννη, Ρ.,(2014), “*Δείκτες λειτουργικής και οικονομικής απόδοσης των ελληνικών
δημόσιων νοσοκομείων*” *ΚΕΠΕ Οικονομικές Εξελίξεις*, τεύχος 24, σελ. 36-44, Αθήνα.

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

Κοντός, Δ., 2015. *Η Ανασυγκρότηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως
Προτεραιότητα της Πολιτικής Υγείας*, Συνέδριο για την υγεία «Μετά το το μνημόνιο: Οι αναγκαίες
διαρθρωτικές αλλαγές για την αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων» Ανακτήθηκε στις 25-07-2019
από http://www.healthpolicy.gr/wp-content/uploads/2016/03/Karpenisi_forum_2015_Kontos.pdf

- Λάζαρη, Ε., (2017), “Συγκριτική Αξιολόγηση Οικονομικών Μεγεθών και Αποτελεσμάτων των Δημόσιων Νοσοκομείων Βάσει Δημοσιευμένων Ισολογισμών (2013-2015).” *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιούλιος, Τεύχος 167.
- Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Ζυγά, Σ., (2018) “ Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης.” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , pp. 35(4):549-557.
- Νιάκας, Δ., (2014), “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας” *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014*, 5 (1):3-7.
- Οικονόμου, Χ., (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα "Ο Ρόλος και η λειτουργία του ΕΣΥ" *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου, Γ., (2017), Λογιστική των φόρων με ΔΛΠ και ΕΛΠ, Τεχνική αναφορά: Φόροι εισοδήματος (ΔΛΠ12), ΤΕΙ Θεσσαλίας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής.
- Παπαδέας, Π., (2015). *Διοικητική Λογιστική*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Αθήνα. Αποθετήριο Κάλλιπος. www.kallipos.gr. Σελ:23-33.
- Πολύζος, Ν., (2007), *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας*. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα. Σελ: 165-167, 495-503.
- Σαραντοπούλου, Ζ., (2018), "*Χρηματοοικονομική Ανάλυση Γενικών Νοσοκομείων 7ης Υ.Πε.*", Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2018
- Σούλης, Σ., (1999). *Οικονομική της Υγείας* (2^η Εκδ.). Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα. Σελ:234, 338-345.
- Σούλης, Σ., (2015). *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα. Σελ:666-668
- Τούντας, Γ., Οικονόμου, Ν.Α., (2007), “Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας” *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, Ιανουάριος, p. 24(1):7–21.
- Τουρνά, Ε., (2015). *Χρηματοοικονομική Λογιστική*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Αθήνα. Αποθετήριο Κάλλιπος. www.kallipos.gr. Σελ:293-294, 299-300.
- Υφαντόπουλος, Ι., (2006). *Τα οικονομικά της Υγείας*. Εκδόσεις Τυπωθήτω. Αθήνα. Σελ:418-422.

Ξενόγλωσση

Chu, D., Zollinger, T., Kelly, A., Saywell, R., (1991), "An Empirical Analysis of Cash Flow, Working Capital, and the Stability of Financial Ratio Groups in the Hospital Industry." *Journal of Accounting and Public Policy*, 10(1991), pp. 39-58.

Janatia, A., Valizadehb, S., Asghari-Jafarabadic, M., (2014), "Development of Financial Indicators of Hospital Performance" *Journal of Clinical Research & Governance*, vol 3(2014) 92-98. DOI: 10.13183/jcrg.v3i0.121

Lave, J. L. L., 1972. Hospital cost estimation controlling for case mix. *Applied Economics*, pp. Volume 4, 1972 - Issue 3.

Matopoulos, A., Michailidou, L., (2013), "Healthcare supply chains: A case study of hospital vendor collaborative practices" *International Journal of Logistics Systems and Management*, Ιανουάριος, pp. 288-303.

Oecd Data (2017), Health Spending, Ανακτήθηκε 31 Ιουνίου 2019 από <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Oecd/EU, 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing. Paris.

Rivard-Royer, H., Landry, S., Beaulieu, M., (2002). "Hybrid stockless: a case study: Lessons for health-care supply chain integration" *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22 No. 4, pp. 412-424.

Suarez, V., Lesneski, C., Denison, D., (2011), "Making the Case for Using Financial Indicators in Local Public Health Agencies." *American Journal of Public Health*, March(2011), pp. 419-425.

Shaw, C., 2003. *How can hospital performance be measured and monitored?*, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe Health Evidence Network report, ανακτήθηκε στις 20-07-2019 από <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf> , Σελ:9.

Watkins, A., (2000), "Hospital financial ratio classification patterns revisited: Upon considering nonfinancial information." *Journal of Accounting and Public Policy*, 19(2000), pp. 73-95.

Zeller, T., Stanko, B., Cleverley W., (1996)."A Revised Classification Pattern of Hospital Financial Ratios" *Journal of Accounting and Public Policy*, 15(1996), pp. 161-182.

Νόμοι, Προεδρικά Διατάγματα και Εγκύκλιοι

Νόμος 3985/ΦΕΚ 151 τ.Α'151/01-07-2011 «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012 – 2015. Αιτιολογική Έκθεση - Κοινωνικός Προϋπολογισμός.»

Νόμος 4263/ΦΕΚ 117 τ.Α'/14-05-2014 «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2015–2018. Αιτιολογική έκθεση -Κοινωνικός Προϋπολογισμός.»

Νόμος 3918/ ΦΕΚ 21 τ.Α' Άρθρο 35 παρ.2/02-03-2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.» Καθορισμός ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου και τα Νοσοκομεία.

Νόμος 4238/ ΦΕΚ 38 τ.Α'/17.2.2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.»

Νόμος 4368 Άρθρο 33 παρ.1/ΦΕΚ 21 τ. Α'21/21-02-2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.-Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.»

Νόμος 4270/ ΦΕΚ 143 τ.Α'/28.6.2014»Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) - δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις.»

Νόμος 4024/ ΦΕΚ 226 τ.Α'/27.10.2011 «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο - βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015.»

Νόμος 4093/ ΦΕΚ 222 τ.Α'/12.12.0212 «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016.»

Νόμος 3833/ ΦΕΚ 40 τ.Α'/15.3.2010 «Προστασία της εθνικής οικονομίας - Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης. Κεφάλαιο Γ: περιορισμός των προσλήψεων.»

Νόμος 3986 Άρθρο 37/ΦΕΚ 152 τ.Α'/1.7.2011 «Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015» Ρυθμίσεις για τον περιορισμό των προσλήψεων στους κρατικούς φορείς.

Νόμος 4052/ ΦΕΚ 41 τ.Α'/01-3-2012 «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.»

Νόμος 4384 άρθρο 51 παρ. 6γ/ ΦΕΚ 78 τ.Α'/26.4.2016 «Διαγραφή απαιτήσεων των νοσοκομείων προς τον Ε.Ο.Π.Π.Υ.»

Νόμος 4308/ ΦΕΚ 251 τ.Α'/24.11.2014 «Ελληνικά Λογιστικά Πρότυπα, συναφείς ρυθμίσεις και άλλες διατάξεις».

Προεδρικό Διάταγμα 113/ ΦΕΚ 194 τ.Α'/22.11.2010 «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους Διατάκτες.»

Προεδρικό Διάταγμα 146/ ΦΕΚ 122 τ.Α'/21.05.2003 «Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του κλαδικού λογιστικού σχεδίου δημόσιων μονάδων υγείας.»

Προεδρικό Διάταγμα 1123/ΦΕΚ 283 τ.Α'/15-12-1980 «Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου έναρξης της προαιρετικής εφαρμογής του Γενικού Λογιστικού Σχεδίου.»

ΓΔΟΥ/2314/2015/ ΦΕΚ 2758 τ.Β' /18-12-2015 «Μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (Claw back) για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ (για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη) για το έτος 2016.»

Αριθμ. Υ4α/οικ. 85649/ ΦΕΚ 1702 τ.Β'/1-08-2012 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ.»

Αριθμ. Υ4α/οικ.84627/ ΦΕΚ 1681 τ'Β/ 28-07-2011 «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους.»

Αριθμ. Υ4α/οικ.48318/ ΦΕΚ 1680 τ.Β'/16-05-2012 «Οργανισμός του Γ.Ν. Αθηνών
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ–ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.»

Αριθμ. Υ4α/οικ. 25208/ΦΕΚ 698 τ.Β'/28-03-2013 «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου
Αθηνών ΛΑΪΚΟ»

Αριθμ. Υ4α/οικ.122815/ΦΕΚ 3507 τ.Β'/31-12-2012 «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου
Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ».

Αριθμ. Υ4α/11974/ΦΕΚ299 τ.Β'/14-02-2013/Οργανισμός του Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Αριθμ. Υ4α/οικ.25212/ ΦΕΚ 737 τ.Β'/1-04-2013 «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου
Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».

Αριθμ. Υ4α/οικ.123909/ ΦΕΚ 3499τ.Β'/31-12-2012 «Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού
Νοσοκομείου Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» και του Γενικού Νοσοκομείου Μελισσίων
«ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ».

Αριθμ. Υ4α/οικ.123913/ ΦΕΚ 2176 τ.Β'/31-12-2012 «Ενοποιημένος Οργανισμός του
Γενικού Νοσοκομείου Αττικής “ΚΑΤ” και του Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης»

Αριθμ. Α3α /42099/14 /ΦΕΚ 202 τ.Β'/23-01-2015/ «Οργανισμός του Εθνικού Κέντρου
Αποκατάστασης»

Διαδικτυακοί Τόποι

<https://data.oecd.org/>

<https://korgialenio-benakio.gr/>

<https://www.laiko.gr/>

<http://www.gna-gennimatas.gr/>

<http://www.sotiria.gr/>

<http://www.sismanoglio.gr/sismanoglio.gr>

http://www.flemig-hospital.gr/#Archiki_Selida

<http://www.kat-hosp.gr/>

<https://ekahosp.wordpress.com/>

www.hospital-elena.gr

<http://www.hosp-alexandra.gr>

Παράρτημα 1

Έγκριση για την χορήγηση στοιχείων από την 1^η Υ.Πε.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤ. ΠΑΡΟΧ. ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη & Π.Φ.Υ.
Ταχ. Δ/ση: Ζαχαρώφ 3,
Ταχ. Κώδικας: 115 21, Αθήνα
Πληροφορίες: Π. Φάμελλος
Τηλ. 213 - 20.10.506
Fax: 213 - 20.10.440
e-mail: pfamellos@1dype.gov.gr

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα,
Αριθ. Πρωτ.

14/6/19
33046

ΠΡΟΣ: κ. ΚΩΤΣΙΑΝΤΗ ΜΑΡΙΑ

E-mail: kotsiadi@yahoo.gr

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση στοιχείων για εκπόνηση εργασίας στο πλαίσιο μεταπτυχιακών σπουδών».

Σχετ.: 1) Η υπ' αρ. 27431/15-5-2019 αίτηση της κ. Μ. ΚΩΤΣΙΑΝΤΗ.

2) Το υπ' αρ. 30572/03.06.2019 έγγραφο του Τμήματος Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Διεθνών Συνεργασιών της Δ/σης Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρ. Υγείας.

Σε απάντηση της ανωτέρω (σχ. 1) αίτησής σας και κατόπιν του (σχ. 2) εγγράφου του Τμήματος Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Διεθνών Συνεργασιών της Διοίκησης της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, σας επισυνάπτουμε πίνακες δεδομένων με τα στοιχεία των λειτουργικών αναφορών των αναφερόμενων στην ανωτέρω (σχ. 1) αίτηση Νοσοκομείων, όπως αυτά έχουν ληφθεί από την εφαρμογή BI FORMS ανά Νοσοκομείο και ανά έτος, για τα έτη από 2012 - 2016.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΑ ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

Συνημμένα: Σαράντα πέντε (45) πίνακες excel (σε ηλεκτρονική μορφή).
Εσωτερική Διανομή: 1. Διοικήτρια, 2. Υποδιοικήτρια, 3. Δ1, 4. Δ3 (Τμ. Εκπαίδευσης).