ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΥΤΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΡΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΥΤΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΡΗ, Α.Μ.: ΔΥ/1321

Επιβλέπων: ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΣΑΜΠΡΑΚΟΣ / ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ /ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

UNIVERSITY of PIRAEUS

DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Management

THE COSTS OF PRIVATE CLINICS IN COMPARISON TO THOSE OF THE GREEK GOVERNMENT.

ELENI KOURI, R.N.: HM/1321

Supervisor: Sambracos Evangelos/ Professor/University of Piraeus

Master Thesis submitted to the Department of Economics

of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements

for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2015

Ευχαριστίες

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας. Για να ολοκληρωθεί και να φτάσει στο επιθυμητό αυτό σημείο απαιτήθηκαν ώρες μελέτης, συγκέντρωσης και συλλογής πληροφοριών. Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν καθ' όλη την περίοδο εκπόνησης και συγγραφής δίνοντάς μου κουράγιο και στήριξη. Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ Ευάγγελο Σαμπράκο μου για τις πολύτιμες συμβουλές, τις συστάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές που μου έδινε. Τέλος, ευχαριστώ την εξεταστική επιτροπή που μου κάνει την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

Δαπάνες ιδιωτικών κλινικών σε σύγκριση με αυτές του ελληνικού δημοσίου

Περίληψη

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το ζήτημα των δαπανών των ιδιωτικών κλινικών σε σύγκριση με αυτών του Ελληνικού Δημοσίου. Αρχικά, στην εργασία πραγματοποιείται μια εισαγωγή στα βασικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφεται ο ορισμός του συστήματος υγείας και αναλύεται η έννοια του κράτους πρόνοιας. Στη συνέχεια στο ίδιο κεφάλαιο περιγράφεται η οργανωτική δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων και οι πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Επιπλέον, αναφέρεται η κατάσταση του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα και πραγματοποιείται μια σύγκριση μεταξύ της ιδιωτικής και της δημόσιας υγείας. Το επόμενο κεφάλαιο της εργασίας ασχολείται με τις θεωρητικές προσεγγίσεις των τρόπων πληρωμής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, εστιάζοντας στο η ημερήσιο νοσήλιο, την πληρωμή κατά πράξη, τον ρόλο των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και το ρόλο του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Επίσης αναφέρονται οι δαπάνες και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και οι τρόποι συλλογής εσόδων και οι πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια σε ξεχωριστό κεφάλαιο παρουσιάζεται θεωρητικά η χρηματοοικονομική διαχείριση και ανάλυση αριθμοδεικτών. Αφού δοθεί ο ορισμός - σημασία της χρηματοοικονομικής διαχείρισης, στη συνέχεια παρουσιάζονται και αναλύονται κάποιοι χρηματοοικονομικοί αριθμοδείκτες συγκριτικά για τους 3 μεγάλους ιδιωτικούς ομίλους υγείας της Ελλάδας, το διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο Αθηνών "Υγεία" Α.Ε., τον όμιλο Euromedica και τον όμιλο Βοϊατρική Α.Ε και 2 μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων, το ΓΝ Ιπποκράτειο και το ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας.

The costs of private clinics in comparison to those of the Greek government

Abstract

This paper addresses the issue of the costs of private clinics in comparison to those of the Greek government. Initially, the work is done an introduction to the basic elements of the Greek Health System. More specifically, described the definition of the health system and the concept of the welfare state is analyzed. Then in the same chapter describes the organizational structure of the Greek Health System, the methods of financing hospitals and sources of financing of the Greek Health System. In addition, it indicates the status of the private health sector in Greece and performed a comparison between private and public health. The next chapter of this thesis deals with theoretical approaches of payment methods of health institutions, focusing on the daily hospital fee, payment in practice, the role of social health insurance funds and the role of the private service sector and private health insurance. Also the costs and financing of health services mentioned in Greece and revenue collection methods and sources of financing of health services. After giving the definition - the importance of financial management then presented and analyzed some financial ratios compared to the 3 major Greek private health groups, the diagnostic and therapeutic Athens center "Ygeia" SA, the Euromedica group and the Voiatriki SA and 2 large public hospitals, the G.H “Ippokrateio” and G.H “Asklipieio Voulas”. The last chapter presents the findings of the investigation.

Περιεχόμενα

Περίληψη ..... **IX**

Abstract ..... **XI**

Περιεχόμενα ..... **XIII**

Κατάλογος Διαγραμμάτων ……..**XIII**

Εισαγωγή……..……..…….**XIX**

1. Βασικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας ..... **- 1 -**

1.1 Ορισμός συστήματος υγείας ..... - 1 -

1.2 Κράτος πρόνοιας ..... - 3 -

1.3 Οργανωτική Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας ..... - 4 -

1.4 Μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων ..... - 7 -

1.4.1 Παραδοσιακές μέθοδοι ..... - 7 -

1.4.2 Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης ..... - 9 -

1.5 Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας ..... - 11 -

1.5.1 Ο κρατικός προϋπολογισμός ..... - 12 -

1.5.2 Η κοινωνική ασφάλιση ..... - 14 -

1.5.3 Οι ιδιωτικές πληρωμές ..... - 15 -

1.6 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα ..... - 15 -

1.6.1 Στρατηγική ανάπτυξης ιδιωτικού τομέα υγείας ..... - 16 -

1.6.2 Ζήτηση και προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ..... - 18 -

1.6.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγειάς ..... - 18 -

1.6.4 Προσφορά υπηρεσιών υγείας ..... - 20 -

1.7 Σύγκριση ιδιωτικής-δημόσιας υγείας ..... - 21 -

2. Προσεγγίσεις των τρόπων πληρωμής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ..... - 23 -

2.1 Εισαγωγή ..... - 23 -

2.2 Το ημερήσιο νοσήλιο ..... - 24 -

2.3 Η πληρωμή κατά πράξη ..... - 27 -

2.4 Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας ..... - 28 -

2.5 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ..... - 30 -

2.6 Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα..... - 32 -

2.7 Συλλογή εσόδων και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ..... - 35 -

2.7.1 Φορολογία ..... - 35 -

2.7.2 Κοινωνική ασφάλιση ..... - 35 -

2.7.3 Ιδιωτικές πληρωμές ..... - 36 -

3. Χρηματοοικονομική διαχείριση και αριθμοδείκτες ..... - 37 -

3.1 Ορισμός- σημασία χρηματοοικονομικής διαχείρισης ..... - 37 -

3.2 Ανάλυση αριθμοδεικτών -Μια θεωρητική προσέγγιση. ..... - 38 -

3.3 Ανάλυση ρευστότητας ..... - 41 -

3.4 Αριθμοδείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας αποθεμάτων ..... - 42 -

3.5 Αριθμοδείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας απαιτήσεων ..... - 42 -

3.6 Αριθμοδείκτες ταχύτητας κυκλοφορούντος ενεργητικού ..... - 43 -

3.7 Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων ..... - 43 -

4. Ανάλυση αριθμοδεικτών Ιδιωτικών & Δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων- 45 -

4.1 Διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο Αθηνών "Υγεία" Α.Ε. ..... - 45 -

4.2 Όμιλος Euromedica ..... - 48 -

4.3 Όμιλος Βοϊατρική Α.Ε ..... - 51 -

4.4 Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο ..... - 51 -

4.5 Γενικό Νοσοκομειο Ασκληπιείο Βούλας ..... - 51 -

4.6 Σύγκριση Ιδιωτικών – Δημόσιων νοσοκομείων..... - 51 -

5. Γενικά συμπεράσματα- Επίλογος…….…..-59-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... - 61 -

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 : Δομή και λειτουργία του συστήματος Υγείας (Μπουρσανίδης 1996)……6

Διάγραμμα 1.2 : Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (2006-2050).....19

Διάγραμμα 2.1 : Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας…….....…34

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να γίνει κατανοητός ο τρόπος χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας με ποιους τρόπους δηλαδή και με ποια μέσα οι Έλληνες φορολογούμενοι συνεισφέρουν προκειμένου να απολαμβάνουν την δημόσια υγειά και να γίνει σύγκριση των δαπανών των ιδιωτικών κλινικών με τις δαπάνες για την δημόσια υγεία. Το ερέθισμα για την παρούσα μελέτη ήταν η ενασχόληση μου με τον ΕΟΠΥΥ στον οποίο και πραγματοποιήθηκε έλεγχος ως προς τις δαπάνες του προς τις ιδιωτικές κλινικές. Το να παρακολουθεί κανείς και να ενημερώνεται από τόσο κοντά την χρηματοδότηση και τις απαιτήσεις ενός τόσο σπουδαίου τόσο για το κοινωνικό σύνολο όσο και για τον καθένα μας ξεχωριστά τομέα όπως είναι η υγεία γεννά απορίες και ενδιαφέρον για περαιτέρω έρευνα. Τέλος το κύριο ερέθισμα της μελέτης είναι η αξιολόγηση της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας και η προσωπική έρευνα του καθενός από εμάς για την υποστήριξης της μιας η της άλλης πλευράς.

Η εργασία χωρίζεται στα εξής μέρη:

Αρχικά δίνονται στον αναγνώστη οι ορισμοί για τις βασικές έννοιες στον τομέα της υγείας όπως αυτές ορίζονται σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία. Στην συνέχεια αναφέρεται ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας μέσω φορολογίας και κρατήσεων και ο ιδιωτικός τομέας.

Στο δεύτερο μέρος υπάρχει μια θεωρητική ανάλυση των τρόπων πληρωμής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και η παράθεση χρηματοοικονομικών αριθμοδεικτών μέσα από μια θεωρητική προσέγγιση αρχικά και εν συνεχεία γίνεται μια ανάλυση μερικών από τους πιο σημαντικούς δείκτες προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια μαθηματική σύγκριση των δημοσιών και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος της συγκεκριμένης μελέτης γίνεται παρουσίαση των δημόσιων νοσοκομείων Ιπποκράτειο και Ασκληπιείο Βούλας, δεδομένου ότι τα δημόσια νοσοκομεία δεν δημοσιεύουν όλες τις οικονομικές τους καταστάσεις μιας και η χρηματοδότηση τους γίνεται με βάση τον Κρατικό προϋπολογισμό. Εν συνεχεία γίνεται παρουσίαση των ιδιωτικών νοσοκομείων Υγεία, Euromedica και Βιοιατρική η επιλογή των οποίων έγινε με βάση το μέγεθός τους και πραγματοποιείται μια σύγκριση μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων τόσο όσον αφορά στο σκοπό και το όραμα που διέπει το καθένα από αυτά όσο και με βάση τα οικονομικά τους

στοιχεία αναλύοντας τους ισολογισμούς τους και μέσα από την ερμηνεία βασικών χρηματοοικονομικών δεικτών με βάση τους οποίους αξιολογείται μια επιχείρηση.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι τόσο η ενημέρωση για την δημόσια και ιδιωτική υγεία όσο και ο προβληματισμός του εκάστοτε αναγνώστη για το αν οι δαπάνες που πραγματοποιούνται στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα σε έναν τόσο σημαντικό χώρο όπως αυτός της υγείας, είναι αντάξιες των υπηρεσιών που καταναλώνουμε. Στην περίπτωση που αυτές δεν είναι, τι ενέργειες πρέπει να πραγματοποιηθούν προκειμένου η κατανάλωση αυτή να επιφέρει την μέγιστη δυνατή χρησιμότητα. Η μελέτη αυτή μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο σκαλοπάτι για μια περαιτέρω και εκ βαθέων έρευνα δεδομένου ότι περιέχει επιστημονικώς αποδεδειγμένα στοιχεία και οικονομικά μεγέθη τα οποία είναι δημοσιευμένα από τα ίδια τα νοσοκομεία και αντικατοπτρίζουν την οικονομική τους κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Βασικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

1.1 Ορισμός συστήματος υγείας

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1976 η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» και όχι αποκλειστικά από την απουσία της νόσου ή της αναπηρίας. Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική σκοπιά, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ τον Σεπτέμβριο του 1978. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα, το περιεχόμενο του οποίου συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες και να προβαίνει σε ενέργειες που προάγουν, αποκαθιστούν ή διατηρούν την υγεία των ανθρώπων. Οι θεμελιώδης αρχές του δίκαιου της υγείας ιεραρχούνται σε τρείς βασικές αρχές

- Της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
- Της ελευθερίας και
- Της ισότητας
- Και σε τρείς ειδικότερες αρχές
- Τη συναίνεση του ασθενούς
- Την ενημέρωση για την κατάσταση τα υγείας του και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και
- Την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος τους είναι η προαγωγή , η επαναφορά και η διατήρηση της υγείας. Υπάρχουν τρία συστήματα υγείας:

1. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire. Οι βασικές αρχές της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών

υγείας βασίζονται στην ελευθερία οικονομικής επιλογής. Οι βασικές αρχές του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας στο όποιο δεν εμπλέκεται το κράτος είναι οι εξής:

- Η ατομική ιδιοκτησία.
- Η οικονομική ιδιοκτησία.

2. Το υπόδειγμα Bismark, που διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικό-ασφαλιστικου συστήματος. Το μεικτό σύστημα υγείας θεσπίστηκε από τον Bismark το 1880. Κυριότεροι εκφραστές αυτού του μοντέλου είναι η Γαλλία και η Γερμανία. Τα χαρακτηριστικά του μεικτού συστήματος υγείας είναι:
   - Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική, με στόχο την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής δικαιοσύνης.
   - Η ασφαλιστική κάλυψη έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα για το σύνολο του πληθυσμού, είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη .
   - Η χρηματοδότηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ) προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
   - Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο είτε σε ιδιώτες .
   - Η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο του ΣΚΑ, είναι θεσμοθετημένη και συνιστάται τόσο στη χρηματοδότηση του ΣΚΑ όσο και στην λειτουργιά του ΣΚΑ.
3. Το υπόδειγμα Beveridge, που βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρετε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το εθνικό σύστημα υγείας διέπεται από τις αρχές του πρότυπου του Beveridge, που θεσμοθετήθηκε το 1946. Τα χαρακτηριστικά του Εθνικού συστήματος υγείας είναι τα εξής:
   - Η χρηματοδότηση του έρχεται κυρίως από τη φορολογία .
   - Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική .
   - Η δημιουργία υγειονομικής πολίτικης γίνετε με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

Υπάρχει διαχωρισμός των επίπεδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο (Ρεκλείτη, 2012).

1.2 Κράτος πρόνοιας

Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται, κατά περιγραφικό τρόπο, σε εκείνη τη μορφή καπιταλιστικού κράτους που δρα μέσω της παροχικής, κοινωνικής διοίκησης, με σκοπό την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών.

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί εκείνη τη μορφή κράτους που συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο προκειμένου να αναδιανείμει στους πολίτες ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να εγγυηθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Οι δύο βασικές εννοιολογικές σε οικονομικό και πολιτικό επίπεδο που οριοθετούν τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας είναι η κεϋνσιανού τύπου οικονομική - ότι δηλαδή η επίλυση των διαφορών των ομάδων συμφερόντων γίνεται σε μια διαδικασία διευθετήσεως με το κράτος στο ρόλο του διαιτητή και διαμεσολαβητή.

Σύμφωνα με θεωρητικούς, το κράτος πρόνοιας συντελεί μαζί με την εναλλαγή πολυσυλλεκτικών κομμάτων (κομμάτων με ρεαλιστικές προτάσεις και όχι έντονες ιδεολογικές διαφοροποιήσεις που απορροφούν την πολιτική συμμετοχή) στη συνέχιση της φιλελεύθερης δημοκρατίας. Το κράτος πρόνοιας παρεμβαίνει στην οικονομία με σκοπό:

- Την ενίσχυση της απασχόλησης.
- Την διασφάλιση βασικών κοινωνικών υπηρεσιών(εκπαίδευση , κοινωνική ασφάλιση, υγειονομική προστασία κ.α.).
- Την κατοχύρωση ενός κοινωνικού δικτύου ασφαλείας μέσω της εγγύησης ενός ελάχιστου βιοτικού επιπέδου.

Η παρέμβαση στην οικονομία ή αλλιώς « διαμόρφωση της μεικτής οικονομίας ή κοινωνικής οικονομίας της αγοράς συνεπάγεται ότι παράλληλα με την αναγνώριση της λειτουργίας της ιδιωτικής οικονομίας και της ελεύθερης δράσης των ιδιωτών αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα μιας μόνιμης πολιτικής παρέμβασης, με σκοπό την αποτροπή κρίσεων στην αναπαραγωγή του κοινωνικού και οικονομικού συστήματος».

Το κράτος πρόνοιας αντιδιαστέλλεται, από πολιτειολογική σκοπιά, από το πρώιμο φιλελεύθερο κράτος. Η αντικατάσταση των παραδοσιακών θεσμών αλληλεγγύης και

φιλανθρωπίας από κρατικά οργανωμένους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας συνιστά υπέρβαση του ωφελιμιστικού φιλελεύθερου ατομικισμού (Ρεκλείτη, 2012).

1.3 Οργανωτική Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες. Λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει χαρακτηριστικά, όπως μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

Γενικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που σχετίζονται και επηρεάζονται μεταξύ τους και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό καθώς ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος προέρχεται από τη φορολογία.

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων αλλά και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πιο συγκεκριμένα, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε το 1934 και αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας (Θεοδώρου et al, 2001).

Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του έχοντας ως στόχο την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο ελληνικό σύστημα υγείας ο κύριος φορέας που καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας και εποπτεύει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης είναι το Υπουργείο Υγείας.

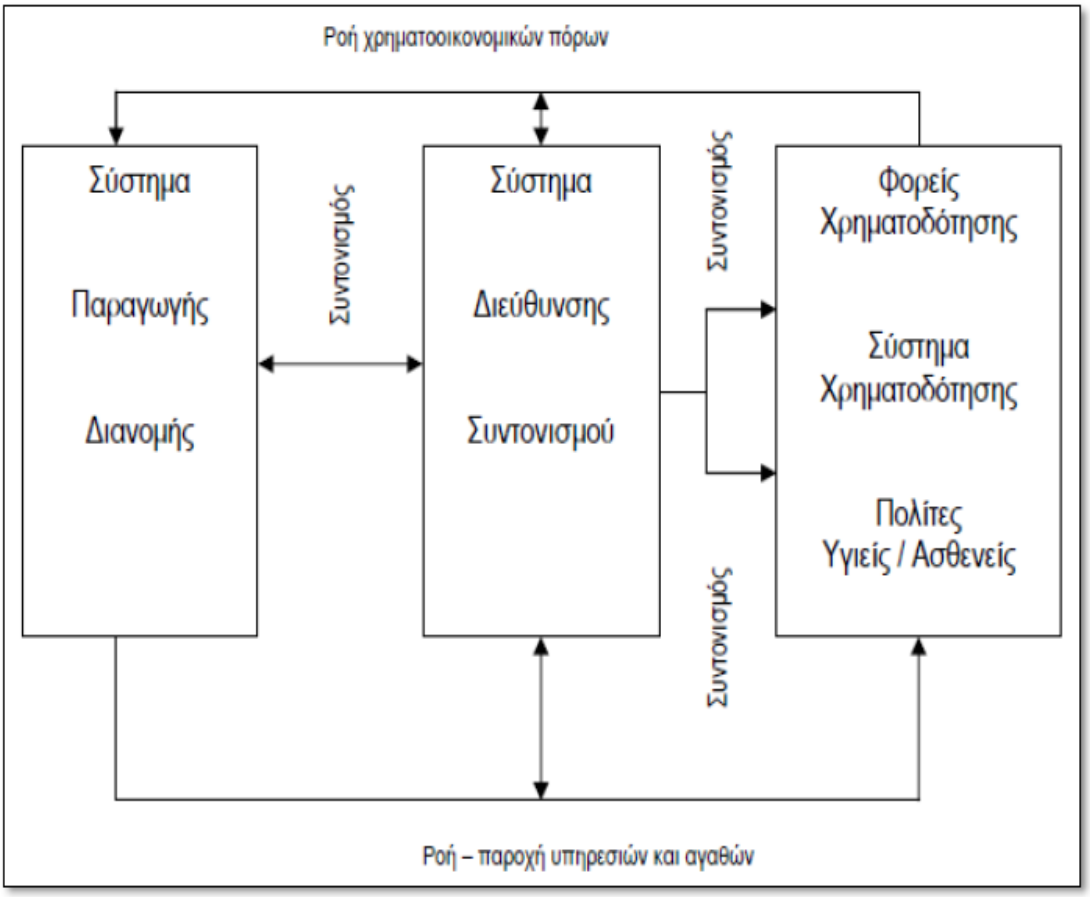
Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

Όπως προαναφέραμε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Λιαρόπουλος, 2007 ˙ Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα υγείας το οποίο αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993).

Στο παρακάτω διάγραμμα (διάγραμμα 1.1) παρουσιάζεται η δομή και η λειτουργία του συστήματος υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία είναι τα εξής (Θεοδώρου et al, 2001):

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- Το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας



Διάγραμμα 1.1

Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας (Μπουρσανίδης, 1996)

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι τα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Από την άλλη, τα βασικά μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας συμπεριλαμβάνονται στα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές
- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού

- Ύπαρξη προβλημάτων γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

Ωστόσο, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Αρχικά, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Η εμφάνιση αλόγιστων σπαταλών στο εθνικό σύστημα υγείας και οι υπέρ-τιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό. Επιπλέον, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με υπερτιμημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας που συχνά αδυνατούν να πληρώσουν και δεν τους προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας.

1.4 Μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων

1.4.1 Παραδοσιακές μέθοδοι

Οι διαδικασίες χρηματοδότησης των νοσοκομείων, από πάντα, είναι η «πληρωμή κατά πράξη», η «πληρωμή ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού», το ημερήσιο νοσήλιο και οι σφαιρικοί (ή ανά κατηγορία) προϋπολογισμοί. Οποιαδήποτε μέθοδος εμφανίζει, σχετικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Λόγου χάριν, με τη μέθοδο της «πληρωμής κατά πράξη», όπου είναι και η πιο παλιά, διότι έχει να κάνει με την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος, είναι μια τάση για υπερπροσφορά υπηρεσιών από τους προμηθευτές με σκοπό να διασφαλίσουν περισσότερα κέρδη, αφού πάρουν ένα καθαρό κέρδος από όλες τις ξεχωριστές υπηρεσίες που παρέχουν. Οπότε παρουσιάζεται αύξηση του κόστους και της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Έτσι η αυτή μέθοδος συνδυάζεται με σφαιρικούς προϋπολογισμούς (Klarman, 1965; Bunker, 1970).

Η διαδικασία της «αμοιβής κατά κεφαλή» είναι ουσιαστικά η καθορισμένη πληρωμή (prospective payment) των προμηθευτών υγείας που αφορά ένα αριθμό

ατόμων και για μια χρονική περίοδο για την οποία αντιστοιχεί ένα πακέτο υπηρεσιών. Οι αριθμοί του πακέτου υπηρεσιών σχετικά με αυτή τη διαδικασία ισούνται με τον αριθμό που παρέχεται στον προμηθευτή προς τον αριθμό των ασφαλισμένων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σε περίπτωση που οι τιμές αυτές είναι λιγότερες από το κόστος που είχε υπολογιστεί, τότε οι προμηθευτές χρειάζεται να διορθώσουν τα ελλείμματά τους μειώνοντας τα αναμενόμενα κόστη με της μείωσης του χρόνου παρακολούθησης των ασθενών, της επιλογής ασθενών «χαμηλού κινδύνου» κ.ά. Άρα, μεταφέρεται ο οικονομικός κίνδυνος (financial risk) από τον «τρίτο πληρωτή» στους προμηθευτές υγείας. Είναι μερικές φορές που η αμοιβή δεν είναι καθορισμένη αλλά διαμορφώνεται, τοποθετώντας μερικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με κινδύνους του εγγεγραμμένου πληθυσμού, όπως για παράδειγμα το φύλο των ασθενών, η ηλικία κ.ά. Η συγκεκριμένη διαδικασία βοηθά στην εξέταση του όγκου και του κόστους των υπηρεσιών, όμως ταυτόχρονα είναι και ο κίνδυνος της υπολειτουργίας (under-provision) των προμηθευτών και της παροχής υπηρεσιών κακής ποιότητας (Hornbrook , 1983; Cutler, 2002).

Οι σφαιρικοί ή οι «ανά κατηγορία» προϋπολογισμοί είναι συγκεκριμένες συνολικές πληρωμές για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο αριθμός των πληρωμών ουσιαστικά έχει να κάνει με προηγούμενες πληρωμές, που μπορεί να είναι προσαρμοσμένες στον πληθωριστικό παράγοντα. Οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, σε αντίθετα με τους σφαιρικούς, δεν δίνουν τη ν ευκαιρία στις διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων της επεξεργασίας των πόρων από τις σχετικές κατηγορίες των κονδυλίων (μισθοί, φάρμακα, εξοπλισμός, συντήρηση κ.ά.). Με αποτέλεσμα την έλλειψη κύριων υπηρεσιών υγείας, ποτ ο αριθμός στους έχει να κάνει σε ιστορικά επίπεδα χρησιμοποίησης των πόρων. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι πιο πολύ γνωστή σε κράτη με μικρό και μέσο εισόδημα, και ο λόγος είναι η απουσία συστημάτων πληροφόρησης η οποία δίνει την δυνατότητα για λειτουργία περισσότερο αναπτυγμένων συστημάτων αποζημίωσης (Ξένος, 2014).

1.4.2 Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης

Μια εξελιγμένη διαδικασία αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού χρέους, που λειτουργεί στα καινούρια συστήματα υγείας με μικρές παραλλαγές, είναι η χρηματοδότηση βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (diagnosis-related groups, DRGs). Η συγκεκριμένη διαδικασία λειτούργησε αρχικά από το Αμερικανικό Κογκρέσο το 1983 και είχε ως σκοπό τη πληρωμή των νοσοκομείων που φιλοξενούσαν ασθενείς που τους κάλυπτε το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare.

Η κύρια ιδέα των Fetter και Thompson, του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ, ήταν ανακατάταξη του πολύ υψηλού μεγέθους ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε ομάδες με ίδια χαρακτηριστικά (Hornbrook, 1983). Το κύριο θετικό είναι η δυνατότητα ορισμένης ανάλυσης, λόγου χάριν η σύγκριση του κόστους, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτό (Sceller-Kreinsen, 2009).

Ακόμα, τα προηγούμενα βοήθησαν στην μεγέθυνση του βαθμού διαφάνειας σχετικά με την απόδοση των προμηθευτών και την εκμετάλλευση των πόρων, σε έναν χώρο όπου η άσκηση πολιτικής και διοίκησης είχε να κάνει με έλλειψη πληροφόρησης διότι οι διευθύνσεις και οι «τρίτοι» πληρωτές ήξεραν ελάχιστα για την εσωτερική διαδικασία των νοσοκομείων και κατείχαν συγκεκριμένα μέσα για να πραγματοποιήσουν σχετικές συγκρίσεις. Η διαδικασία DRG είναι ένας μηχανισμός κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων βάσει των υπηρεσιών που προσφέρουν, που ταυτόχρονα δεν συνιστά την παροχή επιπλέον και μη περιττής ιατρικής περίθαλψης και συνιστά, από την άλλη, την οικονομικά αποδοτική παροχή της συγκεκριμένης ιατρικής περίθαλψης.

Η συγκεκριμένη διαδικασία με μικρές αλλαγές, είναι επιθυμητή για τους έχοντες την ευθύνη χάραξης πολιτικής στον τομέα των οικονομικών της υγείας τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διότι με τη συγκεκριμένη διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος των δαπανών των νοσοκομείων, και επιπλέον μπορούν να αποφευχθούν οι πολιτικές διαμάχες όπως στις περιπτώσεις των σφαιρικών προϋπολογισμών.

Επιπλέον, περισσότερο σε χώρες όπου η βασική μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ανά κατηγορία

προϋπολογισμοί, οι διοικήσεις έχουν ελάχιστη επίγνωση για το είδος και το τελικό κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ιατρούς. Η μέθοδος των DRGs, την ίδια ώρα με την σωστή μηχανοργάνωση που χρειάζεται, έχει ως στόχο την υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, δίνοντας τους την ευκαιρία παρακολούθησης και ελέγχου του έργου των ιατρών (Ξένος, 2014).

Όλες οι διαδικασίες χρηματοδότησης DRGs των νοσοκομείων είναι υλοποιημένες από δυο διαφορετικούς μηχανισμούς:

(α) Στην κατάταξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών που παρέχονται σε μεμονωμένα άτομα σε συγκρίσιμες ομοειδείς ομάδες, βρίσκοντας ουσιαστικά τις ομάδες των «προϊόντων» ενός νοσοκομείου. Η συγκεκριμένη διαδικασία έχει να κάνει με έναν συγκεκριμένο αριθμό κλινικών δεδομένων (όπως οι κλινικές διαγνώσεις και οι ιατρικές επεμβάσεις), δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, φύλο) και μετρήσεις της χρήσης των πόρων (κόστος, χρόνος παραμονής). Μερικές περιπτώσεις των συστημάτων DRGs, όπως για παράδειγμα στην Αυστραλία, στη Γερμανία και στην Ολλανδία, μετρούν και τους επιπλέον παράγοντες όπως το συνδυασμό όλων των επεμβάσεων που έγιναν όταν το άτομο βρίσκονταν ακόμα στο νοσοκομείο (diagnosis-treatment groups).

(β) Σταθμίζοντας τις τιμές για κάθε κατηγορία προϊόντων (Schereyogg, 2006).

Οπότε, η διαδικασία χρηματοδότησης DRGs έχει να κάνει με συγκεκριμένη πληρωμή ανά ασθενή σχετικά με την βασική διάγνωσή του και έχει αποδειχθεί, από μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2000), ότι βάζει επιπλέον τα κίνητρα για σωστή παροχή υπηρεσιών και απαγορεύει ακούσιες συμπεριφορές, όπως τα πρόωρα εξιτήρια των ασθενών.

Παρόλο που η οικονομική θεωρία εξηγεί ότι το σύστημα αποζημίωσης DRG των νοσοκομείων δίνει κίνητρα για μεγαλύτερη απόδοση, σύμφωνα με τον Street26 υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθούν εμπόδια (όπως ο συγκεκριμένος σχεδιασμός και η λειτουργία του εκάστοτε συστήματος) για την πραγματοποίηση αυτών των κινήτρων στην πράξη.

Έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες με στόχο να βρεθεί ο βαθμός επιρροής της αποδοτικότητας των νοσοκομείων από την λειτουργία των DRG στοχεύουν στη εύρεση της τεχνικής αποδοτικότητας (technical efficiency) και της παραγωγικότητας

(productivity), που περιέχει και την αποδοτικότητα κλίμακας (scale efficiency) (Ξένος, 2014).

1.5 Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 με απώτερο στόχο την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας για όλο τον πληθυσμό, αλλά με χαμηλό κόστος. Δεκαετίες έπειτα, λόγω της μη πλήρους ενεργοποίησης της σχετικής νομοθεσίας και της ανεξέλεγκτης και χωρίς κανόνες λειτουργίας του συστήματος, κατέληξε να είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Περιγράφοντας σχηματικά το ΕΣΥ, όσον αφορά την προσφορά, ακολουθεί το πρότυπο του Beveridge, ενώ όσον αφορά τη ζήτηση λειτουργεί σύμφωνα με το πρότυπο του Bismarck, περιγραφή που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, αφού ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει μεγάλο μέρος από τις ανάγκες υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού. Ανάλογη ανακολουθία παρατηρείται και στους τρόπους χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, όπου το μερίδιο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι σχεδόν ισότιμο (Kutzin, 2009). Αποτέλεσμα αυτής της πραγματικότητας είναι η εμφάνιση έντονων φαινομένων κοινωνικής ανισότητας, χαμηλής αποδοτικότητας και προσβασιμότητας, φτωχής σε ποιότητα υγειονομικής φροντίδας και διαφθοράς στο υγειονομικό σύστημα.

Οι συνεχιζόμενες κοινωνικές ανισότητες στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και οι ασάφειες που χαρακτήριζαν τις νομοθετικές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας της χώρας, ειδικότερα στο θέμα της θεσμοθέτησης παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, οδήγησαν στην εξέλιξη ενός συστήματος που κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου διαχείρισης της χρηματοδότησης του ΕΣΥ ήταν η εμφάνιση και διαιώνιση σειράς προβλημάτων σχετικά με τα ελλείμματα στο δημόσιο τομέα, την απουσία κριτηρίων και μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών, την ανορθολογική κατανομή των πόρων και την εμφάνιση υψηλής παραοικονομικής δραστηριότητας. Επίσης, τη δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, τα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών και την ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε σημαντικό παράγοντα, ενός συστήματος

που στηρίχθηκε αρχικά στην ανάγκη για δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες (Souliotis, 2000).

Υπό το πρίσμα της αδικαιολόγητης αύξησης των δαπανών υγείας χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση του υγειονομικού αποτελέσματος, στην παρούσα ανασκόπηση αναλύονται ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, η διαχρονική εξέλιξη και σύνθεση των δαπανών υγείας και η αξιολόγηση του συστήματος ως προς την αποτελεσματικότητά του.

Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας εντοπίζονται τρεις πηγές χρηματοδότησης: ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και οι ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση). Με την πάροδο των χρόνων παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής τους, οι οποίες όμως δεν ανάγονται σε παρεμβάσεις και επιδιώξεις των εκάστοτε πολιτικών υγείας (Liaropoulos, 1998).

1.5.1 Ο κρατικός προϋπολογισμός

Από τη δεκαετία του ’70 κι έπειτα άρχισε η γενική φορολογία να συμμετέχει όλο και περισσότερο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα όταν η έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας εκφράστηκε με τη μορφή του κλειστού νοσηλίου και την καθήλωσή του σε χαμηλές τιμές. Με δεδομένο όμως ότι τα νοσήλια πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων των νοσοκομείων, η πολιτική αυτή δημιούργησε σημαντικά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, αφού στην καλύτερη περίπτωση τα έσοδα από νοσήλια δεν κάλυπταν πάνω από το 20% του συνολικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την αυξημένη χρηματοδότησή τους από το κράτος.

Ενώ η πολιτική αυτή στόχευε κυρίως στη μείωση των εσόδων του ιδιωτικού τομέα, ουσιαστικά οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, των οποίων την κάλυψη ανέλαβε το κράτος. Η εμπλοκή αυτή εκφράστηκε μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την ένταξη σε αυτό όλων των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), με την ανάληψη από το κράτος της κάλυψης των εξόδων μισθοδοσίας των νοσοκομείων (Liaropoulos, 1998; Souliotis, 2000).

Η παρέμβαση βέβαια του κράτους στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων επεκτείνεται και στην κάλυψη των λειτουργικών τους δαπανών, αφού οι αυξήσεις που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στο ημερήσιο νοσήλιο δεν μπόρεσαν να προσεγγίσουν το αντίστοιχο πραγματικό κόστος, με ποσοστό συμμετοχής πάνω από το 70%, παρουσιάζοντας μάλιστα αυξητικές τάσεις. Με δεδομένα λοιπόν τα παραπάνω, εφαρμόζεται ουσιαστικά ένα σύστημα που τείνει να εξελιχθεί σε μοντέλο σφαιρικού προϋπολογισμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι κανόνες, τα κριτήρια και οι συγκεκριμένες διαδικασίες λειτουργίας του (Θεοδώρου, 2001).

Σύμφωνα με την κοινή υπουργική απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία ήδη εφαρμόζεται από τον Οκτώβριο του 2011, ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπερνά τα προβλεπόμενα από τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΦΕΚ2150/Β/27.9.2011). Σκοπός είναι η συγκράτηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον γενικό προϋπολογισμό, ακόμα και η μείωση του ποσοστού χρηματοδότησης και η εφαρμογή γενικών κανόνων για τη ρύθμιση της λειτουργίας του. Το ισχύον πλέον σύστημα, το οποίο ήδη εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, πλησιάζει πιο κοντά στο πραγματικό τη χρέωση προς τα ασφαλιστικά ταμεία και το πραγματικό κόστος νοσηλείας, αφού τα ταμεία πληρώνουν όχι με βάση τη θεραπευτική πράξη αλλά με βάση τις μέρες νοσηλείας. Επιπλέον, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και ιατροτεχνολογικά υλικά που διενεργούνται και χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα των αντίστοιχων του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου και μετά τη μέση διάρκεια νοσηλείας που έχει οριστεί, χρεώνονται στα ταμεία, ως εξής: (α) τα φάρμακα σύμφωνα με τις ισχύουσες νοσοκομειακές τιμές, (β) πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις σύμφωνα με την ισχύουσα τιμολογημένη κοινή υπουργική απόφαση, (γ) ιατροτεχνολογικά προϊόντα σύμφωνα με τις δοθείσες τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας.

Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία μέσα από τη γενική φορολογία, αφορούν όχι μόνο την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των δημόσιων νοσηλευτικών δομών, αλλά σε δαπάνες για επενδύσεις σε κτήρια και εξοπλισμό, για έρευνα και εκπαίδευση, για τη δημόσια υγεία, για την κεντρική διοίκηση και για τις

επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα (Liaropoulos, 1998, Souliotis, 2000).

1.5.2 Η κοινωνική ασφάλιση

Η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα είναι η κοινωνική ασφάλιση και συγκεκριμένα οι κλάδοι των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι περισσότεροι από τους οργανισμούς αυτούς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικών κινδύνων, ενώ στα μεγαλύτερα ταμεία η κάλυψη των αναγκών υγείας γίνεται από τους κλάδους ασθένειας, οι οποίοι συνιστούν έναν από τους διαφορετικούς κλάδους του ίδιου οργανισμού. Το μεγαλύτερο τμήμα των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς που διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού σε μερικά ταμεία, π.χ. ΟΓΑ, καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών, σε αντίθεση με ταμεία όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, όπου οι κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις εισφορές (θεοδώρου, 2001).

Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του ’80, αποδίδεται σε μία σειρά από παράγοντες, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση των επιδομάτων και η αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα. Τα ελλείμματα που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από το 1993 και έπειτα, οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου, η οποία αποτελούσε την έκφραση ενός γενικότερου σχεδίου για τη μείωση της συμμετοχής του κράτους στη νοσοκομειακή χρηματοδότηση. Η κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών επιδιώχθηκε μέσα από την αύξηση των εισφορών, η οποία επιβεβαίωνε τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία. Όσον αφορά στις παροχές των κλάδων υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης διακρίνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εύρος και τη διαδικασία των παροχών, αλλά και ως προς την κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασφαλισμένο. Γενικά, οι παροχές αυτές διακρίνονται σε παροχές σε είδος, οι οποίες περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας (νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική και μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης) και σε

παροχές σε χρήμα, που αφορούν στη χορήγηση διαφόρων χρηματικών επιδομάτων(Liaropoulos, 1998; Souliotis, 2000; Siskou, 2008).

1.5.3 Οι ιδιωτικές πληρωμές

Την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν τα ατομικά ή οικογενειακά τους εισοδήματα. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το μέγεθος των δαπανών αυτών, του οποίου η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, σε σχέση με τη λειτουργία του ΕΣΥ που σχεδιάστηκε στη βάση της παροχής δωρεάν φροντίδας υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αφορούν στις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών και των διαγνωστικών κέντρων, που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το ΕΣΥ, στη διαφορά που συνήθως προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς και στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή και λιγότερο στη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό (Mossialos, 2002; Davaki, 2005).

1.6 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα

Θεσμικό πλαίσιο

Με το Ν1397/1983 για αρχική φόρα διαιρέθηκε η χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και υλοποιήθηκε το Ε.Σ.Υ., ο συγκεκριμένος νόμος απαγόρευε την δημιουργία ιδιωτικών κλινικών έτσι ώστε να βοηθηθούν οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας και από το 1983 έως το 1992 απαγορευόταν η ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Όμως το Π.Δ 247/1991 επανεισήγαγε τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών που είχε απαγορευτεί από το 1983. Έτσι, για την δημιουργία και τη

λειτουργία της ιδιωτικής κλινικής χρειάζονται: 1)άδεια ίδρυσης, 2) άδεια λειτουργιάς. Παρόμοιες άδειες χρειάζονται και σε περίπτωση επεκτάσεως της ιδιωτικής κλινικής ή μετατροπής και αύξησης των κλινών της.

Τα Π.Δ 147/1991 και 517/1991 235/2000 καθορίζουν τις προϋποθέσεις υλοποίησης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών (ελάχιστος και μέγιστος αριθμός κλινών, πτέρυγες νοσηλείας κτλ). Με το Π.Δ 235/2000 καθορίζονται ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργιά των ιδιωτικών κλινικών. Πιο αναλυτικά επιτρέπεται η επέκταση των κλινών, η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας αλλά και η διακοπή ή ανάκληση αυτής, η οποία χορηγείται με απόφαση του οικείου νομάρχη9, ακόμα επιτρέπεται η μεταβίβαση της αδείας και λειτουργιάς αυτής.

Σχετικά με το θεσμικό πλαίσιο οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας χωρίζονται σε

- Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ): Δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και νοσοκομεία του Ι.Κ.Α.
- Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ): Δεν θεωρούνται ούτε δημόσια ούτε ιδιωτικά αλλά υπάγονται στην εποπτεία του Δημόσιου (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Ερρίκος Ντυνάν, Παπαγεωργίου κλπ).
- Στρατιωτικά Νοσοκομεία: εξυπηρετούν τις ανάγκες των στρατιωτικών και των σωμάτων ασφάλειας (Γενικό νοσοκομείο Αεροπορίας, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών κλπ)
- Ιδιωτικές κλινικές: Έχουν συνήθως την μορφή Ανώνυμων Εταιρειών.

1.6.1 Στρατηγική ανάπτυξης ιδιωτικού τομέα υγείας

Στη χώρα μας η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας διενεργείται από δημόσιες (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση) και ιδιωτικές (πληρωμές χρηστών και ιδιωτική ασφάλιση) πληρωμές.

Ακόμα, ο ιδιωτικός τομέας υγείας εμφάνισε σημαντική ανάπτυξη από το 1992 και μετά λόγο της αναποτελεσματικότητας του δημοσίου τομέα, ως αποτέλεσμα υπήρξε μια σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας όχι μονό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας άλλα και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κυρίως τις γυναικολογικές κλινικές.

Επίσης, τα έξοδα υγείας για τη χώρα μας αυξάνονται την τελευταία δεκαετία οπότε περίπου το 40% της δαπάνης υγείας είναι ιδιωτική δαπάνη, ποσοστό

μεγαλύτερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (28%της δαπάνης υγείας). (ΙΟΒΕ).

Η στρατηγική ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας και κυρίως των γενικών κλινικών βασίστηκε σε 4 άξονες:

1. Παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.
2. Μικροί χρόνοι αναμονής.
3. Συνεργασία με ιδιώτες γιατρούς υψηλού κύρους.
4. Μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας. Το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ(το όποιο εστιάζει στην κατασκευή υποδομών) δεν ξεπερνά το 30% πηγή (ΕΣΥΕ).

Ο κλάδος των κλινικών χαρακτηρίζεται από ολιγοπωλιακά χαρακτηριστικά, ο ανταγωνισμός είναι μεγάλος, διότι δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων που να δραστηριοποιούνται στην αγορά και εμπόδια εισόδου τα όποια ευθύνονται είτε από το υπάρχον αυστηρό θεσμικό πλαίσιο λειτουργιάς των ιδιωτικών μονάδων (νοσοκομεία) που δεν ευνοεί την ανάπτυξη καινούριων και οδηγεί σε περιορισμό του ανταγωνισμού είτε από το μεγάλο κόστος της αρχικής επένδυσης μιας νεοσύστατης νοσοκομειακής μονάδας. Επίσης οι μεγάλοι όμιλοι παρέχουν ένα μεγάλο αριθμό υπηρεσιών τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας εκμεταλλευόμενες όχι μονό τις οικονομίες κλίμακας όπως και τις οικονομίες φάσματος. Το προϊόν δεν είναι ομοιογενές και τα νοσοκομεία εμφανίζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς την λειτουργία και την χρηματοοικονομική τους εικόνα.

Παρόλα αυτά μετά το 2009 με τη διεθνή οικονομική κρίση και την ένταξη της χωράς στο ΔΝΤ το τοπίο στην αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ξεκίνησε να διαφοροποιείται. Οι διαθρωτικές διαφοροποίησης που πραγματοποιηθήκαν στον χώρο της υγείας επηρέασαν και τον ιδιωτικό τομέα, με κατάληξη οι μεγάλοι όμιλοι να ξεκινούν να αναπροσαρμόσουν την χρηματοοικονομική τους πολιτική και διαχείριση στη καινούρια οικονομική πραγματικότητα. Κυρίως την πτώση του τζίρου των ιδιωτικών κλινικών για αρχική φορά το 2010, μετά από μια δεκαετία συνεχούς ανάπτυξης καταγράφει η ερεύνα της (ICAP 2011) όπου παρουσιάζει ακόμα ότι το 2011 ήταν επίσης πτωτικό.

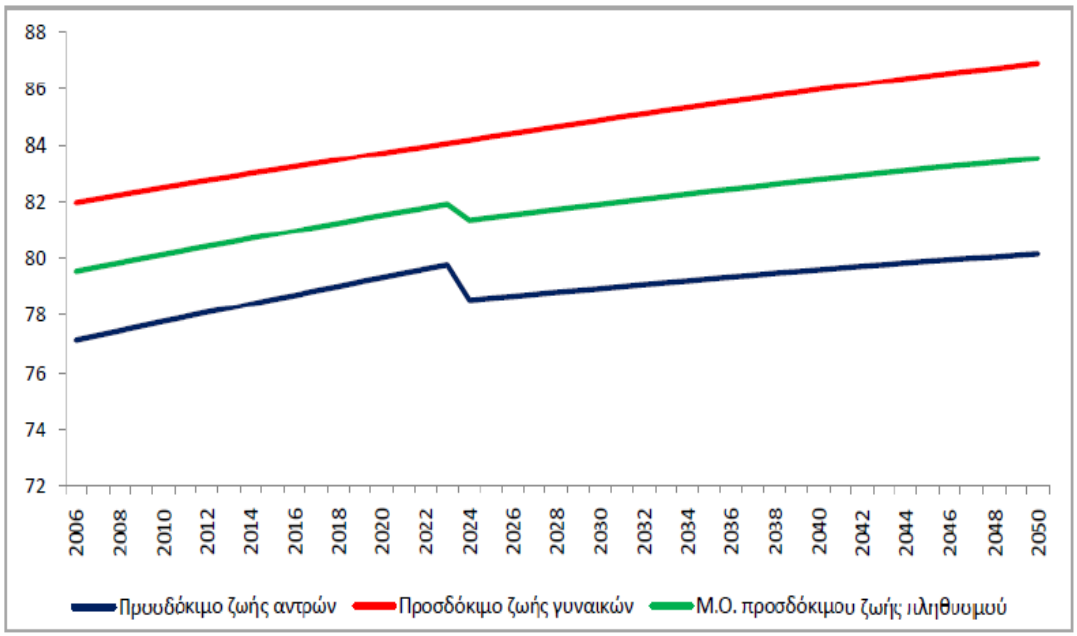
1.6.2 Ζήτηση και προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα έχει επηρεάσει όχι μόνο τους οικονομικούς αλλά και τους δείκτες υγείας των Ελλήνων πολιτών. Σύμφωνα με τους παράγοντες επιρροής στην ανθρώπινη υγεία μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε διεθνώς (Αύγουστος- Οκτώβριος 2011) παρουσιάζει ότι για την Ελλάδα από τους παράγοντες που βαρύνουν την υγεία των πολιτών ο σημαντικότερος είναι το άγχος, μετά είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο τρόπος αντιμετώπισης της ζωής. Εδώ χρειάζεται να πούμε ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας προέρχεται από τη ζήτηση του ύστατου αγαθού υγεία (Αλετράς, 2002), επηρεάζεται ουσιαστικά τόσο από το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού (τρόπος ζωής, κάπνισμα, μεσογειακή διατροφή) όσο και από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (μόλυνση περιβάλλοντος, φυσικές καταστροφές) και τους δημογραφικούς δείκτες (γήρανση του πληθυσμού, προσδόκιμο ζωής κτλ).

1.6.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγειάς

Η υγεία ως θεμελιώδες αγαθό φθείρεται με το πέρασμα του χρόνου και την ηλικία οπότε τα άτομα θέλουν να την διατηρήσουν ή να την καλυτερεύουν. Παρουσιάζεται όμως το ερώτημα. Πόσο μπορεί να πληρώσει κάποιος για τις υπηρεσίες υγειάς; Η απάντηση είναι δύσκολη όμως έχει να κάνει με τις κοινωνικές επιλογές και τις προτεραιότητες, όπου έχουν να κάνουν όχι μόνο από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου αλλά και από την κατάσταση της εθνικής οικονομίας γενικότερα (Αλετράς, 2002).

1. Ένας σημαντικός παράγοντας για την ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών. Μετά την χρηματοπιστωτική κρίση το 2007 υπήρξε μια συγκράτηση της ζήτησης, όμως η ανελαστικότητα των εξόδων για την υγεία κατατάσσει τη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας σε καλύτερο επίπεδο σχετικά με τους άλλους κλάδους της οικονομίας.
2. Το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2050 θα έχει αυξηθεί από το σημερινό 9,3% σε 17,8%.



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Διάγραμμα 1.2

Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (2006-2050)

Στα 83,5 χρόνια υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα έως το 2050.

Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραγόντων ευνοεί τον κλάδο υγείας, γιατί στατιστικά ο άνθρωπος ξοδεύει πιο πολλά χρήματα για την υγεία στα πρώτα και στα τελευταία χρονιά της ζωής του, και κυρίως τους τελευταίους 6 μήνες. Η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις στην επιδημιολογία και στα νοσολογικά χαρακτηριστικά του, όπως ισχαιμία, καρδιοπάθειες, υπέρταση προβλήματα του κυκλοφοριακού συστήματος. Οπότε οι ανάγκες για υγεία είναι μεγάλες. Σχετικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αν και η χώρα μας κατέχει υψηλή θέση ανάμεσα των χωρών του Ο.Ο.Α.Σ.Α στους δείκτες προσδόκιμο επιβίωσης και γενική θνησιμότητα δεν έχει καταφέρει να μειώσει την γενική αλλά και ειδική θνησιμότητα με ρυθμό αντίστοιχο των άλλων Ευρωπαϊκών χώρων.

3. Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που παίζει ρόλο τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι και οι νέες ασθένειες. Η επίδραση της ύφεσης στην ελληνική

οικονομία έχει επηρεάσει και την υγεία των πολιτών. Λόγου χάριν η κατάθλιψη είναι η μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή και αναμένεται τα επόμενα είκοσι χρόνια να έχει παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ετών ζωής, απαλλαγμένων από αναπηρία και κοινωνική δυσλειτουργία και μετράται ότι το 2020 θα είναι η 2η ασθένεια σε συχνότητα εμφάνισης στις δυτικές κοινωνίες.

4. Τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας δείχνει να επηρεάζει και η παχυσαρκία κυρίως η νεανική, διότι είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη παθήσεων του κυκλοφορικού συστήματος. Τα ποσοστά των παχύσαρκων ατόμων έχουν μεγαλώσει σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Α.Σ.Α τις τελευταίες δεκαετίες.
5. Η ανεπάρκεια του Δημόσιου τομέα είναι όμως μεγάλης σημασίας παράγοντας για την διαμόρφωση ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Η δυσαρέσκεια των πολιτών από το Ε.Σ.Υ. οδηγεί πολλές φορές τα άτομα στον ιδιωτικό τομέα, σχετικά παραδείγματα είναι οι λίστες αναμονής λόγω έλλειψης διαθέσιμων κλινών, η ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου σχετίζεται και ελλιπή υγειονομική περίθαλψη και η παλαιότητα του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

1.6.4 Προσφορά υπηρεσιών υγείας

Ο όρος προσφορά υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες που προέρχονται από προμηθευτές υγείας, όπως νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα. Στη χώρα μας η παροχή υπηρεσιών υγείας παρέχεται είτε από δημόσιους είτε από ιδιωτικούς φορείς.

Κυρίως στον ιδιωτικό τομέα υγείας η προσφορά παρέχεται είτε από ιδιωτικές κλινικές είτε από μαιευτήρια, διαγνωστικά κέντρα ή ανεξάρτητα ιατρεία. Σχετικά με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται 166 ιδιωτικές κλινικές σε σύνολο 313 θεραπευτηρίων και περισσότερα από 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Να πούμε ακόμα ότι στον κλάδο δραστηριοποιούνται αρκετές επιχειρήσεις κάποιες από αυτές και στο εξωτερικό. Οι πέντε από τους ισχυρότερους ομίλους του κλάδου είναι:

- ΥΓΕΙΑ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ

- ΟΜΙΛΟΣ EUROMEDICA
- ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ
- ΙΑΣΩ

1.7 Σύγκριση ιδιωτικής-δημόσιας υγείας

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς έναντι των δημοσίων περισσότερο στις πιο προσοδοφόρες υπηρεσίες υγείας. Ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας στη χώρα μας έχει ευνοηθεί από τα προβλήματα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας διότι και από την δυνατότητα εφαρμογής τιμολογιακής πολίτικης από τα ιδιωτικά νοσοκομεία δίχως του περιορισμούς που επιβάλλουν τα δημόσια ταμεία.

Ο ιδιωτικός τομέας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών στοχεύει σε nicheαγορές και διαλέγει κυρίως «προσοδοφόρες» χειρουργικές περιπτώσεις σύντομης νοσηλείας. Η αναλογιστών χειρουργικών περιπτώσεων στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία είναι πιο μεγάλη από ότι τα δημόσια, ενώ την ίδια ώρα ο μέσος Όρος νοσηλείας χειρουργικών περιπτώσεων στα ιδιωτικά σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία είναι μικρότερος κατά 40%. Από τα παραπάνω παρουσιάζεται ότι οι σοβαρές και μακροχρόνιες θεραπείες λύνονται σχεδόν μόνο από τα δημόσια νοσοκομεία.

Η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται στα εξής ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων:

- Υψηλού επίπεδου υπηρεσίες φροντίδας
- Μικροί χρόνοι αναμονής
- Μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Προσεγγίσεις των τρόπων πληρωμής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

2.1 Εισαγωγή

Η αποζημίωση των νοσοκομείων είναι το πιο κύριο θέμα της πολιτικής υγείας, γιατί το μέγεθος του χρέους της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, όπως σε πανευρωπαϊκό, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα χρέη για νοσοκομειακή περίθαλψη φτάνουν σχεδόν στο 60% όλων των δαπανών υγείας του ΟΟΣΑ.

Μια σωστή διαδικασία χρηματοδότησης ή αποζημίωσης των νοσοκομείων είναι σημαντική στη λειτουργική ικανότητα και την ανταπόκριση του συστήματος υγείας στην αποτελεσματική εκμετάλλευση των πόρων και επιτυγχάνει καλύτερη δυνατή περίπτωση για περίθαλψη του πληθυσμού (Δουμουλάκης, 2000).

Οι δημοφιλέστερες και σημαντικότερες διαδικασίες χρηματοδότησης των νοσοκομείων σχετικά με την διεθνή βιβλιογραφία, και εξηγεί ότι πραγματοποιείτε με δυο διαδικασίες:

1. Η αποζημίωση πραγματοποιείτε είτε αναδρομικά , είτε προοπτικά.

Η αναδρομική αποζημίωση περιέχει δύο διαδικασίες:

- την πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο και
- την πληρωμή κατά πράξη.

2. Η προοπτική αποζημίωση ακόμα περιέχει δυο διαδικασίες:

- την πληρωμή με σφαιρικό προϋπολογισμό και
- την πληρωμή ανά διάγνωση.

Οποιαδήποτε διαδικασία αποζημίωσης έχει θετικά και αρνητικά και εξελίσσεται ταυτόχρονα με την πορεία καλυτέρευσης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας (όπου είναι τα επόμενα).

Κύρια πηγή χρηματοδότησης των Ελληνικών Δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και από τον Προϋπολογισμό Δημόσιων Επενδύσεων . Άλλη πηγή είναι τα νοσήλια από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και τα νοσήλια που επιβαρύνουν το Δημόσιο ή τους ίδιους τους νοσηλευόμενους όπως καθορίζονται από τους Υπουργούς Οικονομικών, Εργασίας

και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας [Με κοινή απόφαση των Υπουργών αυτών καθορίζεται ημερήσιο νοσήλιο ή συνολικό ενοποιημένο κλειστό νοσήλιο που διαφέρει ανάλογα την κατηγορία των παρεχόμενων υπηρεσιών, ή συνολικό νοσήλιο (κλειστό) ανά κατηγορία διάγνωσης, που περιλαμβάνει τις εργαστηριακές εξετάσεις και την συνολική νοσηλεία του ασθενούς. (Παλαιολόγου, 2002). Διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό της κρατικής επιχορήγησης των νοσοκομείων αυξήθηκε από 45,5% το 1981 σε 78,1% το 1992 με αντίστοιχη πτώση του ποσοστού νοσηλίων από ασφαλιστικούς οργανισμούς (από 34,4% το 1981 σε 8,4% το 1992) . Βάσει των τελευταίων στοιχείων το 74% του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία συνεισφέρουν κατά 13% και το υπόλοιπο 13% προέρχεται από άλλες πηγές (Θεοδώρου, Σαρρής, κ.ά., 2001).

Άλλες πηγές χρηματοδότησης είναι τα έσοδα από παρεχόμενες υπηρεσίες σε ασφαλισμένους σε ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες είναι συμβεβλημένες με τα νοσοκομεία ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας & Πρόνοιας, τα έσοδα από ασφαλιστικά ταμεία για εξετάσεις ασφαλισμένων τους σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων καθώς και τα έσοδα από παρεχόμενες υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και από τις μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας .

Επιπρόσθετα, στις πηγές εσόδων των νοσοκομείων ανήκουν τα έσοδα από εξετάσεις σε εξωτερικά ιατρεία ασθενών που δεν είναι ασφαλισμένοι, καθώς και τα έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα των νοσοκομείων. Στους οικονομικούς πόρους των νοσοκομείων ανήκουν και τα έσοδα από τους τόκους των καταθέσεων σε τράπεζες των νοσοκομείων, έσοδα από την εκμίσθωση χώρων των νοσοκομείων σε ιδιώτες για λειτουργία κυλικείων κ.ά. , έσοδα από την εκποίηση παλαιών για τα νοσοκομεία κινητών πραγμάτων, καθώς και τα έσοδα από κληρονομιές, δωρεές και επιχορηγήσεις από τρίτους και τέλος, τα έσοδα από αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας των νοσοκομείων (Παλαιολόγου, 2002).

2.2 Το ημερήσιο νοσήλιο

Κύρια διαδικασία χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα είναι το ημερήσιο νοσήλιο (per diem) (Vogt, 1996). Μετράτε από το κλάσμα που έχει αριθμητή το μέγεθος τα χρέη του νοσοκομείου και παρανομαστή όλες της μέρες νοσηλείας. Το

ημερήσιο νοσήλιο είναι αυτό που χρεώνεται ο ασθενής για κάθε ημέρα όπου βρίσκεται στο νοσοκομείο. Στην εύρεση όλου του κόστους συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο, όπως διαγνωστικές, ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές, κ.α.

Στην διάρκεια της δεκαετίας του ’80 αυτή η διαδικασία χρηματοδότησης επειδή δεν στοχεύει στο πραγματικό προϊόν του νοσοκομείου όπως και των πολλών πιέσεων και τάσεων γενικός, έχει ξεκινήσει η αντικατάστασή του από καινούριες διαδικασίες και τεχνικές χρηματοδότησης.

Τα έσοδα του νοσοκομείου εξαρτώνται από το μέγεθος των ασθενών, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας. Πιο αναλυτικά, τα έσοδα μετρώνται από το γινόμενο του ημερήσιου νοσηλίου (P) με τον αριθμό των ασθενών (N) πολλαπλασιαζόμενο με τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Ο μαθηματικός του τύπος είναι ο παρακάτω:

R=P*N*Μέση διάρκεια νοσηλείας

Όπου:

R= Έσοδα του νοσοκομείου.

P= Προκαθορισμένη τιμή για κάθε ημέρα νοσηλείας.

N= Ο αριθμός των νοσηλευθέντων επί τη διάρκεια της νοσηλείας.

Σχετικά με την διαδικασία όπου υλοποιείτε το καθημερινό νοσήλιο κόστος του νοσηλίου ορίζεται με τρεις (3) μορφές: το κλειστό, το ευλύγιστο και το ανοικτό νοσήλιο. Κυρίως, το κλειστό νοσήλιο υλοποιείτε μετά από συμφωνία ανάμεσα των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Έχει να κάνει με ένα συγκεκριμένο αριθμό όπου χρησιμοποιείτε για ημέρα νοσηλείας, άσχετα από τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών που θα παρέχονται από τη νοσηλευτική μονάδα προς τον ασθενή στην ημέρα αυτή.

Την μεγαλύτερη κριτική έχει δεχτεί το κλειστό νοσήλιο, επειδή δημιουργούνται πολλές πίεσης, που αφορά ότι το νοσοκομείο ο μοναδικός στόχος που έχει με σκοπό να μεγαλώσει τα έσοδά του είναι η αύξηση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών. Αντίθετος, το ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο είναι η παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου. Ένα κομμάτι αυτού είναι συγκεκριμένο και μόνιμο, ενώ η τιμή του αλλάζει σχετικά με το ποσό σημαντικές είναι περιπτώσεις, της ιατρικής ειδικότητας και της

διαγνωστικής ομάδας και βασίζεται στη λογική ότι άλλη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι άλλες διαγνωστικές κατηγορίες.

Επίσης, το ανοικτό νοσήλιο υλοποιείτε από μια πάγια ημερήσια αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας. Το μόνιμο κόστος για όλους τους νοσηλευόμενους έχει να κάνει με τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, το δε μεταβλητό έχει να κάνει με το είδος της ιατρικής φροντίδας που δέχεται ο ασθενής σχετικά με ότι χρειάζεται (fee for service).

Στην σημερινή εποχή είναι γνωστό ότι ο μηχανισμός χρηματοδότησης με στόχο το ημερήσιο νοσήλιο είναι πληθωριστικός και ενέχεται διάφορα προβλήματα:

Πρώτα, σταματά την παρακολούθηση των δαπανών του νοσοκομείου με αποτέλεσμα τη μόνιμη ανάγκη για εύρεση συμπληρωματικών προϋπολογισμών. Δεν είναι αρκετός δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, διότι έχει να κάνει κυρίως με τις ημέρες νοσηλείας, με συνέπια να ευημερεί ο παράγων «φιλοξενία» (παραμονή), σε σχέση με την καθαυτή παροχή ιατρικών φροντίδων. Επίσης, τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό χαρακτήρα. Οι τιμές των νοσηλίων που καθορίζει ο νόμος αντιπροσωπεύουν σήμερα ένα ελάχιστο αριθμό του αληθινού κόστους νοσηλείας μιας και προσαρμόζονται με υπουργικές αποφάσεις σε αραιά χρονικά διαστήματα, ως κατάληξη η ανά διαστήματα αποχώρηση τους από το πολλαπλάσιο πραγματικό κόστος των νοσηλευτικών υπηρεσιών και την αναπόφευκτη εμφάνιση ελλειμμάτων. Η τιμή ημέρας είναι πληθωριστική αν σκεφτούμε ότι τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα μεγεθύνονται τις ημέρες νοσηλείας. Το φαινόμενο σε κάποιες χώρες (π.χ. Γερμανία), έχει τεθεί σε περιορισμό διότι το μέγεθος της ημερήσιας αποζημίωσης κλιμακώνεται αντίστροφα με τη διάρκεια νοσηλείας μετά την παρέλευση, άρα συγκρινόμενου αριθμού ημερών, η αποζημίωση μειώνεται (Καλογεροπούλου, 2007).

Επίσης η λειτουργιά του ημερησίου νοσηλίου βοήθησε στα υψηλά επίπεδα των εξόδων για νοσοκομειακή περίθαλψη, όπου κυμαίνετε κοντά στο 60% - 65% του αριθμού των εξόδων υγείας των βιομηχανικά αναπτυγμένων χωρών. Τελειώνοντας επισημαίνετε ότι το ημερήσιο νοσήλιο παρουσιάζει ενδιάμεσες εκροές και δεν αντιπροσωπεύει το αληθινό τελικό προϊόν ως κατάληξη να μην ανταποκρίνεται στην ανάγκη για σωστή οργάνωση των πόρων και αξιολόγηση της δραστηριότητας των

νοσηλευτικών μονάδων. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που δεν υπάρχει πια σε καμία βιομηχανική χώρα (Ματσαγγάνης, 2006).

2.3 Η πληρωμή κατά πράξη

Η πληρωμή κατά πράξη υπάρχει σε χώρες όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς και χρηματοδοτούνται από διαφόρους φορείς ασφάλισης (πχ. σε χώρες όπως Ιαπωνία, Η.Π.Α.). Σχετικά με αυτή τη διαδικασία, η αποζημίωση στα νοσοκομεία εξαρτάτε από τις υπηρεσίες που έχουν δοθεί σε όλους τους ασθενής σχετικά με τις τιμές ανά υπηρεσία και έχει να κάνει με την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Η διαδικασία της πληρωμής κατά πράξη παρέχει στον ιατρό το κίνητρο να μεγαλώσει την αποτελεσματικότητα του και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με σκοπό να μεγαλώσει τον αριθμό των εσόδων και τα κέρδη του νοσοκομείου, διότι ο ασθενής και ο ασφαλιστικός φορέας έχουν την δυνατότητα να παρατηρούν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Το θετικό της μεθόδου της πληρωμής κατά πράξη στηρίζεται στην ευκολία και την αποτελεσματικότητα του.

Η συγκεκριμένη διαδικασία αποζημίωσης παρουσιάζει όμως και αρνητικά, διότι δεν παρέχει στο νοσοκομείο το κίνητρο του περιορισμού της διάρκειας της νοσηλείας του ασθενούς. Έχει χαρακτηριστεί ως πληθωριστικό με την έννοια ότι τα νοσοκομεία παίρνουν πλασματικά κέρδη, αυξάνοντας την παραμονή του ασθενούς ως κατάληξη να παρουσιάζονται και σε αυτό, παρομοίως με την περίπτωση του ανοικτού νοσηλίου, ελλείμματα τα όπου ταυτίζονται με κρατική επιχορήγηση. Ταυτόχρονα, δεν επιτρέπει τον έλεγχο των εξόδων του νοσοκομείου με αποτέλεσμα την μόνιμη ανάγκη για εύρεση των συμπληρωματικών προϋπολογισμών, ενώ είναι ανεπαρκής δείκτης υγειονομικών υπηρεσιών, διότι έχει να κάνει κυρίως με τις ημέρες νοσηλείας όποτε ισχυροποιείτε ο παράγοντας της ξενοδοχειακής υποστήριξης και όχι άλλοι παράγοντας που έχουν να κάνουν με την κλινική διάσταση της φροντίδας του ασθενούς. Επίσης σημειώνετε ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών των ασθενών και μια αδικαιολόγητη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Ακόμα, επισημαίνετε ότι η αμοιβή κατά πράξη (fee for service) είναι ένας απολογιστικός τρόπος αμοιβής των υπηρεσιών (ιατρών) και των κατά περίπτωση νοσοκομειακών πράξεων. Παρέχει στον ασθενή την δυνατότητα να χρησιμοποίει ελεύθερα τις υπηρεσίες και στον ιατρό ή το νοσοκομείο να τις πραγματοποιεί ώστε να

μεγαλώνει τα κέρδη του. Ταυτόχρονα, το διοικητικό κόστος είναι βασικό, κυρίως στα νοσοκομεία, διότι ο υπολογισμός του κόστους είναι αρκετά δύσκολη δουλεία.

Τέλος, δεν μετράτε η διαφορά του κόστους από προμηθευτή σε προμηθευτή ή από ασθενή σε ασθενή όταν ζητάτε από ασφαλιστικά ταμεία ή από το κράτος συνολικά. Οπότε όπου υπάρχει, χρειάζεται η διευθέτησή του ανά κατηγορία ή κέντρο κόστους (Τούντας, 2001).

Για όλα τα παραπάνω, η διαδικασία αυτή αποζημίωσης στο μέλλον θα σταματήσει να υπάρχει και στην θέση της να τοποθετηθεί μια καινούρια και τεχνικές χρηματοδότησης, όπως η προοπτική αποζημίωση, όπου αναλύετε στο επόμενο κεφάλαιο.

2.4 Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι θεωρητικά αυτοδιοικούμενα, στην πραγματικότητα όμως έχουν άμεση εξάρτηση από το Υπουργείο Οικονομικών, αφού αυτό καλύπτει τα ελλείμματά τους, ενώ και οι διοικητές τους διορίζονται από την εκάστοτε κυβέρνηση, συχνά με πολιτικά και όχι αξιοκρατικά κριτήρια. Το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται πλέον από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών του ΕΣΥ και ο σημαντικότερος «πελάτης» του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία συνιστούν τη μοναδική δεξαμενή πελατείας και ταυτόχρονα μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης.

Είναι προφανές ότι ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων είναι πολύ σημαντικός για την κάλυψη, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, ο ρόλος και η επίδρασή τους δεν ήταν εξίσου σημαντικοί στο σχεδιασμό και στη ρύθμιση του ΕΣΥ, παρά το γεγονός ότι οποιαδήποτε εξέλιξη στο ΕΣΥ έχει άμεση επίπτωση σε αυτούς. Για παράδειγμα, μια αύξηση των τιμών του ΕΣΥ, ιδιαίτερα των νοσηλίων, επιβαρύνει τον προϋπολογισμό των ταμείων. Αυτό θα γίνει ιδιαίτερα εμφανές με την πολύ μεγάλη αύξηση του ποσού που πρέπει να καταβάλλουν τα ταμεία στα δημόσια νοσοκομεία για κάθε νοσηλευόμενο ασφαλισμένο τους, λόγω της αντικατάστασης του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου από τα ΚΕΝ. Από την άλλη μεριά, οποιαδήποτε αλλαγή στα ασφαλιστικά ταμεία ως προς την κάλυψη, τις

εισφορές, την παροχή και τη σύναψη συμβάσεων επιδρά στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ. Και πάλι, αυτό αναμένεται να γίνει φανερό με την ενοποίηση των ταμείων σε ένα φορέα και τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Μέχρι πρόσφατα, δεν είχε επιτευχθεί κάποια διασύνδεση μεταξύ των δύο αυτών παραμέτρων, καθώς δεν υπήρχε κάποιο θεσμικό όργανο συντονισμού των δράσεων σε κοινά ζητήματα και προβλήματα. Ένα τέτοιο όργανο, το οποίο όμως δεν λειτούργησε ποτέ, ήταν το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας, που θεσπιζόταν με το Ν. 2519/1997, προκειμένου να συντονίσει τις πολιτικές του ΕΣΥ και των ταμείων. Ακόμα περισσότερο, παρά τις μακροχρόνιες προσπάθειες για τη σταδιακή ένταξη όλων των πολυϊατρείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και τη δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου, κάτι τέτοιο δεν κατέστη εφικτό για πολλά χρόνια. Η κατάσταση άλλαξε με τη σύσταση το 2010 του Συμβουλίου Συντονισμού στο Υπουργείο Υγείας και με τη θέσπιση το 2011 του ΕΟΠΥΥ, για τα οποία θα γίνει εκτενέστερος λόγος παρακάτω. Πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ. Συνεπώς, ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ καλύπτει περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Η ύπαρξη διαφορετικών ταμείων είχε ως αποτέλεσμα να διαμορφωθούν ποικίλες δέσμες παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά τη δεκαετία του 1980, το εύρος των υπηρεσιών αυτών επεκτάθηκε. Από το 1982, ο ΟΓΑ άρχισε να παρέχει φαρμακευτική κάλυψη, επεκτάθηκε η διαθεσιμότητα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη λειτουργία 200 περίπου αγροτικών κέντρων υγείας και ο ΟΑΕΕ επέκτεινε την κάλυψη πρωτοβάθμιας φροντίδας. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο αριθμός των ταμείων μειώθηκε περίπου στο μισό, με πολλά μικρά ταμεία να ενσωματώνονται στο ΙΚΑ, το οποίο προσέφερε το πιο ολοκληρωμένο πακέτο προστασίας.

Παρ' όλα αυτά, σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κάλυψη εξακολούθησαν να υπάρχουν. Για παράδειγμα, οι παροχές του ΟΠΑΔ ήταν καλύτερες από αυτές του ΙΚΑ, του ΙΚΑ καλύτερες από του ΟΑΕΕ, ενώ του ΟΓΑ ήταν οι πιο περιορισμένες. Διαφοροποιήσεις επίσης υπήρχαν μεταξύ των ταμείων ως προς την ελευθερία επιλογής από τους ασφαλισμένους των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές πλέον μειώθηκαν λόγω λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, ενώ αναμένεται να μειωθούν περαιτέρω από την ένταξη σε αυτόν και άλλων ταμείων.

2.5 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.

Η μεταρρύθμιση του 1983 οδήγησε τις περισσότερες ιδιωτικές νοσηλευτικές δομές στο ΕΣΥ. Κατά την περίοδο 1983-1992, η δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών ήταν απαγορευμένη και έγινε προσπάθεια το μεγαλύτερο μέρος των τότε υφιστάμενων κλινικών να απορροφηθούν από τον δημόσιο τομέα. Ενώ οι περισσότερες μικρές κλινικές έκλεισαν, μερικές από αυτές, καθώς και τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία που παρείχαν υπηρεσίες σε πολυτελείς εγκαταστάσεις, επιβίωσαν, συνάπτοντας συμβάσεις με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και αργότερα και με τα ασφαλιστικά ταμεία. Πρόκειται κυρίως για γενικά και μαιευτικά νοσοκομεία. Το 1992, η απαγόρευση ίδρυσης ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων καταργήθηκε. Από το 1985, έχει υπάρξει μια σημαντική αύξηση στην ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Επιπροσθέτως, σημαντικό μερίδιο υπηρεσιών ειδικοτήτων παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είτε συμβάλλονται με διάφορα ασφαλιστικά ταμεία είτε αμείβονται άμεσα από τους ασθενείς. Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης (φυσιοθεραπεία κ.λπ.) και οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους (γηριατρικά κέντρα) παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα.

Αναφορικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, θα μπορούσε κάποιος να συμπεράνει ότι παίζει έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο στο ευρύτερο σύστημα υγείας, καθώς δεν καλύπτει πάνω από το 15% του πληθυσμού (Economou, 2008). Λαμβάνει κυρίως τη μορφή συμπληρωματικών κερδοσκοπικών σχημάτων, τα οποία παρέχουν κάλυψη για ταχύτερη πρόσβαση και καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών και αυξημένη δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Ορισμένες από τις αιτίες της υπανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα σχετίζονται με

οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, όπως: το διαθέσιμο εισόδημα (οικονομική στενότητα, λιτότητα και πιέσεις για μείωση του εισοδήματος του νοικοκυριού), οι συνθήκες στην αγορά εργασίας (υψηλά ποσοστά ανεργίας), η δημογραφική κατάσταση (γήρανση), οι οικογενειακές δομές (ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί ως μέσο επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και την αναπαραγωγή), οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία (η υγεία ως δημόσιο αγαθό), η ύπαρξη κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση (που είναι θεωρητικά δωρεάν και καθολική). Κάποιοι άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι περισσότερο ενδογενείς και πηγάζουν από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι χαμηλές οργανωτικές δυνατότητες που συνοδεύονται από ελλείψεις κεφαλαίων και έχουν αποτέλεσμα τη χαμηλή παραγωγικότητα και το υψηλό κόστος διαχείρισης, καθώς και η απουσία προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των καταναλωτών. Μια άλλη αιτία ίσως είναι η απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου κ.ά., 2001).

Όταν οι πολίτες είναι συνηθισμένοι να πληρώνουν τον ιατρό τους ή το νοσοκομείο άμεσα, η μεταβίβαση χρημάτων σε έναν ενδιάμεσο φορέα ίσως να εκλαμβάνεται ως μια μη αναγκαία διάρρηξη της προσωπικής σχέσης ασθενή-ιατρού (Mossialos and Thomson, 2004). Επιπροσθέτως, οι πολιτικές των εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης τείνουν να είναι επιλεκτικές, έχοντας θέσει ως ομάδα στόχο τα νέα, υγιή και εύρωστα οικονομικά άτομα (Liaropoulos, 1995).

Από το 1998, έχουν αναπτυχθεί ιδιωτικά προγράμματα διευθυνόμενης φροντίδας υγείας, τα οποία παρέχουν ολοκληρωμένα πακέτα εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής κάλυψης. Βασίζονται είτε στο πρότυπο των Οργανισμών Διαχείρισης Υγείας είτε στο πρότυπο των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών (Οικονόμου κ.ά., 2001).

Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν καλύπτουν την οδοντιατρική περίθαλψη, την πλαστική χειρουργική, την εναλλακτική ιατρική και τις οφθαλμολογικές υπηρεσίες. Εξαιρούνται επίσης της κάλυψης οι προϋπάρχουσες καταστάσεις και οι μακροχρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης. Το ύψος των ασφαλίστρων για ατομικά συμβόλαια βασίζεται στον υπολογισμό του ατομικού κινδύνου, ενώ για τα ομαδικά συμβόλαια βασίζεται στον υπολογισμό του κινδύνου για την ομάδα. Οι μεταβλητές που

χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και το ατομικό ιατρικό ιστορικό. Από τους υποψήφιους αγοραστές ιδιωτικής ασφάλισης ζητείται να παρέχουν πληροφορίες για το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό ασθενειών. Τους ζητείται επίσης να υποβληθούν σε μια σειρά ιατρικών και ακτινολογικών εξετάσεων. Οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν τη δυνατότητα να απορρίψουν αιτήσεις για ασφάλιση, να εξαιρέσουν από την ασφάλιση προϋπάρχουσες καταστάσεις ή να θέσουν ηλικιακά όρια. Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια λήγουν όταν ο ασφαλισμένος φτάσει στην ηλικία των 65 ετών, μετά την οποία δεν του παρέχεται η δυνατότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης.

2.6 Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στη χώρα μας χρηματοδοτείται με την βοήθεια ενός συνδυασμού δημόσιων και ιδιωτικών πόρων. Η δημόσια χρηματοδότηση παρέχεται από την κοινωνική ασφάλιση και τη φορολογία. Κύρια πηγή εσόδων για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, μαζί και των εισφορών του κράτους για τους δημόσιους υπαλλήλους. Ακόμα, ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των άμεσων και έμμεσων φόρων, καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, τις δαπάνες για τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, επιδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοϊατρικό εξοπλισμό κ.λπ.) και χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες προτείνουν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας και έχουν την δυνατότητα να πάρουν αρκετές μορφές. Επιπλέον μορφή είναι η καταβολή άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση είτε τις καλύπτει αλλά οι πολίτες επιθυμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά για λόγους ελαχιστοποίησης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

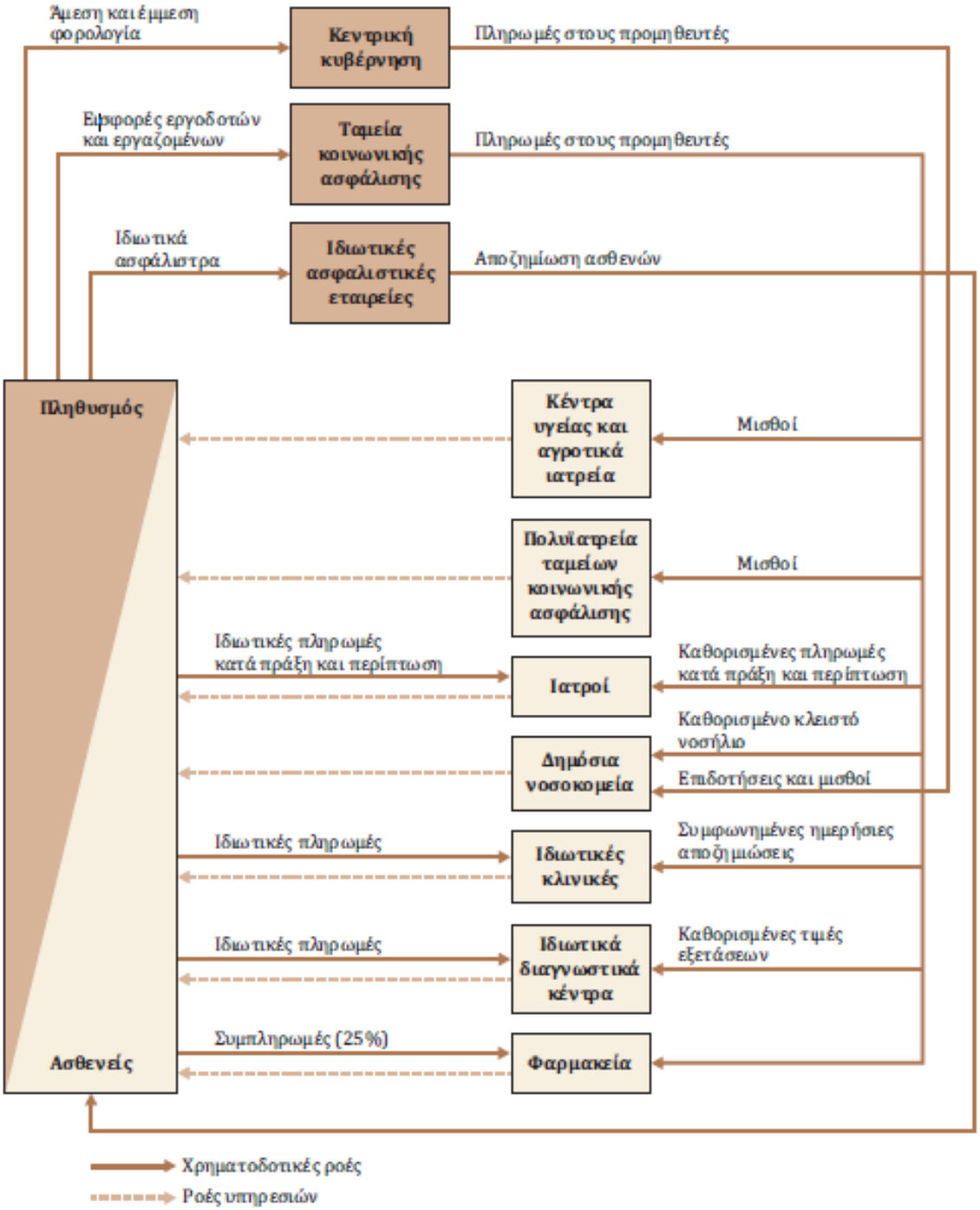
Μερικές ακόμα μορφές ιδιωτικής δαπάνης είναι οι επίσημες συμπληρωμές που προβλέπονται για συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης, όπως παραδείγματος χάριν η συμμετοχή στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι παράτυπες πληρωμές που γίνονται με στόχο να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής ή να επιτευχθεί η καλύτερη προσοχή από την πλευρά του ιατρού και, τέλος, οι δαπάνες της

ιδιωτικής ασφάλισης για όσους έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό του μείγματος των χρηματοδοτικών πόρων του ελληνικού συστήματος υγείας είναι το πολύ μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών. Οι άμεσες από τον πολίτη πληρωμές, οι συμπληρωμές και οι παράτυπες πληρωμές (στο βαθμό που καταγράφονται στις έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών) είναι το 37,6% του συνόλου των δαπανών υγείας και οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση το 2,1%, με κατάληξη το 39,7% των δαπανών υγείας να είναι ιδιωτικές. Αυτό έχει ως κατάληξη να αμφισβητείται ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας. Το πρόβλημα της μεγάλης ιδιωτικής δαπάνης ενισχύεται πιο πολύ από το γεγονός ότι η επίπτωση του φορολογικού συστήματος στη χώρα μας είναι αντίστροφα προοδευτική επειδή της εκτεταμένης φοροδιαφυγής όπως και του υψηλού όγκου παραοικονομίας. Κατάληξη αυτού, είναι η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας να μην πραγματοποιείται και οι δαπάνες υγείας να επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό τα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα.

Επιπλέον, οι πληρωμές προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας είναι αναδρομικές και περιέχουν τους μισθούς του προσωπικού του ΕΣΥ, την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση όσον αφορά τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία παρόχους και τα ημερήσια νοσήλια για τα δημόσια νοσοκομεία. Οι πιο πάνω μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας δεν έχουν σχέση με την επίδοσή τους, με κατάληξη η χρησιμοποίηση των πόρων υγείας να είναι λιγότερο αποδοτική απ' ό,τι θα ήταν εάν είχαν εφαρμοστεί προοπτικές μέθοδοι αποζημίωσης (Κυριόπουλος κ.ά., 2000).

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται οι χρηματοδοτικές ροές, οι ροές των υπηρεσιών και οι μέθοδοι αποζημίωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας, όπως ακόμα και οι επιμέρους σχέσεις ανάμεσα των διάφορων συστατικών μερών του συστήματος υγείας.



Πηγή: Sissourasetal. (1994)

Διάγραμμα 2.1

Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας

2.7 Συλλογή εσόδων και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

2.7.1 Φορολογία

Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας την χρονιά του 1983 αποσκοπούσε να διαφοροποιήσει το μείγμα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα με τη υλοποίηση ενός δημόσιου συστήματος υγείας χρηματοδοτούμενου από τη φορολογία. Η μεγέθυνση των δημόσιων εξόδων για την υγεία που πραγματοποιήθηκε τη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 χρηματοδοτήθηκε σχεδόν εξ ολοκλήρου από τη φορολογία. Οπότε, στα μέσα της δεκαετίας του 1990, το 75% της δημόσιας χρηματοδότησης προήλθε από φορολογικά έσοδα. Αυτό αντανακλούσε τις υψηλές κρατικές επιδοτήσεις που στόχευαν στο να διατηρήσουν τις τιμές των υπηρεσιών υγείας όσο γίνεται πιο χαμηλά, με σκοπό να μετριαστούν οι πιέσεις που πραγματοποιούνταν στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και να αποθαρρυνθεί η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Όμως, η ισορροπία ανάμεσα της φορολογίας και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης άλλαξε στα μέσα της δεκαετίας του 1990, μετά το διπλασιασμό των επίσημων ημερήσιων κλειστών νοσηλίων των νοσοκομείων και την ως εκ τούτου αύξηση της χρηματοδότησης από την κοινωνική ασφάλιση. Στις μέρες μας, η φορολογία είναι μόνο το 29,1% των συνολικών εξόδων για την υγεία και το 48,2% των δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Στη χώρα μας, τα φορολογικά έσοδα παρέχονται από άμεσους φόρους, κυρίως εισοδήματος, και έμμεσους φόρους στα αγαθά και στις υπηρεσίες. Χαρακτηριστικό του ελληνικού φορολογικού συστήματος είναι ότι οι έμμεσοι φόροι είναι σχεδόν το 60% των συνολικών φορολογικών εσόδων. Συνεπώς, η εξάρτηση από τους έμμεσους φόρους, των οποίων η επίπτωση είναι αντιστρόφως προοδευτική, υπονομεύει την οριζόντια και κάθετη ισότητα (Bronchi, 2001).

2.7.2 Κοινωνική ασφάλιση

Τη χρόνια του 2007, τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση για την υγεία αντιπροσώπευαν το 31,2% του συνόλου των υγειονομικών εξόδων. Η βασική πηγή χρηματοδότησης για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, το ύψος των οποίων διαφέρει ανάμεσα των ασφαλιστικών οργανισμών. Λόγου χάριν, το ποσοστό της εισφοράς για υγεία στο ΙΚΑ ανέρχεται σε 7,65% επί του ακαθάριστου μισθού, από το οποίο το 2,55%

επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και το 5,10% τον εργοδότη. Ακόμα, για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού των ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν καταταγεί οι ασφαλισμένοι. Στον ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου σε ποσοστό 5,10%. Στην περίπτωση του ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι έχουν την δυνατότητα να διαλέξουν ανάμεσα 14 ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται. Επίσης, οι εισφορές για την ασφάλιση ασθένειας των συνταξιούχων των φορέων κύριας ασφάλισης διαφέρουν. Το μεγαλύτερο μέρος των συνταξιούχων καταβάλλει 4% επί του ποσού των συντάξεώς τους και ο ασφαλιστικός οργανισμός 6% επί του ποσού αυτού. Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλιστικές εισφορές προβλέπεται να είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας (7,65%: 5,1% εργοδότης και 2,55% εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ, που για τους νέους ασφαλισμένους-εργαζομένους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές.

2.7.3 Ιδιωτικές πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές που καταβάλλουν τα νοικοκυριά για την υγεία, όπως προείπαμε, αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας στη χώρα μας. Το συγκεκριμένο γεγονός έχει την δυνατότητα να εξηγηθεί από τη μεγάλη διαφορά ανάμεσα του επίσημου ποσοστού αποζημίωσης και του πραγματικού ποσού που παρέχεται στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Την ώρα της συνδιαλλαγής οι πολίτες είναι εκτεθειμένοι σε υψηλές άμεσες πληρωμές, με αποτέλεσμα να τίθεται σε δοκιμασία το κριτήριο της ισότητας και η καθολική ασφάλιση με μηδενικές τιμές να φαλκιδεύεται, διότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό συνασφάλισης, παρά το γεγονός ότι, τυπικά, οι θεσμικές χρεώσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ χαρακτηρίζονται μικρές (Κυριόπουλος κ.ά., 2001). Η μόνη σημαντική πηγή εσόδων από τη χρήση των υπηρεσιών του ΕΣΥ παρέχονται έως πριν μερικά χρόνια από τα φαρμακευτικά προϊόντα, για τα οποία τα ποσά συμμετοχής/συνασφάλισης διαφέρουν από 0-25% σχετικά με τη σοβαρότητα και τη χρονική διάρκεια της νόσου, όπως και το εισόδημα των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Χρηματοοικονομική διαχείριση και αριθμοδείκτες

3.1 Ορισμός- σημασία χρηματοοικονομικής διαχείρισης

Η χρηματοοικονομική διαχείριση έχει ως αντικείμενο την μελέτη – ανάλυση του συντελεστή παράγωγης «κεφάλαιο». Ο σκοπός της έως και το 1960, ήταν ότι αποτελούσε μια περιγραφική επιστήμη οπού περιείχε αναλύσεις και λήψη αποφάσεων για την εξασφάλιση της χρηματοδότησης και την ρηματοποίηση των λειτουργικών σκοπών της επιχείρησης. Ουσιαστικά εξεταζόταν που θα βρει τα χρηματικά ποσά «κεφάλαια» η επιχείρηση για να χρηματοδοτήσει τις δραστηριότητες της οι οποίες θα πραγματοποιήσουν πωλήσεις και στην μετά θα παρέχουν κέρδη. Η χρηματοοικονομική διαχείριση είναι μια επιστήμη των αποφάσεων (Capensky 2007). Έτσι η διοίκηση επιχειρήσεων σημαίνει λήψη αποφάσεων, η αποτελεσματική χρηματοοικονομική διαχείριση είναι σημαντική προτεραιότητα για τις επιχειρήσεις σε όλους τους κλάδους και αυτό διότι συνδέεται όχι μόνο με την παραγωγικότητα και κερδοφορία αλλά και την ίδια την επιβίωση τους. Αυτός που ευθύνεται για την γενική χρηματοοικονομική πολίτικη και τον έλεγχο αυτής σε μια επιχείρηση είναι ο οικονομικός διευθυντής. Οπότε η χρηματοοικονομική διαχείριση είναι μέρος της οικονομικής διεύθυνσης μιας οικονομικής μονάδας.

Εκτός όμως από την εξασφάλιση χρηματοδότησης η χρηματοοικονομική διαχείριση ασχολείται και με άλλες κατηγορίες αποφάσεων που χρειάζεται να παρθούν σε μία επιχείρηση

1. Οι αποφάσεις επένδυσης, σε αυτή την περίπτωση αξιολογούνται τα διάφορα επενδυτικά προγράμματα και επιλογές, μακροπρόθεσμου ή βραχυπρόθεσμου χαρακτήρα, συνυπολογίζεται ο κίνδυνος και διαλέγονται οι επενδύσεις που θα παρέχουν ικανοποιητικές αποδόσεις για την μεγιστοποίηση του πλούτου των μετόχων και την αξία της επιχείρησης.
2. Η πολιτική του μερίσματος, ως γνωστό η επιχείρηση εάν στο τέλος της χρήσης εμφανίσει κέρδη, ένας αριθμός από το σύνολο τους το διανέμει ως μέρισμα στους μέτοχους της και ένα ποσοστό επί αυτών παρακρατείται ως απόθεμα για να επενδυθεί σε μελλοντικά προγράμματα και ευκαιρίες. Η μερισματική πολίτικη έχει να κάνει και με την κεφαλαιακή διάρθρωση της επιχείρησης

ουσιαστικά ποια ποσότητα κεφαλαίων από παρακρατηθέντα κέρδη και ξένα κεφαλαία θα χρησιμοποιήσει για να χρηματοδοτήσει τα μελλοντικά της επενδυτικά σχέδια.

3. Χρηματοοικονομική λειτουργία. Ο οικονομικός διευθυντής αξιοποιώντας τους πόρους της επιχείρησης διαχειρίζεται και ελέγχει την ροη κεφαλαίων με τον ποιο αποδοτικό τρόπο π.χ. (επαρκή ρευστότητα, προϋπολογισμός εισπράξεων – πληρωμών, διαχείριση διαθέσιμων και κινδύνου) με σκοπό να εξασφαλιστεί η μεγιστοποίηση της άξιας της επιχείρησης και του πλούτου των μέτοχων.

Επομένως ο σκοπός της χρηματοοικονομική διαχείρισης είναι να δημιουργήσει να αποκτήσει και να χρησιμοποιήσει τους πόρους «κεφάλαια» για να μεγιστοποιήσει την αποδοτικότητα και την άξια της επιχείρησης. Εδώ να πούμε ότι εφόσον αναφερόμαστε στο συντελεστή παράγωγης κεφάλαιο θα ήταν πλέον δόκιμη η απόδοση του management ως «διαχείριση» και όχι τόσο ως διοίκηση (Μιχαήλ Αλεξανδρίδης ,2004).

3.2 Ανάλυση αριθμοδεικτών- Μια θεωρητική προσέγγιση

Οι αριθμοδείκτες είναι λόγοι διαφόρων μεγεθών του ισολογισμού και αποσκοπούν να μας παρουσιάσουν την οικονομική υγεία της επιχείρησης. Είναι εργαλείο παρατήρησης της επιχείρησης διότι η συνδυασμένη μελέτη τους μας παρέχει την δυνατότητα να αξιολογήσουμε την οικονομική της θέση, τις προοπτικές, τη καλυτέρευση ή χειροτέρευση συγκεκριμένων μεγεθών όχι μονό σε σχέση με την προηγουμένη περίοδο άλλα και με τις υπόλοιπες εταιρείες του κλάδου. Πιο αναλυτικά, μέσα από αυτές τις σχέσεις ανάμεσα των μεγεθών, λογιστικής ή στατιστικής προέλευσης (αριθμοδείκτες), προσδιορίζεται η πραγματική θέση της επιχείρησης, το αποτέλεσμα που πέτυχε από τις δραστηριότητες της, εξετάζεται η απόδοση των διαφόρων δραστηριοτήτων της οικονομικής μονάδας με στόχο την ορθολογική εκμετάλλευση των πόρων της. Να πούμε ακόμα ότι η οικονομική πραγματικότητα οποιαδήποτε επιχείρησης είναι μία παρόλα αυτά, καθένας από τους αριθμοδείκτες παρουσιάζει μια διαφορετική πλευρά της ιδίας πραγματικότητας όμως από μονάδα σε μονάδα το ίδιο σύμπτωμα έχει την δυνατότητα να παρουσιαστεί ως `εκδήλωση διαφορετικού προβλήματος οπότε οι αριθμοδείκτες εμφανίζουν το σύμπτωμα και όχι το αίτιο του προβλήματος (Μπέης, 2007).

Ακόμα, οι αριθμοδείκτες για να είναι χρήσιμοι χρειάζεται να παρουσιάζουν μια σημαντική, λογική σχέση, ανάμεσα μεγεθών σε κοινές αξίες η οποία θα έχει οικονομικό αποτέλεσμα (π.χ καθαρά κέρδη και ίδια κεφάλαια), υποστηρίζεται ότι 2 μεγέθη έχουν να κάνουν μεταξύ τους όταν από την συσχέτιση τους παρουσιάζει οικονομική σχέση, αυτός είναι και ένας από τους κυριότερους λογούς για την λειτουργία των αριθμοδεικτών, η αδυναμία να γίνει άμεσα αντιληπτή και χρήσιμη η πραγματική αξία των απολύτων μεγεθών που περιέχονται στον ισολογισμό και στην κατάσταση των αποτελεσμάτων χρήσης. Κύριος στόχος του αναλυτή – μελετητή είναι να μπορεί να μελετήσει την παρελθοντική πορεία και την παρούσα κατάσταση της επιχείρησης και να εξάγει συμπεράσματα έγκαιρα για το μέλλον της με βάση τους δείκτες αυτούς. Η χρησιμότητα των αριθμοδεικτών ευθύνεται στην συνοπτική γρήγορη και περιεκτική πληροφόρηση που προσφέρουν για την οικονομική κατάσταση της επιχείρησης. Ακόμα, οι τιμές των δεικτών όμως χρειάζεται να είναι η αφετηρία για να ερευνήσουμε, γιατί μια εταιρία πλεονεκτεί ή μειονεκτεί έναντι των άλλων εταιριών του κλάδου και όχι να είναι τα συμπεράσματα της έρευνάς μας.

Πολλοί επενδυτές συχνά έχουν την ανάγκη για την ερμηνεία των κυριοτέρων οικονομικών στοιχείων των επιχειρήσεων ως βοήθημα στις επενδυτικές τους επιλογές. Η λειτουργία των βασικότερων αριθμοδεικτών συνιστά ένα χρήσιμο εργαλείο επιλογής και παρακολούθησης των διαφόρων εταιρειών σε συνδυασμό πάντα με επιπρόσθετα εργαλεία ανάλυσης, γιατί εκείνοι εκφράζουν σχέσεις που εμφανίζουν οικονομικό ενδιαφέρον και οδηγούν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα επίσης είναι μια από τις πλέον διαδεδομένες και δυναμικές μεθόδους χρηματοοικονομικής ανάλυσης των επιχειρήσεων προσφέροντας ενδείξεις για την πορεία μιας επιχείρησης και το βαθμό αποτελεσματικότητας στη λήψη αποφάσεων από τη διοίκηση. Ακόμα, με την συνδυασμένη ανάλυση των αριθμοδεικτών βρίσκονται οι περιοχές εκείνες που πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο, για αυτό τον λόγο δίνεται μεγάλη προσοχή στην μελέτη και στην ερμηνεία τους για το σωστό αποτέλεσμα. Ο τύπος της ανάλυσης που γίνεται με βάση τις λογιστικές καταστάσεις και τον οποίο θα ακολουθήσουμε παρακάτω είναι δυο ειδών:

- Διεταιρική ανάλυση
- Διαχρονική ανάλυση

Η Διεταιρική ανάλυση όπως χαρακτηρίζει και ο ορισμός της εξετάζει και συγκρίνει τις εταιρείες μεταξύ τους σε σχέση με κάποιο σημείο αναφοράς π.χ. (πρότυποι δείκτες) όπως δείκτες και ποσοστά που στηρίζονται στα δεδομένα επιλεκτικής ομάδας ανταγωνιστών, δείκτες που στηρίζονται στα δεδομένα όλων των επιχειρήσεων του κλάδου, δείκτες και ποσοστά που στηρίζονται στα δεδομένα του προϋπολογισμού της επιχείρησης (εάν είναι διαθέσιμα).

Η διαχρονική ανάλυση από την άλλη πλευρά αναλύει την πορεία της επιχείρησης δυναμικά σε σχέση με τον χρόνο. Σημαντικό μειονέκτημα της διαχρονικής ανάλυσης είναι συχνά η έλλειψη του μέτρου σύγκρισης για να κρίνει τελικά ο αναλυτής αν οι τιμές των δεικτών είναι ικανοποιητικές ή όχι. Ακόμα, σε συνδυασμό έχουμε την δυνατότητα να εξετάσουμε μια εταιρεία σε σύγκριση με μια άλλη δυναμικά σε σχέση με τον χρόνο.

Κύριοι παράμετροι για να είναι συγκρίσιμοι οι αριθμοδείκτες μεταξύ των εταιρειών είναι:

1. Ομοιόμορφο λογιστικό σύστημα
2. Ίδιες μέθοδοι αποσβέσεις και αποτιμήσεις των περιουσιακών στοιχείων
3. Σύνταξη οικονομικών καταστάσεων με βάση ενιαίες λογιστικές αρχές και παραδοχές-Διεθνή λογιστικά πρότυπα.
4. Επίδραση πληθωρισμού
5. Η φάση του κύκλου (οικονομία επιχειρήσεις –ανταγωνιστές)

Επίσης, οι παράγοντες που βοηθούν θετικά στους αριθμοδείκτες είναι: η κρίση του αναλυτή και αυτό διότι η ποιότητα μιας απόφασης είναι συνάρτηση του βαθμού πληροφόρησης του λήπτη της απόφασης, η ιστορία της επιχείρησης, η θέση της στον κλάδο, η πολίτικη της διοίκησης, οι τρέχουσες εμπορικές συνθήκες.

Αναλυτικότερα θα λέγαμε ότι οι αριθμοδείκτες αποτελούν σχέσεις μεταξύ διαφόρων λογιστικών μεγεθών της επιχείρησης, χρησιμεύουν ως δυναμικό εργαλείο χρηματοοικονομικής διοίκησης διότι με την αξιολόγηση και ερμηνεία τους, εξετάζονται οι δυνατότητες και οι προοπτικές της εταιρείας, παρουσιάζεται ο βαθμός απόδοσης των διαφόρων δραστηριοτήτων της οικονομικής μονάδας, με στόχο την ορθολογική εκμετάλλευση των μεσών δράσης της.

Οι βασικές ενότητες ομαδοποίησης δεικτών είναι :

- Δείκτες Ρευστότητας

- Δείκτες αποδοτικότητας
- Δείκτες κεφαλαιακής δομής και βιωσιμότητας (Δανειακή επιβάρυνση)
- Δείκτες δραστηριότητας
- Δείκτες χρηματοοικονομικής μόχλευσης

3.3 Ανάλυση ρευστότητας

Η ρευστότητα μετρά την ικανότητα μιας επιχείρησης για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις πληρωμών της εξασφαλίζοντας την ίδια ώρα την ομαλή λειτουργία του χρηματοοικονομικού κύκλου. Είναι η ικανότητα για μετατροπή των περιουσιακών στοιχείων της επιχείρησης σε μετρητά. Οι εισπράξεις και οι πληρωμές δεν συμπίπτουν χρονικά έστω και αν μακροχρόνια οι εισπράξεις είναι μεγαλύτερες από τις πληρωμές (κερδοφόρες επιχειρήσεις). Οπότε, η επιχείρηση κρατά κεφάλαια ιδία και ξένα για να έχει την δυνατότητα να λειτούργει το εμπορικό και παραγωγικό κύκλωμα εκμεταλλεύσεως απρόσκοπτα. Η ρευστότητα διαχωρίζεται σε:

1. Στατική (δείχνει τη στιγμή της σύνταξης του ισολογισμού την ικανότητα των πληρωμών),
2. Δυναμική (χρησιμοποιείται για τις ανάγκες τις επιχείρησης και εξάγεται από εσωλογιστικά δεδομένα).

Η ρευστότητα είναι κύριος παράγοντα σταθερότητας και προόδου για κάθε επιχείρηση, ως γνωστό η σχέση ανάμεσα ρευστότητας και αποδοτικότητας είναι αντίστροφη οπότε για μεγάλο χρονικό διάστημα η υπερβολική ρευστότητα βλάπτει την αποδοτικότητα διότι τα δεσμευμένα κεφαλαία (χρήματα) χρειάζεται να επενδυθούν σε στοιχειά του ενεργητικού (αποθέματα απαιτήσεις παγία κτλ) για να αποδώσουν. Σε βραχυχρόνια περίοδο όμως το πρόβλημα της ρευστότητας έχει προτεραιότητα σε σχέση με την αποδοτικότητα και αυτό διότι η ανεπαρκής ρευστότητα παρουσιάσει ταμιακή στενότητα ικανή να οδηγήσει σε αποσύνθεση την επιχείρηση. Οι αντιπροσωπευτικοί δείκτες που περιέχονται στην έννοια της ρευστότητας είναι:

- Γενικής Ρευστότητας
- Άμεσης Ρευστότητας

- Ταμειακής Ρευστότητας

Δείκτης γενικής ρευστότητας

Δείκτης γενικής ρευστότητας = σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού / σύνολο βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων.

Ο συγκεκριμένος αριθμοδείκτης παρουσιάζει το μέτρο ρευστότητας μιας επιχείρησης και το περιθώριο ασφαλείας, με σκοπό αυτή να έχει την δυνατότητα να ανταπεξέλθει στην πληρωμή των καθημερινών απαιτητών υποχρεώσεων. Στον αριθμητή παρουσιάζονται τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού (αποθέματα + απαιτήσεις + διαθέσιμα), ενώ στον παρανομαστή παρουσιάζονται όλες οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις π.χ. (προμηθευτές, τραπεζικά δάνεια βραχυχρόνια, πιστωτές, επιταγές πληρωτέες, προκαταβολές πελατών φόροι-τέλη ,ασφαλιστικοί οργανισμοί).

Υπάρχουν όμως δυο κύρια αρνητικά στον υπολογισμό του αριθμοδείκτη. Αρχικά, λόγο ότι ο αριθμοδείκτης μέτρα το περίσσευμα των ρευστών κεφαλαίων πάνω στις τρέχουσες υποχρεώσεις εκφράσει μια στατική αντίληψη του ποιοι παραγωγικοί πόροι μπορούν να καλύψουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Επίσης στον αριθμοδείκτη αυτό δεν γίνεται διάκριση στα επιμέρους στοιχειά του κυκλοφορούντος ενεργητικού και έτσι για παράδειγμα μια διαφορετική μέθοδος αποτίμησης των αποθεμάτων έχει την δυνατότητα να επηρεάσει το ύψος τους και επομένως την τιμή του δείκτη. Ουσιαστικά μια τιμή του δείκτη γύρω στο 2 είναι ικανοποιητική, ωστόσο η τιμή αλλάζει σχετικά με τον κλάδο στον όποιο δραστηριοποιείται η επιχείρηση.

Δείκτης ειδικής ρευστότητας

Δείκτης ειδικής ρευστότητας = Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού μείον αποθέματα / σύνολο βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων

Ο αριθμοδείκτης αυτός εκτιμά αυστηρότερα την δυνατότητα της επιχείρησης να εξυπηρετήσει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της χρησιμοποιώντας τα αμέσως ρευστοποιήσιμα στοιχεία της, αφαιρούνται τα αποθέματα ουσιαστικά λόγο ότι έχουν την δυνατότητα να παρουσιάσουν δυσχέρειες στην ρευστοποίηση τους και ίσως να προκύψει ζημία.

3.4Αριθμοδείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας αποθεμάτων

Δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας αποθεμάτων= κόστος πωλήσεων / αποθέματα

Ο αριθμοδείκτης αυτός επιτρέπει να δούμε πόσες φορές ανανεώθηκαν τα αποθέματα της επιχείρησης σε σχέση με τις πωλήσεις της μέσα στη χρήση. Χρησιμοποιείται δηλαδή για να διαπιστωθεί η ταχύτητα με την οποία τα αποθέματα διατέθηκαν και αντικαταστάθηκαν κατά τη διάρκεια της χρήσης. Αν διαιρέσουμε το 365 (συνολικές ημέρες του έτους) με τον αριθμό αυτόν διαπιστώνουμε τον αριθμό των ημερών που παρέμειναν τα αποθέματα στην επιχείρηση ώσπου να πωληθούν.

3.4 Αριθμοδείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων

Δείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων= κύκλος εργασιών / απαιτήσεις

Ο συγκεκριμένος δείκτης καταδεικνύει αν οι απαιτήσεις μιας επιχείρησης είναι πολύ μεγάλες σε σύγκριση με τις πωλήσεις της. Ανάλογος με την ταχύτητα είσπραξης των απαιτήσεων είναι ο χρόνος δέσμευσης των απαιτήσεων. Μεγάλη ταχύτητα στην είσπραξη των απαιτήσεων σημαίνει μικρότερη πιθανότητα ζημιών από επισφαλείς πελάτες. Η παρακολούθηση της τάσης είναι διαχρονικά χρήσιμη για την αξιολόγηση της ποιότητας και της ρευστότητας των απαιτήσεων.

3.5 Αριθμοδείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού

Δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού= κύκλος εργασιών / γενικό σύνολο ενεργητικού

Ο εν λόγω αριθμοδείκτης παρέχει ενδείξεις για το πόσο η επιχείρηση χρησιμοποιεί εντατικά τα περιουσιακά της στοιχεία προκειμένου να πραγματοποιεί τις πωλήσεις της. Από αυτό φαίνεται αν υπάρχει υπερεπένδυση κεφαλαίων στην επιχείρηση σε σχέση με το ύψος των πωλήσεών της. Βέβαια, τα στοιχεία αυτού του δείκτη επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη μέθοδο των αποσβέσεων που ακολουθεί η διοίκηση της εταιρείας, δηλαδή από το αν ακολουθείται πολιτική αυξανόμενης ή σταθερής απόσβεσης. Γενικότερα, όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης αυτός τόσο πιο αποτελεσματικά έχουν χρησιμοποιηθεί τα περιουσιακά της στοιχεία. Επίσης, είναι χρήσιμο να γίνεται σύγκριση αυτού του δείκτη με τις ισορροπίες του κλάδου.

3.6 Αριθμοδείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων

Δείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων= καθαρά κέρδη χρήσης / σύνολο ιδίων κεφαλαίων

Ο αριθμοδείκτης αυτός απεικονίζει την κερδοφόρα δυναμικότητα μιας επιχείρησης και παρέχει ένδειξη του κατά πόσο επιτεύχθηκε ο στόχος πραγματοποίησης ενός ικανοποιητικού αποτελέσματος από τη χρήση των κεφαλαίων του μετόχου. Με άλλα λόγια, μετρά την αποτελεσματικότητα με την οποία τα κεφάλαια των φορέων της επιχείρησης απασχολούνται σε αυτήν. Αποτελεί τον βασικό δείκτη τον οποίο η διοίκηση μιας εταιρείας σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος τείνει να προβάλει με τον πιο επιφανή τρόπο στον ετήσιο απολογισμό χρήσης.

Παρακάτω εμφανίζεται μία παρουσίαση, τόσο οικονομική όωο και ως προς το όραμα και τους στόχους, τριών από τα μεγαλύτερα ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας μας και δύο από τα μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία. Η οικονομική ανάλυση πραγματοποιείται με την χρήση των δεικτών που αναφέραμε και καταλήγει σε μία σύγκριση ανάμεσα σε δείγμα του ιδιωτικού και δείγμα του δημόσιου τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ανάλυση αριθμοδεικτών Ιδιωτικών & Δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων

4.1 Διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο Αθηνών "Υγεία" Α.Ε.

Το ΥΓΕΙΑ είναι το πρώτο μεγάλο ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα που λειτούργησε στη χώρα μας από το 1974 και σήμερα είναι μια από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες. Δημιουργήθηκε την χρονιά του 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών με σκοπό την ανάπτυξη ενός πρότυπου για την χώρα ιδιωτικού νοσοκομείου. Στην διάρκεια της πορείας του στο νοσοκομείο συντελέστηκαν διάφορα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, όπως η πραγματοποίηση της πρώτης μεταμόσχευσης καρδιάς στην χωρά, η πρώτη στην Ευρώπη εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων σε καρκίνο του προστάτη, ενώ ο επιτυχής διαχωρισμός των Σιαμαίων το Μάιο το 1989 χάρισε την αυτόνομη ζωή σε δυο άτομα.

Στις μέρες μας το ΥΓΕΙΑ εξακολουθεί να πρωτοπορεί έχοντας ως κύριο στόχο την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και την ανάπτυξη δικτύου ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας όπως και το εξωτερικό. Το νοσηλευτικό ίδρυμα προσφέρει ένα αριθμό υπηρεσιών υγείας όπου κυριαρχεί η αξιοπιστία και ο σεβασμός στον άνθρωπο και στην ζωή. Επίσης, κατέχει το μοναδικό στην Ελλάδα τμήμα ακτινοχειρουργικής εγκέφαλου GAMMA-KNIFE με το LeksellKnifePerfexion, το πρώτο PET-CT (Τμήμα Τομογραφίας Εκπομπής Ποζιτρονίων) που δούλεψε στην Ελλάδα, μια από της πιο σύγχρονες μονάδες μεταμόσχευσης ρευστών οργάνων (μυελού των οστών) και το πρωτοποριακό σύστημα Ρομποτικής Χειρουργικής DaVinci S για αναίμακτες επεμβάσεις.

Αποστολή της εταιρείας είναι:

- Η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στην αιχμή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας.
- Η ανάπτυξη δικτύου ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό.
- Εταιρική κοινωνική υπευθυνότητα και αξιοπιστία.
- Σημείο αναφοράς των ασθενών και του επιστημονικού δυναμικού.
- Αξιόπιστος και υπεύθυνος εργοδότης για το προσωπικό.

- Δημιουργία υπεραξίας για τους μέτοχους.

Ακόμα, ο όμιλος ΥΓΕΙΑ κατέχει 6 νοσοκομεία σε Ελλάδα, Αλβανία, και Κύπρο τα οποία διαθέτουν άδειες συνολικής δυναμικότητας 1.422 κλινών με 69 χειρουργικές αίθουσες, 40 αίθουσές τοκετών, 11 μονάδες εντατικής θεραπείας, απασχολεί περισσότερους από 3.400 εργαζόμενους και περίπου 4.000 συνεργάτες ιατρούς.

	Όμιλος Υγεία		
	2013	**2012**	**2011**
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού	107.133.000,00	152.094.000,00	132.667.000,00
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	122.307.000,00	193.739.000,00	259.661.000,00
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις εκτός ΔΑΝΕΙΩΝ	94.467.000,00	105.623.000,00	78.687.000,00
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας	**0,88**	**0,79**	**0,51**
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας εκτός ΔΑΝΕΙΩΝ	**1,13**	**1,44**	**1,69**
Κόστος Πωληθέντων	199.946.000,00	213.682.000,00	223.736.000,00
Αποθέματα	5.673.000,00	5.865.000,00	7.502.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων	**35,25**	**36,43**	**29,82**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων (σε μέρες)	**10,36**	**10,02**	**12,24**
Πωλήσεις	203.658.000,00	237.946.000,00	237.592.000,00
Απαιτήσεις	66363000	113.208.000,00	74.716.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων	**3,07**	**2,10**	**3,18**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήεσεων (σε μέρες)	**118,94**	**173,66**	**114,78**
Κόστος Πωληθέντων	199.946.000,00	213.682.000,00	223.736.000,00
Προμηθευτές	94.467.000,00	105.623.000,00	78.687.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών	**2,12**	**2,02**	**2,84**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών (σε μέρες)	**172,45**	**180,42**	**128,37**
Πωλήσεις	203.658.000,00	237.946.000,00	237.592.000,00
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	107.133.000,00	152.094.000,00	132.667.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	**1,90**	**1,56**	**1,79**
Καθαρά Κέρδη	-39.379.000,00	-121.797.000,00	-31.142.000,00
Ίδια Κεφάλαια	172.014.000,00	214.887.000,00	353.351.000,00
Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	**-0,23**	**-0,57**	**-0,09**

Αναλύοντας τους παραπάνω δείκτες και μελετώντας τις οικονομικές καταστάσεις παρατηρούμε ότι ο δείκτης γενικής ρευστότητας εμφανίζεται με ανοδική τάση κατά την πάροδο των ετών.Ωστόσο και για τα τρία έτη παρατηρούμε ότι είναι κάτω από το ένα. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα διαθέσιμα του ομίλου δεν επαρκούν απόλυτα για την αποπληρωμή των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων του. Βέβαια εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ο όμιλος Υγεία στηρίζεται σε ένα μεγάλο αριθμό προμηθευτών και άρα υποχρεώσεων που την ίδια στιγμή αυτό μας υποδεικνύει την ομαλή λειτουργία του και την "επένδυση" στην συνεχόμενη παραγωγή υπηρεσιών. Βλέποντας κανείς τους δείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας κυκλοφορούντος ενεργητικού και αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων θα του έκανε εντύπωση η μεγάλη μείωση των πωλήσεων και του κυκλοφορούντος ενεργητικου από το 2012 στο 2013 με ταυτόχρονη τεράστια μείωση των ζημιών από την μία χρονιά στην άλλη. Αυτό οφείλεται στο μηχανισμό αυτόματης επιστροφης (claw-back) δαπανών νοσηλείας και των λεγόμενων rebate. Με λίγα λόγια θα μπορούσε κανείς να πει πως το 2013 θα είχε πάει ακόμη καλύτερα με λιγότερες ζημιές (γύρω στα 10.000.000), αν όχι κέρδη, αν δεν υπήρχε το claw-back.

Αναφορικά με τις εξελίξεις που επηρέασαν τον ιδιωτικό κλάδο υγείας, το 2013 τέθηκαν σε εφαρμογή:

Α. Ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw-back) δαπανών νοσηλείας, διαγνωστικών εξετάσεων και φυσικοθεραπείας. Βάσει του μηχανισμού, η μηνιαία δαπάνη του εθνικού οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ) για διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία και φυσικοθεραπείες που παρέχονται από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να υπερβαίνει το 1/12 των εγκεκριμένων πιστώσεων του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ. Σε περίπτωση υπέρβασης, το πλεονάζον θα πρέπει να καταβάλλεται από τους παρόχους εντός μηνός από την πιστοποίησή του. Σε περίπτωση απράκτου παρελεύσεως της προθεσμίας το διοικητικό συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ δύναται να διακόψει την σύμβαση του συμβεβλημένου παρόχου. Το ανωτέρω ποσό υπολογίζεται σε εξαμηνιαία βάση.

Β. Η καθιέρωση κλιμακούμενου ποσοστού επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείες των ασφαλισμένων του προς τους συμβεβλημενους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες παρόχους των ως άνω υπηρεσιών υγείας, υπέρ του οργανισμού ως επιστροφή (rebate) για κάθε μήνα. Το ποσό της

επιστροφής υπολογίζεται σε μηνιαία βάση και αποδίδεται μετά το πέρας εκάστου τριμήνου από τους υπόχρεους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Ο ΕΟΠΠΥ δίναται να συμψηφίσει το ανωτέρω ποσό (rebate) με ισόποσες οφειλές του προς τους παρόχους όπως αυτές προκύπτουν από τα νόμιμα παραστατικά τους και οι οποίες δημιουργήθηκαν εντός του ίδιου χρονικού διαστήματος.

4.2 Όμιλος Euromedica

Ο όμιλος EUROMEDICA δημιουργήθηκε την χρονιά του 1989 από ομάδα 65 διακεκριμένων ιατρών, δραστηριοποιείται δυναμικά στον χώρο της υγείας ενώ στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών εισήχθη το 1994. Είναι ο σημαντικότερος ιδιωτικός πάροχος υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας με βάση τον αριθμό των διαθέσιμών κλινών και την ευρύτατης πανελλαδικής παρουσίας. Ο όμιλος αποτελείται από:

- 51 πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
- 18 κλινικές και 9 κλινικές αποκατάστασης
- 1 κέντρο spa Υγιεινής και α αποκατάστασης

Οπότε με συνολική δυναμικότητα 1.621 κλινών, πλήρη απασχόληση 2646 ατόμων μη ιατρικού προσωπικού και παραπάνω από 10.000 συνεργάτες ιατρούς ο όμιλος κατέχει μια ισχυρή παρουσία στον χώρο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ένα από τα σημαντικότερα στοιχειά του ομίλου είναι ότι κατέχει οργανωμένο δίκτυο ιατρών με μεγάλη πείρα και ισχυρό κύρος, έτσι η γενικότερη αποδοχή από τους ασθενείς και η στήριξη τους από την κοινωνία βοηθά την ίδια ώρα και την ανάπτυξη του ομίλου.

Ο όμιλος διαθέτει παρουσία σε 20 νομούς της Ελλάδας όπως και σε 5 πόλεις της Αλβανίας. Η στρατηγική ανάπτυξης του ομίλου στο εσωτερικό στηρίχθηκε στην επένδυση μέσω απόκτησης (Υφισταμένων μονάδων πχ νοσοκομεία ιατρικά κέντρα αποκατάστασης, νευρο-ψυχιατρικές μονάδες) και στην εκ νέου επένδυση με νέα τμήματα ογκολογίας και θεραπείας ηλικιωμένων από γεροντική άνοια και Alzheimer.

Στο εξωτερικό της χώρας ο όμιλος διάλεξε την στρατηγική μέσω απόκτησης υφιστάμενων μονάδων (νοσοκομεία, ιατρικά κέντρα, τμήματα θεραπείας ηλικιωμένων)

- Η απόκτηση είναι ο στόχος ιδιοκτησίας σε μια υπάρχουσα εταιρεία σε ποσοστό επαρκή για να κατέχει κάποιον έλεγχο, (συνήθως 10%), περιέχοντας την εξαγορά ενός μεγάλου μέρους των περιουσιακών της στοιχείων.
- η εκ νέου επένδυση ή Green field investment όπως λέγεται στα Αγγλικά, έχει να κάνει με μια ριζική επένδυση περιέχοντας καινούρια εργοστάσια στην χώρα υποδοχής.

Βασικά χαρακτηριστικά του ομίλου είναι η σωστή οργάνωση, η μεταφορά τεχνογνωσίας, η συμπληρωματικότητα των δραστηριοτήτων, το μεγάλου κύρους ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ο σωστός τεχνολογικός εξοπλισμός, η γεωγραφική διασπορά του ομίλου.

Όραμα: Η συνεχής ανάπτυξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επομένως με την αναβάθμιση και εξέλιξη των τωρινών νοσηλευτικών μονάδων σε υπερσύγχρονα νοσηλευτικά κέντρα μέσα από ένα άριστα οργανωμένο δίκτυο να παρέχονται αξιόπιστες και έγκυρες υπηρεσίες εφάμιλλες των μεγαλύτερων ιατρικών κέντρων σε παγκόσμιο επίπεδο

Θα πρέπει επιπλέον να αναφερθεί ότι εντός της κλειόμενης χρήσεως ξεκίνησε η πλήρης λειτουργία του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Η σύσταση του Ενιαίου Οργανισμού, στον οποίο εντάχθηκαν εξ' αρχής τα τέσσερα (4) μεγαλύτερα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία (Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ.) και στην συνέχεια και άλλα ας2φαλιστικά ταμεία, σε συνδυασμό με την αλλαγή του τρόπου τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας από τις ιδιωτικές κλινικές λόγω της εφαρμογής του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (Κ.Ε.Ν.), αναμένεται να επιδράσει θετικά στην ρευστότητα του Ομίλου. Σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή αποτελεί η νομοθετική δέσμευση, καθώς και οι πιέσεις του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και της Ευρωπαϊκής Ένωσης για περιορισμό του Δημοσίου Ελλείμματος και αποπληρωμή των εσωτερικών υποχρεώσεων του Δημοσίου, για αποπληρωμή των παλαιότερων υποχρεώσεων των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εντός των καθορισμένων προθεσμιών.

	Euromedica		
	2013	**2012**	**2011**
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού	138.218.000,00	208.912.000,00	166.444.000,00
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	479.328.000,00	523.773.000,00	441.373.000,00
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις εκτός ΔΑΝΕΙΩΝ	171.404.000,00	189.555.000,00	133.035.000,00
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας	**0,29**	**0,40**	**0,38**
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας εκτός ΔΑΝΕΙΩ	**0,81**	**1,10**	**1,25**
Κόστος Πωληθέντων	138.005.000,00	153.212.000,00	165.819.000,00
Αποθέματα	2.767.000,00	3.140.000,00	4.241.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων	**49,88**	**48,79**	**39,10**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων (σε μέρες)	**7,32**	**7,48**	**9,34**
Πωλήσεις	136.996.000,00	209.539.000,00	191.956.000,00
Απαιτήσεις	131.494.000,00	172.266.000,00	119.896.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων	**1,04**	**1,22**	**1,60**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων (σε μέρες)	**350,34**	**300,07**	**227,98**
Κόστος Πωληθέντων	138.005.000,00	153.212.000,00	165.819.000,00
Προμηθευτές	171.404.000,00	189.555.000,00	133.035.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών	**0,81**	**0,81**	**1,25**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών (σε μέρες)	**453,33**	**451,58**	**292,84**
Πωλήσεις	136.996.000,00	209.539.000,00	191.956.000,00
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	138.218.000,00	208.912.000,00	166.444.000,00
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Κυκλοφορούντος Ενεργη	**0,99**	**1,00**	**1,15**
Καθαρά Κέρδη	-60.049.000,00	-58.292.000,00	-128.795.000,00
Ίδια Κεφάλαια	-45.990.000,00	14.884.000,00	72.951.000,00
Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	**1,31**	**-3,92**	**-1,77**

Αναλύοντας τους παραπάνω αριθμοδείκτες παρατηρείται μικρός δείκτης γενικής ρευστότητας ιδιαίτερα του έτους 2013 αλλά πρέπει να τονίσουμε ότι από ότι φαίνεται στον ισολογισμό, ο όμιλος έχει πολλά βραχυπρόθεσμα δάνεια, γύρω στα 300.000.000 γεγονός που ναι μεν μειώνει τον δείκτη γενικής ρευστότητας αλλά δεν θεωρείται απαραίτητα ανησυχητική ένδειξη δεδομένου ότι για να έχει πάρει δάνεια σε εποχές κρίσης από τράπεζες σημαίνει ότι τηρούνταν οι απαραίτητες προϋποθεσεις αποπληρωμής τους. Επίσης όσον αφορά την αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων

βλέπουμε ότι το 2011 και το 2012 είχε αρνητικές τιμές αλλά το 2013 αυτό άλλαξε.. Όπως προείπαμε και για τον όμιλο Υγεία, έτσι και στον όμιλο euromedica τα αποτελέσματα χρήσης εμφανίζονται μειωμένα αφού για να υπολογιστούν από τον κύκλο εργασιών έχει αφαιρεθεί ποσό επιστροφής rebate και claw-back. Συμφωνα με τις οικονομικές καταστάσεις το ποσό επιστροφής της euromedica για το 2013 ηταν 40.812.000 ευρω.

Πιο ξεκάθαρα οι πωλήσεις και το μεικτό κέρδος του ομίλου για το 2013 είναι 136.996.000 και -1.009.000 και το σύνολο των ιδίων κεφαλαίων -45.990.000, ενώ αν δεν υπήρχαν τα ποσα επιστροφης claw-back και rebate, θα ηταν 177.808.000, 39.802.000 και -15.789.000 αντίστοιχα.

4.3 Όμιλος Βοϊατρική Α.Ε

Η Βιοϊατρική δημιουργήθηκε το 1981 και σε μικρό χρονικό διάστηκα κέρδισε την εμπιστοσύνη του ιατρικού κόσμου για την πληρότητα και την μεγάλη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ακόμα, η Βιοϊατρική αποτελεί τον κορυφαίο φορέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με 26 διαγνωστικά εργαστήρια σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και με μεγάλη παρουσία και στο χώρο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της θυγατρικής της «ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε» και των υπό-θυγατρικών «ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α.Ε» και «ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗΠΕΙΡΑΙΑ Α.Ε» σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά αντίστοιχα. Στις μέρες μας η εταιρεία διανύει την τέταρτη δεκαετία της λειτουργίας με βασικό πλεονέκτημα την παροχή εξειδικευμένων και πρωτοποριακών εξετάσεων με την επίτευξη μεγάλης ακρίβειας και απόλυτης αξιοπιστίας στα αποτελέσματα τους. Το απασχολούμενο προσωπικό στον όμιλο είναι σχεδόν 1500 άτομα από τα όποια τα 300 είναι ιατροί.

<u>Φύση Δραστηριοτήτων</u>

Επίσης, η Βιοϊατρική από την ίδρυση της παρέχει πρωτοποριακές και μοναδικές διαγνωστικές εξετάσεις μεγάλης ποιότητας στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (διαγνωστικός τομέας) στη χώρα μας γεγονός που είναι και το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της στην αγορά.

Αναφέρουμε ότι ο Όμιλος εταιρειών υγείας ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ δεν είναι εισηγμένος σε καμία από τις αγορές του Χρηματιστήριου Αθηνών.

Στα περισσότερα υποκαταστήματα της εταιρείας λειτουργούν τα πιο κάτω αναφερόμενα τμήματα:

1. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ.
2. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ
3. ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ
4. ΙΟΛΟΓΙΚΟ
5. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ
6. ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ
7. ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ (PCR)
8. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΡΟΗΣ
9. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ
10. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ
11. ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ
12. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ
13. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ
14. ΕΛΕΓΧΟΥ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ
15. ΥΠΕΡΗΧΩΝ
16. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
17. ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΩΝ
18. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
19. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ
20. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Η σημαντική ανάπτυξη της Βιοϊατρικής βασίστηκε κυρίως στην αξιοπιστία των εργαστηριακών αποτελεσμάτων, αντικειμενική επιβεβαίωση της αξιοπιστίας αυτής είναι οι τιμητικές διακρίσεις (1η και 2η θέση) που κέρδισε η Βιοϊατρική παίρνοντας μέρος σε εθνικά (ΕΣΕΑΠ-200 εργαστήρια, όσο και σε Ευρωπαϊκά προγράμματα (Biorad-500 εργαστήρια), ακόμα είναι τον πρώτος φορέας πρωτοβάθμιας φροντίδας που πιστοποιήθηκε με το διεθνές πρότυπο ISO9001, μια ακόμη απόδειξη της αξιοπιστίας της Βιοϊατρικής είναι η επιλογή της από την General Electric ως εργαστήριο αναφοράς για την αξονική και μαγνητική τομογραφία, την ίδια ώρα η διεθνής αναγνώριση που απολαμβάνει η Βιοϊατρική αποδεικνύεται περαιτέρω από την στρατηγική της συνεργασία με τα φημισμένα εργαστήρια της Mayo Clinic

(Η.Π.Α) για εξειδικευμένες και σπάνιες ιατρικές εξετάσεις. Οι βασικότερες εταιρείες του ομίλου είναι:

- ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε
- ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε
- ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ Α.Ε
- ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α.Ε
- ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε

Στόχος της εταιρείας είναι η καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων, μέσα από την εφαρμογή καινοτομιών και την συνεχή προσπάθεια για πραγματοποίηση ολικής ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

	Βιοϊατρική		
	2013	**2012**	**2011**
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού	105.368.136,07	125.833.581,56	98.896.725,45
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	97.859.772,54	107.737.927,98	102.573.745,58
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις εκτός ΔΑΝΕΙΩΝ	44.325.075,67	48.416.575,71	41.185.544,67
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας	**1,08**	**1,17**	**0,96**
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας εκτός ΔΑΝΕΙΩΝ	**2,38**	**2,60**	**2,40**
Κόστος Πωληθέντων	79.934.978,47	82.639.576,26	78.223.735,73
Αποθέματα	1.970.548,70	2.438.522,09	2197775,97
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων	**40,56**	**33,89**	**35,59**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων (σε μέρες)	**9,00**	**10,77**	**10,26**
Πωλήσεις	111.505.594,54	144.031.325,28	119.228.346,76
Απαιτήσεις	52.790.467,86	102.540.238,20	78.080.688,09
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων	**2,11**	**1,40**	**1,53**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήεσεων (σε μέρες)	**172,80**	**259,85**	**239,03**
Κόστος Πωληθέντων	79.934.978,47	82.639.576,26	78.223.735,73
Προμηθευτές	44.325.075,67	48.416.575,71	41.185.544,67
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών	**1,80**	**1,71**	**1,90**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών (σε μέρες)	**202,40**	**213,84**	**192,18**
Πωλήσεις	111.505.594,54	144.031.325,28	119.228.346,76
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	105.368.136,07	125.833.581,56	98.896.725,45
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Κυκλοφορούντος Ενεργητικο	**1,06**	**1,14**	**1,21**
Καθαρά Κέρδη	6.789.572,95	17.397.572,14	13.895.470,49
Ίδια Κεφάλαια	92.288.090,48	92.514.192,98	72.196.059,35
Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	**0,07**	**0,19**	**0,19**

Αναλύοντας τους παραπάνω δείκτες, ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας κυκλοφορούντος ενεργητικού και ο δείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων μειώνονται σταδιακά από το 2011 έως το 2013. Όπως προκύπτει από τις οικονομικές καταστάσεις ο κύκλος εργασιών του ομίλου έφτασε στο ποσό τωνν 148.149.127,73 ευρώ και μετά την αφαίρεση των προβλέψεων για τις υποχρεωτικές επιστροφές για rebate και claw back του άρθρου 100 του Ν.4172/2013 ποσού 36.643.533,19 ευρώ και οι καθαρές πωλήσεις ανήλθαν σε 111.505.594,54 ευρώ έναντι ποσού 144.031.325,28 ευρώ κατά την προηγούμενη χρήση. Τα αποτελέσματα χρήσεως μετά φόρων ανήλθαν σε 6.789.572,95 ευρώ έναντι 17.397.572,14 ευρώ.

Ωστόσο ο δείκτης ρευστότητας του ομίλου βρίσκεται σε καλά επίπεδα κοντά στην μονάδα και παρόλο που το 2013 εμφανίζεται μειωμένο το σύνολο του κυκλοφορούντος ενεργητικού σε σχεση με το 2012 αυτό δεν μας ανησυχεί διότι μειωμένες είναι και οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις προφανώς λόγω αποπληρωμής μέρους των βραχυπρόθεσμων δανείων και εξόφλησης κάποιων προμηθευτών.

4.4 Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στον τομέα της διάγνωσης και θεραπείας από το 1922. Η αρχική συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε εξακόσιες κλίνες (600), από τις οποίες σήμερα είναι ανεπτυγμένες οι 476 εξ αυτών, στο σύνολο των κτιρίων που διαθέτει.

Αξίες – Στόχοι

Οι αξίες μας όπως ο σεβασμός στον ασθενή και η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής στάθμης με ανθρωπιά & υπευθυνότητα, παρέμειναν αναλοίωτες τις τελευταίες δεκαετίες μέχρι και σήμερα. Οι στόχοι μας τα τελευταία έτη επικεντρώθηκαν κυρίως στην διασφάλιση & βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και στον εξορθολογισμό της κατανομής των διαθέσιμων πόρων και την εφαρμογή νέων πρωτοποριακών μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας προς όφελος του ασθενή.

Γενικό Νοσοκομείο Αττικής "Ιπποκράτειο"

	2013	2012	2011
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού	84.950.976,28	103.579.890,94	56.978.720,42
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	23.328.510,14	51.918.656,46	41.733.766,53
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας	**3,64**	**2,00**	**1,37**
Κόστος Πωληθέντων	70.961.308,48	68.586.639,58	79.625.119,29
Αποθέματα	1.900.376,02	1.990.093,50	2.124.256,10
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων	**37,34**	**34,46**	**37,48**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων (σε μέρες)	**9,77**	**10,59**	**9,74**
Πωλήσεις	50.469.602,82	43.067.814,97	46.654.150,37
Απαιτήσεις	77.194.417,82	96.935.460,97	50.084.321,93
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων	**0,65**	**0,44**	**0,93**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων (σε μέρες)	**558,28**	**821,53**	**391,84**
Κόστος Πωληθέντων	70.961.308,48	68.586.639,58	79.625.119,29
Προμηθευτές	22.560.697,86	51.349.150,28	40.402.262,97
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών	**3,15**	**1,34**	**1,97**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών (σε μέρες)	**116,04**	**273,27**	**185,20**
Πωλήσεις	50.469.602,82	43.067.814,97	46.654.150,37
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	84.950.976,28	103.579.890,94	56.978.720,42
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Κυκλοφορούντος Ενεργητικ	**0,59**	**0,42**	**0,82**
Καθαρά Κέρδη	6.262.619,95	-3.483.899,37	-8.426.503,92
Ίδια Κεφάλαια	123.087.386,37	116.503.863,79	83.152.678,43
Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	**0,05**	**-0,03**	**-0,10**

Η ανάλυση των παραπάνω δεικτών αν εξεταστούν μόνο όσον αφορά στην οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου βρίσκεται σε καλά επίπεδα. Ο δείκτης γενικής ρευστότητας είναι ανεβασμένος δεδομένου ότι δεν υπάρχουν βραχυπρόθεσμα δάνεια στον δημόσιο τομέα. Αυτό που μας προβληματίζει και παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της ανάλυσης είναι το γεγονός του αρνητικού προσήμου στον δείκτη αποδοτικότητας των ιδίων κεγαλέων, πράγμα που μας δείχνει ότι δεν γίνεται σωστή αξιοποίηση των κεφαλαίων της επιχείρησης. Αυτό με άλλα λογια σημαίνει ότι δεν είναι κερδοφρα η επιχείρηση και δεν υλοποιεί τους στόχους της. Ωστόσο το 2013 παρουσιάζεται ανάκαμψη και καθαρά κέρδη ύψους 6.262.619,95 ευρώ με αποτέλεσμα και ο δείκτης αποδοτικότητας να έχει θετικό πρόσημο.

4.5 Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

Το Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» απασχολεί 1100 εργαζόμενους και οι ανεπτυγμένες κλίνες έχουν περιοριστεί σε 358 από τις 402 κλίνες που προβλέπει ο Οργανισμός λειτουργίας του, εξαιτίας της στατικής ακαταλληλότητας αρκετών κτιρίων, αποτέλεσμα της παλαιότητας αυτών αλλά και των τελευταίων σεισμών του 1999.

Με την εφαρμογή του Ν. 3329/05 το Ασκληπιείο Βούλας μεταβάλλεται σταδιακά από ειδικό Ορθοπαιδικό σε Γενικό Νοσοκομείο, ικανό να καλύπτει τις αυξημένες και πραγματικές ανάγκες της ευρύτερης περιοχής της ΝΑ Αττικής και των Μεσογείων. Εξυπηρετεί περίπου 1,5 εκατ. κατοίκους.

Προς την κατεύθυνση αυτή το Νοσοκομείο μετέτρεψε σημαντικό αριθμό ορθοπαιδικών κλινών σε κλίνες του Παθολογικού Τομέα, αποδίδοντας τες στις Παθολογικές κλινικές καθώς στην Καρδιολογική Κλινική και στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης. Παράλληλα το Νοσοκομείο προχώρησε στην ανάπτυξη νέων τμημάτων, όπως το Γναθοχειρουργικό, το Ενδοκρινολογικό και το Διαιτολογικό. Παράλληλα, σχεδιάζεται και η άμεση έναρξη λειτουργίας της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας, του Γαστρεντερολογικού Τμήματος.

Γενικό Νοσοκομείο "Ασκληπείο Βούλας"

	2013	2012	2011
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού	36.308.139,46	36.475.722,86	29.295.379,77
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	9.748.441,56	23.171.354,45	18.806.137,08
Αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας	**3,72**	**1,57**	**1,56**
Κόστος Πωληθέντων	44.641.398,03	52.943.366,16	57.739.071,08
Αποθέματα	654688,98	803.640,59	710609,83
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων	**68,19**	**65,88**	**81,25**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Αποθεμάτων (σε μέρες)	**5,35**	**5,54**	**4,49**
Πωλήσεις	14.826.938,48	19.371.583,28	14.984.790,37
Απαιτήσεις	33.872.534,61	33.394.489,90	25.155.444,36
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων	**0,44**	**0,58**	**0,60**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήεσεων (σε μέρες)	**833,85**	**629,22**	**612,74**
Κόστος Πωληθέντων	44.641.398,03	52.943.366,16	57.739.071,08
Προμηθευτές	9.376.282,87	22.789.823,23	18.168.462,81
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών	**4,76**	**2,32**	**3,18**
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Προμηθευτών (σε μέρες)	**76,66**	**157,12**	**114,85**
Πωλήσεις	19.371.583,28	14.826.938,48	14.984.790,37
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	36.308.139,46	36.475.722,86	29.295.379,77
Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Κυκλοφορούντος Ενεργητι	**0,41**	**0,53**	**0,51**
Καθαρά Κέρδη	37.763.903,20	5.503.975,14	-2.272.539,02
Ίδια Κεφάλαια	34.231.333,72	15.380.105,18	9.871.130,04
Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	**1,10**	**0,36**	**-0,23**

Το Ασκληπιείο Βούλας παρουσιάζει καλύτερη οικονομική κατάσταση σε σχέση με το Ιπποκράτειο δεδομένου ότι όλοι του οι δείκτες είναι σε φυσιολογικά επίπεδα και η αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων είναι μεγαλύτερη της μονάδας το 2013. Βέβαια παρατηρείται μεγάλη αυξηση των κερδών και των ιδίων κεφαλαίων από την μία χρονιά στην άλλη με ταυτόχρονη αξιοσημείωτη μείωση των υποχρεώσεων. Το γεγονός ότι το ένα δημόσιο νοσοκομείο φαίνεται να αντιμετωπίζει πρόβλημα ενώ το άλλο όχι μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως μπορεί σε γενικές γραμμές ο ελληνικός δημόσιος τομέας της υγείας να νοσεί αλλα υπάρχουν και ιδρύματα που έχουν ανεβασμένους τους δείκτες αποτελεσματικότητας τους κάτι που σημαίνει ότι οι ενέργειες βελτίωσης της δημόσιας Υγείας δεν πρέπει να περιοριστούν σε γενικά

μέτρα αλλα σε μεμονομένη ανάλυση και αντιμετώπιση. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειώσουμε ότι πιθανή αιτία αυτής της μεγάλης διαφορας στα ίδια κεφάλαια για το 2013 μεταξυ των δύο δημόσιων νοσοκομείων είναι ότι το Ιπποκρατειο είναι Πανεπιστημιακή κλινική και άρα έχει μεγαλύτερο κεφάλαιο ηιατί μέρος του το δαπανά σε έρευνα.

4.6 Σύγκριση Ιδιωτικών – Δημόσιων Νοσοκομείων

Σε μία γενικότερη σύγκριση ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων παρατηρείται αρχικά ότι αναφερόμαστε σε διαφορετικής τάξης μεγέθη καθώς στα μεν ιδιωτικά παρατηρούνται κέρδη άνω των 30.000.000 ευρώ κατά βάση ενώ στα δημόσια νοσοκομεία πλην ελαχίστων εξαιρέσεων τα κέρδη περιορίζονται σε ποσά κάτω των 10.000.000 ευρώ. Επίσης, στα ιδιωτικά νοσοκομεία παρατηρούνται δανειακές υποχρεώσεις προκειμένου να αναπτυχθουν, και υψηλές υποχρεώσεις προς προμηθευτες που στα δημόσια νοσοκομεία αυτά τα ποσά δεν υφίστανται στα μεν δάνεια γιατί χρηματοδοτούνται από τον Κρατικό προυπολογισμό και στους προμηθευτές διότι είτε δεν υπάρχουν χρηματικά διαθέσιμα προκειμένου να αγοράστουν εμπορεύματα είτε επειδή καλούνται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους με περιορισμένους πόρους. Μελετώντας τους ισολογισμούς των νοσκομείων, ως άμεσες δαπάνες προσμετράμε το κόστος πωληθέντων. Παρατηρούμε λοιπόν ότι στον δημόσιο τομέα οι δαπάνες είναι πάντα μεγαλύτερες του κύλου εργασιών και μάλιστα με αρκετή διαφορά. Άρα τα μεικτά αποτελέσματα παρουσιάζουν ζημίες. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα σχεδόν όλες οι δαπάνες κατά την διάρκεια των τριών ετών που εξετάστηκαν είναι λίφο έως πολύ χαμηλότερεε του κύκλου εργασιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα μεικτά αποτελέσματα να είναι κέρδη για τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Συμπερασματικά, οδηγούμαστε αβίαστα στο γεγονός πως τα ιδιωτικά νοσοκομεία αξιοποιούν αποτελεσματικότερα τα κεφάλαια τους και μέσα από τις δαπάνες τους προκύπτουν υψηλές πωλήσεις ενώ στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρείται μια εσφαλμένη διαχείρηση πόρων που μπορεί να αποδοθεί είτε σε λάθος χειρισμούς είτε σε σπατάλη των διαθέσιμων κεφαλαίων.

Κεφάλαιο 5
Γενικά συμπεράσματα-Επίλογος

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια σύντομης περιγραφής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο γενικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν -αν και προς την σωστή κατεύθυνση- δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως οικονομικών πόρων και εισοδήματος δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας. Κυρίαρχος στόχος της πολιτείας είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης, που παράγουν κοινωνικές ανισότητες οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας. Από την παρούσα εργασία καταλήξαμε σε ένα τελικό συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη και είναι απαραίτητη η αξιολόγηση προτάσεων και λύσεων για την προαγωγή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας προς όφελος του Έλληνα πολίτη. Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

Υπάρχουν πολλοί υποστηρικτές της άποψης ότι μια εύκολη αντιμετώπιση των προβλημάτων που υπάρχουν στον δημόσιο τομέα της υγείας θα ήταν η πλήρης ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων δεδομένου ότι με μαθηματική ακρίβεια τα ιδιωτικά νοσοκομεία επιφέρουν περισσότερα κέρδη και μέσα από μια λεπτομερή ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών νοσοκομείων προκύπτει αβίαστα ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία παρουσιάζουν πολύ καλύτερη οικονομική κατάσταση. Αυτό και μόνο σαν γεγονός μας έχει κάνει να αμφισβητούμε τα δημόσια νοσοκομεία και σε προσωπικό επίπεδο να απευθυνόμαστε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Είναι όμως αυτή λύση για την ικανοποίηση των αναγκών του μέσου έλληνα πολίτη; Αυτή η έρευνα θέλει να καταλήξει όχι στο προφανές που γνωρίζει ο καθένας μας, ότι δηλαδή ο ιδιωτικός τομέας είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση από τον δημόσιο αλλά καταλήγει στο συμπέρασμα ότι με την ενίσχυση που λαμβάνει ο δημόσιος τομέας της υγείας θα έπρεπε να είναι σε καλύτερα επίπεδα τόσο οικονομικά οσο και ως προς τις υπηρεσίες που προσφέρει στον εκάστοτε

ασθενή. Πώς είναι δυνατόν ένας ιδιώτης να μπορεί να τα καταφέρει καλύτερα στον τομέα της υγείας από το ίδιο το Κράτος;

Συνεπώς ευκταίων θα ήταν να υπάρξουν επιπλέον μελέτες τόσο από οικονομικά στελέχη όσο και από το προσωπικό των νοσοκομείων και μέσα από προτάσεις και δοκιμαστικές αρχικά ενέργειες να εντοπιστεί το πρόβλημα και να διορθωθεί. Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας θα έπρεπε όχι να υποκαθιστά τον δημόσιο τομέα, αλλα να λειτουργεί αρχικά *ανταγωνιστικά* προκειμένου να υπάρχει και από τις δύο πλευρές συνεχής βελτίωση και εν συνεχεία, *συμπληρωματικά* προκειμένου να καλύπτει ανάγκες που ο δημόσιος δεν μπορεί να καλύψει και αυτό όχι λόγο αναξιοπιστίας. Τελειώνοντας, ιδανικό θα ήταν το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης, να ήταν για κάθε αναγνώστη η εμφύτευση της αμφιβολίας αρχικά για το αν πρέπει να στραφούμε στην πλήρη ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας και επίσης για το αν στον 21^{ο} αιώνα που ζούμε, μια χώρα όπως η Ελλάδα, μια χώρα που ανήκει στην Ευρώπη, μία χώρα με ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά επιστημόνων στην Ευρώπη , αξίζει η όχι ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που θα εξασφαλίζει σε καθέναν από τους πολίτες της ένα καλό επίπεδο περίθαλψης που οδηγεί σε μία καλύτερη ποιότητα ζωής και σε ένα αίσθημα ασφάλειας μέσα από έναν υγειή και συνεχώς αναπτυσσόμενο ΔΗΜΟΣΙΟ τομέα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αλετράς Β. και Ματσαγγάνης Μ., “ Έρευνα για τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα”, στο Archives of Hellenic Medicine Ιανουάριος-Φεβρουάριος, Volume 22,No1, 2002.

Αντωνοπούλου, Λ. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.

Αντωνοπούλου Λ., "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", Κοινωνική Συνοχή, τεύχος 2, τόμος 3, Φθινόπωρο 2008.

Βαράκης Χ., (2011), Ανάλυση για χρηματοδότηση Δημόσιων Νοσοκομείων με τα ΚΕΝ-DRGs, Μελέτη ΕΔΟΕΑΠ, Αθήνα.

Γείτονα Μ και Υφαντόπουλος Ι., "Η Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα: 1922- 1992", Ιατρική, Τομ. 67 Τευχ.2, Φεβρουάριος 1995.

Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοίδης Γ., «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα, 2000.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2011), Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα, Αθήνα

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. "Συστήματα υγείας", , Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.

Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου, στο βιβλίο Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Κουσουλάκου Χ., Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε., (2006).

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ. (2005). Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., (1999). Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες, στο βιβλίο Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ. (2002). Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Καλογεροπούλου Μ., "Υπηρεσίες Υγείας: Χρηματοδότηση-Αγορά", Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2007.

Λιαρόπουλος, Λ., (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μανιαδάκης, Ν. και συν., (2011), Επιτροπή ΥΥΚΑ για την Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα: s.n.

Ματσαγγάνης Μ., "Οικονομία και Πολιτικές Υγείας στις χώρες της Ε.Ε", Έκδοση της ΑΣΟΕΕ, 2006.

Μερκούρης, Α., (2008), Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα:.

Μπέης Ι. (2007), Ανάλυση ισολογισμών με δείκτες για την λήψη αποφάσεων σελ 40.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Θεσσαλονίκη.

Νεονάκης, Ι. Λιλίντας, Α. Μπαριτάκη, Μ. Σεβαστάκη. Ε. (2007), «Μέθοδος αποζημίωσης των Νοσοκομείων. Σκέψεις ως προς τη μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRGs των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων».

Νιάκας Δημήτρης, "Αποτελεσματικότητα Νοσοκομείων και Χρηματοδότηση", Επιθεώρηση Εργασίας Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1999.

Παλαιολόγου Β : «Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ι» , Αθήνα 2002

Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., (2014) Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, Athens Medical Society.

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α.,, ΜπαλολάκηςΑ., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Τόμος 4, Τεύχος 3.

Πρεζεράκος, Π., (2000), "Μέτρηση της τεχνικής Χ αποδοτικότητας του νοσηλευτικού έργου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ", Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ριζάκη Ο., (2013), Θεωρητική προσέγγιση των DRGs. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης, Αθήνα

Σκοπελίτης, Ε., (2010), Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές Χώρες. s.l.:Τελική Εργασία ΕΣΔΔ.

Τούντας Γ., "Η Ευρωπαίκή πολιτική Υγειας", στο: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ιανουάριος- Φεβρουάριος Volume 18, No 1, 2001.

Τούντας Γ., "Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών", Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2002.

Φούρα Γ. «Η μαύρη τρύπα των νοσοκομείων στην Ελλάδα», εφημερίδα Καθημερινή της Κυριακής, 4/10/09.

Χούκλη Μ., "DRG's : Το Σύγχρονο Χρηματοδοτικό Εργαλείο των Νοσοκομείων", Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2008.

Wolper, L., (2001), Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce

Ξενόγλωσση

Bunker J. (1970) Surgical manpower. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. N Engl J Med, 282:135−144.

Cutler D. (2002) Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. J Econ Lit, 40:881−906.

Dalton Michael J., "Αποζημίωση Νοσοκομειακής Νοσηλείας" στο: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας επιμέλεια Lawrence F. Wolper, τόμος Β', 1998.

Davaki K, Mossialos E. Plus ca change: Health sector reforms in Greece. J Health Polit Policy Law, 2005;30:143–167

David Dranove and Rich ard Lindrooth, "Hospital consolidation and costs: another look at the evidence" in Journal of Health Economics Volume 22, Issue 6, , November 2003.

Getzen T.E,, “Βασικές αρχές και ρεύματα του κεφαλαίου στα Οικονομικά της Υγείας", - Center of Health Care, 1997.

Hornbrook MC, Goldfarb MG. (1983) A partial test of a hospital behavior model. Soc Sci Med, 17:667−680.

Ifantopoulos G. Health Economics – theory and politics. In: Dardanos G (ed), Athens, Greece, 2003 [in Greek]

IHPA (2012), Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 6.x, Definitions manual addendum, INDEPENDENT HOSPITAL PRICING AUTHORITY.

Kanabos P., (2002), Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe, Scrip Report.

Klarman H.(1965) The economics of health. Columbia University Press, New York.

Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. Bull World Health Organ [online], 2009; 87(7):549-554

Liaropoulos L, Kaitelidou D. Changing the public-private mix: An assessment of the health reforms in Greece. Health Care Anal, 1998; 6:277–285

Liaropoylos L. Ethics and the management of health care in Greece: A health economist’s perspective. In: Dracopoulou S (ed) Ethics and values in health care management. Routledge, London, 1998.

Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. Health Policy, 2008; 87:72–81.

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: Options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002

Mossialos E and Mrazek M. (2002), Entrepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation, in Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham.

OECD, “Health Care Financial Review. Annual Supplement”, Health Care Financing Administration, 2002.

Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000.

Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” Journal of Medical Systems, 29(2):187-196.

Vogt RL," Laboratory reporting and disease surveillance". J Public Health Management Practice, 2(4), 1996.

Reinhard Busse, Alexander Geissler & Wilm Quentin (2011), Diagnosis-Related Groups in Europe, Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Sceller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R. (2009) The ABC of DRGs. Euro Observer , 11:1−5.

Schereyogg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. (2006) Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. Health Care Manag Sci, 9:215−223.

Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” Journal of Medical Systems, 29(2):187-196.

Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Liaropoulos L. Private health expenditure in Greece: The Greek paradox. Arch Hell Med, 2008; 25(5):663–672.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000) The world health report 2000 − health systems: Improving performance. WHO, Geneva.

Ιστοσελίδες

http://medlabgr.blogspot.com/2013/11/ti-clawback-rebate-rebate-deduction.html

http://www.euromedica.gr/basic-page/173/oikonomikes-katastaseis-omiloy

http://www.hygeia.gr/articlefiles/82-3117-2014_03_31_gr.pdf

https://bioiatriki.gr/isol/bioiatriki/

http://www.asklepieio.gr/UserFiles/File/oikonomic/%CE%99%CE%A3%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3%20%CE%91%CE%A3%CE%9A%CE%9B%CE%97%CE%A0%CE%99%CE%95%CE%99%CE%9F%202013.pdf

https://www.google.gr/#q=isologismosasklhpieio+2012

http://www.hippocratio.gr/ckfinder/userfiles/files/ΩΤΔΠ4690ΩΣ-Γ4Γ.pdf

http://www.hippocratio.gr/ckfinder/userfiles/files/isologismoi/%CE%99%CE%A3%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3%202012_%CE%99%CE%A0%CE%A0%CE%9F%CE%9A%CE%A1%CE%91%CE%A4%CE%95%CE%99%CE%9F.pdf