
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Γεωργία Χελά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Γεωργία Χελά, Α.Μ.: ΔΥ/1249

Επιβλέπων: Θεόδωρος Παπαηλίας / Καθηγητής / Τ.Ε.Ι Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2016

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**ANALYSIS OF PRIVATE HEALTH SERVICES IN
GREECE**

Georgia Chela

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, 2016

Στους γονείς μου Αλέξανδρο & Θεοδώρα

ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σημαντικοί Όροι: ιδιωτική δαπάνη, δημόσια δαπάνη, Εοπυ, rebate & clawback, ζήτηση υπηρεσιών υγείας, προσφορά υπηρεσιών υγείας, αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, δείκτες συγκέντρωσης, ΟΟΣΑ, πάροχοι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, χρηματοοικονομική ανάλυση, αριθμοδείκτες, Porter Analysis, Swot Analysis

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε με σκοπό να αποτυπώσει την υφιστάμενη κατάσταση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην ελληνική αγορά και να εξετάσει τις προοπτικές του κλάδου.

Στη θεωρητική επισκόπηση του θέματος (κεφάλαια 1 έως 8) γίνεται μια αναφορά στην έννοια του συστήματος υγείας και τα χαρακτηριστικά του καθώς επίσης και στα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Στη συνέχεια μελετώνται συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας, το θεσμικό πλαίσιο που το διέπει καθώς και η διάκριση δαπανών.

Στο κεφάλαιο 3 αναφέρονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης για υπηρεσίες υγείας ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην προσφορά υπηρεσιών υγείας τόσο σε προσωπικό όσο και σε υποδομές και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Συνεχίζοντας, στο κεφάλαιο 5, γίνεται αναφορά στη δομή και διάρθρωση της αγοράς του υπό εξέταση κλάδου όπως επίσης και στα μερίδια αγοράς εταιρειών και ομίλων.

Στη συνέχεια της παρούσας εργασίας και στο έκτο κεφάλαιο κρίθηκε σκόπιμη η αναφορά στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ όπως και στα συστήματα υγείας κάποιων επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με σκοπό τη σύγκριση με την εγχώρια αγορά του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας.

Το έβδομο κεφάλαιο εστιάζει στην παρουσίαση των τεσσάρων εισηγμένων Ομίλων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας ενώ στο όγδοο κεφάλαιο πραγματοποιείται η θεωρητική προσέγγιση των αριθμοδεικτών, εργαλείου με το οποίο πραγματοποιείται η χρηματοοικονομική ανάλυση των εισηγμένων Ομίλων του κλάδου.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, κεφάλαιο 9, πραγματοποιείται η χρηματοοικονομική ανάλυση για τους Ομίλους: Ιασώ, Υγεία, Ιατρικό και Euromedica

με τη χρήση αριθμοδεικτών. Η επιλογή των συγκεκριμένων ομίλων έγινε με κριτήριο το ότι είναι εισηγμένοι στο Χρηματιστήριο Αξιών. Τα έτη μελέτης είναι από το 2008 έως και το 2014. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι όχι και τόσο ικανοποιητικά για τον ιδιωτικό κλάδο υπηρεσιών υγείας αφού έχει πληγεί ιδιαίτερα εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης της Ελλάδας.

Ολοκληρώνοντας την εργασία πραγματοποιούνται οι αναλύσεις Porter, για τη μελέτη του μικρο-περιβάλλοντος, και Swot, για τη μελέτη του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για δύο σημαντικά εργαλεία για την ολοκληρωμένη μελέτη ενός κλάδου της οικονομίας αφού η μεν ανάλυση Porter βοηθά την κάθε επιχείρηση του κλάδου να συνδυάσει τους παράγοντες του μικρο-περιβάλλοντος ώστε να αντλεί πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών της, η δε ανάλυση Swot βοηθά την κάθε επιχείρηση όταν πρόκειται να λάβει μια απόφαση σε σχέση με τους στόχους που έχει θέσει ή με σκοπό την επίτευξή τους.

ANALYSIS OF PRIVATE HEALTH SERVICES IN GREECE

Key Words: Private expense, public expense, National Organization for the Provision of Health Services (EOPYY), rebate & clawback, demand for health services, supply of health services, private services market, concentration ratio, Organization for Economic Co-operation and Development – OECD, private health services providers, financial analysis, financial ratios, Porter Analysis, Swot Analysis

Abstract

This study was elaborated to reflect the current situation of the private health services sector in the Greek market and to examine the prospects of the industry.

In the theoretical overview of the subject (Chapters 1-8) there is a reference to the concept of the health system and its characteristics as well as to the characteristics of the health system in Greece. Thereinafter are specifically analyzed the characteristics of the private health care sector, the institutional framework governing the sector and the cost distinction.

In chapter 3, the determinants of demand factors for health services are mentioned, while in the fourth chapter a reference is made to the offer of health services both in personal level and also related to infrastructure and medical equipment.

Continuing, in chapter 5, a reference is made to the structure and organization of the private health services sector as well as to the market shares of either companies or business groups.

Following, in chapter 6 was considered appropriate to dedicate a part of the thesis to private health services of OECD countries and also to the health systems of some specific EU countries in order to compare with the domestic market of private health sector.

The seventh chapter focuses on the presentation of the four listed business groups operating in the health service providers sector and in the eighth chapter is carried out the theoretical approach of the ratios, the tool with which the financial analysis of listed groups of an industry is performed.

In the research part of the thesis, chapter 9, is conducted a financial analysis for Groups: Iaso, Hygeia, Iatriko and Euromedica using financial ratios. The choice of these groups was made due to the fact that they are listed on the Athens Stock Exchange. The study covers the years between 2008 and 2014. The results are not so satisfactory for the private health sector, since he is particularly affected due to the economic recession in Greece.

At the final chapters of the thesis, is carried out a Porter analysis to study the micro-environment, and a Swot analysis, to study the internal and external environment of the private health sector.

These are two important tools for a complete study of a sector of the economy because Porter analysis helps each firm in the industry to combine the factors of the micro-environment in order to make advantage over its competitors and the Swot analysis helps each company when is going to decide in relation to the targets set or how to achieve them.

Περιεχόμενα

Περίληψη	ix
Abstract.....	xi
Περιεχόμενα	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	1
1.1 Έννοια – Ορισμός του αγαθού υγείας.....	1
1.2 Αρχές και Τύποι Συστημάτων Υγείας.....	3
1.3 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	6
1.4 Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	11
2.1 Γενικά χαρακτηριστικά του ιδιωτικού κλάδου.....	11
2.2 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα – Θεσμικό πλαίσιο.....	13
2.2.1 Κλινικές.....	15
2.2.2 Διαγνωστικά Κέντρα.....	16
2.2.3 Περικοπές Clawback και rebate για ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας.....	18
2.2.4 Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ).....	19
2.3 Διάκριση δαπανών υγείας.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	25
ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	25
3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης.....	25
3.2 Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	31
ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31
4.1 Εξέλιξη της Υποδομής και Διάρθρωση του Κλάδου.....	31
4.1.1 Το Δυναμικό των Θεραπευτηρίων της Χώρας.....	32

4.1.2 Το Ιατρικό Προσωπικό της Χώρας	33
4.1.3 Ο Ιατρομηχανολογικός Εξοπλισμός της Χώρας	35
4.2 Πεδία Ανταγωνισμού	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	39
ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ	39
5.1 Μέγεθος Εγχώριας Αγοράς	39
5.2 Μερίδια Αγοράς Εταιρειών και Ομίλων – Δείκτες Συγκέντρωσης.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	51
ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ.....	51
6.1 Γενικά στοιχεία της ευρωπαϊκής αγοράς	51
6.2 Τα συστήματα υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	58
6.2.1 Γερμανία.....	58
6.2.2 Γαλλία	59
6.2.3 Ηνωμένο Βασίλειο	60
6.2.4 Σουηδία	61
6.2.5 Ολλανδία	62
6.2.6 Βέλγιο.....	63
6.2.7 Ισπανία	64
6.2.8 Δανία	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	67
ΟΙ ΜΕΓΑΛΟΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΙ ΟΜΙΛΟΙ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	67
7.1 Όμιλος Euromedica.....	67
7.2 Όμιλος Ιασώ.....	69
7.3 Όμιλος Ιατρικού Κέντρου.....	70
7.4 Όμιλος Υγεία	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	73
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	73
8.1 Εισαγωγή	73
8.2 Τα διάφορα επίπεδα χρηματοοικονομικής ανάλυσης	73
8.2.1 Η ανάλυση της οικονομίας.....	74
8.2.2 Η ανάλυση του κλάδου	74
8.2.3 Η ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών μιας επιχείρησης.....	75
8.3 Η Ζήτηση Λογιστικών Πληροφοριών	76

8.4 Η Προσφορά Λογιστικών Πληροφοριών	77
8.5 Μέθοδοι Ανάλυσης των Λογιστικών Καταστάσεων	78
8.6 Θεωρητική Προσέγγιση των Αριθμοδεικτών.....	79
8.6.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας.....	82
8.6.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας.....	86
8.6.3 Δείκτες Δραστηριότητας	89
8.6.4 Αριθμοδείκτες Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης-Διάρθρωσης και Βιωσιμότητας..	92
8.6.5 Αριθμοδείκτες Δανειακής Επιβάρυνσης	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	101
ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ	101
9.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας.....	104
9.1.1 Γενική Ρευστότητα.....	104
9.1.2 Ειδική Ρευστότητα	106
9.2 Δείκτες Αποδοτικότητας	108
9.2.1 Καθαρό Περιθώριο Κέρδους.....	109
9.2.2 Αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους.....	110
9.2.3 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων	112
9.3 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας	114
9.3.2 Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων.....	117
9.4 Αριθμοδείκτες Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης – Διάρθρωσης και Βιωσιμότητας	119
9.4.1 Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Συνολικά Κεφάλαια	119
9.4.2 Αριθμοδείκτης Ίδιων προς Ξένα Κεφάλαια	121
9.5 Αριθμοδείκτες Δανειακής Επιβάρυνσης	122
9.5.1 Αριθμοδείκτης Ξένων προς Ίδια Κεφάλαια	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	125
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	125
10.1 Υπόδειγμα Porter	125
10.2 Ανάλυση SWOT	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	133
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	133
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	157

Κατάλογος Πινάκων

2.1	Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2009-2013).....	22
2.2	Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (2009-2013).....	23
3.1	Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά περιοχή(2014)...	29
4.1	Αριθμός κλινών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια (2000-2011).....	33
4.2	Εξέλιξη του ιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού της χώρας (2000-2011).....	35
4.3	Αριθμός ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας σε ιδιωτικά θεραπευτήρια (2000-2011).....	36
5.1	Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2014) (σε χιλ €).....	40
5.2	Μερίδια αγοράς των γενικών κλινικών του κλάδου (2014).....	44
5.3	Μερίδια αγοράς των νευροψυχιατρικών κλινικών του κλάδου (2014).....	45
5.4	Μερίδια αγοράς των μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών του κλάδου.....	46
5.5	Μερίδια αγοράς των διαγνωστικών κέντρων του κλάδου.....	47
5.6	Μερίδια αγοράς επιχειρηματικών ομίλου του κλάδου.....	48
5.7	Συντελεστής συγκέντρωσης στην αγορά της ιδιωτικής υγείας (2014).....	50
6.1	Ο αριθμός των ιδιωτικών κλινών στις χώρες της Ε.Ε.....	53
9.1	Βασικά οικονομικά μεγέθη εισηγμένων ομίλων.....	102
9.2	Δείκτης Γενικής Ρευστότητας (1:1).....	105
9.3	Δείκτες Ειδικής Ρευστότητας(1:1).....	108
9.4	Δείκτες καθαρού περιθωρίου κέρδους (%).....	109
9.5	Αριθμοδείκτες μικτού περιθωρίου κέρδους.....	111
9.6	Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων (%).....	113
9.7	Αριθμοδείκτες ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.....	115
9.8	Αριθμοδείκτες ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων.....	117
9.9	Αριθμοδείκτες Ιδίων προς Συνολικά Κεφάλαια.....	119
9.10	Αριθμοδείκτες Ίδιων προς Ξένα Κεφάλαια.....	121
9.11	Αριθμοδείκτες Ξένων προς Ίδια Κεφάλαια.....	122

Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα (2013).....	9
1.2 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας (ΟΟΣΑ).....	9
3.1 Δείκτης γήρανσης πληθυσμού (2007-2050).....	26
3.2 Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (2006-2050).....	27
4.1 Πυκνότητα ιατρών (αριθμός/1.000 κατοίκους) (2010).....	34
5.1 Εξέλιξη της συνολικής αξίας της αγοράς (2002-2013).....	42
5.2 Διάρθρωση της αγοράς ανά κατηγορία (2013).....	43
5.3 Μερίδια αγοράς των γενικών κλινικών του κλάδου (2014).....	44
5.4 Μερίδια αγοράς των νευροψυχιατρικών κλινικών του κλάδου (2014).....	45
5.5 Μερίδια αγοράς των μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών του κλάδου.....	46
5.6 Μερίδια αγοράς των διαγνωστικών κέντρων του κλάδου.....	47
6.1 Αριθμός κλινών ανα 100.000 κατοίκους.....	52
6.2 Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας (2013).....	54
6.3 Συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό (%) επί του Α.Ε.Π (2013).....	55
6.4 Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	56
6.5 Δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ως ποσοστό (%) επί των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας (2013).....	57
9.1 Εξέλιξη Κύκλου Εργασιών, Ebitda και Κερδών/Ζημιών μετά Φόρων εισηγμένων Ομίλων (2008-2014).....	102
9.2 Εξέλιξη Ιδίων Κεφαλαίων, Συνόλου Υποχρεώσεων και Κυκλοφορούντος Ενεργητικού εισηγμένων Ομίλων (2008-2014).....	103
9.3 Εξέλιξη γενικής ρευστότητας Ομίλων (2008-2014).....	105
9.4 Εξέλιξη ειδικής ρευστότητας Ομίλων (2008-2014).....	108
9.5 Εξέλιξη δεικτών καθαρού περιθωρίου κέρδους.....	110
9.6 Εξέλιξη δεικτών μικτού περιθωρίου κέρδους.....	112
9.7 Εξέλιξη δεικτών αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων.....	114
9.8 Εξέλιξη δεικτών ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.....	116
9.9 Εξέλιξη δεικτών ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων.....	118
9.10 Εξέλιξη δεικτών ιδίων προς συνολικά κεφάλαια.....	120
9.11 Εξέλιξη δεικτών Ιδίων προς Ξένα Κεφάλαια.....	122
9.12 Εξέλιξη δεικτών Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια.....	124

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Έννοια – Ορισμός του αγαθού υγεία

Το βασικό οικονομικό πρόβλημα ξεκινάει με την υπόθεση ότι οι ανθρώπινες ανάγκες είναι απεριόριστες, ενώ τα μέσα που χρειάζονται να ικανοποιηθούν αυτές περιορισμένα. Μία από τις βασικότερες ανάγκες του ανθρώπου είναι η ίδια του η επιβίωση. Σύμφωνα με τη θεωρία του «ανθρώπινου κεφαλαίου» ο άνθρωπος έρχεται στον κόσμο με ένα αρχικό «απόθεμα» υγείας το οποίο σταδιακά απαξιώνεται (μειώνεται) και τελικά φθίνει με τη γήρανση. Με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος προσπαθεί να διατηρήσει το αρχικό επίπεδο υγείας του σε ένα άριστο ή ικανοποιητικό βαθμό ζητώντας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Έτσι σύμφωνα με τον (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) Π.Ο.Υ (1946) η έννοια του αγαθού υγεία έχει ως εξής: «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ως θεμελιώδες αγαθό η υγεία διαφέρει από τα άλλα αγαθά, έτσι βασικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενή, προκλητή ζήτηση, αβεβαιότητα νοσοκομειακής περίθαλψης.

Με τον όρο ασυμμετρία πληροφόρησης εννοούμε την διαφορετική πληροφόρηση που έχουν οι δυο πλευρές γιατροί-ασθενείς. Οι γιατροί λειτουργούν ως «εκπρόσωποι» των ασθενών λαμβάνοντας οι ίδιοι αποφάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία που θα ακολουθήσουν οι ασθενείς τους, το μέγεθος και την έκταση των εξετάσεων και των φαρμάκων που θα ληφθούν με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην μπορούν να δρουν ως κυρίαρχοι ορθολογικοί καταναλωτές. Αυτή η έλλειψη πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης¹. Ο ιατρός έχοντας γνώση καθορίζει την ποσότητα και τις τιμές των υπηρεσιών υγείας που θα ζητηθούν από τον ασθενή, ως εκ τούτου ο γιατρός ενθαρρύνει την παραγωγή και αυξάνει τεχνητά την ποσότητα των ιατρικών πράξεων, ορμώμενος από την επιδίωξη του για την αύξηση του εισοδήματος, ιδιαίτερα όταν ο τρόπος αμοιβής είναι κατά πράξη και περίπτωση. Στη διόγκωση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης

¹ Μανιαδάκης, Υφαντόπουλος (1996)

συνέβαλλαν όχι μόνο η έκρηξη της γνώσης λόγω των επιτευγμάτων της ιατρικής επιστήμης, αλλά και η βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας και του φαρμάκου.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα ως προς τον χρόνο εκδήλωσης, τη σοβαρότητα και την εξέλιξη των ασθενειών, κατά συνέπεια η ζήτηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι στοχαστική, γιατί εμπεριέχει το τυχαίο στοιχείο, (Et) Διαταρακτικός όρος, που δεν μπορεί εύκολα να ερμηνευτεί. Απόρροια αυτού, οι ασθενείς να μην είναι πάντα σε θέση να γνωρίζουν το κόστος για την αντιμετώπιση ενός σοβαρού προβλήματος υγείας. Ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της αβεβαιότητας είναι η κοινωνική ασφάλιση, με αυτό τον τρόπο ένα μέρος του συνολικού κόστους νοσηλείας του ασθενούς θα επιμεριστεί και στον φορέα της κοινωνικής ασφάλισης.

1.2 Αρχές και Τύποι Συστημάτων Υγείας

Σύμφωνα με τον (Π.Ο.Υ) οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι:

- Η αρχή της αποδοτικότητας η οποία αναφέρεται στη διερεύνηση της οικονομικής σχέσης μεταξύ εισροών και εκροών.
- Η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας η οποία αναφέρεται στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων.
- Η αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης η οποία αναφέρεται στην κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας².

Γενικά διακρίνουμε τρεις τύπους συστημάτων υγείας που διαπνέονται από εντελώς διαφορετική φιλοσοφία το καθένα. Το φιλελεύθερο αμερικανικό και δύο συστήματα ευρωπαϊκής έμπνευσης, τα καθολικά συστήματα υγείας, τα επονομαζόμενα τύπου Beveridge και τα κοινωνικοποιημένα ή επαγγελματικά, τα επονομαζόμενα τύπου Bismark.

Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα

Βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς (Laissez-Faire). Υπάρχει ατομική ιδιοκτησία και οικονομική ελευθερία. Οι πολίτες ζητούν υπηρεσίες υγείας τις οποίες προσφέρουν οι παραγωγοί.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι τα εξής:

- Η ατομική ιδιοκτησία είναι ελεύθερη
- Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται μέσα από τη λειτουργία του συστήματος των τιμών υπηρεσιών υγείας. Κριτήριο είναι η ζήτηση από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.
- Οι καταναλωτές αγοράζουν τα αγαθά που επιθυμούν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους
- Το άτομο προσφέρει την εργασία με τον αποδοτικότερο τρόπο για να μεγιστοποιεί το εισόδημά του

² Λιόνης, (2003)

- Οι παραγωγοί είναι ελεύθεροι να παράγουν οποιαδήποτε αγαθά σε οποιεσδήποτε ποσότητες και να τις διαθέτουν σε οποιαδήποτε αγορά επιθυμούν.
- Οι παραγωγοί κάνουν επενδύσεις και αγοράζουν κεφαλαιουχικά αγαθά στοχεύοντας στο μακροχρόνιο κέρδος
- Το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς διαμορφώνεται από το κράτος αλλά δεν υπάρχει άλλος παρεμβατισμός στις συναλλαγές μεταξύ των παραγωγών και των καταναλωτών.
- Το αξίωμα της επίτευξης του μέγιστου αποτελέσματος με το ελάχιστο δυνατό κόστος διέπει τις αποφάσεις των παραγωγών και των καταναλωτών.
- Το πρότυπο υγείας στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μένει ανασφάλιστο.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πελατών των ασφαλιστικών εταιρειών
- Το κόστος της ασφάλισης διαφοροποιείται ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τους κινδύνους του κάθε ασφαλισμένου.

Δεν υπάρχει επικοινωνία και ίση πληροφόρηση ανάμεσα στους χρήστες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας.

Το υπόδειγμα Beveridge

Βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αυτό το μοντέλο στηρίζεται στην αναδιανομή των εσόδων από τη φορολογία και προήλθε από τη μελέτη «το σύστημα ασφάλισης και των συναφών υπηρεσιών» του Άγγλου οικονομολόγου Beveridge το 1942.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας προέρχεται κυρίων από τη φορολογία.
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική ενώ στο μεικτό σύστημα υγείας είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη.
- Οι ανάγκες του πληθυσμού επηρεάζουν τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής.
- Στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, υπάρχει και ο διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο.

Το μεικτό σύστημα υγείας (υπόδειγμα Bismark, πήρε το όνομα από το Γερμανό Καγκελάριο)

Διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικού-ασφαλιστικού συστήματος.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Με στόχο την επίτευξη κοινωνικής δικαιοσύνης, η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης βασίζεται στις εισφορές εργαζομένων και των εργοδοτών. Υπάρχει κλιμάκωση των εισφορών ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος.
- Η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική για το σύνολο των εργαζομένων.
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ένα μεικτό σύστημα παραγωγής των υπηρεσιών υγείας. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο δημόσιο ή σε ιδιώτες.
- Η κρατική παρέμβαση ορίζεται μέσα από τους θεσμούς και τις πολιτικές του κράτους. Συνίσταται στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αλλά και στη χάραξη του γενικότερου πλαισίου της πολιτικής και της λειτουργίας του συστήματος.

Η κρατική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς φορείς. Εξίσου σημαντική είναι η παρέμβαση για την περιφερειακή ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας³.

³ Marmor, (2009)

1.3 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας διαμορφώνεται ως εξής:

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ): Ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο.

Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα από τους εξής φορείς:

- Ιατροί, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια.
- Διαγνωστικά κέντρα.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας παρέχεται από 200 Κέντρα Υγείας σε μη αστικές περιοχές, 8 Κέντρα Υγείας σε αστικές περιοχές, 1.460 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, 80 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και 38 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία. Στις λοιπές περιοχές, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, κ.ά.) καθώς επίσης και από τις ιδιωτικές κλινικές.
- Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα: Καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- Ψυχιατρική Περίθαλψη: Πέρα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται επίσης από τα

ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας⁴.

⁴ Icap,(2015)

1.4 Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Η χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας προέρχεται όχι μόνο από δημόσιους αλλά και από ιδιωτικούς πόρους. Συγκεκριμένα μια βασική πηγή εσόδων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Το κράτος εισπράττει μέσω φορολογίας χρήματα από τους πολίτες και τα διανέμει στην αγορά μέσω υπηρεσιών υγείας. Σε σχέση όμως με την φορολόγηση παρατηρείται πως διαχρονικά στην Ελλάδα οι έμμεσοι φόροι είχαν μεγαλύτερη αναλογία ως προς τους άμεσους στον τρόπο φορολόγησης των πολιτών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανισοκατανομή του φορολογικού βάρους στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα που φορολογούνται περισσότερο λόγω των έμμεσων φόρων και της κατανάλωσης.

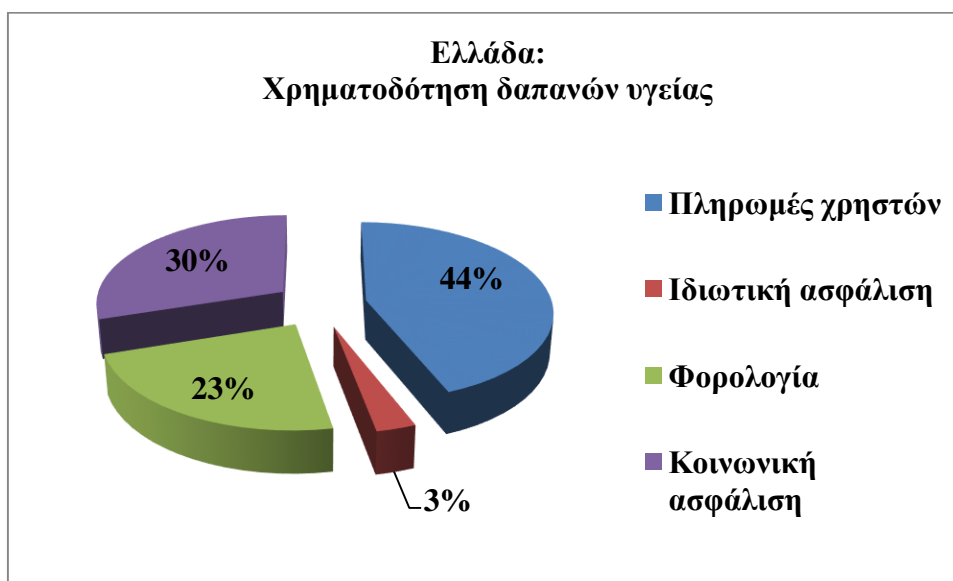
Επιπλέον, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αντλεί χρήματα και από την κοινωνική ασφάλιση όπου ο ασφαλισμένος καταβάλλει τις ασφαλιστικές εισφορές ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και ο εργοδότης λόγω της εργατικής νομοθεσίας. Σε αυτή την περίπτωση τα έσοδα προέρχονται από τις εισφορές των ασφαλισμένων, των εργοδοτών και από ένα μικρό ποσοστό συνεισφοράς του Δημόσιου.

Παράλληλα, με την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα υπάρχει και ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης ως πρόσθετη πηγή εσόδων για το Ελληνικό σύστημα υγείας. Σε αυτό το είδος της ασφάλισης ο ασφαλιζόμενος πληρώνει ανάλογα με τον κίνδυνο της ασθένειας, το επάγγελμα, την κοινωνική θέση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου.

Μια άλλη πηγή άντλησης εσόδων είναι οι απευθείας πληρωμές των πολιτών από το εισόδημα τους στα συστήματα υγείας. Οι πόροι αυτοί δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά από την ίδια περιουσία των πολιτών. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε ότι διαχρονικά το ποσοστό εισφοράς κάθε πηγής εσόδων στη χρηματοδότηση του Συστήματος υγείας διαφέρει⁵.

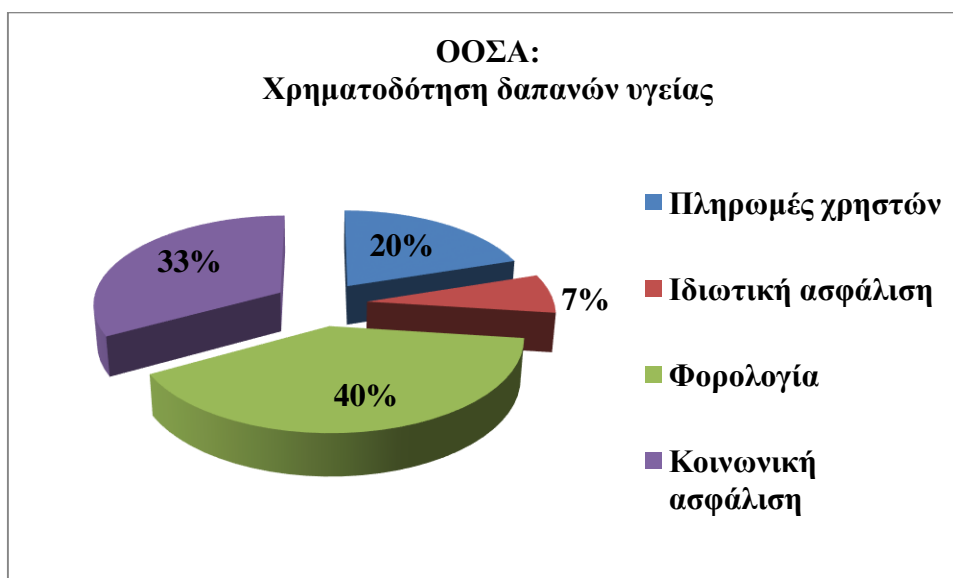
⁵ Σουλιώτης, Κυριόπουλος (2001)

Διάγραμμα 1.1
Χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα (2013)



Πηγή: OECD Health Data (2013)

Διάγραμμα 1.2
Χρηματοδότηση δαπανών υγείας (ΟΟΣΑ)



Πηγή: OECD Health Data (2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Γενικά χαρακτηριστικά του ιδιωτικού κλάδου

Ανάλογα με το μέγεθός τους, οι ιδιωτικές γενικές κλινικές διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Μεγάλες πολυδύναμες κλινικές οι οποίες βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και είναι λίγες σε αριθμό. Οι κλινικές αυτές υπερβαίνουν σε δυναμικότητα τις 300 κλίνες και στην πλειοψηφία τους είναι στελεχωμένες από άρτια εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, διαθέτοντας ιατρικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας. Επίσης, διατηρούν συμφωνίες τόσο με ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία του δημοσίου, όσο και με τις περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα.
- Μεσαίες κλινικές οι οποίες συνήθως διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα, καθώς και με ταμεία του δημοσίου.
- Μικρές κλινικές οι περισσότερες των οποίων καλύπτουν το κόστος νοσηλείας των ασθενών τους (ολόκληρο ή μέρος), μέσω συμβάσεων που έχουν συνάψει με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημοσίου.
- Νευροψυχιατρικές κλινικές οι οποίες αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία, είναι αρκετές σε αριθμό και τα έσοδά τους προέρχονται εξ ολοκλήρου από εσωτερικούς νοσηλευόμενους ασθενείς, εμφανίζοντας υψηλές μέσες ετήσιες πληρότητες.

Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή των ιδιωτικών κλινικών, η πλειοψηφία τους βρίσκεται συγκεντρωμένη στην περιφέρεια της Αθήνας και ακολουθεί η περιφέρεια της Θεσσαλονίκης.

Τα τελευταία 10-15 έτη παρατηρήθηκαν σημαντικές ανακατατάξεις στο χώρο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς μικρές περιφερειακές μονάδες απορροφήθηκαν, εξαγοράστηκαν ή συγχωνεύτηκαν με μεγαλύτερες. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις μεγάλες μονάδες του κλάδου απέκτησαν διεθνή χαρακτήρα επεκτείνοντας τις εργασίες τους και σε χώρες του εξωτερικού.

Από τη μία πλευρά η δυσκολία των περισσότερων μικρών μονάδων του κλάδου να ανταποκριθούν στη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και από την άλλη το πολύ υψηλό κόστος κατασκευής και εξοπλισμού μιας νέας θεραπευτικής μονάδας σε συνδυασμό με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, αποτέλεσαν τους δύο βασικούς λόγους που οδήγησαν στη στρατηγική των εξαγορών – συγχωνεύσεων - απορροφήσεων των μικρότερων από μεγαλύτερες επιχειρήσεις.

Σχετικά με τα ιδιωτικά μαιευτήρια που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα, αποτελούν στην ουσία κλινικές οι οποίες παρέχουν μαιευτικές και γενικότερα γυναικολογικές υπηρεσίες. Ωστόσο, τα κυριότερα εξ' αυτών έχουν επεκταθεί, με τη δημιουργία σύγχρονων εξεταστικών κέντρων για την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών.

Όσον αφορά τα διαγνωστικά κέντρα, αυτά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και πρόληψη των ασθενειών. Με τη σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή και με το εξειδικευμένο προσωπικό που διαθέτουν, είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα ιατρικά-διαγνωστικά κέντρα υποστηρίζουν στο έργο τους και τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τα διαγνωστικά κέντρα υπό τη μορφή μεγάλων οργανωμένων μονάδων που προσφέρουν υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης, καλύπτοντας περισσότερες από μία ειδικότητες, εμφανίστηκαν στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Βεβαίως, τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια υπό τη μορφή εταιρειών (Α.Ε. και Ε.Π.Ε.) άρχισαν νόμιμα να λειτουργούν στη χώρα κατά τη διάρκεια της 10ετίας του 1970. Μετά το 1985 παρουσίασαν ιδιαίτερη ανάπτυξη και μετεξελίχθηκαν σε μεγάλες διαγνωστικές μονάδες. Μάλιστα, εξαιτίας του θεσμικού πλαισίου που έθετε εμπόδια στην ίδρυση νέων κλινικών και την επέκταση παλαιότερων, ιδιωτικοί φορείς που επιθυμούσαν να δραστηριοποιηθούν στον κλάδο της υγείας αναγκάστηκαν να στραφούν στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων. Παράγοντες του κλάδου εκτιμούν ότι στη χώρα μας λειτουργούν 300-350 ιατρικά διαγνωστικά κέντρα (υπό τη μορφή εταιρειών).

Η έντονη ζήτηση για εξειδικευμένες και αναβαθμισμένες διαγνωστικές υπηρεσίες, οδήγησε τις μεγάλες μονάδες του κλάδου στην υλοποίηση σημαντικών επενδύσεων για τον εξοπλισμό τους. Η λύση της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) μέσω της οποίας πολλά εξεταστικά κέντρα χρηματοδοτούν τον πάγιο ιατρομηχανολογικό τους εξοπλισμό, είναι αρκετά διαδεδομένη στον κλάδο.

Εκτός των μεγάλων πολυδύναμων διαγνωστικών κέντρων, αρκετά σε αριθμό είναι τα μικρά τοπικά μικροβιολογικά εργαστήρια, τα οποία συχνά απευθύνονται σε

μεγαλύτερα κέντρα για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων εξετάσεων, καθώς δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν πάντοτε στις ανάγκες των πελατών τους λόγω έλλειψης του απαιτούμενου εξοπλισμού.

Τέλος, έντονο υπήρξε την τελευταία 15-ετία και στο χώρο των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων το φαινόμενο των εξαγορών και απορροφήσεων μικρών κέντρων από μεγαλύτερα⁶.

2.2 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα – Θεσμικό πλαίσιο

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) της χώρας θεμελιώθηκε νομοθετικά με το νόμο 1397/1983, ενώ διάφορες είναι κατά καιρούς οι νομοθετικές διατάξεις που συμπληρώνουν, τροποποιούν ή βελτιώνουν τον αρχικό νόμο. Τελευταίος είναι ο νόμος 3868/2010 με θέμα την «αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ. και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

Η νομοθετική ρύθμιση υπ' αριθμόν 2889/2001 θεσμοθετεί την περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. στα λεγόμενα «Περιφερειακά Συστήματα Υγείας» (Πε.Σ.Υ.) τα οποία στη συνέχεια μετασηματίστηκαν σε «Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες» (Δ.Υ.Πε.) σύμφωνα με το νόμο 3329/2005. Όπως ορίζει ο νόμος 3527/2007, η Ελλάδα είναι χωρισμένη σε επτά (7) υγειονομικές περιφέρειες (από 13 που ήταν παλαιότερα). Πρόκειται για τις υγειονομικές περιφέρειες Αττικής (1η), Πειραιώς και Αιγαίου (2η), Μακεδονίας (3η), Μακεδονίας και Θράκης (4η), Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας (5η), Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας (6η) και Κρήτης (7η).

Ένας θεσμός που υπάγεται απευθείας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) το οποίο συστάθηκε με το νόμο 2920/2001 και άρχισε να λειτουργεί στις 19.9.02. Αποστολή του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με κύριο σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας.

⁶ Icap, (2015)

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. διαρθρώνεται οργανωτικά στους τομείς α) Υγειονομικού-Φαρμακευτικού Ελέγχου, β) Διοικητικού-Οικονομικού Ελέγχου, γ) Ελέγχου Φορέα Πρόνοιας, δ) Μονάδας Διοικητικής Υποστήριξης και ε) Περιφερειακών Γραφείων.

Προκειμένου να καταστεί δυνατός αφενός μεν ο καλύτερος συντονισμός των δημόσιων νοσοκομείων αφετέρου δε ο περιορισμός των δαπανών τους, αποφασίστηκε από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Διασύνδεση των νοσοκομείων της χώρας.

Σύμφωνα με τα ΦΕΚ 1681/Β/28.7.2011 και του τροποποιητικού ΦΕΚ 2674/Β/8.11.2011, σκοπός της διασύνδεσης αυτής είναι ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. να διαμορφωθεί σε 35.560 (+1.990 ΜΨΑ) κλίνες, από 46.783 κλίνες που ήταν προ της διασύνδεσης. Στην ευρύτερη έννοια της διασύνδεσης αυτής υπάγονται μεταξύ άλλων, η κατάρτιση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας τμημάτων κλινικών και εργαστηρίων, ο σχεδιασμός ισόρροπης ανάπτυξης μεταξύ ομοειδών ιατρικών τμημάτων, ο σωστότερος προγραμματισμός, η ανάπτυξη και διαχείριση των νοσοκομειακών κλινών (αποσυμφόρηση μονάδων με υψηλή πληρότητα και ενίσχυση μονάδων μικρότερης δυναμικότητας), ο ενιαίος σχεδιασμός της κτιριολογικής ανάπτυξης, ο σχεδιασμός ενιαίων διαδικασιών ελέγχου ποιότητας, ο ενιαίος προγραμματισμός και η ομαδοποίηση των προμηθειών κ.α.

Δύο ακόμη καινοτομίες στο χώρο της υγείας, αποτέλεσαν η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) (ΦΕΚ 2456/3.11.2011) καθώς και η θεσμοθέτηση των Κ.Ε.Ν. (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, ΦΕΚ 1702/1.8.2011), σύμφωνα με τα οποία άλλαξε ο τρόπος τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας όχι μόνον στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. αλλά και στα ιδιωτικά θεραπευτήρια (από 1.3.2012).

Σε ότι αφορά τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., πρόκειται για τον νέο ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας στον οποίο υπάγονται πλέον οι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α., του Ο.Α.Ε.Ε., του Ο.Γ.Α. και του Ο.Π.Α.Δ. Σχετικά με τα Κ.Ε.Ν. πρόκειται για έναν κατάλογο με 700 ενοποιημένα νοσήλια, το καθένα με συγκεκριμένο κωδικό αριθμό και κόστος, βάσει του οποίου όλα τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα γνωρίζουν πόσα χρήματα θα πρέπει να καταβάλουν ανά περίπτωση⁷.

Βάσει του νόμου 4238 (ΦΕΚ Α'38/17.2.2014) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνίσταται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) το οποίο και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της χώρας. Μέσω του Π.Ε.Δ.Υ., οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική και ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. Τα Κέντρα Υγείας της

⁷ <http://www.eopyy.gov.gr>

χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), μεταφέρονται πλέον και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. αποτελώντας εφεξής τις αποκεντρωμένες οργανικές τους μονάδες. Οι μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό (άρθρο 1 και 2).

Επίσης, καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού ο οποίος θα είναι ο καθ' ύλην αρμόδιος να εξετάζει τους ασφαλισμένους στα αστικά κέντρα, κάτι ανάλογο με τον αγροτικό γιατρό της περιφέρειας (άρθρο 5).

Σύμφωνα πάντα με τον ίδιο νόμο (άρθρο 8), ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα λειτουργεί πλέον ως ασφαλιστικός οργανισμός Υγείας ο οποίος θα «αγοράζει» υπηρεσίες (για λογαριασμό των ασφαλισμένων του) από ελεύθερους επαγγελματίες παρόχους (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές).

Επίσης, στο Τρίτο Κεφάλαιο του νόμου 4238/2014 αναφέρονται ρυθμίσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα – κινητικότητα των υπαλλήλων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθώς και οικονομικά θέματα του προσωπικού.

2.2.1 Κλινικές

Ο κλάδος των ιδιωτικών θεραπευτηρίων περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που σκοπό είχε την ενίσχυση του νεοσύστατου Ε.Σ.Υ. Έτσι, βάσει των διατάξεων του Ν.1397/1983 είχε σταματήσει η έκδοση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση των ήδη υφισταμένων. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την τακτική καθήλωσης των νοσηλίων σε χαμηλά επίπεδα, είχε ως αποτέλεσμα την αποθάρρυνση των επιχειρηματιών να επενδύσουν σε μονάδες παροχής δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Έτσι, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού τους, από 122 το 1983 σε 140 το 1993, ο αριθμός των αντίστοιχων ιδιωτικών μειώθηκε σε 224 το 1993 από 391 το 1983⁸.

Με το Προεδρικό Διάταγμα 247/1991 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα στις ίδιες τις κλινικές και η χορήγηση των αδειών λειτουργίας των μονάδων αυτών, τόσο σε φυσικά όσο και σε νομικά πρόσωπα.

Με τις διατάξεις αυτές οι κλινικές εκτός από θεραπευτήρια μετατράπηκαν και σε μεγάλης κλίμακας διαγνωστικά κέντρα, τα οποία σε μικρό χρονικό διάστημα κάλυψαν σημαντικό μέρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

⁸ <https://www.sfee.gr/fek-143a7-10-1983-ethniko-sistema-igias>

Παράλληλα, με τους νόμους 517/1991 και 247/1991 καθορίζονται προδιαγραφές οικοδομής, τεχνικού εξοπλισμού, σύνθεσης προσωπικού κλπ., που απαιτούνται για την δραστηριοποίηση ιδιωτικών κλινικών. Ο νόμος 235/2000 επαναπροσδιορίζει τις προδιαγραφές των ιδιωτικών κλινικών σε ζητήματα σύνθεσης και αριθμού προσωπικού καθώς και τεχνικού εξοπλισμού. Επίσης, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ίδιου νόμου, απαγορεύεται η ένταξη και λειτουργία σε ιδιωτικές κλινικές, αυτοτελών (που ανήκουν σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα) ιδιωτικών φορέων Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2889/2001, τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται πλέον σε δύο κατηγορίες, στα Γενικά και στα Ειδικά, ενώ η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται. Ως Γενικά χαρακτηρίζονται τα νοσοκομεία που διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες και ως Ειδικά όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία μόνο θεραπευτική κατηγορία.

Επίσης, από 1.1.2002 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., η λειτουργία απογευματινών ιατρείων μετά το τακτικό ωράριο, καθώς και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η λειτουργία των υπηρεσιών αυτών είναι προαιρετική όπως προαιρετική είναι και η συμμετοχή σε αυτές του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Όσοι όμως δηλώσουν συμμετοχή υπάγονται υποχρεωτικά στους κανόνες λειτουργίας που ορίζονται από το νόμο.

Από τον Ιούλιο του 2010 και στα πλαίσια του αποτελεσματικότερου ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης προς τα ασφαλιστικά ταμεία (Ν.3846/2010), με σχετική τροπολογία, υποχρεώνονται οι ιδιωτικές κλινικές δυναμικότητας 60 κλινών και άνω, να διαθέτουν δικό τους φαρμακείο (σύμφωνα πάντα με τις προδιαγραφές του Π.Δ. 517/1991(ΦΕΚ 64 Α) προκειμένου να εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνον τους νοσηλευόμενους ασθενείς τους.

Σύμφωνα με το Νόμο 4334/2015, σε ισχύ βρίσκεται από 20.7.2015 ο νέος αυξημένος συντελεστής Φ.Π.Α. 23% (από 13%) για τις υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών.

2.2.2 Διαγνωστικά Κέντρα

Η δραστηριοποίηση του επιχειρηματικού κεφαλαίου στο χώρο της υγείας αρχίζει το 1939 με το Α.Ν. 1845/1939 που όριζε ότι άδεια προς ίδρυση ιδιωτικής κλινικής δίνεται όχι μόνο σε ιατρούς αλλά και σε ιδιώτες, καθώς και σε νομίμως συσταθείσες εταιρείες, στις οποίες παρέχεται και η δυνατότητα να τύχουν και άδειας ίδρυσης και λειτουργίας

ακτινολογικών, μικροβιολογικών και βιοχημικών εργαστηρίων υπό την ευθύνη πάντοτε ακτινολόγων ή μικροβιολόγων ιατρών.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια υπό τη μορφή κεφαλαιουχικών εταιρειών (ΑΕ και ΕΠΕ) άρχισαν να λειτουργούν νόμιμα στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της 10ετίας του 1970, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα κάνουν την εμφάνισή τους από το 1980 και μετά. Οι άδειες ίδρυσης και λειτουργίας των διαφόρων εργαστηρίων και διαγνωστικών μονάδων χορηγούντο μέχρι το 1987 στο όνομα του νομικού προσώπου. Έκτοτε όμως με βάση τις γνωμοδοτήσεις αρμοδίων υπηρεσιών που έγιναν αποδεκτές, κρίθηκε ότι έπρεπε και στην περίπτωση των εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων να εφαρμοσθούν αναλογικά οι διατάξεις του Ν.1397/1983 περί Ε.Σ.Υ. Σύμφωνα με αυτές τις διατάξεις, δεν ήταν επιτρεπτή η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας απ' ευθείας στο όνομα των εταιρειών, παρά μόνον στο όνομα του επιστημονικά υπεύθυνου ιατρού⁹.

Εν αναμονή της έκδοσης Προεδρικού Διατάγματος που θα καθόριζε τους όρους λειτουργίας όλων των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι νομαρχίες συνέχισαν προσωρινά να εκδίδουν τις άδειες λειτουργίας των διαγνωστικών κέντρων στο όνομα των ιατρών, καθώς και μεμονωμένες άδειες ανά είδος ή κατηγορία εξετάσεων μέχρι την νομοθετική ρύθμιση του θέματος.

Πράγματι, το σχέδιο Π.Δ. που κατέθεσε στο Συμβούλιο Επικρατείας το Υπουργείο Υγείας το 1993, καθόριζε ότι οι άδειες ίδρυσης και δραστηριοποίησης των διαγνωστικών κέντρων, χορηγούνται στο όνομα του νομικού προσώπου.

Σημαντική εξέλιξη για το μέλλον του κλάδου ήταν η ακύρωση στις 12.2.08 από την ολομέλεια του Συμβουλίου Επικρατείας και το Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο (με τις υπ' αριθμόν αποφάσεις 252-260/08) του Π.Δ. 84/20011. Το συγκεκριμένο Π.Δ. καθόριζε με αυστηρό τρόπο τους όρους, τις προϋποθέσεις, τη διαδικασία και τις προδιαγραφές της ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Τον Οκτώβριο του 2009 δύο ημέρες πριν τις εθνικές εκλογές, εκδόθηκε το Π.Δ. 180/2009 σύμφωνα με το οποίο απελευθερώθηκε η επιχειρηματική δραστηριότητα στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όμως, η νέα πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προχώρησε στην κατάργηση αυτού του προεδρικού διατάγματος, προωθώντας και πάλι με νομοθετική ρύθμιση το Π.Δ.

⁹ <https://www.sfee.gr/fek-143a7-10-1983-ethniko-sistema-igias>

84/2001 και χρόνο προσαρμογής τους 12 μήνες. Με τη νομοθετική αυτή ρύθμιση επαναφέρονται οι δύο εκείνες διατάξεις του που κρίθηκαν αντισυνταγματικές από το Συμβούλιο Επικρατείας. Οι διατάξεις αυτές αφορούν την υποχρεωτική μεταβίβαση του 51% του μετοχικού κεφαλαίου των επιχειρήσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης (διαγνωστικών εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων) σε ειδικευμένους ιατρούς, καθώς επίσης και την απαγόρευση λειτουργίας υποκαταστημάτων.

2.2.3 Περικοπές Clawback και rebate για ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας

Στο πλαίσιο εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής σταθερότητας, την 23.7.2013 ψηφίστηκε ο νόμος 4172/2013 (ΦΕΚ Α'/167/23.7.2013). Σύμφωνα με το άρθρο 100 του εν λόγω νόμου, η μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για διαγνωστικές εξετάσεις, νοσήλια και φυσικοθεραπείες που παρέχονται από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υγείας, δεν μπορεί να υπερβαίνει το 1/12 των εγκεκριμένων πιστώσεων του προϋπολογισμού του. Για το υπερβάλλον ποσό τίθεται σε εφαρμογή αυτόματος μηχανισμός επιστροφών (clawback) από τους ιδιώτες παρόχους, υπολογιζόμενο σε εξαμηνιαία βάση, ως η διαφορά μεταξύ της προϋπολογισμένης και της πραγματικής δαπάνης¹⁰.

Ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ καθορίστηκε ότι δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των €520 εκατ. για νοσήλια, ενώ για διαγνωστικές εξετάσεις και φυσιοθεραπεία το ποσό των €370 εκατ. Περαιτέρω, καθορίζεται και επιπλέον κλιμακούμενο ποσοστό επιστροφής (rebate) επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ για νοσήλια, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσιοθεραπείες των ασφαλισμένων του προς τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους. Ως βάση υπολογισμού σύμφωνα με τις διατάξεις των ανωτέρω, λαμβάνονται υπόψη το ύψος της μηνιαίας υποβολής δαπανών των παρόχων. Οι παραπάνω ρυθμίσεις έχουν μάλιστα αναδρομική εφαρμογή από την 1.1.2013 και διάρκεια έως 31.12.2015. Στα ΦΕΚ Β' / 2511/ 7.10.2013 και ΦΕΚ Β' /1202 / 12.5.2014 δημοσιεύθηκαν αποφάσεις με τις οποίες εξειδικεύονται ζητήματα εφαρμογής του ν.4172/2013 (άρθρο 100).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, με αφορμή τα παραπάνω, οι ιδιωτικές κλινικές και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα έχουν προσφύγει στο ΣτΕ για την ακύρωση των ανωτέρω υπουργικών αποφάσεων. Συγκεκριμένα, οι εν λόγω προσφυγές κατατέθηκαν την 27.9.2013 και 8.11.2013, ενώ η εκδίκαση των αιτήσεων ακυρώσεως ορίστηκε αρχικά

¹⁰ http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos%204172_2013

για την 26.11.2013 και έπειτα από αναβολή που ζήτησε ο ΕΟΠΥΥ εκδικάστηκαν την 17.12.2013 και αναμένεται η έκδοση απόφασης του ΣτΕ. Την 21.2.2014 και την 14.3.2014 το Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών εξέδωσε δύο αποφάσεις, βάσει των οποίων αναστέλλει την διαδικασία εκτέλεσης τόσο της ειδοποίησης για το clawback όσο και του rebate, κατά ποσοστά που υπερβαίνουν το 51% περίπου των ποσών που αναφέρονται στα ειδοποιητήρια του ΕΟΠΥΥ για το 1ο εξάμηνο της χρήσης 2013 (πηγή: Ενημερωτικά δελτία εταιρειών).

Επιπλέον, την 1.8.2014 δημοσιεύτηκαν στο ΦΕΚ Β' 2111 τα επιτρεπόμενα όρια δαπανών του ΕΟΠΥΥ για τις προς αυτόν παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους. Βάσει της εν λόγω απόφασης, ο συνολικός προϋπολογισμός για το 2014 των ιδιωτικών κλινικών, κέντρων αποκατάστασης κλειστής περίθαλψης καθώς και ιδιωτικών κλινικών ψυχιατρικής, ανέρχεται σε €331 εκατ., ενώ ο συνολικός προϋπολογισμός για διαγνωστικές υπηρεσίες, για φυσικοθεραπευτήρια, για κέντρα αποκατάστασης ανοιχτής περίθαλψης καθώς και για υπηρεσίες μονάδων χρόνιας αιμοκάθαρσης και μονάδων τεχνητού νεφρού ανέρχεται σε €480 εκατ.

Στις 11.11.2014 δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 3040/14, ΥΑ του Υπουργείου Υγείας στην οποία περιγράφεται η μεθοδολογία υπολογισμού του clawback για το 2014 λαμβάνοντας υπόψη καθορισμένους δείκτες οι οποίοι θα προκύψουν από τα απολογιστικά στοιχεία του 2013 για κάθε κλινική σε σχέση με το σύνολο του κλάδου. Τα τελικά ποσά του clawback για το 2014 θα προκύψουν εφόσον ελεγχθούν και οι υποβολές του συνόλου του έτους 2014, εκκαθαριστούν και επικυρωθούν από τον ΕΟΠΥΥ.

2.2.4 Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)

Το Σεπτέμβριο του 2014 συστάθηκε η Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ) σκοπός της οποίας είναι η εισαγωγή ενός συστήματος αμοιβών νοσοκομείων επί τη βάσει ολοκληρωμένου συστήματος κατανομής αμοιβής ανά περιστατικό (Ν.4286/2014, προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο νόμο, εισάγεται στο χώρο της υγείας το Σύστημα Αμοιβών Νοσοκομείων (Σ.Α.Ν.), ένα καθολικό σύστημα κατανομής αμοιβών,

οικονομικών πόρων μεταξύ νοσοκομείων, δημόσιων και ιδιωτικών, επί τη βάσει των ειδικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών εισαγωγής, διάγνωσης και θεραπείας ασθενών που παρέχονται. Το Σ.Α.Ν. καταλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται, με εξαίρεση αυτές που αφορούν την περίθαλψη σε ψυχιατρικά νοσοκομειακά τμήματα, σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων καθώς και σε κέντρα αποκατάστασης. Βασίζεται στη μεθοδολογία του συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRG – Diagnosis Related Groups) και συνιστά ένα εθνικής εμβέλειας καθολικό σύστημα καθορισμού αμοιβών επί τη βάσει διαγνωστικά ομοιογενών ομαδοποιήσεων των υπηρεσιών ανά περιστατικό.

Το Σ.Α.Ν. τίθεται σε δοκιμαστική εφαρμογή την 1.6.2015 σε συγκεκριμένα νοσοκομεία που θα επιλεγθούν για το σκοπό αυτό και από την 1.1.2016 έως την 31.12.2016 σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές, με ημερομηνία καθολικής εφαρμογής την 1.1.2017.

Ειδικά σε ό,τι αφορά την ΕΣΑΝ ΑΕ, αυτή αναλαμβάνει το έργο της δημιουργίας, διαχείρισης, και επικαιροποίησης του Σ.Α.Ν., ενώ η εποπτεία και ο έλεγχος αυτής ασκείται από το Υπουργείο Υγείας. Το μετοχικό της κεφάλαιο καλύπτεται εξ ολοκλήρου από το Ελληνικό Δημόσιο.

2.3 Διάκριση δαπανών υγείας

Ο όρος Δημόσια Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το Δημόσιο για την παροχή φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Αντίστοιχα, η Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, περιλαμβανομένων επίσης και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στις δαπάνες των ατόμων εκείνων που είναι ανασφάλιστα.

Ορισμένες από τις κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι οι παρακάτω:

- οι δαπάνες των ανασφάλιστων
- οι δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων
- η νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης (διαφέρει αναλόγως του ασφαλιστικού φορέα), καθώς και η συμμετοχή τους στην αγορά φαρμάκων

- η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του ιατρού
- οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία
- οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) δημοσιοποίησε για πρώτη φορά το 2013 στατιστικά στοιχεία για τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας προσδιορίζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τα τελευταία αναθεωρημένα στοιχεία του πίνακα 2.3.1 που ακολουθεί, διαχρονική μείωση παρουσιάζει η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας την περίοδο 2009-2013 καταγράφοντας μέσο ετήσιο ρυθμό μείωσης 9,2%. Ειδικότερα, σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ., το 2013 η συνολική τρέχουσα δαπάνη διαμορφώθηκε σε €15.777 εκατ. έναντι €23.177 εκατ. το 2009.

Ως ποσοστό επί του Α.Ε.Π., η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας διαμορφώθηκε στο 11,6% το 2014. Ειδικότερα, αναφορικά με το σύνολο της ιδιωτικής τρέχουσας δαπάνης υγείας, αυτή καταγράφει μέσο ετήσιο ρυθμό μείωσης 5,5% φτάνοντας το 2013 το ποσό των €5.616 εκατ. αντιπροσωπεύοντας το 35,6% της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας (από 30,3% το 2009).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο πίνακας 2.3.2 του κεφαλαίου. Σε αυτόν εμφανίζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λοιπές δαπάνες όπως ΜΚΟ, Εκκλησία κλπ.) προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα κλπ.). Ειδικότερα για τις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα επισημαίνονται τα εξής:

- Οι δαπάνες σε νοσοκομεία ανέρχονται το 2013 σε €1.421 εκατ. και περιλαμβάνουν α) τις δαπάνες των ιδιωτών στα ιδιωτικά νοσοκομεία, και β) τις δαπάνες των ιδιωτών στα νοσοκομεία του δημοσίου (αυτές καλύπτουν περίπου το 29% των συνολικών δαπανών στα νοσοκομεία το 2013).
- Οι δαπάνες σε φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (π.χ. οδοντιατρεία) περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία καλύπτουν ποσοστό της τάξης του 21% το 2013.

Πίνακας 2.1

Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2009-2013) (σε εκατ.€)

	2009	2010	2011	2012	2013
Γενική Κυβέρνηση (1)	6.115,4 0	6.475,4 0	4.202,2 0	5.046,4 0	4.603,10
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	26,40%	29,10%	21,40%	29,50%	29,20%
Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (2)	9.982,8 0	9.106,1 0	8.986,1 0	6.361,3 0	5.417,80
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	43,10%	40,90%	45,90%	37,20%	34,30%
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1+2)	16.098 ,20	15.581 ,50	13.188 ,30	11.407, 80	10.020,9 0
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	69,50%	70,00%	67,30%	66,70%	63,50%
Ιδιωτική Ασφάλιση (3)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	1,90%	2,40%	2,70%	3,10%	3,10%
Ιδιωτικές Πληρωμές (4)	6.592,3 0	6.078,0 0	5.823,8 0	5.118,9 0	5.121,20
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	28,40%	27,30%	29,70%	29,90%	32,50%
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3+4)	7.026, 10	6.614, 60	6.358, 00	5.644,6 0	5.616,30
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	30,30%	29,70%	32,40%	33,00%	35,60%
Λοιπές Δαπάνες (5)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,3
Μερίδιο επί της συνολικής δαπάνης	0,20%	0,30%	0,30%	0,30%	0,90%
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (1+2+3+4+5)	23.176 ,90	22.269 ,30	19.598 ,70	17.105, 90	15.776,5 0
Α.Ε.Π.	231.08 1	222.15 1	208.53 2	193.34 7	182.438
Μερίδιο Συνολικής Τρέχουσας Δαπάνης επί του Α.Ε.Π.	10,00%	10,00%	10,60%	11,30%	11,60%

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας 2.2

Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας

(2009-2013)(ποσά σε €)

	2009	2010	2011	2012	2013
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (1)	6.115,40	6.475,40	4.202,20	5.046,40	4.603,10
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	5.355,00	5.705,00	3.580,10	4.454,40	4.032,30
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	548,3	571,7	387,7	446,1	407,8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	212,1	198,7	234,4	145,9	162,9
Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) (2)	9.982,80	9.106,10	8.986,00	6.361,30	5.417,80
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	2.268,00	1.837,80	1.655,00	1.077,40	954,3
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1.041,10	968,4	969	642,8	697,6
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	6.673,50	6.299,90	6.362,00	4.641,10	3.765,90
Χρηματοδότηση Δημόσιας Δαπάνης (1+2)	16.098,20	15.581,50	13.188,20	11.407,70	10.020,90
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	7.622,90	7.542,80	5.235,10	5.531,90	4.986,70
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1.589,70	1.540,10	1.356,70	1.088,90	1.105,40
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	6.885,60	6.498,60	6.596,40	4.786,90	3.928,80
Ιδιωτική Ασφάλιση (3)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	310,7	380,3	379,6	377,2	358,2
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	43	55,4	53,3	50,8	47,7
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	80,1	100,9	101,3	97,6	89,2
Πληρωμές Ιδιωτών (4)	6.592,30	6.078,00	5.823,70	5.118,90	5.121,20
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	1.165,40	1.198,70	1.331,80	1.387,60	1.421,60
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	3.491,70	2.953,20	2.609,80	1.852,40	1.570,70
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	1.935,20	1.926,10	1.882,10	1.878,90	2.128,90
Ιδιωτικός Τομέας (3+4)	7.026,20	6.614,60	6.357,90	5.644,60	5.616,20
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. Φροντίδας	1.476,10	1.579,00	1.711,40	1.764,80	1.779,80
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	3.534,70	3.008,60	2.663,10	1.903,20	1.618,40
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	2.015,40	2.027,00	1.983,40	1.976,60	2.218,10
Λοιπές Δαπάνες (5)	52,6	73,1	52,5	53,6	139,4
Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (1+2+3+4+5)	23.176,90	22.269,30	19.598,70	17.105,90	15.776,50

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης

Η οικονομική ύφεση στη χώρα μας έχει επηρεάσει όχι μόνο τους οικονομικούς αλλά και τους δείκτες υγείας των Ελλήνων πολιτών. Σχετικά με τους παράγοντες επιρροής στην ανθρώπινη υγεία μια έρευνα που διεξήχθη σε παγκόσμιο επίπεδο (Αύγουστος-Οκτώβριος 2011)¹¹ αναφέρει πως για την Ελλάδα από τους παράγοντες που βαρύνουν την υγεία των πολιτών ο μεγαλύτερος είναι το άγχος, ακολουθούν το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο τρόπος αντιμετώπισης της ζωής.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας πηγάζει από τη ζήτηση του ύστατου αγαθού υγεία, επηρεάζεται δηλαδή 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.)¹².

Συγκεκριμένα κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι οι παρακάτω:

i. Οικονομικοί παράγοντες

Αποτελεί ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα διαμόρφωσης της ζήτησης για τις εξεταζόμενες υπηρεσίες. Το διαθέσιμο εισόδημα των καταναλωτών σε συνδυασμό με τις τιμές των ιδιωτικών υπηρεσιών, επηρεάζει τη ζήτηση και ανάλογα την κατευθύνει προς τον ιδιωτικό ή προς το δημόσιο τομέα.

ii. Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες (ηλικία, βιοτικό επίπεδο, τόπος διαβίωσης – πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας κλπ.).

iii. 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%.

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, διότι

¹¹ Focus Bari

¹² Αλετράς, (2002)

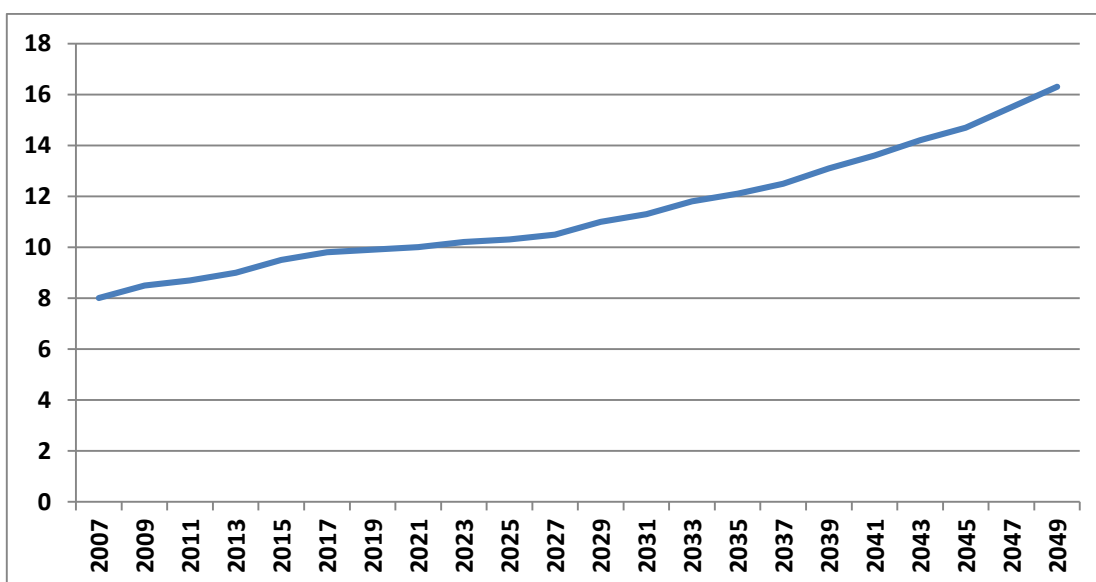
στατιστικά ο άνθρωπος δαπανά περισσότερα χρήματα για την υγεία στα πρώτα και στα τελευταία χρόνια της ζωής του, με κορύφωση τους τελευταίους 6 μήνες.

Η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην επιδημιολογία και στα νοσολογικά χαρακτηριστικά του, όπως ισχαιμία, καρδιόπαθειες, υπέρταση, προβλήματα του κυκλοφοριακού συστήματος. Έτσι οι ανάγκες για υγεία είναι αυξημένες.

Όσον αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αν και η χώρα μας βρίσκεται σε υψηλή θέση μεταξύ 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 χωρών.

Διάγραμμα 3.1

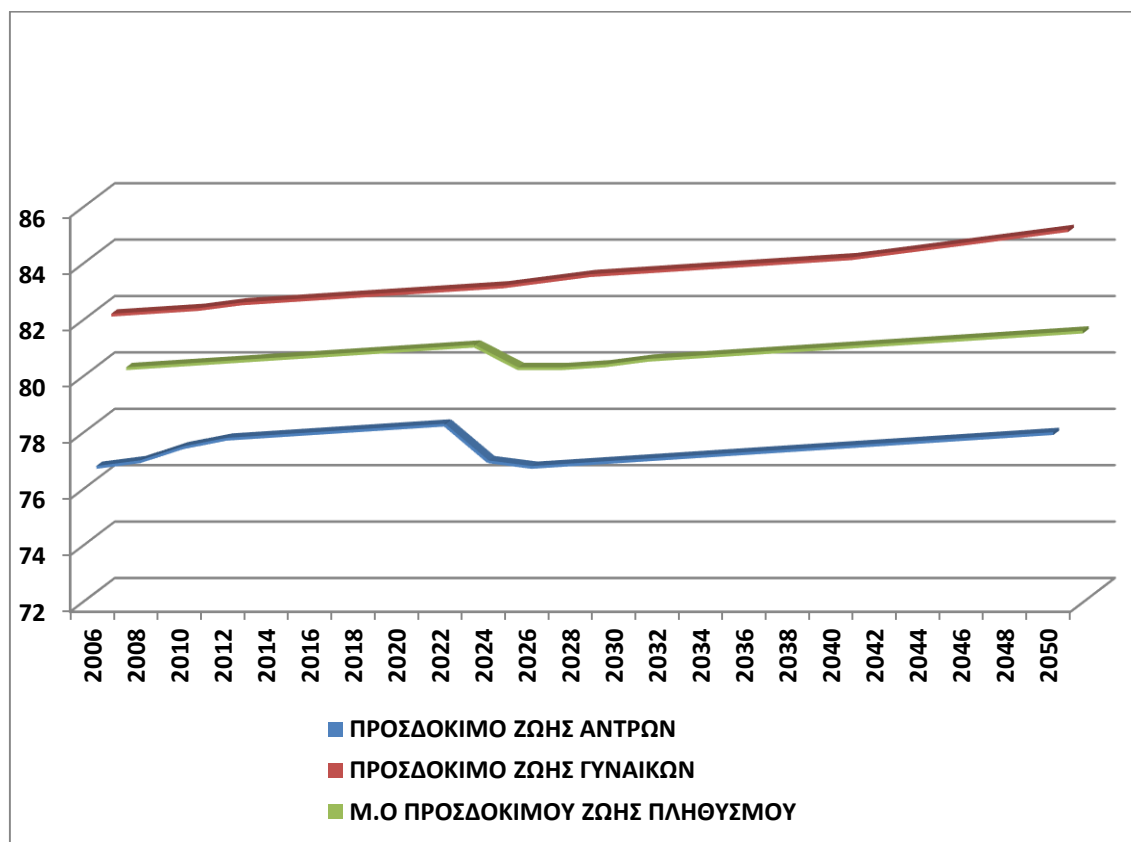
Δείκτης γήρανσης πληθυσμού (2007-2050)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

* Δείκτης γήρανσης πληθυσμού: το ποσοστό των υπερήλικων (70+) στο σύνολο του πληθυσμού

Διάγραμμα 3.2
Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (2006-2050)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

- iv. Το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι ελλείψεις στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου στρέφουν συχνά το κοινό προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
- v. Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μεγάλες λίστες αναμονής που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν αρκετούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- vi. Ο παράγων τεχνολογία είναι βαρύνουσας σημασίας.

Σημαντικές είναι την τελευταία 15-ετία οι επενδύσεις από πλευράς του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό την παροχή πολλών υπηρεσιών ταχύτερη, ευκολότερη και το σπουδαιότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη.

Επιπλέον, οι ελλείψεις ορισμένων δημοσίων θεραπευτηρίων - ιδιαίτερα της περιφέρειας - σε σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, σε κτιριακή υποδομή και σε επάρκεια κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν συχνά προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

3.2 Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ορισμένα από τα αποτελέσματα της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών που πραγματοποίησε η ΕΛ.ΣΤΑΤ., για το 2014.

Η εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα νοικοκυριών, με σκοπό τη συγκέντρωση αναλυτικών πληροφοριών για την αξία των αγορών των νοικοκυριών για κάθε είδους αγαθό και υπηρεσία.

Ορισμένα από τα αποτελέσματα της έρευνας, παρουσιάζονται στον πίνακα 3.2.1 που ακολουθεί.

Οι συνολικές μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό σε όλες τις περιοχές της χώρας ανήλθαν σε €105,76 το 2014, αντιπροσωπεύοντας το 7,2% του συνόλου των μηνιαίων δαπανών ανά νοικοκυριό. Υψηλότερη (ελαφρώς) είναι η συμμετοχή των δαπανών υγείας για τα νοικοκυριά των αγροτικών περιοχών (8,3%) και μικρότερη για τα νοικοκυριά των αστικών περιοχών (7%). Σε απόλυτες ωστόσο τιμές, τα νοικοκυριά που ζουν στις αστικές περιοχές εμφανίζουν υψηλότερη μέση μηνιαία δαπάνη (€106,18).

Πίνακας 3.1

Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά περιοχή(2014) (σε €)

Κατηγορία	Όλες οι περιοχές	Αστικές περιοχές	Αγροτικές περιοχές
Σύνολο αγορών	1.460,52	1.509,83	1.258,13
Δαπάνες υγείας	105,76	106,18	104
Φαρμακευτικά προϊόντα	35,18	32,58	45,86
Άλλα ιατρικά προϊόντα	2,41	2,46	2,19
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	1,62	1,7	1,31
Ιατρικές υπηρεσίες	11,44	11,66	10,51
Οδοντιατρικές υπηρεσίες	15,88	16,38	13,81
Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	5,96	6,1	5,41
Υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού	1,94	2,09	1,31
Λοιπές μη νοσοκομειακές υπηρεσίες	0,3	0,28	0,38
Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	8,75	8,79	8,62
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή)	3,73	3,95	2,81
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες & αμοιβές ιατρών)	1,54	1,63	1,16
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (ιατρικές αναλύσεις & παραϊατρικές υπηρεσίες)	0,22	0,25	0,11
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (άλλες υπηρεσίες αδύνατον να διαχωριστούν)	16,79	18,32	10,52
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	7,2	7	8,3

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εξέλιξη της Υποδομής και Διάρθρωση του Κλάδου

Ιστορικά αναφέρεται ότι, το 1983 με την εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ - με το νόμο 1397/83) ξεκίνησαν σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στην παροχή και κατανομή των υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Οι επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας για μια σειρά ετών μετά το 1983, αποσκοπούσαν στην άμβλυνση ενός εκ των σημαντικότερων χρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, την ύπαρξη δηλαδή μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Οι επενδύσεις αυτές αφορούσαν τα εξής:

- Δημιουργία πανελλαδικού δικτύου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις μη αστικές περιοχές, για την κάλυψη των αναγκών του μόνιμου πληθυσμού, αλλά και των αναγκών που παρουσιάζονται κατά την τουριστική περίοδο.
- Αναβάθμιση των υποδομών των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών μονάδων.
- Κατασκευή και λειτουργία τριών Περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων (Ιωαννίνων, Πάτρας, Ηρακλείου).
- Υλοποίηση του προγράμματος «μεταρρύθμισης» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος από ένα δίκτυο προληπτικών και θεραπευτικών εξωνοσοκομειακών δομών.
- Βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των υποδομών και την ανανέωση και συμπλήρωση του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, με μικρής κλίμακας παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν κυρίως μέσω των ΜΟΠ και του Α΄ΚΠΣ σε διάφορους νομούς και περιφέρειες της χώρας, με εξαίρεση τα μεγάλα αστικά κέντρα των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Σύμφωνα με πηγές του εξεταζόμενου κλάδου, οι διεθνείς τεχνολογικές εξελίξεις στους τομείς της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών,

σε στενή, ανοικτή και αμφίδρομη σχέση με την πρόοδο της ιατρικής και των βασικών επιστημών που την υποστηρίζουν, έχουν ήδη μεταβάλλει ριζικά ολόκληρο το φάσμα παροχής των υπηρεσιών υγείας τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τις ίδιες πηγές, ο ρυθμός διεύθυνσης των νέων τεχνολογιών και προσαρμογής της χώρας στις διεθνείς εξελίξεις και τάσεις, υπήρξε ασυνήθιστα υψηλός για τις διαγνωστικές υπηρεσίες, σχετικά ικανοποιητικός για τις επεμβατικές και τριτοβάθμιες εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας, βραδύς όμως για τα πληροφοριακά συστήματα.

Την τελευταία 15-ετία, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρουσίασαν αξιόλογη ανάπτυξη αξιοποιώντας τη γρήγορη προσαρμογή των μονάδων του κλάδου στις τεχνολογικές εξελίξεις.

Σήμερα, ένα μεγάλο τμήμα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα καλύπτεται από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Επίσης, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζοντας ολιγοπωλιακή σχεδόν δραστηριότητα στη γυναικολογική και μαιευτική περίθαλψη. Επιπλέον, ο ιδιωτικός τομέας προχώρησε σε ευρεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής και ακτινολογίας πραγματοποιώντας παράλληλα σημαντικές επενδύσεις προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι, ο ιδιωτικός τομέας ασφάλισης οργανώνεται στο χώρο παροχής ιατρικών υπηρεσιών, προκειμένου να ισχυροποιήσει τους κλάδους ασφάλισης ζωής και πάσης φύσεως ιατρικής / υγειονομικής περίθαλψης.

4.1.1 Το Δυναμικό των Θεραπευτηρίων της Χώρας

Με βάση στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. (πίνακας 4.1 που ακολουθεί), το 2011 (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) καταγράφηκαν συνολικά σε ολόκληρη τη χώρα 314 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 53.773 κλινών (172 κλίνες ανά θεραπευτήριο κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 36.822 κλίνες (μερίδιο 68,5%) αντιστοιχούν σε 141 θεραπευτήρια του δημοσίου και 15.584 κλίνες (μερίδιο 29%) σε 169 ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Πίνακας 4.1
Αριθμός κλινών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια (2000-2011)

Έτος	Σύνολο κλινών	Κλίνες σε ιδιωτικά θεραπευτήρια	Μερίδιο συμμετοχής
2000	51.500	15.141	29,4%
2001	52.276	15.038	28,8%
2002	51.781	14.460	27,9%
2003	51.762	14.528	28,1%
2004	51.871	14.515	28,0%
2005	52.511	14.389	27,4%
2006	53.701	15.082	28,1%
2007	53.888	14.707	27,3%
2008	53.652	15.028	28,0%
2009	54.704	15.124	27,6%
2010	54.012	14.694	27,2 %
2011	53.773	15.584	29,0%

Πηγή : ΕΛ.ΣΤΑΤ

4.1.2 Το Ιατρικό Προσωπικό της Χώρας

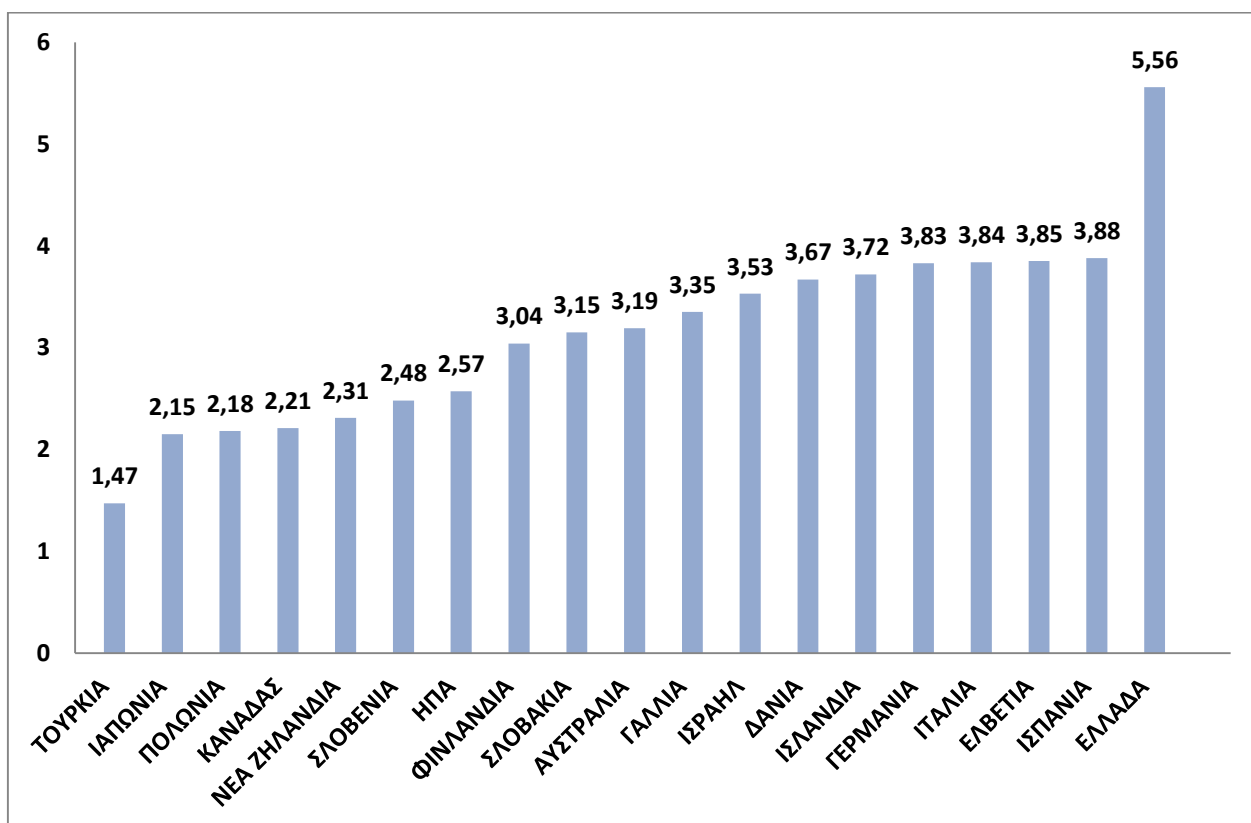
Οι ιατροί αποτελούν έναν από τους βασικότερους πόρους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ανθρώπινος παράγοντας δεν αποτελεί μόνο μέσο για την παροχή της αναγκαίας υγειονομικής περίθαλψης¹³, αλλά αποτελεί και σημαντικό παράγοντα ο οποίος με την συμπεριφορά του επηρεάζει τις εκροές του συστήματος συμβάλλοντας στην αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική λειτουργία του¹⁴. Ειδικότερα στον ιδιωτικό τομέα υγείας λόγω των ατελειών της αγοράς ο ιατρός ως παραγωγικός συντελεστής ενεργεί όχι μόνο από την πλευρά τους προσφοράς αλλά και από αυτή της

¹³ Adams,et.al, (1998)

¹⁴ Rigoli et al, (2003)

ζήτησης (τι θα παραχθεί και πώς) λαμβάνοντας αποφάσεις για λογαριασμό των ασθενών με στόχο τη θεραπεία και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας τους. Όσον αφορά την πυκνότητα ιατρών ανά κάτοικο η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση 5,56 ιατρούς/ 1000 κατοίκους.

Διάγραμμα 4.1
Πυκνότητα ιατρών (αριθμός/1.000 κατοίκους) (2010)



Πηγή : *OECD Healthdata Database, Version October 2010*

Το 2011, το ιατρικό προσωπικό της χώρας και ειδικότερα το νοσοκομειακό προσωπικό, ανήρχετο σε 28.021 άτομα.

Πίνακας 4.2

Εξέλιξη του ιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού της χώρας (2000-2011)

Έτος	Αριθμός προσωπικού
2000	23.486
2001	24.424
2002	23.597
2003	24.227
2004	24.728
2005	25.573
2006	25.495
2007	25.695
2008	26.063
2009	27.386
2010	26.629
2011	28.021

Πηγή : ΕΛ.ΣΤΑΤ.

4.1.3 Ο Ιατρομηχανολογικός Εξοπλισμός της Χώρας

Αναφορικά με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό των θεραπευτηρίων της χώρας, το έτος 2011 καταγράφηκαν συνολικά σε όλα τα θεραπευτήρια 8.212 ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας εκ των οποίων στα ιδιωτικά νοσοκομεία λειτουργεί το 28% των μηχανημάτων.

Πίνακας 4.3

Αριθμός ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας σε ιδιωτικά θεραπευτήρια
(2000-2011)

Έτος	Σύνολο μηχανημάτων	Μηχ/τα σε ιδιωτικά θεραπευτήρια	Μερίδιο συμμετοχής
2000	5.937	1.624	27,4%
2001	6.518	1.832	28,1%
2002	7.140	2.068	29,0%
2003	7.388	2.071	28,0%
2004	7.432	2.091	28,1%
2005	7.507	2.096	27,9%
2006	7.683	2.146	27,9%
2007	7.707	2.182	28,3%
2008	7.816	2.222	28,4%
2009	8.158	2.330	28,6%
2010	8.034	2.193	27,3%
2011	8.212	2.303	28,0%

Πηγή : ΕΛ.ΣΤΑΤ.

4.2 Πεδία Ανταγωνισμού

Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας διαφοροποιούνται μεταξύ τους βάσει ορισμένων ανταγωνιστικών χαρακτηριστικών, τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών. Τα βασικά πεδία ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός: Ιδιαίτερα υψηλά είναι τα κονδύλια που επενδύουν σχεδόν όλα τα μεγάλα διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά θεραπευτήρια, προκειμένου να βρίσκονται πάντοτε στην αιχμή της τεχνολογίας, διαθέτοντας τα πλέον σύγχρονα και αξιόπιστα μηχανήματα. Στο συγκεκριμένο

τομέα φαίνεται να «υπερέχουν» οι μεγάλες μονάδες του κλάδου, οι οποίες είναι σε θέση να διαθέσουν τα απαιτούμενα ποσά για την πραγματοποίηση επενδύσεων σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, σε αντίθεση με μικρότερες μονάδες που σε κάποιες περιπτώσεις αδυνατούν να ανταποκριθούν στην ταχεία απαξίωση του μηχανολογικού τους εξοπλισμού. Εναλλακτική λύση απόκτησης του απαιτούμενου μηχανολογικού εξοπλισμού για πολλές επιχειρήσεις του κλάδου, αποτελεί η χρηματοδοτική μίσθωση (leasing) προς κάλυψη των επενδυτικών τους αναγκών.

- **Ποιότητα Παρεχομένων Υπηρεσιών:** Καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων του κλάδου διαδραματίζει η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, η οποία διασφαλίζεται τόσο με τη συνεχή ανανέωση του διαγνωστικού και ιατρικού εξοπλισμού, όσο και με τη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων.
- **Ταχύτητα Υπηρεσιών:** Η αρτιότητα του υπάρχοντος διαγνωστικού εξοπλισμού καθώς και η επάρκεια και ο βαθμός εκπαίδευσης του ιατρικού και μη προσωπικού, αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της ταχύτητας με την οποία διενεργούνται οι εξετάσεις των ασθενών και εξάγονται τα αποτελέσματα. Παράλληλα, η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας οδηγεί σε μείωση των ημερών νοσηλείας, με αποτέλεσμα τα περισσότερα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας να αποφεύγουν πλέον την αύξηση του αριθμού των νοσοκομειακών τους κλινών. Αντίθετα, στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου εισαγωγής, διάγνωσης και νοσηλείας των ασθενών. Επίσης, με την εφαρμογή του «χειρουργείου μιας ημέρας» οι ασθενείς παραμένουν ελάχιστες ώρες μετά την επέμβασή τους στο θεραπευτήριο οπότε και αποχωρούν για κατ' οίκον νοσηλεία και ανάρρωση.
- **Συνεργασία με Ασφαλιστικούς Φορείς:** Αρκετές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης συχνά διαθέτουν ένα σταθερό πελατολόγιο, μέσω της συνεργασίας τους με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Βασικά κριτήρια της επιλογής σύναψης συμβάσεων με τους οργανισμούς αυτούς από πλευράς των μονάδων, είναι η οικονομική ευρωστία και φερεγγυότητα των ασφαλιστικών οργανισμών και το εύρος των παροχών προς τους ασφαλισμένους τους.

- Δυνατότητα Πρόσβασης των Ιδιωτών στις Ιατρικές Υπηρεσίες: Στους στόχους, ιδιαίτερα των μεγάλων ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, περιλαμβάνεται η ίδρυση υποκαταστημάτων / εταιρειών σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες, έτσι ώστε οι υπηρεσίες τους να είναι διαθέσιμες σε όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.
- Εταιρικό Μέγεθος: Οι όμιλοι παροχής υπηρεσιών υγείας διαθέτουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι αρκετών μεμονωμένων επιχειρήσεων του κλάδου, οι οποίες δεν είναι πάντοτε σε θέση να προσφέρουν μεγάλο εύρος υπηρεσιών, συνδυάζοντας παράλληλα υψηλή ποιότητα σε ανταγωνιστικές τιμές.
- Τιμολογιακή Πολιτική - Εναλλακτικοί Τρόποι Πληρωμής: Σε μια εποχή εισοδηματικής «στενότητας» για όλα τα ελληνικά νοικοκυριά, μεγάλες εταιρείες του κλάδου προσφέρουν διάφορα χρηματοδοτικά «εργαλεία» για τους χρήστες των υπηρεσιών τους και συγκεκριμένα τη δυνατότητα αποπληρωμής των εξόδων νοσηλείας μέσω άτοκων μηνιαίων δόσεων. Παράλληλα, παρέχεται η δυνατότητα ειδικών εκπτώσεων για την πραγματοποίηση κλιμακούμενου αριθμού εξετάσεων σε μονάδες του ιδίου ομίλου, ενώ κάποιες μεγάλες ιδιωτικές κλινικές έχουν καθιερώσει την “κάρτα εξωτερικών ιατρείων”.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ

5.1 Μέγεθος Εγχώριας Αγοράς

Στην παρούσα ενότητα αναλύεται η αξία της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, για την περίοδο 1998-2014 καθώς επίσης και τα μερίδια αγοράς ανά κατηγορία κλινικών και οι δείκτες συγκέντρωσης με σκοπό την εξέταση του ανταγωνισμού του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας.

Η εξεταζόμενη αγορά αποτελείται από τέσσερις βασικούς τομείς υπηρεσιών:

- Τις γενικές κλινικές, οι οποίες αποτελούν και το μεγαλύτερο κομμάτι της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, με μερίδιο που ξεπερνά το 60%.
- Τις μαιευτικές κλινικές, όπου οι δύο μεγαλύτερες εταιρείες κατέχουν πάνω από το 70% της εν λόγω αγοράς. Στην κατηγορία αυτή παρατηρείται έντονος ανταγωνισμός τιμών.
- Τις ψυχιατρικές κλινικές, όπου συναντάται μεγαλύτερο πλήθος εταιρειών, με μικρότερα αλλά περισσότερο ισοκατανεμημένα μερίδια μεταξύ τους και έντονο ανταγωνισμό.
- Τα διαγνωστικά κέντρα τα οποία αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία του εξεταζόμενου κλάδου.

Πίνακας 5.1**Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2014) (σε χιλ. €)**

Έτος	Κλινικές	Μαιευτήρια	Διαγνωστικά κέντρα	Σύνολο αγοράς	Ρυθμός μεταβολής
1998	293.500	110.300	170.200	574.000	-
1999	343.700	120.900	183.100	647.700	12,8%
2000	395.000	140.600	203.100	738.700	14%
2001	455.800	150.000	227.700	833.500	12,8%
2002	539.300	164.000	241.500	944.800	13,4%
2003	620.700	173.000	255.300	1.049.000	11,0%
2004	730.000	184.800	275.000	1.189.800	13,4%
2005	847.000	203.300	291.300	1.341.600	12,8%
2006	1.000.000	225.500	325.000	1.550.500	15,6%
2007	1.190.000	250.000	390.000	1.830.000	18,0%
2008	1.330.000	275.000	435.000	2.040.000	11,5%
2009	1.365.000	282.000	475.000	2.122.000	4,00%
2010	1.190.000	245.000	450.000	1.885.000	-11,2%
2011	1.080.000	220.000	400.000	1.700.000	-9,8%
2012	1.175.000	235.000	420.000	1.830.000	7,6%
2013	900.000	195.000	370.000	1.465.000	-19,9%
2014	880.000	205.000	350.000	1.435.000	-2,00%

Πηγή : ICAP Group ΑΕ, εκτιμήσεις αγοράς

Η αξία της συνολικής αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, ήταν ανοδική την περίοδο 1998-2009, σημειώνοντας μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 12,6%. Ωστόσο, ο ρυθμός αύξησης ήταν μειούμενος, ιδιαίτερα την περίοδο 2009/08 (αύξηση μόλις 4%).

Η πορεία αυτή διαφοροποιείται τα επόμενα έτη, καθώς η συνολική αξία της αγοράς κατέγραψε μείωση σε ποσοστό 11,2% την περίοδο 2010/09 και 9,8% την περίοδο 2011/10. Ανάκαμψη της αγοράς (+7,6%) εμφανίζεται το 2012 σε σχέση με το 2011, για να μειωθεί εκ νέου το 2013 και 2014. Ειδικότερα, το 2013 η αξία της αγοράς κατέγραψε σημαντική μείωση της τάξης του 20%. Το 2014 η συνολική αγορά μειώθηκε

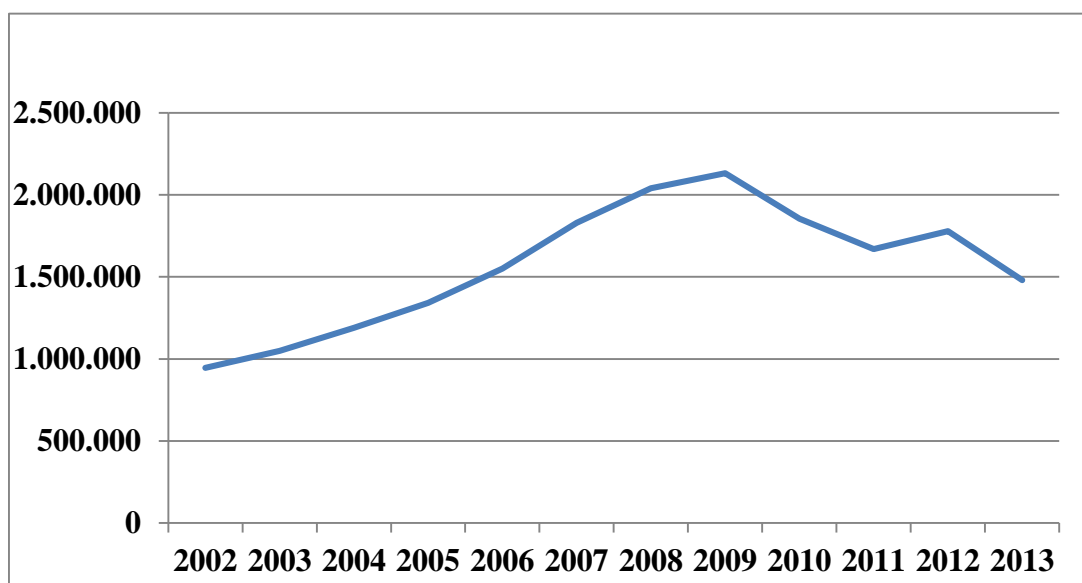
αλλά με αρκετά πιο χαμηλό ρυθμό, η δε αξία αυτής εκτιμάται στο ποσό των €1.435 εκατ. (μείωση 2%).

Σχετικά με την εξέλιξη της αγοράς τα τελευταία έτη, επισημαίνονται τα εξής: Σύμφωνα με παράγοντες του κλάδου, η ανάκαμψη που υπήρξε το 2012, ήταν αποτέλεσμα της αύξησης της ροής ασθενών προς τις ιδιωτικές κλινικές - κέντρα, αφενός λόγω της συνεργασίας των ιδιωτικών φορέων με τον «νεοσύστατο» (τότε) ΕΟΠΥΥ και αφετέρου λόγω των πολλών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στη λειτουργία τους τα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, στην αύξηση της αγοράς συντέλεσε, ως ένα βαθμό, και η νοσηλεία Λίβυων ασθενών σε ορισμένα ελληνικά ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Η συνεργασία των ιδιωτικών μονάδων υγείας με τον ΕΟΠΥΥ, οδήγησε σε μια τάση αύξησης της ροής ασθενών προς αρκετές μονάδες του κλάδου και το 2013. Ωστόσο, όπως επισημαίνουν παράγοντες του κλάδου, η συνεχιζόμενη μείωση των τιμών των ιατρικών υπηρεσιών από αρκετές ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, σε μια προσπάθεια διατήρησης ή ακόμη και αύξησης της «πελατειακής» τους βάσης, η περαιτέρω μείωση των τιμών των φαρμάκων και κυρίως η επιβολή του Νόμου 4172/2013 (μηχανισμός clawback και rebate), είχαν σαν αποτέλεσμα, η συνολική αξία της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας να εμφανίζεται σημαντικά μειωμένη το 2013, μείωση η οποία συνεχίστηκε και το 2014, αλλά με πολύ πιο ήπιο ρυθμό, αφενός λόγω της μείωσης των εργασιών των εταιρειών του κλάδου και αφετέρου λόγω του ότι για το 2ο εξάμηνο του 2014 οι εταιρείες προέβησαν σε εκτιμήσεις – προβλέψεις σχετικά με το ύψος του clawback καθώς οι υποβολές του συνόλου του έτους 2014 δεν έχουν ακόμη εκκαθαριστεί και επικυρωθεί από τον ΕΟΠΥΥ. Διαφορετικά ποσοστά μείωσης παρατηρούνται στις επιμέρους κατηγορίες ιδιωτικών φορέων.

Διάγραμμα 5.1

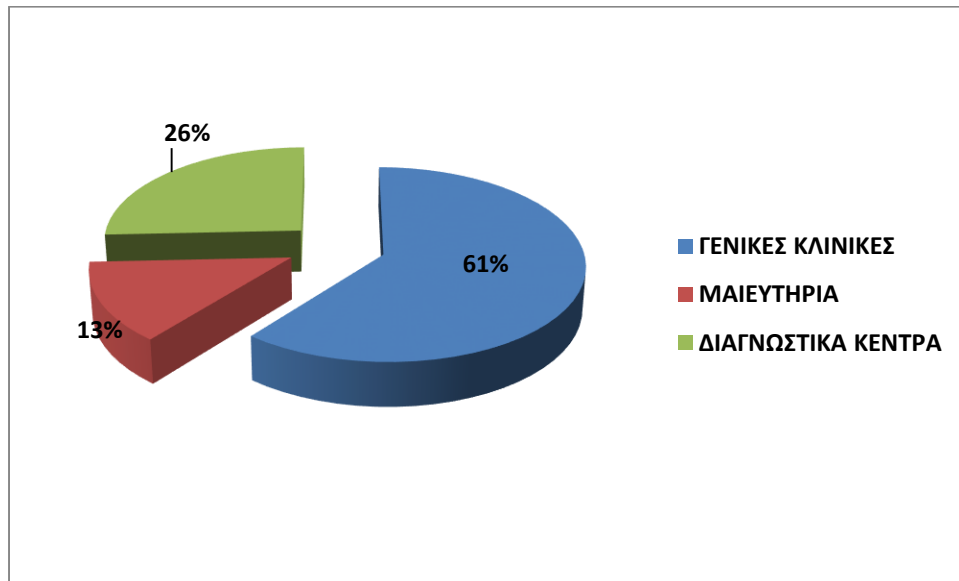
Εξέλιξη της συνολικής αξίας της αγοράς (2002-2013)



Πηγή: ICAP Group ΑΕ, εκτιμήσεις αγοράς

Διάγραμμα 5.2

Διάρθρωση της αγοράς ανά κατηγορία (2013)



Πηγή: ICAP Group ΑΕ, εκτιμήσεις αγοράς

5.2 Μερίδια Αγοράς Εταιρειών και Ομίλων – Δείκτες Συγκέντρωσης

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς ορισμένων εκ των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών, νευροψυχιατρικών και μαιευτικών κλινικών, καθώς και διαγνωστικών κέντρων για το 2014. Τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν από τις δημοσιευμένες πωλήσεις (κύκλος εργασιών) των παρουσιαζόμενων εταιρειών ως ποσοστό (%) στο σύνολο της επιμέρους εξεταζόμενης αγοράς (πιν. 5.2).

Πίνακας 5.2

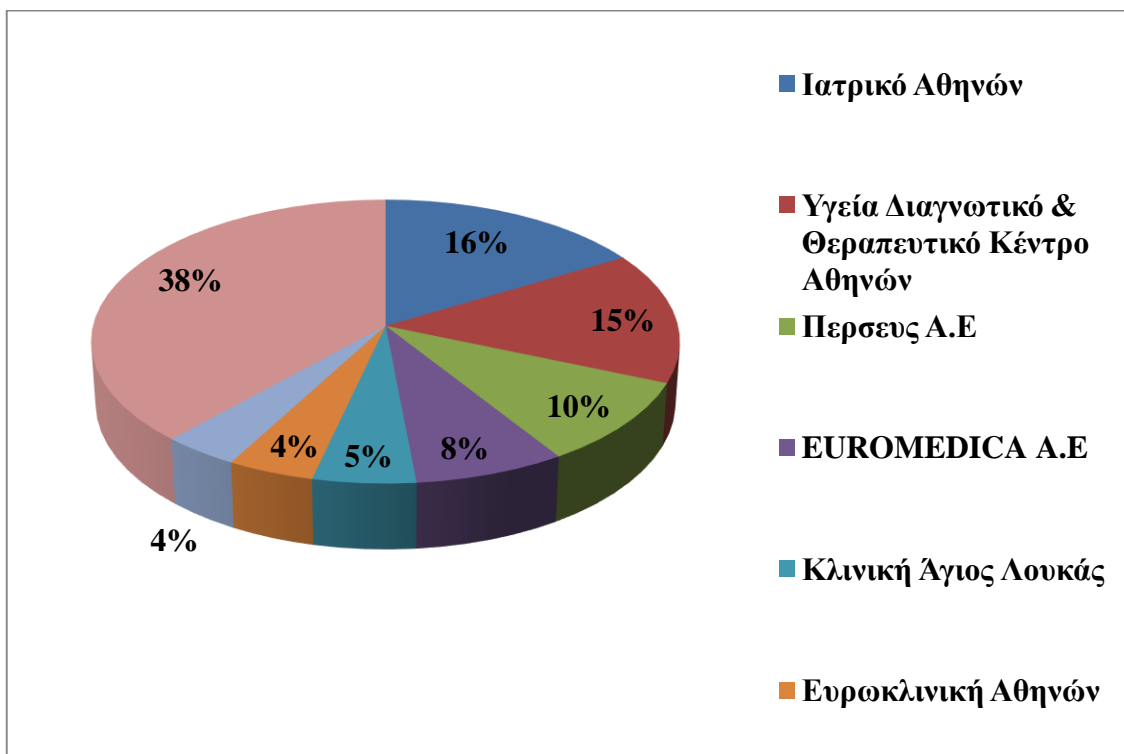
Μερίδια αγοράς των γενικών κλινικών του κλάδου (2014)

Επωνυμία	Μερίδιο
Ιατρικό Αθηνών	16,4%
Υγεία Διαγνωτικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών	15,0%
Περσευς Α.Ε	9,6%
EUROMEDICA Α.Ε	7,5%
Κλινική Άγιος Λουκάς	5,1%
Ευρωκλινική Αθηνών	4,3%
Ιασώ General	3,8%
Λοιπές Κλινικές	38,3%

Πηγή: ICAP Group AE

Διάγραμμα 5.3

Μερίδια αγοράς των γενικών κλινικών του κλάδου (2014)



Πίνακας 5.3

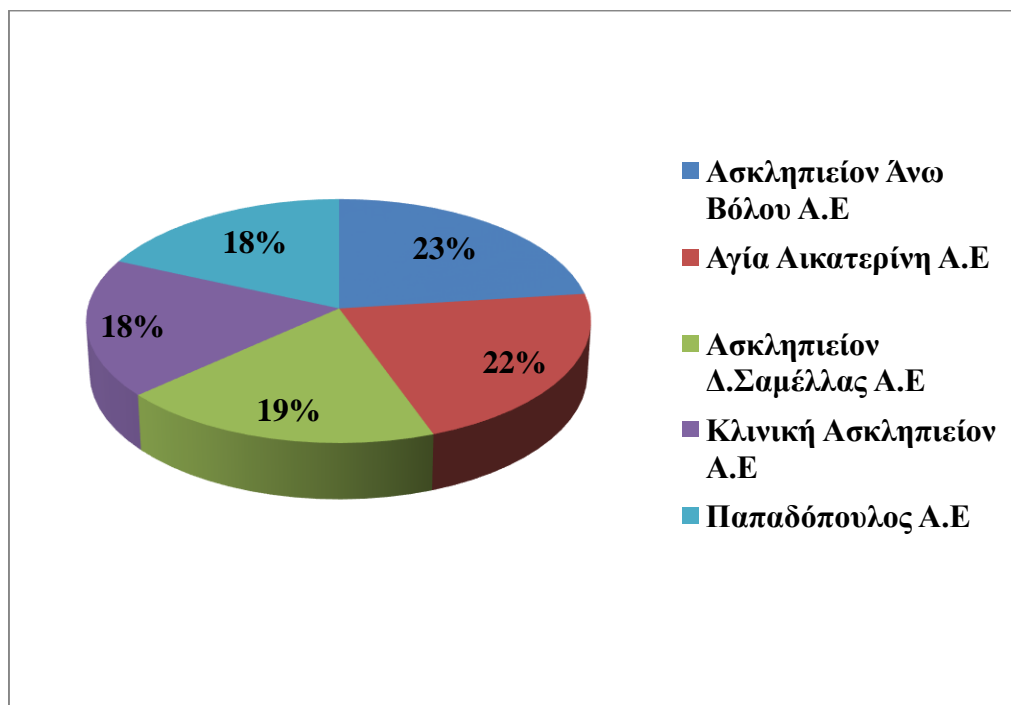
Μερίδια αγοράς των νευροψυχιατρικών κλινικών του κλάδου (2014)

Επωνυμία	Μερίδιο
Λυμπέρης Α.Ε	9,2%
Αθήνα Βριλησίων Θεραπευτήριο Α.Ε	5,8%
Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρη Α.Ε	5,2%
Ασκληπιείον Άνω Βόλου Α.Ε	4,4%
Αγία Αικατερίνη Α.Ε	4,1%
Ασκληπιείον Δ.Σαμέλλας Α.Ε	3,6%
Κλινική Ασκληπιείον Α.Ε	3,5%
Παπαδόπουλος Α.Ε	3,5%

Πηγή: ICAP Group ΑΕ

Διάγραμμα 5.4

Μερίδια αγοράς των νευροψυχιατρικών κλινικών του κλάδου (2014)



Πίνακας 5.4

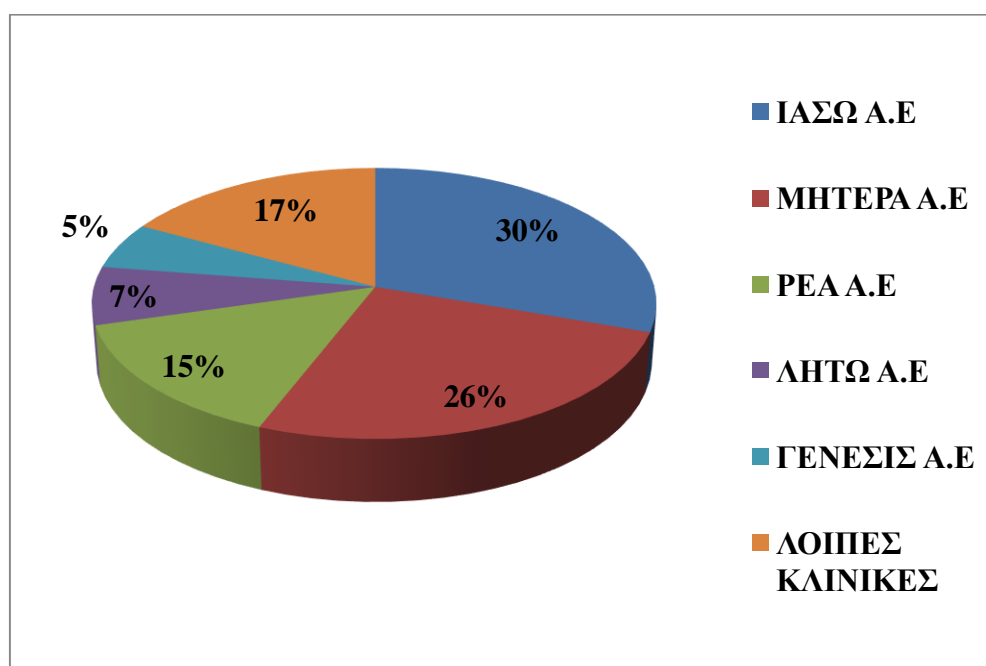
Μερίδια αγοράς των μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών του κλάδου

Επωνυμία	Μερίδιο
ΙΑΣΩ Α.Ε	30,6%
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε	25,9%
ΡΕΑ Α.Ε	14,7%
ΛΗΤΩ Α.Ε	7,0%
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε	5,6%

Πηγή: ICAP Group ΑΕ

Διάγραμμα 5.5

Μερίδια αγοράς των μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών του κλάδου



Πίνακας 5.5

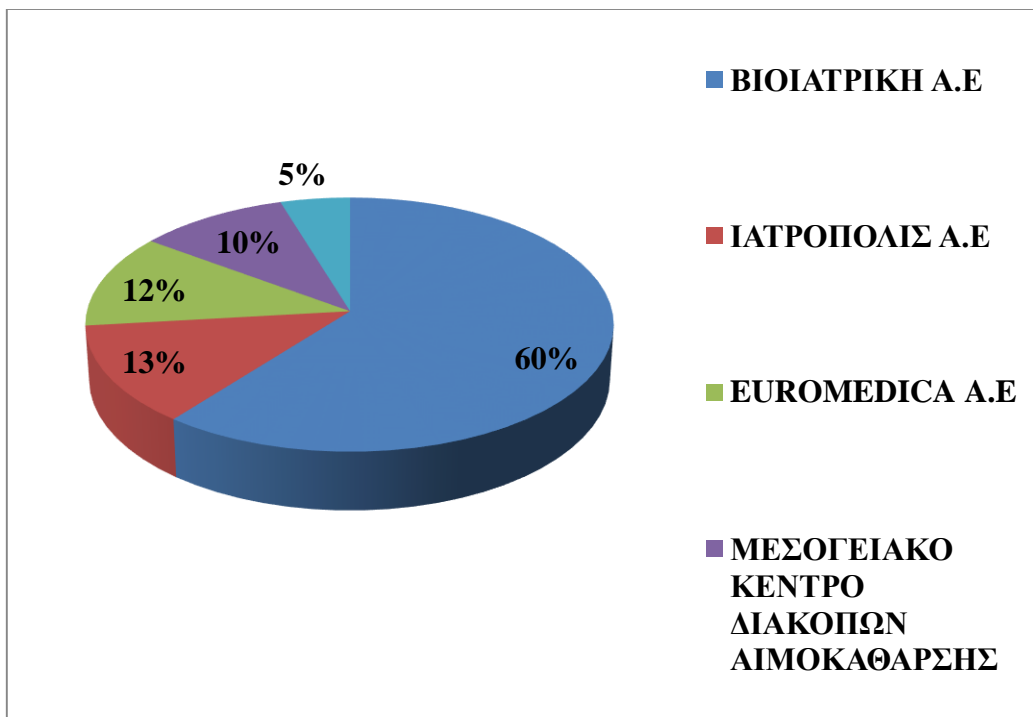
Μερίδια αγοράς των διαγνωστικών κέντρων του κλάδου

Επωνυμία	Μερίδιο
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε	24,4%
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ Α.Ε	5,1%
ΕΥΡΟΜΕΔΙΚΑ Α.Ε	4,8%
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΚΟΠΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	4,1%
ΒΙΟΤΥΠΟΣ Α.Ε	1,9%

Πηγή: ICAP Group ΑΕ

Διάγραμμα 5.6

Μερίδια αγοράς των διαγνωστικών κέντρων του κλάδου



Πίνακας 5.6

Μερίδια αγοράς επιχειρηματικών ομίλου του κλάδου

Επωνυμία	Μερίδιο
EUROMEDICA	8,9% Στην αγορά των γενικών και μαιευτικών κλινικών και 13,1% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
ΕΥΡΩΙΑΤΡΙΚΗ	7,4% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ	3,6% στην αγορά των γενικών κλινικών και 23,7% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
ΙΑΣΩ	9,9 στην αγορά των μαιευτικών και γενικών κλινικών
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	13,3% στην αγορά των γενικών και μαιευτικών κλινικών («Γαία»)
ΥΓΕΙΑ	18,4 στην αγορά των γενικών και μαιευτικών κλινικών

Πηγή: ICAP Group AE

Μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών, η εταιρεία Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ (1.250 κλίνες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη) κατέλαβε μερίδιο 16,4% (συμπεριλαμβανομένης της γυναικολογικής κλινικής «Γαία») και ακολούθησε στη δεύτερη θέση η Υγεία Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΑΕ (294 κλίνες) με μερίδιο 15%. Η εταιρεία Περσεύς ΑΕ κατέχει μερίδιο 9,6%.

Μεταξύ των νευροψυχιατρικών κλινικών, σημαντική θέση κατέχει στην αγορά η εταιρεία Στασινόπουλος Κ.Γ. Νευροψυχιατρικές Κλινικές ΑΕ (680 κλίνες) η οποία απέσπασε μερίδιο 12,3% το 2014 και ακολουθεί η Λυμπέρης Ν.Π. ΑΕ με μερίδιο 8,6% το ίδιο έτος.

Μεταξύ των ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών, η Ιασώ ΑΕ (486 κλίνες) κατέχει την πρώτη θέση για το 2014 με μερίδιο 30,6%. Ακολουθούν οι Μητέρα ΑΕ (324 κλίνες) με μερίδιο 25,9% και Ρέα ΑΕ (180 κλίνες) με μερίδιο 14,7% το ίδιο έτος.

Τέλος, από την πλευρά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η Βιοϊατρική ΑΕ κατατάσσεται στην πρώτη θέση με μερίδιο 24,4%. Ακολουθεί η Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ με μερίδιο 5,1% το 2014 και η Euromedica ΑΕ (τομέας διαγνωστικών κέντρων) με μερίδιο 4,8%.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα μερίδια αγοράς που κατέχουν οι επιχειρηματικοί όμιλοι του κλάδου, το 2014 (πίνακας 5.6). Σημειώνεται ότι, ο όμιλος της «Euromedica» και της «Βιοιατρικής» έχουν παρουσία τόσο στην αγορά των κλινικών όσο και στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων. Επίσης, στον όμιλο «Ιασώ» ανήκουν δύο γενικές και μια γυναικολογική - παιδιατρική κλινική, ενώ στον όμιλο του «Υγεία» ανήκουν μια γενική και δύο μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές. Τέλος, στον όμιλο του «Ιατρικού Κέντρου» ανήκουν οκτώ γενικές κλινικές και μια γυναικολογική κλινική.

Τέλος, για να εξετασθεί η ένταση του ανταγωνισμού που επικρατεί στον κλάδο, εκτιμήθηκε ο συντελεστής συγκέντρωσης για τις μεγαλύτερες επιχειρήσεις, ο οποίος προέκυψε από τον εξής λόγο:

$$CR_n = \frac{\text{Πωλήσεις } n \text{ μεγαλύτερων}}{\text{Μέγεθος αγοράς}} * 100$$

όπου ο αριθμητής είναι το άθροισμα των πωλήσεων των “n” μεγαλύτερων μονάδων και ο παρανομαστής το σύνολο του μεγέθους της εξεταζόμενης αγοράς.

Πίνακας 5.7

Συντελεστής συγκέντρωσης στην αγορά της ιδιωτικής υγείας (2014)

n	CRn
Γενικές κλινικές	
n = 3	24,7%
n = 6	41,6%
n = 9	49,5%
n = 12	54,0%
Νευροψυχιατρικές κλινικές	
n = 3	27,9%
n = 6	43,2%
n = 9	54,2%
Μαιευτικές-Γυναικολογικές κλινικές	
n = 2	56,5%
Διαγνωστικά κέντρα	
n = 1	24,4%
n = 3	34,3%
n = 6	41,8%
n = 9	45,6%
n = 12	48,9%

Πηγή: ICAP Group AE

Υψηλότερη συγκέντρωση παρατηρείται στον κλάδο των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών, ενώ τη μικρότερη συγκέντρωση παρουσιάζουν τα διαγνωστικά κέντρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει μια αναφορά σε κάποια γενικά στοιχεία της ευρωπαϊκής αγοράς σε σύγκριση με την Ελλάδα καθώς και στα συστήματα υγείας που εφαρμόζονται σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες.

6.1 Γενικά στοιχεία της ευρωπαϊκής αγοράς

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο, στηρίζεται σε τρεις εναλλακτικές προσεγγίσεις:

- α) στα Εθνικά Συστήματα Υγείας,
- β) στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας – Ταμεία Υγείας
- γ) στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

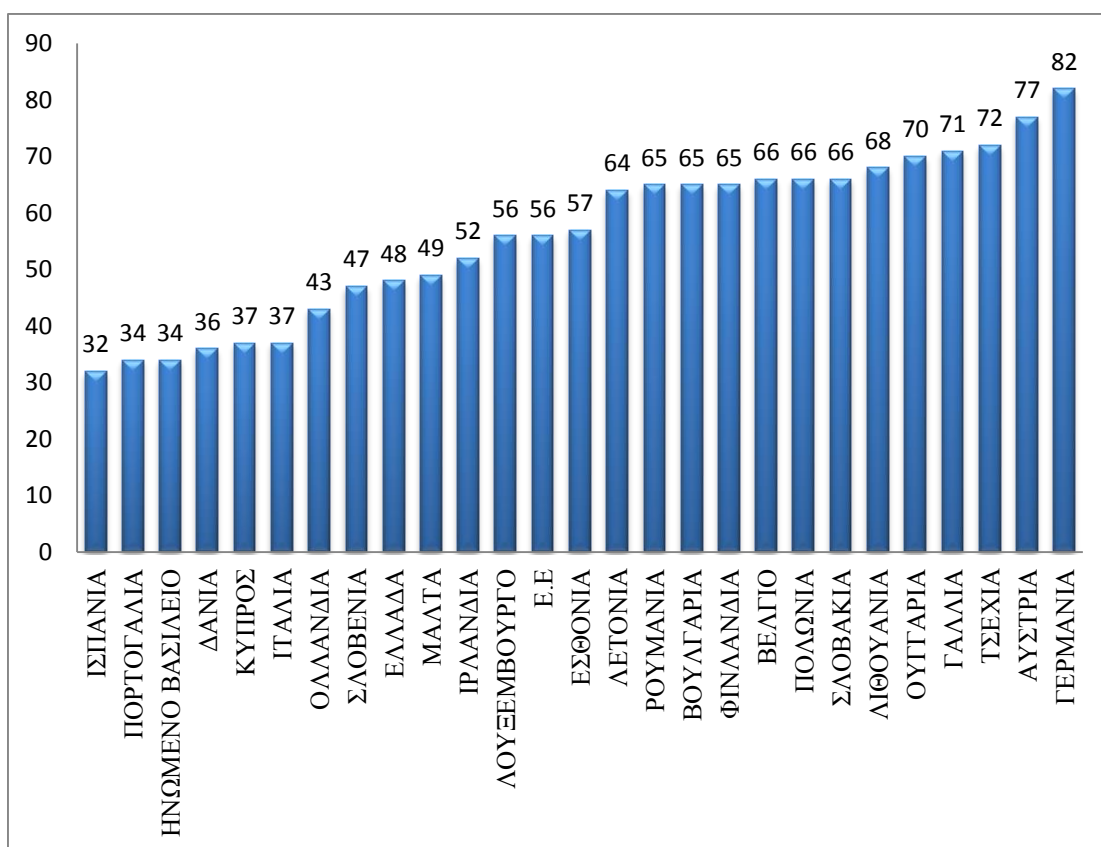
Από τα τελευταία διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις χώρες μέλη της Ε.Ε. – 28 προκύπτουν τα εξής:

- Η ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό στο σύνολο των δαπανών υγείας κυμάνθηκε το 2013 από 12,9% (Ολλανδία) έως 53,7% (Κύπρος).
- Η συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ κυμάνθηκε από 5,3% (Ρουμανία) έως 12,9% (Ολλανδία).
- Η Γαλλία εμφανίζει τις υψηλότερες δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ως ποσοστό επί των συνολικών ιδιωτικών δαπανών (58,7%) το 2013.

Εκτιμάται ότι, η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη κυμαίνεται περίπου στο ποσό των €150 δισ. Πρόκειται για έναν κλάδο με ισχυρή και ταχεία ανάπτυξη, η δε γήρανση του πληθυσμού εκτιμάται ότι μελλοντικά θα ενισχύσει ακόμη περισσότερο τη ζήτηση. Από την άλλη πλευρά, η δημοσιονομική κρίση που επικρατεί σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, οδηγεί αναγκαστικά σε περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας στην Ευρώπη έχει διεθνοποιηθεί σε σημαντικό βαθμό, με αποτέλεσμα μεγάλοι όμιλοι στον κλάδο να έχουν ισχυρή παρουσία σε περισσότερες της μιας χώρες και σε κάποιες περιπτώσεις και εκτός των ορίων της Ευρωπαϊκής ηπείρου. Οι περιπτώσεις εξαγορών – συγχωνεύσεων

που ήταν αρκετές στο παρελθόν, θα εξακολουθήσουν να πραγματοποιούνται με αποτέλεσμα, μακροπρόθεσμα, την επικράτηση ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων.

Διάγραμμα 6.1
Αριθμός κλινών ανά 100.000 κατοίκους



Πηγή: Eurostat

Από το παραπάνω διάγραμμα διακρίνουμε ότι η Ελλάδα διαθέτει μικρότερο αριθμό κλινών, σε σχέση με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών, ο οποίος διαμορφώνεται περίπου σε 56 κλίνες ανα 100.000 κατοίκους.

Πίνακας 6.1

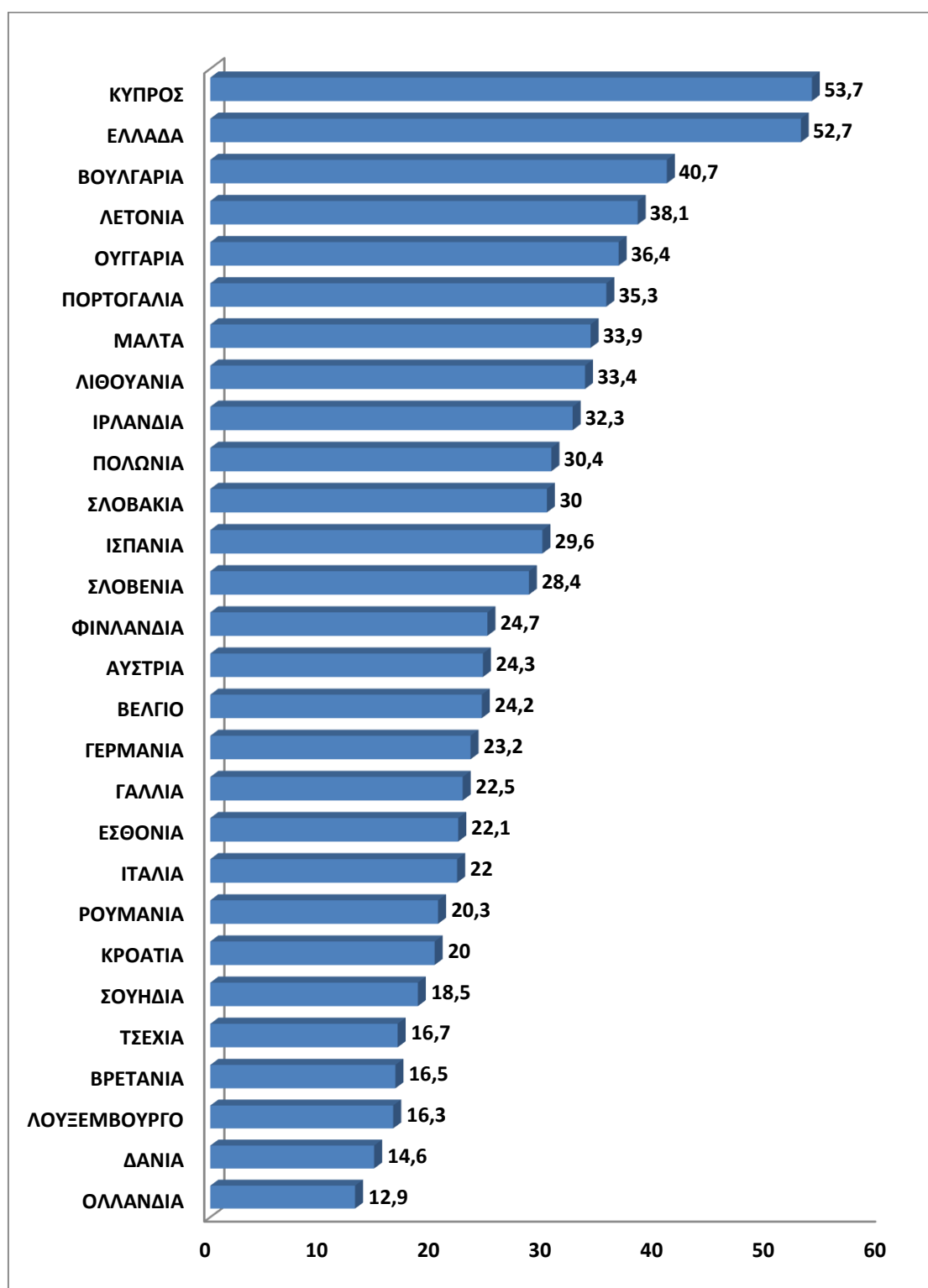
Ο αριθμός των ιδιωτικών κλινών στις χώρες της Ε.Ε

Χώρα	Σύνολο κλινών	% Ιδιωτικών κλινών
Βέλγιο	54.283	62,30%
Κύπρος	2.864	50,07%
Γαλλία	439.765	35,15%
Ισπανία	146.202	34,26%
Ελλάδα	53.773	29,00%
Τσεχία	84.712	28,73%
Αυστρία	64.556	27,72%
Γερμανία	683.484	27,07%
Ιταλία	232.168	23,44%
Εσθονία	7.473	9,77%
Βουλγαρία	48.749	6,38%
Λετονία	17.233	6,26%
Μάλτα	3.192	5,14%
Πολωνία	196.828	4,73%
Φινλανδία	36.095	3,55%
Ουγγαρία	71.652	3,01%
Σλοβενία	9.414	1,09%
Ρουμανία	141.225	0,57%
Λιθουανία	27.476	0,31%

Πηγή: HOPE (The European Hospital and Healthcare Federation), 2011

Διάγραμμα 6.2

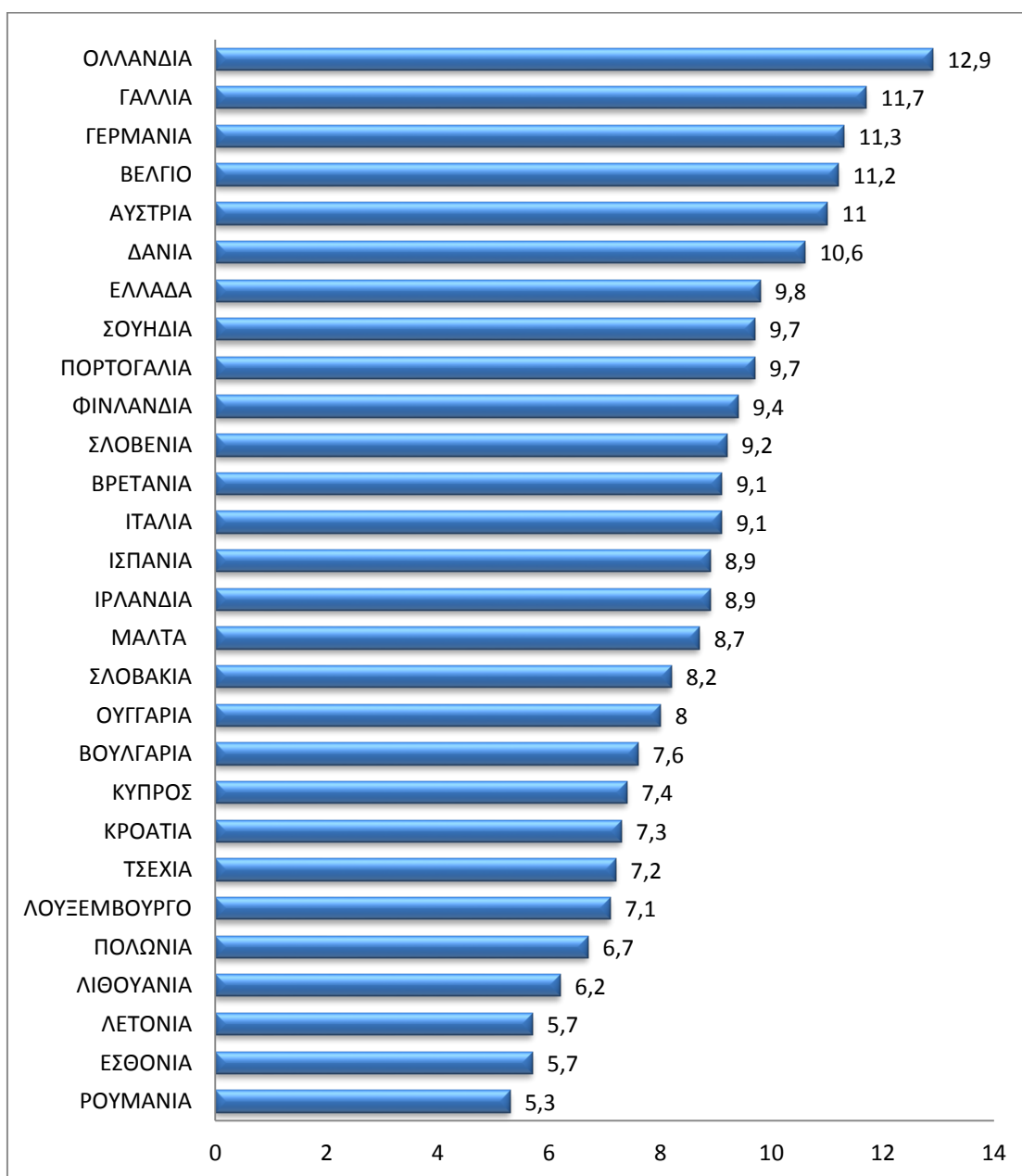
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας (2013)



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Διάγραμμα 6.3

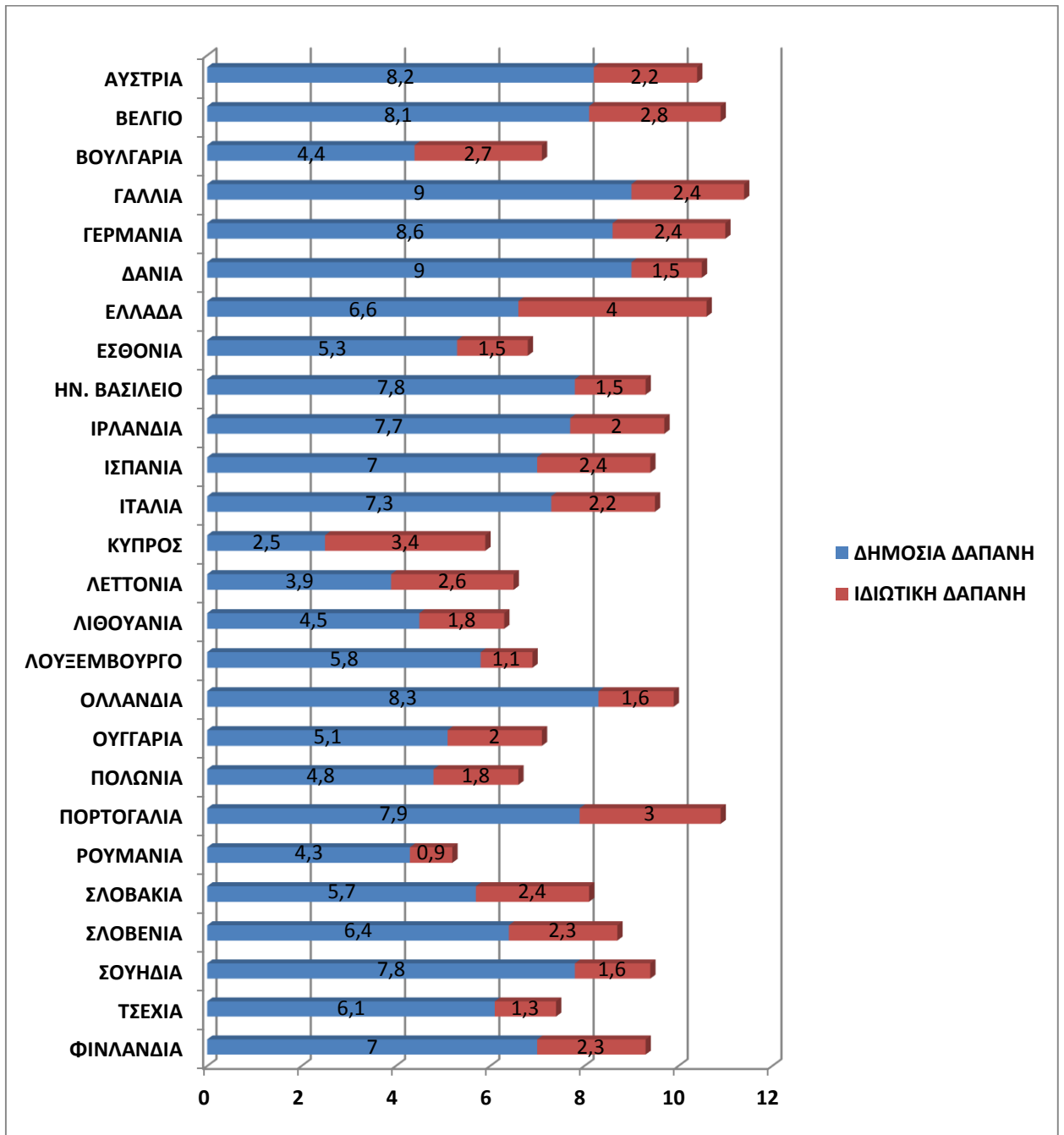
Συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό (%) επί του Α.Ε.Π (2013)



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Διάγραμμα 6.4

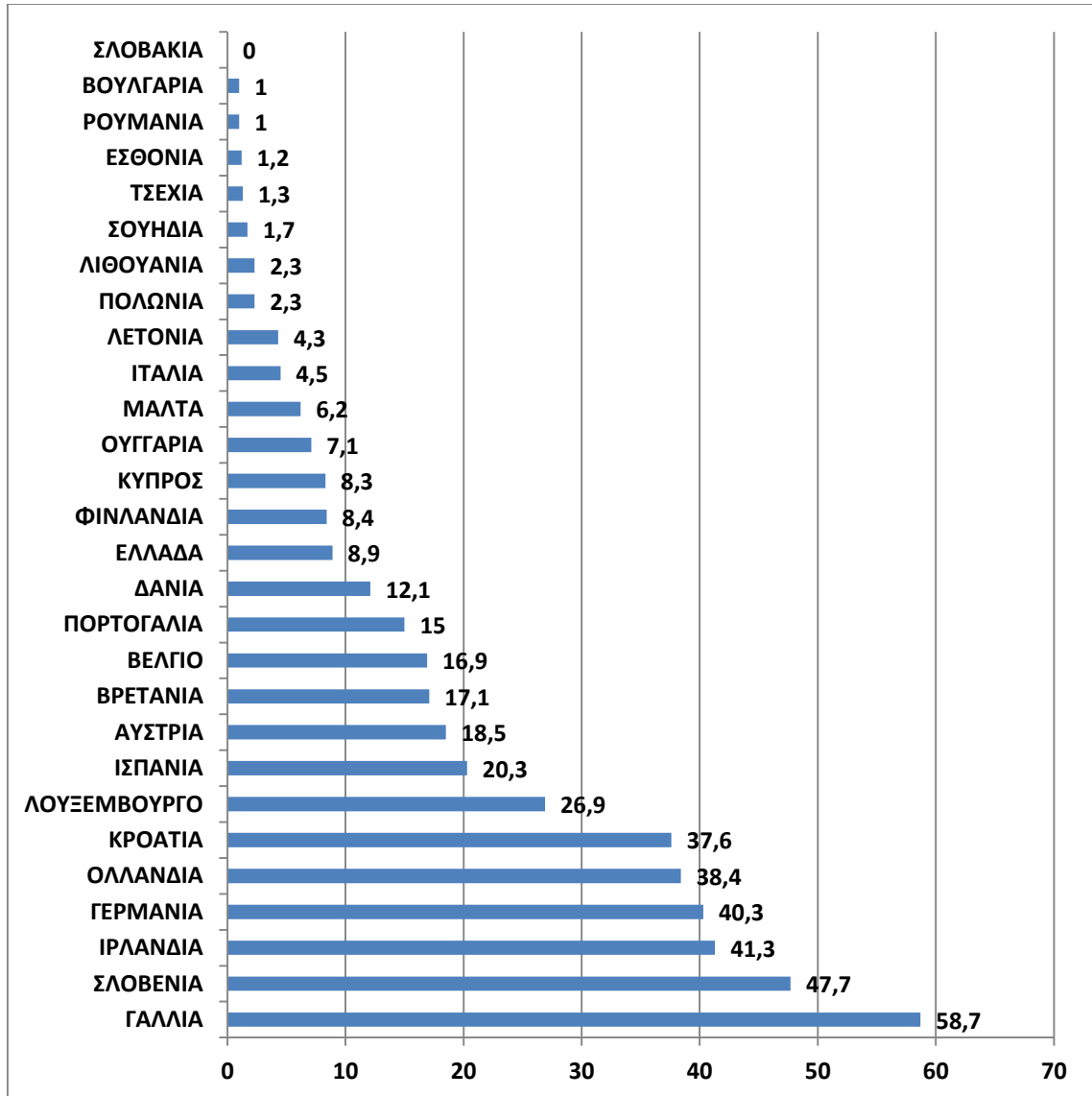
Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΔΕΠ



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Διάγραμμα 6.5

Δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ως ποσοστό (%) επί των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας (2013)



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

6.2 Τα συστήματα υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

6.2.1 Γερμανία

Το Γερμανικό σύστημα ασφαλίσεως διαμορφώθηκε για πάνω από 100 χρόνια και θεωρείται πετυχημένο ακόμη και εκτός Γερμανίας. Η διαμόρφωση του συστήματος υγείας ξεκίνησε το 1885 από τον καγκελάριο Bismark με την ασφάλιση υγείας, ενώ πολύ σύντομα προστέθηκε και η σύνταξη γήρατος και αναπηρίας μέσα στα πλαίσια της στρατηγικής του Bismark να εξουδετερώσει το σοσιαλισμό.

Το κύριο στοιχείο του Γερμανικού συστήματος είναι η διασπορά λήψης αποφάσεων ανάμεσα στις διάφορες βαθμίδες της διακυβέρνησης, δηλαδή της ομοσπονδίας, των κρατιδίων και των μη κυβερνητικών οργανώσεων από την άλλη. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση εποπτεύει τη μακροχρόνια φροντίδα, τους επαγγελματίες της υγείας, τα ταμεία ασφάλισης και την οργανωτική δομή τους αλλά και το αντικείμενο των διαπραγματεύσεων ανάμεσα στα ταμεία ασθενείας, εκείνους που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας καθώς και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών.

Τα βασικά στοιχεία του συστήματος είναι τα παρακάτω:

- Είναι υποχρεωτική από το νόμο η συμμετοχή σε προγράμματα ασφαλίσεως των εργατών.
- Οι παροχές αυτών των προγραμμάτων γίνονται μέσω μη κυβερνητικών οργανώσεων, τα οποία διοικούνται από εκπροσώπους των ασφαλισμένων και των ασφαλιστών.
- Δικαιούχοι των παροχών είναι όσοι έχουν εισφέρει στο σύστημα.
- Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται από τη φορολογία αλλά και από τις εισφορές των εργαζομένων στα ασφαλιστικά τους ταμεία.
- Το ύψος των αμοιβών των ιατρικών πράξεων είναι το αποτέλεσμα της διαπραγμάτευσης ανάμεσα στις ομοσπονδιακές ενώσεις ταμείων υγείας και στην ομοσπονδιακή ένωση των γιατρών των ταμείων ασθενείας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να υπάρχει ένας σχετικός έλεγχος στο ύψος των αμοιβών. Όλοι οι προμηθευτές πληρωνόταν με την ίδια αμοιβή για κάθε ιατρική πράξη, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί είναι έμμισθοι.
- Δεν υπάρχει απευθείας χρηματική συναλλαγή μεταξύ ασφαλισμένου και γιατρού. Κάθε ταμείο δίνει στους συνδρομητές τους μία βεβαίωση με την οποία ο ασφαλισμένος δικαιούται την κάλυψη. Τα ταμεία ασθενείας πληρώνουν τους

τοπικούς συλλόγους ιατρών και αυτοί με τη σειρά τους πληρώνουν τους γιατρούς.

- Κάθε ταμείο χρεώνει το δικό του ασφάλιστρο κυμαινόμενο μεταξύ 7% και 14% των εσόδων του εργαζομένου. Οι εισφορές μοιράζονται 50-50 μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου. Υπάρχουν 453 μη κερδοσκοπικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας. (European Observatory on Health care systems 2000)

Υπάρχουν 3 τύποι νοσηλευτικών ιδρυμάτων : τα δημόσια, τα μη κερδοσκοπικά (αυτά ανήκουν κυρίως σε θρησκευτικές οργανώσεις) και τα κερδοσκοπικά¹⁵.

6.2.2 Γαλλία

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας προσπαθεί να συνδυάσει την ελευθερία επιλογής και τις αρχές κοινωνικής αλληλεγγύης. Φαίνεται να είναι επηρεασμένο τόσο από τις αρχές του Bismark όσο και του Beveridge.

Υπάρχει το Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλισης υγείας για τους εργαζομένους αλλά και μια δεύτερη μορφή κάλυψης, γνωστή ως CMU (Couverture Medicale Universelle) η οποία καλύπτει τους φτωχούς, τα άτομα χωρίς σταθερή απασχόληση και τους μόνιμους μετανάστες χωρίς κάλυψη (οι λαθρομετανάστες δεν δικαιούνται ασφαλιστική κάλυψη).

Η εθνική κυβέρνηση έχει ένα κεντρικό οργανωτικό ρόλο ρυθμίζοντας τις δαπάνες, τη διανομή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, τις τιμές των φαρμάκων, τις ιατρικές αμοιβές καθώς και το επίπεδο χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων. Οι περιφερειακές νοσοκομειακές εγκαταστάσεις από την άλλη, λειτουργούν ως περιφερειακοί αγοραστές υπηρεσιών υγείας, συντονίζοντας τις υπηρεσίες της περιοχής τους, διανέμοντας τους προϋπολογισμούς και συνεργάζονται με τα περιφερειακά ταμεία ασθενείας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα παρακάτω:

¹⁵ Wolper F.lawrence (2001)

- Η χρηματοδότηση του εθνικού προγράμματος ασφάλισης γίνεται από τους εργοδότες και τους εργαζομένους μέσω ενός φόρου μισθοδοσίας (τα 2 /3 πληρώνονται από τον εργοδότη και το 1/3 από τον εργαζόμενο).
- Οι αμοιβές των ιατρών βασίζονται σε συμφωνίες ανάμεσα στα ιατρικά σωματεία και τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία. Οι γιατροί αμείβονται κυρίως κατά ιατρική πράξη.
- Οι ασθενείς επισκέπτονται και πληρώνουν τους γιατρούς και στη συνέχεια λαμβάνουν μέρος της δαπάνης τους από το ασφαλιστικό ταμείο. Δεν χρειάζεται παραπεμπτικό για να επισκεφθεί κάποιος τους ειδικούς ιατρούς.
- Τα ταμεία αποζημιώνουν συνήθως το 70% της ιατρικής δαπάνης.
- Υπάρχει έντονο το στοιχείο της ιδιωτικής συμπληρωματικής ασφάλισης. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να καλυφθεί η διαφορά της δαπάνης που δεν καλύπτεται από το ασφαλιστικό ταμείο.
- Ορισμένες κοινωνικές κατηγορίες (όσοι έχουν χαρακτηριστεί «φτωχοί») καλύπτονται δωρεάν, όπως δωρεάν είναι και τα έξοδα για κάποιες κατηγορίες ασθενειών όπως είναι ο καρκίνος.
- Τα νοσοκομεία λαμβάνουν τους προϋπολογισμούς από την περιφέρεια αλλά τα διοικητικά συμβούλια των τοπικών νοσοκομείων είναι αρμόδια για τη διαχείριση και τη στελέχωσή τους¹⁶.

6.2.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Όλοι οι κάτοικοι στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν πρόσβαση σε περίθαλψη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service-NHS). Το Αγγλικό σύστημα υγείας αποτελείται από οργανισμούς που λειτουργούν σε εθνικό, περιφερειακό, διαμερισματικό και τοπικό επίπεδο. Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για τη δημόσια υγεία, την πολιτική υγείας και την εποπτεία του NHS.

Υπάρχουν 28 στρατηγικές υγειονομικές αρχές οι οποίες είναι υποχρεωμένες να αναπτύσσουν προγράμματα υγείας για την περιοχή τους ενώ ταυτόχρονα παρακολουθούν και την επίδοση των τραστ πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Trusts – PCT). Το Υπουργείο Υγείας καθορίζει την κατανομή των κονδυλίων στις διάφορες υγειονομικές αρχές.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα εξής :

¹⁶ Wolper F.lawrence (2001)

- Το σύστημα στηρίζεται αρκετά στους γενικούς ιατρούς. Υπάρχει οικογενειακός ιατρός γενικής ιατρικής που θα δει τον ασθενή και θα τον παραπέμψει σε άλλο ειδικό ιατρό ή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Οι αμοιβές των ιατρών καθορίζονται από μια ετήσια συλλογική σύμβαση η οποία προκύπτει μετά από συμφωνία της Κυβέρνησης με το Βρετανικό ιατρικό σύλλογο. Οι ειδικοί ιατροί συνήθως απασχολούνται με μισθό στα δημόσια νοσοκομεία αλλά έχουν το δικαίωμα να εργάζονται και σαν ιδιώτες ιατροί με αμοιβή κατά πράξη. Οι ιατροί εκτός νοσοκομείων είναι κυρίως αυτοαπασχολούμενοι.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί το πρώτο σημείο πρόσβασης για μη επείγουσα περίθαλψη στο NHS. Η φροντίδα παρέχεται δωρεάν για όσους ασθενείς έχουν δηλώσει ένα γενικό ιατρό.
- Τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι κυρίως δημόσια. Η φροντίδα παρέχεται δωρεάν με εξαίρεση κάποιες μικρές χρεώσεις για την παροχή ανέσεων.
- Υπάρχει πολύ μεγάλη αναμονή για την εισαγωγή σε νοσοκομείο εκτός από τα εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά¹⁷.

6.2.4 Σουηδία

Στη Σουηδία, οι υπηρεσίες υγείας εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των τοπικών αρχών.

Η χρηματοδότηση γίνεται κατά 78% από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 22 % από ιδιωτικές πληρωμές. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών υγείας. Περίπου στο 20% των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και οδοντιατρικών υπηρεσιών) συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής.

Τόσο η χρηματοδότηση όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, που συγκροτούνται σε 21 περιφερειακά και 289 δημοτικά συμβούλια. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες αποτελούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Στις αρχές του 1990 δόθηκαν κίνητρα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο περιλαμβάνονται ξενώνες ήπιας νοσηλείας και μικρά νοσοκομεία (<50 κλίνες)

¹⁷ Wolper F.lawrence (2001)

Σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το ρόλο των ιατρών ισχύουν τα ακόλουθα:

- Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς και κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000-50.000 ατόμων.
- Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές δημόσιας υγείας και μαίες.
- Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του κέντρου υγείας, του οικογενειακού του γιατρού καθώς και του νοσοκομείου.
- Η χρήση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, καθώς το 50% περίπου των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων.
- Μόνο το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί που έχουν σύμβαση με το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπόλοιποι είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι (κυρίως οι νοσοκομειακοί) ή αμείβονται κατά ιατρική πράξη (κυρίως οι γενικοί ιατροί).

Η Σουηδία λειτουργεί ως κράτος πρόνοιας για τους πολίτες και αυτό φαίνεται από την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας αλλά και από την ευρύτερη κοινωνική πολιτική που υπάρχει στη χώρα.

6.2.5 Ολλανδία

Οι ολλανδικές κυβερνήσεις είναι συνήθως πολυκομματικές με αποτέλεσμα το Ολλανδικό σύστημα υγείας να στηρίζεται σε συμβιβασμούς συντηρητικών, σοσιαλιστικών και χριστιανικών πολιτικών αντιλήψεων.

Το σύστημα υγείας έχει τις ρίζες του στο μοντέλο Bismark του κράτους πρόνοιας αλλά τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια μεταστροφή της βαρύτητας στο εισόδημα παρά στην εργασιακή κατάσταση.

Το σύστημα στηρίζεται κυρίως στο γενικό γιατρό και έχει δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει όλες τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού νοσοκομείου και κάποιες οδοντιατρικές υπηρεσίες για τους υπαλλήλους και τους αυτοαπασχολούμενους με χαμηλά εισοδήματα, συνταξιούχους συγκεκριμένων ομάδων, ανέργους αλλά και δικαιούχους κοινωνικής πρόνοιας.

Τα βασικά του στοιχεία είναι τα παρακάτω:

- Είναι δύο βαθμίδων το σύστημα υγείας, που σημαίνει ότι οι διάφορες κατηγορίες υπηρεσιών διακρίνονται ως προς τη σχέση υπηρεσιών και κόστους στο επίπεδο του ατόμου. Η υπηρεσία του ιατρού για παράδειγμα καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ για τις συνταγές χρειάζεται η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος.
- Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ολλανδία ανήκουν σε ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.
- Τα νοσοκομεία πληρώνονται βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών, τους οποίους καθορίζει η κυβέρνηση μετά από διαπραγματεύσεις με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης
- Ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει πρώτα να επισκεφτεί ένα γενικό ιατρό ο οποίος είτε θα φροντίσει για τη θεραπεία είτε θα παραπέμψει τον άρρωστο στον ειδικό.
- Η υποχρεωτική ασφάλιση καλύπτει ολόκληρο τον ολλανδικό πληθυσμό για χρόνια φροντίδα και περίπου το 70% του πληθυσμού για επείγουσα φροντίδα. Το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού που δεν καλύπτεται για τα οξέα περιστατικά από την κοινωνική ασφάλιση, κυρίως οι υψηλόμισθοι, καταφεύγει σε επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.
- Τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτούνται από εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και του κράτους.
- Τα ταμεία ασθενείας εισπράττουν πληρωμές που βασίζονται στον αριθμό των εγγεγραμμένων δικαιούχων αλλά προσαρμόζονται και με τον κίνδυνο της επαγγελματικής ιδιότητας, της ηλικίας και του φύλου.
- Τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι κυρίως ιδιοκτησία θρησκευτικών οργανώσεων αλλά χρηματοδοτούνται και από το κράτος. Υπάρχουν και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά παρεμβαίνει στη λειτουργία τους το κράτος¹⁸.

6.2.6 Βέλγιο

Το σύστημα υγείας του Βελγίου βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση. Υπάρχουν πέντε ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι οποίοι οργανώνονται με βάση τη θρησκεία ή την πολιτική τους φιλοσοφία. Οι πολίτες πρέπει να ενταχθούν οπωσδήποτε σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα, αλλά έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν σε ποιον, καθώς και σε ποια

¹⁸ Wolper F.lawrence (2001)

νοσηλευτική μονάδα να μεταφερθούν όταν παραστεί ανάγκη. Υπάρχει και η εναλλακτική της ιδιωτικής ασφάλισης, την οποία όμως διαθέτει ένα πολύ μικρό μέρος του πληθυσμού.

Τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών προέρχονται από τις εισφορές τόσο των εργαζομένων όσο και των εργοδοτών. Ωστόσο, οι οργανισμοί λαμβάνουν και επιπλέον χρήματα από το κράτος, τα οποία καλύπτουν το 70%, περίπου, των εξόδων του συστήματος υγείας.

Στο Βέλγιο δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα αναφοράς από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη δευτεροβάθμια, για αυτό το λόγο, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ασκείται από τους ιδιώτες γιατρούς που δέχονται τους ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τις νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις γενικές και τις ψυχιατρικές. Σχεδόν το 70% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά και ανήκουν είτε σε θρησκευτικές οργανώσεις είτε σε πανεπιστήμια.

Τα δημόσια νοσοκομεία διοικούνται από τις περιφέρειες ή τους δήμους. Τόσο τα ιδιωτικά όσο και τα δημόσια νοσοκομεία, αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν πιο αυστηρούς κανόνες λειτουργίας σε σχέση με τα ιδιωτικά.

6.2.7 Ισπανία

Το ισπανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μεγάλη κρατική κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών. Πιο συγκεκριμένα τα κύρια στοιχεία του συστήματος είναι τα εξής:

- Η χρηματοδότηση του συστήματος είναι οι φόροι σε ποσοστό 75%, ενώ ένα 25% χρηματοδοτείται από τις κοινωνικές ασφάλισεις.
- Τα φάρμακα είναι δωρεάν για τους φτωχούς, τους ανάπηρους και τους ηλικιωμένους.
- Τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε ποσοστό 80% ανήκουν στο δημόσιο τομέα, ενώ κάθε νοσοκομείο έχει τη δική του διοίκηση. Στον ιδιωτικό τομέα έχουν αναπτυχθεί ορισμένα μεγάλα ιατροασφαλιστικά συμπλέγματα στα πρότυπα της οργανωμένης φροντίδας των Η.Π.Α.

- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από δημόσια κέντρα υγείας και γενικούς γιατρούς. Κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχεί σε μια «ζώνη υγείας», η οποία έχει την ευθύνη διοίκησης του.
- Οι γενικοί ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους και στα ιατρεία τους σε ατομική ή ομαδική βάση¹⁹.

6.2.8 Δανία

Η Δανία είναι από τις χώρες που παραδοσιακά δίνουν βαρύτητα στο κράτος πρόνοιας.

Το σύστημα υγείας στη Δανία στηρίζεται αρκετά στις επαρχίες. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα εξής:

- Υπάρχει οικογενειακός ιατρός γενικής ιατρικής
- Οι οικογενειακοί γιατροί της κάθε περιοχής, έχουν ενωθεί σε ένα σύστημα. Στα μεγαλύτερες πόλεις για παράδειγμα, υπάρχει τηλεφωνική εξυπηρέτηση τις απογευματινές ώρες όπου κάθε γιατρός αναλαμβάνει μια-δύο μέρες να εξυπηρετεί τα τηλεφωνήματα από όλη την περιοχή.
- Δεν υπάρχει ελεύθερη επιλογή νοσηλευτικού ιδρύματος. Ο ασθενής πρέπει να πάει στο νοσηλευτικό ίδρυμα της περιοχής του.
- Η πληρωμή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων γίνεται με βάση τις ημέρες νοσηλείας.
- Τα νοσοκομεία είναι κυρίως δημόσια. Παλαιότερα υπήρχαν και ιδιωτικά νοσοκομεία, αλλά με τη βελτίωση των δημοσίων τα ιδιωτικά έπεσαν σε μαρασμό.

Αρνητική κριτική γίνεται τελευταία διότι υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής στα νοσοκομεία, με το σύστημα αμοιβής των νοσοκομείων δίνεται κίνητρο για παράταση της νοσηλείας και ο περιορισμός ανά περιοχές δεν αφήνει περιθώρια επιλογής του καλύτερου νοσοκομείου²⁰.

¹⁹ Wolper F.lawrence (2001)

²⁰ Wolper F.lawrence (2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΟΙ ΜΕΓΑΛΟΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΙ ΟΜΙΛΟΙ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Οι διοικήσεις όλων των εταιρειών του κλάδου και ακόμη περισσότερο των μεγάλων επιχειρηματικών ομίλων, αναγνωρίζοντας το δύσκολο και ευμετάβλητο οικονομικό και επιχειρηματικό περιβάλλον, παρακολουθούν στενά τις εξελίξεις και προσαρμόζουν τη στρατηγική τους, ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι αρνητικές συνέπειες της παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης, εκμεταλλευόμενες τυχόν ευκαιρίες που δημιουργούνται.

Παρακάτω θα γίνει παρουσίαση των μεγαλύτερων ομίλων υγείας, για τους οποίους θα ακολουθήσει και η χρηματοοικονομική τους ανάλυση, με κριτήριο το ότι είναι εισηγμένες στο Χρηματιστήριο

7.1 Όμιλος **Euromedica**

Ο όμιλος **Euromedica** ιδρύθηκε το 1989 και δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας μέσω του εκτενούς δικτύου της που περιλαμβάνει συνολικά 72 μονάδες σε λειτουργία σε 25 πόλεις σε όλη την Ελλάδα (Διαγνωστικά Κέντρα, Ιδιωτικές Κλινικές, Μονάδες Τεχνητού Νεφρού και Κέντρα Αποκατάστασης) καθώς και 8 μονάδες υπό κατασκευή.

Ξεκινώντας το 1989 με ένα διαγνωστικό κέντρο, η **Euromedica** έχει έκτοτε εξελιχθεί σε έναν από τους σημαντικότερους ιατρικούς ομίλους της χώρας, με 10.500 συνεργαζόμενους ιατρούς, πάνω από 2.600 εργαζόμενους και περισσότερες από 1.670 κλίνες, εξυπηρετώντας περίπου 2.200 επισκέψεις ασθενών κάθε μέρα. Σήμερα η **Euromedica** συνεχίζει την επιτυχημένη της πορεία, επενδύοντας τόσο στην ισχυροποίηση της παρουσίας της εντός Ελλάδος, όσο και στην επέκταση της δραστηριότητάς της στη ΝΑ Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική.

Συνοπτικά, εντός της Ελλάδας διαθέτει:

- 12 γενικές, μαιευτικές και ψυχιατρικές κλινικές συνολικής δυναμικότητας άνω των 1.670 κλινών
- 46 διαγνωστικά κέντρα
- 3 οφθαλμολογικά κέντρα

- 1 κέντρο μοριακής βιολογίας
- 1 κέντρο αιμοδιάλυσης
- 5 κέντρα αποκατάστασης
- παρουσία σε 25 πόλεις της χώρας
- συνεργασία με πάνω από 10.500 ιατρούς
- απασχολούμενο προσωπικό πάνω από 2.500 εργαζόμενους
- περίπου 2.200 ιατρικές επισκέψεις την ημέρα

Στο εξωτερικό:

- 5 διαγνωστικά κέντρα σε ισάριθμες Αλβανικές πόλεις

Στόχοι

Ο όμιλος βρίσκεται την περίοδο αυτή σε συζητήσεις με τα τραπεζικά ιδρύματα με σκοπό την αναδιάρθρωση του υφιστάμενου τραπεζικού δανεισμού, κάτι που θα οδηγήσει στη σύγκλιση του χρόνου αποπληρωμής των δανειακών του υποχρεώσεων και στην ανακατάταξη αυτών σε μακροπρόθεσμα.

Τα σημαντικότερα άμεσα υλοποιήσιμα σχέδια της διοίκησης σχετικά με την επιχειρηματική στρατηγική του ομίλου για το 2015, αφορούν τη συνέχιση των απαιτούμενων εργασιών έναρξης λειτουργίας της γενικής κλινικής της θυγατρικής εταιρείας Euromedica Ιόνιος ΑΕ, τη συνέχιση των εργασιών κατασκευής του κέντρου αποκατάστασης κλειστής και ανοικτής νοσηλείας (δυναμικότητας έως 60 κλινών) στην περιοχή της Αττικής από τη θυγατρική εταιρεία Θησεύς ΑΕ καθώς και την έναρξη των δραστηριοτήτων κέντρου αποκατάστασης κλειστής και ανοικτής νοσηλείας δυναμικότητας έως 80 κλινών στην περιοχή της Καβάλας²¹.

²¹ <http://www.euromedica.gr/>

7.2 Όμιλος Ιασώ

Ο όμιλος Ιασώ ξεκίνησε τη λειτουργία του το Μάιο του 1996 και το 2000 εισάγεται στην Κύρια Αγορά του Χρηματιστηρίου Αθηνών, ενώ το 2001 η μετοχή της συμπεριλαμβάνεται στο Γενικό Δείκτη του Χ.Α.

Ο Όμιλος Ιασώ διαθέτει:

- γενική κλινική στην Αθήνα (Ιασώ General)
- 1 μαιευτική – γυναικολογική κλινική στην Αθήνα («Ιασώ»)
- 1 παιδιατρική κλινική στην Αθήνα («Ιασώ Παίδων»)
- 1 γενική – μαιευτική κλινική στη Λάρισα («Ιασώ Θεσσαλίας»)
- 1 κέντρο αποκατάστασης – αποθεραπείας («Φιλοκτήτης»)
- συνολική δυναμικότητα 1.016 κλινών
- 1.784 άτομα προσωπικό (31.12.14)
- συνεργασία με περισσότερους από 3.000 ιατρούς και νοσηλευτές
- παρουσία στην Αθήνα και τη Θεσσαλία
- 1 μονάδα αποθήκευσης βλαστοκυττάρων

Στόχοι

Οι επενδύσεις του ομίλου σε κτίρια και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό ανήλθαν το 2014 σε €2,8 εκατ. Στους βασικούς ποσοτικούς και ποιοτικούς στόχους του ομίλου, για το άμεσο μέλλον, περιλαμβάνονται η διατήρηση αλλά και η επαύξηση του αριθμού των πελατών / ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών), η περαιτέρω αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των πελατών / ασθενών, οι προσπάθειες εξορθολογισμού του κόστους λειτουργίας, η ανάπτυξη νέων καινοτόμων υπηρεσιών που θα ενσωματώνουν νέες τεχνικές της ιατρικής επιστήμης, η αναζήτηση ευκαιριών σε νέες αγορές, η ενίσχυση της ταμειακής ρευστότητας του ομίλου, η σύναψη νέων συμβάσεων - με βελτιωμένους για τον όμιλο όρους - με τους προμηθευτές και βέβαια η μείωση του τραπεζικού δανεισμού²².

²² <http://www.iaso.gr/>

7.3 Όμιλος Ιατρικού Κέντρου

Το 1984 ο Δρ. Γεώργιος Β. Αποστολόπουλος ιδρύει την πρώτη κλινική «Ιατρικό Κέντρο Αθηνών» στο Μαρούσι. Την ίδια χρονιά ιδρύεται η νέα κλινική «Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών» επίσης στο Μαρούσι.

Σήμερα ο Όμιλος Ιατρικού Αθηνών διαθέτει:

Εντός της Ελλάδας:

- 7 γενικές κλινικές στην Αθήνα
- 1 γενική κλινική στη Θεσσαλονίκη («Διαβαλκανικό»)
- 1 γενική – μαιευτική κλινική στην Αθήνα («Γαία»)
- συνολική δυναμικότητα 1.400 κλινών
- 2.831 εργαζόμενοι (31.12.14)
- 2.800 συνεργαζόμενοι ιατροί
- 40 συνεργαζόμενα διαγνωστικά κέντρα

Στο εξωτερικό:

- 3 διαγνωστικά κέντρα στη Ρουμανία
- δημιουργία κλινικής στη Ρουμανία (150 κλινών)

Στόχοι

Οι επενδύσεις του ομίλου σε πάγια και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό ανήλθαν το 2014 σε €4 εκατ. Το πλάνο ανάπτυξης του ομίλου για το άμεσο μέλλον περιλαμβάνει την αύξηση του αριθμού των ασθενών μέσω της σύναψης συμβάσεων με νέες ασφαλιστικές εταιρείες, την προσέλκυση νέων πελατών, την συστηματική ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού, την ανάπτυξη του δικτύου συνεργαζόμενων ιατρών, τη δημιουργία νέων τμημάτων παροχής νέων καινοτόμων υπηρεσιών, την πλήρη εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου ανάπτυξης της κλινικής «Γαία», την περαιτέρω ανάπτυξη της παιδιατρικής κλινικής και την εσωτερική αναδιοργάνωση υποστηρικτικών τμημάτων και υπηρεσιών με σκοπό την εκμετάλλευση οικονομικών κλίμακας²³.

²³ <http://www.iatriko.gr/>

7.4 Όμιλος Υγεία

Ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών, με στόχο τη δημιουργία ενός προτύπου για τη χώρα μας Ιδιωτικού Νοσοκομείου.

Ο Όμιλος Υγεία διαθέτει

Εντός της Ελλάδας:

- 1 γενική κλινική στην Αθήνα («Υγεία»)
- 1 μαιευτική – γυναικολογική - παιδιατρική κλινική στην Αθήνα («Μητέρα»)
- 1 μαιευτική – γυναικολογική κλινική στην Αθήνα («Λητώ»)
- 1 διαγνωστικό κέντρο
- 1 πολυιατρείο
- 1 κέντρο μοριακής βιολογίας και κυτταρογενετικής
- 3.055 άτομα προσωπικό (31.12.14)
- 715 κλίνες συνολική δυναμικότητα

Στο εξωτερικό:

- 1 γενική κλινική στην Αλβανία

Στόχοι

Η διοίκηση του ομίλου παρακολουθώντας τις εξελίξεις, αξιολογεί τις υφιστάμενες συνθήκες με πρόβλεψη και συνεχή αξιολόγηση των μελλοντικών επενδυτικών και λειτουργικών αναγκών και άμεση προσαρμογή όπου απαιτείται του Επιχειρηματικού Σχεδίου (business plan), με στόχο τη διατήρηση και αύξηση της λειτουργικής αποδοτικότητας των εταιρειών του ομίλου με περιορισμό του λειτουργικού κόστους, την επέκταση του πελατολογίου και τη μεγιστοποίηση των συνεργιών εντός ομίλου²⁴.

²⁴ <http://www.hygeia.gr/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Το οικονομικό περιβάλλον των επιχειρήσεων και η σπουδαιότητά του στην ανάλυση των λογιστικών καταστάσεων

8.1 Εισαγωγή

Βασικός στόχος της ανάλυσης λογιστικών καταστάσεων είναι η διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων οι οποίες αφορούν την αποτελεσματική κατανομή οικονομικών πόρων. Παραδείγματα τέτοιων αποφάσεων αποτελούν: η επιλογή επενδύσεων, η χορήγηση πιστώσεων, η επιλογή προμηθευτών, η αμοιβή στελεχών επιχειρήσεων και εργαζομένων κλπ. Οι αποφάσεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τα οικονομικά συμφέροντα των ομάδων οι οποίες χρησιμοποιούν τις λογιστικές καταστάσεις μιας επιχείρησης, όπως των μετόχων, των πιστωτών, της διοίκησης, των εργαζομένων, της πολιτείας, των πελατών κλπ. Η λήψη αυτών των αποφάσεων απαιτεί εκτίμηση της μακροχρόνιας και βραχυχρόνιας δυνατότητας επιβίωσης καθώς και της αποδοτικότητας της επιχείρησης η οποία αποτελεί αντικείμενο ανάλυσης.

Η ανάλυση των λογιστικών καταστάσεων επιτρέπει την εκτίμηση τόσο του κινδύνου όσο και της αποδοτικότητας μιας επιχείρησης προκειμένου να ληφθεί μια απόφαση σχετική με την κατανομή οικονομικών πόρων.

Η ολοκληρωμένη ανάλυση μιας επιχείρησης, όμως θα πρέπει να αρχίσει με την ανάλυση των μακροοικονομικών εξελίξεων, να εξετάσει τις ανταγωνιστικές συνθήκες οι οποίες επικρατούν στον κλάδο που λειτουργεί η επιχείρηση και να καταλήξει σε μια ανάλυση των ειδικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την επιχείρηση. Οι λογιστικές καταστάσεις εμπεριέχουν τις επιδράσεις όλων αυτών των δυνάμεων, οι οποίες αποτελούν το οικονομικό περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί η επιχείρηση²⁵.

8.2 Τα διάφορα επίπεδα χρηματοοικονομικής ανάλυσης

²⁵ Γκίκας (2002)

8.2.1 Η ανάλυση της οικονομίας

Η γνώση του οικονομικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί μια επιχείρηση επιτρέπει την καλύτερη αξιολόγηση των επιτεύξεων του παρελθόντος, τον καταλογισμό ευθυνών και την ακριβέστερη πρόβλεψη των αποδόσεων του μέλλοντος.

Η γνώση και η δυνατότητα ερμηνείας διαφόρων μακροοικονομικών μεγεθών, όπως το ακαθάριστο εθνικό εισόδημα, ο πληθωρισμός, το έλλειμμα του κρατικού προϋπολογισμού, το ύψος των επιτοκίων, το ποσοστό των ανέργων και η προσφορά χρήματος, επιτρέπουν στον αναλυτή να αναγνωρίσει τις συνέπειες που έχουν για τα κέρδη και τις ταμειακές ροές μεταβολές αυτών των μεγεθών.

Τα υψηλά επιτόκια για παράδειγμα μειώνουν την παρούσα αξία των αναμενόμενων ταμειακών ροών από επενδύσεις σε πάγια και τις καθιστούν μία λιγότερο ελκυστική επενδυτική επιλογή. Ένα χαμηλότερο ύψος επενδύσεων σε πάγια όμως επηρεάζει τα μελλοντικά κέρδη και τις μελλοντικές ταμειακές ροές από λειτουργικές δραστηριότητες καθώς και την αξία της επιχείρησης.

Οι μακροοικονομικοί παράγοντες που μπορούν να ενδιαφέρουν έναν αναλυτή είναι δυνατό να ενταχθούν σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: σε αυτούς οι οποίοι προκαλούν μεταβολή στη συνολική ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών και σε αυτούς οι οποίοι προκαλούν μεταβολή στη συνολική προσφορά.

Παραδείγματα μακροοικονομικών παραγόντων και ενεργειών με θετικές συνέπειες για τη συνολική ζήτηση αποτελούν: η αύξηση των κρατικών δαπανών, η αύξηση της προσφοράς χρήματος, η αύξηση της ζήτησης από ξένες χώρες και η μείωση των φορολογικών συντελεστών .

Παραδείγματα γεγονότων με αρνητικές συνέπειες για τη συνολική προσφορά αγαθών και υπηρεσιών αποτελούν: η αύξηση της τιμής του πετρελαίου, η ολοκληρωτική καταστροφή της γεωργικής παραγωγής από φυσικές δυνάμεις, η αύξηση των μισθών και των ημερομισθίων.

8.2.2 Η ανάλυση του κλάδου

Το επόμενο επίπεδο ανάλυσης απαιτεί εξέταση των συνθηκών του κλάδου στον οποίο λειτουργεί η επιχείρηση. Κάθε κλάδος συνήθως περνά από τις εξής διαδοχικές φάσεις ζωής: έναρξη, παγιοποίηση, ωρίμανση και παρακμή.

Κατά τη φάση της έναρξης της ζωής ενός κλάδου, παρατηρείται η εισαγωγή μιας νέας τεχνολογίας ή ενός νέου προϊόντος η οποία συνοδεύεται από πολύ υψηλούς ρυθμούς αύξησης των πωλήσεων για όλο τον κλάδο αλλά όχι και κατ'ανάγκη για όλες τις επιχειρήσεις του κλάδου, μερικές από τις οποίες θα εξαγοραστούν από άλλες περισσότερο υγιείς και άλλες θα χρεοκοπήσουν.

Κατά τη φάση της παγιοποίησης, οι πωλήσεις και τα κέρδη αυξάνονται με ρυθμούς υψηλότερους από τους ρυθμούς ανάπτυξης της οικονομίας, εμφανίζονται οι ηγέτιδες επιχειρήσεις στον κλάδο και το μερίδιο αγοράς που έχει η κάθε επιχείρηση είναι πλέον γνωστό.

Κατά τη φάση της ωρίμανσης, ο ρυθμός αύξησης των πωλήσεων είναι ανάλογος του ρυθμού ανάπτυξης της οικονομίας, ο ανταγωνισμός όμως έχει αυξηθεί με αποτέλεσμα να έχει συμπιέσει τα κέρδη, τα οποία δε γνωρίζουν τους ρυθμούς αύξησης των προηγούμενων φάσεων. Κατά τη φάση αυτή της ωρίμανσης, έχει επιτευχθεί η συσσώρευση μεγάλων ποσών διαθέσιμων, τα οποία θα πρέπει να διανέμονται στους μετόχους καθώς υπάρχουν περιορισμένες ευκαιρίες επένδυσης στον ίδιο κλάδο.

Τέλος, κατά τη φάση της παρακμής, επικρατούν ρυθμοί αύξησης των πωλήσεων μικρότεροι του ρυθμού ανάπτυξης της οικονομίας ή ακόμα και συρρίκνωση των πωλήσεων.

Ο βαθμός του ανταγωνισμού αποτελεί επίσης μια σπουδαία διάσταση, η οποία πρέπει να αναλυθεί σε ένα κλάδο. Όσο εντονότερος είναι ο ανταγωνισμός, τόσο χαμηλότερα είναι τα κέρδη τα οποία επιτυγχάνει μια επιχείρηση η οποία λειτουργεί στο συγκεκριμένο κλάδο. Η ένταση του ανταγωνισμού που επικρατεί σε έναν κλάδο θα μπορούσε να εκτιμηθεί αν χρησιμοποιηθούν δείκτες συγκέντρωσης όπως έγινε και σε προηγούμενη ενότητα της συγκεκριμένης μελέτης. Όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο δείκτης, τόσο μεγαλύτερη είναι η συγκέντρωση των πωλήσεων μεταξύ ενός μικρού αριθμού επιχειρήσεων και τόσο ηπιότερος αναμένεται να είναι ο ανταγωνισμός που επικρατεί στον κλάδο.

8.2.3 Η ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών μιας επιχείρησης

Μετά την ανάλυση της οικονομίας και του κλάδου που ανήκει η επιχείρηση απαιτείται λεπτομερής ανάλυση των ατομικών χαρακτηριστικών της επιχείρησης. Η ανάλυση αυτή εξετάζει τόσο τα ποσοτικά όσο και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της επιχείρησης. Κατά

τη διάρκεια της ανάλυσης, καθώς και μετά την ανάλυση, όταν εξάγονται συμπεράσματα, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι υπάρχει μια διαρκής επίδραση και αλληλεξάρτηση των ποσοτικών και των ποιοτικών χαρακτηριστικών της επιχείρησης.

Η ανάλυση των ποσοτικών χαρακτηριστικών μιας επιχείρησης περιλαμβάνει λεπτομερή εξέταση όλων των πληροφοριών τις οποίες παρέχει το λογιστικό σύστημα. Στην ουσία, οι λογιστικές πληροφορίες αποτελούν την πρώτη ύλη του κάθε αναλυτή.

Τα σπουδαιότερα ποιοτικά χαρακτηριστικά μιας επιχείρησης είναι : η ποιότητα της διοίκησης, η ποιότητα των εργασιακών σχέσεων, η ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, η απουσία εξάρτησης από έναν πελάτη ή έναν προμηθευτή και η κοινωνική ευαισθησία της επιχείρησης²⁶.

8.3 Η Ζήτηση Λογιστικών Πληροφοριών

Η γνώση των διαφόρων ομάδων οι οποίες ζητούν λογιστικές καταστάσεις επιτρέπει την καλύτερη αναγνώριση των συμφερόντων τους, των συγκρούσεων μεταξύ των ομάδων και της μεταφοράς πλούτου που συμβαίνει από τη μία ομάδα στην άλλη ως συνέπεια αυτών των συγκρούσεων.

Οι κυριότερες ομάδες που ζητούν και χρησιμοποιούν τις λογιστικές καταστάσεις είναι οι ακόλουθες: οι μέτοχοι, οι πιστωτές, οι πελάτες, οι δημόσιες υπηρεσίες και διάφορες άλλες ομάδες.

Οι μέτοχοι μπορεί να έχουν είτε επενδυτικό είτε εποπτικό ενδιαφέρον, όταν ζητούν τις λογιστικές καταστάσεις μια επιχείρησης.

Το επενδυτικό ενδιαφέρον παρουσιάζεται στις αποφάσεις επιλογής μετοχών οι οποίες πρόκειται να περιληφθούν στο χαρτοφυλάκιο ενός επενδυτή ο οποίος επιθυμεί να γίνει μέτοχος.

Το επενδυτικό ενδιαφέρον παρουσιάζεται, όταν ο μέτοχος επιθυμεί να ελέγξει τις ενέργειες και τη συμπεριφορά της διοίκησης.

Οι πιστωτές, όπως για παράδειγμα οι τράπεζες, ζητούν την παροχή λογιστικών καταστάσεων τη στιγμή υποβολής μιας αίτησης για τη χορήγηση κάποιου δανείου ή

²⁶ Γκίκας (2002)

μιας εγγυητικής επιστολής. Με βάση τις πληροφορίες που περιέχουν οι λογιστικές καταστάσεις εκτιμάται η αποδοτικότητα, ο βραχυχρόνιος και ο μακροχρόνιος κίνδυνος επιβίωσης της επιχείρησης και αποφασίζεται το ποσό του δανείου, το επιτόκιο και οι ασφάλειες που θα ζητηθούν από την επιχείρηση.

Η διοίκηση μιας επιχείρησης χρησιμοποιεί τις λογιστικές καταστάσεις προκειμένου να λάβει επενδυτικές, χρηματοοικονομικές ή λειτουργικές αποφάσεις.

Οι εργαζόμενοι ενδιαφέρονται για τη βιωσιμότητα της επιχείρησης που εργάζονται και την ικανότητα δημιουργίας κερδών. Οι πληροφορίες αυτές, οι οποίες περιέχονται στις λογιστικές καταστάσεις, αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και ζήτηση σε περιόδους διαπραγμάτευσης νέων συμβάσεων εργασίας.

Οι διάφορες δημόσιες υπηρεσίες ζητούν λογιστικές καταστάσεις προκειμένου να επιτύχουν μια σειρά από σκοπούς, όπως:

- Τον υπολογισμό του φόρου εισοδήματος και του φόρου προστιθέμενης αξίας ή τη δυνατότητα επιβολής πρόσθετων φόρων ή χορήγησης φορολογικών απαλλαγών από το Υπουργείο Οικονομικών.
- Την ύπαρξη υγιούς ανταγωνισμού σε κλάδους όπου παρατηρούνται υπερβολικά κέρδη από την επιτροπή ανταγωνισμού του Υπουργείου Εμπορίου.
- Τον καθορισμό της τιμής πώλησης ορισμένων προϊόντων, όπως των φαρμάκων και των πετρελαιοειδών, από το Υπουργείο Εμπορίου.
- Την έγκριση εισαγωγής μιας εταιρείας στο Χρηματιστήριο Αθηνών από την Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς.

Οι πελάτες ενδιαφέρονται για τη βιωσιμότητα μιας επιχείρησης, όταν αγοράζουν προϊόντα με μακροχρόνιες εγγυήσεις ή αναμένουν κάποια μακροχρόνια εξυπηρέτηση από την επιχείρηση η οποία τους πώλησε το προϊόν ή τους παρείχε την υπηρεσία

8.4 Η Προσφορά Λογιστικών Πληροφοριών

Οι απαιτήσεις της Ελληνικής Νομοθεσίας αποτελούν τον κυριότερο λόγο για την παροχή λογιστικών πληροφοριών. Το άρθρο 43B του Ν.2190/1920 απαιτεί τη δημοσίευση των λογιστικών καταστάσεων είκοσι τουλάχιστον ημέρες πριν τη σύγκληση της γενικής συνέλευσης των μετόχων, η οποία και πρέπει να λάβει χώρα εντός έξι μηνών από το τέλος της λογιστικής χρήσης, σύμφωνα με το άρθρο 25 του ανωτέρω νόμου.

Οι λογιστικές καταστάσεις σύμφωνα με το άρθρο 42α του Ν.2190/1920 περιλαμβάνουν : τον ισολογισμό, την κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης, την κατάσταση διάθεσης κερδών και το προσάρτημα. Οι τρεις πρώτες λογιστικές καταστάσεις δημοσιεύονται , σύμφωνα με το άρθρο 43β του Ν.2190/1920, στο δελτίο ανωνύμων εταιρειών και εταιρειών περιορισμένης ευθύνης της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, σε μία ημερήσια πολιτική εφημερίδα, σε μια οικονομική εφημερίδα και σε μια τοπική εφημερίδα, αν η επιχείρηση έχει την έδρα της εκτός νομού Αττικής.

Οι λογιστικές καταστάσεις πρέπει να είναι προετοιμασμένες σύμφωνα με τις διατάξεις του Ελληνικού Λογιστικού Σχεδίου το οποίο θεσπίστηκε με το Π.Δ. 1123/1980.

Οι λογιστικές καταστάσεις, το προσάρτημα και η έκθεση διαχείρισης του διοικητικού συμβουλίου ελέγχονται από ανεξάρτητους ορκωτούς ελεγκτές, όταν πρόκειται για μεγάλες επιχειρήσεις, όπως αυτές ορίζονται από το άρθρο 42α του Ν.2190/1920 και το άρθρο 2 του Π.Δ. 325/1995.

Εκτός από τον ισολογισμό, την κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης και την κατάσταση διάθεσης κερδών, ιδιαίτερο ενδιαφέρον για έναν αναλυτή έχουν οι πληροφορίες και οι επεξηγήσεις οι οποίες περιέχονται στο προσάρτημα και στην έκθεση του διοικητικού συμβουλίου προς τη γενική συνέλευση των μετόχων και οι οποίες δε θα πρέπει να ποτέ να αγνοούνται κατά την ανάλυση.

Το προσάρτημα παρέχει πληροφορίες για τις μεθόδους αποτίμησης των στοιχείων του ενεργητικού και τον υπολογισμό των υποχρεώσεων, τον αριθμό και τα είδη των μετοχών που έχουν εκδοθεί, την παροχή εγγυήσεων και εμπράγματων ασφαλειών για τη λήψη δανείων, τις πωλήσεις ανά κατηγορία δραστηριότητας και γεωγραφική περιοχή, τις αμοιβές των εργαζομένων και της διοίκησης και μια λεπτομερή αναφορά στους λογαριασμούς έκτακτων εσόδων και εξόδων.

Η έκθεση διαχείρισης του διοικητικού συμβουλίου παρέχει μια ανάλυση των όσων έχουν συμβεί μέσα στη χρήση, πληροφορίες για την προβλεπόμενη πορεία της επιχείρησης, τις ζημίες και όλα τα σημαντικά γεγονότα τα οποία συνέβησαν από τη λήξη της χρήσης έως την υποβολή της έκθεσης καθώς και τις ζημίες που αναμένεται να προκύψουν στο μέλλον.

8.5 Μέθοδοι Ανάλυσης των Λογιστικών Καταστάσεων

Η ανάλυση των λογιστικών καταστάσεων απαιτεί μία λεπτομερή και συστηματική εξέταση των ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων τα οποία περιέχονται στις λογιστικές καταστάσεις και στο προσάρτημα. Ο αναλυτής θα πρέπει επίσης να αναζητήσει πρόσθετα στοιχεία τα οποία ενδέχεται να αποκρύπτει η διοίκηση ή να μην παρέχει το λογιστικό σύστημα, καθώς βασίζεται στη λογιστική ιστορικού κόστους, ή να αναφέρονται σε ποιοτικά χαρακτηριστικά της επιχείρησης ή να αφορούν την πρόβλεψη μελλοντικών αγαθών. Μόνο η συστηματική ανάλυση όλων αυτών των στοιχείων θα επιτρέψει τη διαμόρφωση ολοκληρωμένης και σωστής γνώμης για την επιχείρηση από τον αναλυτή.

Οι αναλύσεις των λογιστικών καταστάσεων διεξάγονται με τη βοήθεια των εξής μέσων:

- καταστάσεων κοινών μεγεθών
- καταστάσεων τάσης
- αριθμοδεικτών
- διαφόρων στατιστικών εκτιμήσεων

Κάθε μέθοδος ανάλυσης έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, για αυτό οι αναλυτές συχνά επιλέγουν τη χρήση ενός μέσου ανάλυσης ως κύριο, ενώ παράλληλα, χρησιμοποιούν επικουρικά και κάποιο άλλο.

Στην παρούσα εργασία η χρηματοοικονομική ανάλυση θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση των αριθμοδεικτών. Παρακάτω ακολουθεί αρχικά η θεωρητική προσέγγισή τους και εν συνεχεία η εφαρμογή τους στο δείγμα των εταιρειών προς μελέτη.

8.6 Θεωρητική Προσέγγιση των Αριθμοδεικτών

Η χρήση των αριθμοδεικτών αποτελεί μία από τις πλέον διαδεδομένες και δυναμικές μεθόδους χρηματοοικονομικής ανάλυσης.

Οι αριθμοδείκτες είναι λόγοι διαφόρων μεγεθών του ισολογισμού και σκοπό έχουν να μας δείξουν την οικονομική υγεία της επιχείρησης. Αποτελούν εργαλείο παρατήρησης της επιχείρησης καθώς η συνδυασμένη μελέτη τους μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε την οικονομική της θέση, τις προοπτικές, τη βελτίωση ή χειροτέρευση ορισμένων μεγεθών όχι μόνο σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο αλλά και με τις υπόλοιπες εταιρείες του κλάδου.

Συγκεκριμένα, μέσα από αυτές τις σχέσεις μεταξύ 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 σκοπό την ορθολογική εκμετάλλευση των πόρων της²⁷.

Βασικός σκοπός 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 οφείλεται στην συνοπτική, γρήγορη και περιεκτική πληροφόρηση που παρέχουν για την οικονομική κατάσταση της επιχείρησης.

Οι τιμές των δεικτών όμως πρέπει να αποτελούν την αφετηρία για να ερευνήσουμε, γιατί μια εταιρία πλεονεκτεί ή μειονεκτεί έναντι των υπολοίπων εταιριών του κλάδου και όχι να αποτελούν τα συμπεράσματα της έρευνάς μας.

Αρκετοί επενδυτές συχνά έχουν την ανάγκη για την ερμηνεία των κυριότερων οικονομικών στοιχείων των επιχειρήσεων ως βοήθημα στις επενδυτικές τους επιλογές. Η χρήση των πιο σημαντικών αριθμοδεικτών συνιστά ένα χρήσιμο εργαλείο επιλογής και παρακολούθησης των διαφόρων εταιριών σε συνδυασμό πάντα με επιπρόσθετα εργαλεία ανάλυσης, καθώς αυτοί εκφράζουν σχέσεις που παρουσιάζουν οικονομικό ενδιαφέρον και οδηγούν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα επιπλέον αποτελεί μια από τις πλέον διαδεδομένες και δυναμικές μεθόδους χρηματοοικονομικής ανάλυσης των επιχειρήσεων παρέχοντας ενδείξεις για την πορεία μιας επιχείρησης και το βαθμό αποτελεσματικότητας στη λήψη αποφάσεων από τη διοίκηση.

Με την συνδυασμένη ανάλυση των αριθμοδεικτών εντοπίζονται οι περιοχές εκείνες που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, για αυτό τον λόγο δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην μελέτη και στην ερμηνεία τους για το σωστό αποτέλεσμα.

²⁷ Μπέης (2007)

Βασικοί 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)

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

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

Στη σχετική βιβλιογραφία υπάρχουν πολλοί εναλλακτικοί αριθμοδείκτες. Οι κυριότεροι και οι περισσότερο χρησιμοποιούμενοι στη χρηματοοικονομική ανάλυση των λογιστικών καταστάσεων μπορούν να καταταγούν στις εξής κατηγορίες:

- **Αριθμοδείκτες ρευστότητας (Liquidity ratios).** Χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό τόσο της βραχυχρόνιας οικονομικής θέσης μιας επιχείρησης όσο και της ικανότητάς της να ανταποκριθεί στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.
- **Αριθμοδείκτες δραστηριότητας (Activity ratios).** Χρησιμοποιούνται προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός αποτελεσματικότητας μιας επιχείρησης στη χρησιμοποίηση των περιουσιακών της στοιχείων, κατά πόσο δηλαδή γίνεται ικανοποιητική ή όχι χρησιμοποίηση αυτών.
- **Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας (Profitability ratios).** Με αυτούς μετράται η αποδοτικότητα μιας επιχείρησης, η δυναμικότητα των κερδών της και η ικανότητα της διοικήσεως της. Με άλλα λόγια οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας

μετρούν το βαθμό επιτυχίας ή αποτυχίας μιας επιχείρησης σε δεδομένη χρονική στιγμή.

- **Αριθμοδείκτες διαρθρώσεως κεφαλαίων και βιωσιμότητας (Financial structure and viability ratios).** Με αυτούς εκτιμάται η μακροχρόνια ικανότητα μιας επιχείρησης να ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις της και ο βαθμός προστασίας που απολαμβάνουν οι πιστωτές της.
- **Αριθμοδείκτες δανειακής επιβάρυνσης.** Με τους αριθμοδείκτες αυτούς μετράται η δυναμικότητα των κερδών μιας επιχείρησης καθώς και η δυνατότητα δημιουργίας κερδών²⁸.

8.6.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας

Η έννοια της ρευστότητας αναφέρεται στην ικανότητα μιας επιχείρησης να μπορεί να ικανοποιεί τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της και υποδηλώνει δυνατότητα μετατροπής ενεργητικών στοιχείων σε διαθέσιμα. Ένας υψηλός βαθμός ρευστότητας ωφελεί τόσο τους μετόχους όσο και τους πιστωτές. Μια υψηλή ρευστότητα επιτρέπει επίσης στη διοίκηση μιας επιχείρησης να επωφελείται από τις διάφορες ευκαιρίες που εμφανίζονται, για να αυξήσει τα κέρδη.

²⁸ Νιάρχος (1997)

Οι αριθμοδείκτες που χρησιμοποιούνται περισσότερο για τον προσδιορισμό της βραχυχρόνιας οικονομικής θέσης μιας επιχείρησης και της ικανότητάς της να ανταποκρίνεται στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της είναι οι εξής:

- Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας ή Κεφαλαίου Κίνησης (Current Ratio)

Ο τύπος που μας δίνει τη Γενική Ρευστότητα είναι ο εξής:

Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας = Κυκλοφορούν Ενεργητικό/ Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Το κυκλοφορούν ενεργητικό περιλαμβάνει αποθέματα, απαιτήσεις, χρεόγραφα και διαθέσιμα. Οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις περιλαμβάνουν προμηθευτές, γραμμάτια πληρωτέα, βραχυπρόθεσμα τραπεζικά δάνεια, προκαταβολές πελατών, υποχρεώσεις από φόρους και τέλη, ασφαλιστικούς οργανισμούς, μερίσματα πληρωτέα, πιστωτές διάφοροι και γενικά τις υποχρεώσεις που λήγουν μέσα στην επόμενη του ισολογισμού χρήση.

Το μέγεθος του δείκτη εξαρτάται από τον κλάδο της επιχείρησης, την ποιότητα των κυκλοφοριακών στοιχείων, την αμεσότητα των τρεχουσών υποχρεώσεων και την ευκαμψία των αναγκών σε κεφάλαια κίνησης.

Για να είναι περισσότερο αξιόπιστος ο δείκτης θα πρέπει να εξετάζεται διαχρονικά, σε σύγκριση με όμοιες επιχειρήσεις του ίδιου κλάδου και με το μέσο όρο του κλάδου αλλά και σε συνδυασμό με τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται.

Ο αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας μας δείχνει την ισορροπία μεταξύ βραχυχρόνιων στοιχείων που συνθέτουν τον ισολογισμό. Δηλαδή σε τι ποσοστό οι βραχυχρόνιες απαιτήσεις που έχει μια επιχείρηση μπορούν να καλύψουν τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της. Εκτός από το μέτρο της ρευστότητας μιας επιχείρησης μας δείχνει και το περιθώριο ασφαλείας που διατηρεί ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κάποια ανεπιθύμητη εξέλιξη στη ροή των κεφαλαίων κίνησης. Επειδή σπάνια υπάρχει ακριβής αντιστοιχία μεταξύ των εισερχόμενων κεφαλαίων και των εξοφλούμενων υποχρεώσεων, γι' αυτό μια επιχείρηση θα πρέπει να διατηρεί επαρκή κυκλοφοριακά στοιχεία για να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις τρέχουσες υποχρεώσεις της όταν καταστούν ληξιπρόθεσμες.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας τόσο καλύτερη, από πλευράς ρευστότητας, είναι η θέση της συγκεκριμένης επιχείρησης. Γενικά ένας δείκτης κυκλοφοριακής ρευστότητας μεγαλύτερος του 2 θεωρείται καλή ένδειξη, όμως μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της επιχείρησης και τον κλάδο στον οποίο αυτή ανήκει.

Μια συνεχής μείωση του δείκτη είναι ένδειξη ότι αρχίζει να αναπτύσσεται μια όχι ευνοϊκή κατάσταση για την επιχείρηση, κάτι το οποίο θα πρέπει να διερευνηθεί. Ένας χαμηλός αριθμοδείκτης κεφαλαίου κίνησης παρέχει ένδειξη ύπαρξης μεγαλύτερου βαθμού κινδύνου στην επιχείρηση από ότι ένας υψηλός αριθμοδείκτης.

Σε γενικές γραμμές όσο χαμηλότερος ο δείκτης τόσο πιο μεγάλος ο κίνδυνος μη δυνατότητας αποπληρωμών και δημιουργίας «υπερθέρμανσης» με συνέπεια πτώση πωλήσεων. Αντίθετα υπέρμετρα υψηλός δείκτης μπορεί να σημαίνει μη αποδοτική κατανομή κεφαλαίων της επιχείρησης. Μπορεί δηλαδή να μη χρησιμοποιεί τις χρηματοδοτικές δυνατότητες που υπάρχουν με αποτέλεσμα να μη μεγεθύνεται στην αγορά της, όσο θα μπορούσε.

- Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας (Of-test Ratio)

Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας = Διαθέσιμα + Απαιτήσεις / Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Ο αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας επινοήθηκε για να περιλάβει όλα εκείνα τα στοιχεία τα οποία μετατρέπονται εύκολα και γρήγορα σε ρευστά και αγνοεί όλα εκείνα τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού τα οποία δεν μετατρέπονται εύκολα σε μετρητά.

Όλα τα περιλαμβανόμενα στον αριθμητή του κλάσματος στοιχεία είναι δυνατό να μετατραπούν γρήγορα σε χρήμα, στην ονομαστική τους αξία, δηλαδή στην αξία που αναγράφονται στα βιβλία της επιχείρησης, πλην των απαιτήσεων που συχνά δεν είναι εύκολα και γρήγορα μετατρέψιμες σε χρήμα.

Στον υπολογισμό του αριθμοδείκτη αυτού δεν περιλαμβάνονται :

1. Τα αποθέματα πρώτων και βοηθητικών υλών, ημικατεργασμένων και έτοιμων προϊόντων γιατί δε θεωρούνται ταχέως ρευστοποιήσιμα. Πράγματι, απαιτείται αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι την πώλησή τους ή μέχρι τη μετατροπή των πρώτων υλών και των ημικατεργασμένων προϊόντων σε έτοιμα προϊόντα.

2. Εκτός αυτού, υπάρχει αβεβαιότητα τόσο ως προς τη δυνατότητα πώλησεως όλων των αποθεμάτων όσο και ως προς την αξία, που θα εισπραχθεί κατά την πώλησή τους.
3. Οι προκαταβληθείσες δαπάνες, οι οποίες κανονικά χρειάζονται κάποιο χρονικό διάστημα για να μετατραπούν σε χρήμα.

Αν μια επιχείρηση έχει δυσκολίες στην πώληση των αποθεμάτων ετοιμών προϊόντων της, τότε το μεγάλο ύψος αποθεμάτων δεν βοηθά στην εξυπηρέτηση των τρεχουσών υποχρεώσεών της.

Ένας υψηλός αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας, λόγω μεγάλων αποθεμάτων δεν προσδίδει ρευστότητα στην επιχείρηση. Ως εκ τούτου ο αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας αποτελεί καλύτερη ένδειξη της ικανότητας μιας επιχείρησης να εξοφλεί τις τρέχουσες υποχρεώσεις της από ότι ο προηγούμενος αριθμοδείκτης.

Αν τα αμέσως ρευστοποιήσιμα στοιχεία μιας επιχείρησης (κυκλοφορούν μείον αποθέματα) είναι ίσα ή μεγαλύτερα των τρεχουσών υποχρεώσεων, τότε, θεωρητικά τουλάχιστον, η επιχείρηση έχει καλή τρέχουσα οικονομική κατάσταση.

Ο αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας μας δείχνει πόσες φορές τα ταχέως ρευστοποιήσιμα στοιχεία της επιχείρησης καλύπτουν τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της.

Ένας αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας γύρω στη μονάδα θεωρείται ικανοποιητικός μόνο αν στις απαιτήσεις της επιχείρησης δεν περιλαμβάνονται επισφαλείς ή ανεπίδεκτες εισπράξεως απαιτήσεις και αν η περίοδος εισπράξεως των απαιτήσεων της επιχείρησης και εξοφλήσεως των υποχρεώσεων της είναι περίπου ίσες.

Αντίθετα, ένας αριθμοδείκτης μικρότερος της μονάδας δείχνει ότι τα αμέσως ρευστοποιήσιμα στοιχεία της επιχείρησης είναι ανεπαρκή για να καλύψουν τις τρέχουσες υποχρεώσεις της, με αποτέλεσμα η επιχείρηση να εξαρτάται από τις μελλοντικές της πωλήσεις, προκειμένου να εξασφαλίσει επαρκή ρευστότητα. Έτσι, αν προβλέπεται κάποια μείωση των μελλοντικών πωλήσεων, θα πρέπει να αναζητηθούν νέα κεφάλαια είτε με έκδοση νέων τίτλων μετοχών είτε με προσφυγή στο δανεισμό.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι μια διαφορά μεταξύ των αριθμοδεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας αποτελεί ένδειξη ότι υπάρχουν αυξημένα αποθέματα στην επιχείρηση²⁹.

²⁹ Νιάρχος(1997)

- Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας = Διαθέσιμο Ενεργητικό / Ληξιπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Ο αριθμητής (Διαθέσιμο Ενεργητικό) περιλαμβάνει μετρητά, καταθέσεις όψεως, επιταγές και γενικά όσα στοιχεία είναι ισοδύναμα με μετρητά. Ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας μας δίνει την εικόνα της επάρκειας ή όχι μετρητών στην επιχείρηση σε σχέση με τις τρέχουσες λειτουργικές της ανάγκες και θα πρέπει να εξετάζεται διαχρονικά, σε σύγκριση με όμοιες επιχειρήσεις του ίδιου κλάδου και με το μέσο όρο του κλάδου αυτού ώστε να είναι περισσότερο αξιόπιστος.

Η ταμειακή ρευστότητα εκφράζει την ικανότητα μιας επιχείρησης να εξοφλήσει τις τρέχουσες και ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις της με τα μετρητά που διαθέτει. Πιο συγκεκριμένα ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας μας δείχνει πόσες φορές τα διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία μιας επιχείρησης καλύπτουν τις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

8.6.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητα

Η έννοια της αποδοτικότητας αναφέρεται στην ικανότητα μιας επιχείρησης να δημιουργεί κέρδη. Η ικανότητα δημιουργίας κερδών ενδιαφέρει τους μετόχους, τους πιστωτές, τη διοίκηση και γενικά τους εργαζόμενους σε μια επιχείρηση.

Συχνά η έννοια της αποδοτικότητας ταυτίζεται με την έννοια της αποτελεσματικότητας της διοίκησης μιας επιχείρησης, και ιδιαίτερα όταν υπολογίζεται για έναν ολόκληρο οικονομικό κύκλο.

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας αναφέρονται αφ' ενός στις σχέσεις κερδών και απασχολούμενων στην επιχείρηση κεφαλαίων και αφ' ετέρου στις σχέσεις μεταξύ κερδών και πωλήσεων και δείχνουν πόσο αποτελεσματικά λειτούργησε η επιχείρηση κατά τη διάρκεια μιας ή και περισσότερων χρήσεων.

Γενικά οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας υπολογίζονται είτε με βάση τις πωλήσεις της επιχείρησης κατά τη διάρκεια μιας χρήσης, είτε με βάση τις επενδύσεις της. Οι κυριότεροι αριθμοδείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας είναι οι εξής:

- Αριθμοδείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους

- Αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους
- Αριθμοδείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων

- Αριθμοδείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους (ΚΕΡΔΗ/ΖΗΜΙΕΣ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΠΡΟΣ ΚΥΚΛΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΜΕΤΑ R&C)

Ο τύπος που αποδίδει το δείκτη είναι:

Αριθμοδείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους= καθαρά κέρδη χρήσης προ φόρων και τόκων/ καθαρές πωλήσεις*100

Ο αριθμοδείκτης αυτός έχει κυρίως συγκριτική και διαχρονική αξία. Προσδιορίζει το κέρδος από τις λειτουργικές δραστηριότητες, δηλαδή το ποσοστό κέρδους που μένει στην επιχείρηση μετά την αφαίρεση από τις καθαρές πωλήσεις του κόστους πωληθέντων και των λοιπών εξόδων.

Υπολογίζεται αν διαιρέσουμε τα καθαρά λειτουργικά κέρδη μιας περιόδου με το σύνολο των καθαρών πωλήσεων της ίδιας περιόδου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμοδείκτης, τόσο πιο επικερδής είναι η επιχείρηση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετοί αναλυτές λαμβάνουν υπόψη τους τα καθαρά λειτουργικά κέρδη προ αποσβέσεων με το αιτιολογικό ότι διευκολύνονται έτσι οι συγκρίσεις μεταξύ επιχειρήσεων με διαφορετικές μεθόδους αποσβέσεων.

- Αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους. (ΜΙΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣ ΠΡΟΣ ΚΥΚΛΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΜΕΤΑ R&C)

Αριθμοδείκτης μικτού κέρδους= μικτά κέρδη χρήσης / καθαρές πωλήσεις*100

Ο δείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους εκφράζει το ποσοστό του μικτού κέρδους που επιτυγχάνει μια επιχείρηση από τις πωλήσεις της, δηλαδή δείχνει το μικτό κέρδος από

τις λειτουργικές της δραστηριότητες.

Ο υπολογισμός του συγκεκριμένου δείκτη είναι δυνατός μονό εάν η επιχείρηση δημοσιεύει το κόστος πωληθέντων. Ο δείκτης αποτελεί ένα μέτρο αξιολογήσεως της αποδοτικότητας της επιχείρησης, δείχνει την λειτουργική της αποτελεσματικότητα καθώς και την πολιτική τιμών αυτής.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης μικτού κέρδους τόσο καλύτερη από απόψεως κερδών είναι η θέση της επιχείρησης διότι μπορεί να αντιμετωπίσει χωρίς δυσκολία τα λειτουργικά και άλλα έξοδα της και να επιτύχει ικανό περιθωρίου καθαρού κέρδους σε σχέση με της πωλήσεις της και τα κεφαλαία που απασχολεί.

- Αριθμοδείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων

Δείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων: Καθαρά κέρδη χρήσης(μετά φορών)
/ Σύνολο ιδίων κεφαλαίων

Εκφράζεται από το πηλίκο της διαίρεσης των καθαρών λειτουργικών κερδών της χρήσης με το σύνολο των ιδίων κεφαλαίων της επιχείρησης.

Ο αριθμοδείκτης αυτός απεικονίζει την κερδοφόρα δυναμικότητα μιας επιχείρησης, δείχνει την ικανότητα της να παράγει κέρδη από την χρήση των ιδίων κεφαλαίων της. Με άλλα λόγια, μετρά την αποτελεσματικότητα με την οποία τα κεφάλαια των φορέων της επιχείρησης αξιοποιούνται σε αυτήν.

Χαμηλή τιμή του εν λόγω δείκτη σημαίνει ότι η επιχείρηση πάσχει σε κάποιο τομέα (π.χ. ανεπαρκής διοίκηση, χαμηλή παραγωγικότητα, δυσμενείς οικονομικές συνθήκες) χωρίς όμως να μπορεί ο αναλυτής να εντοπίσει τα αδύνατα σημεία από τον συγκεκριμένο αριθμοδείκτη και μόνο.

Υψηλή τιμή του δείκτη αποτελεί ένδειξη ότι η επιχείρηση ευημερεί και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ικανή διοίκηση, ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες, ικανοποιητική απόδοση των κεφαλαίων της.

8.6.3 Δείκτες Δραστηριότητας

Η χρησιμοποίηση των αριθμοδεικτών δραστηριότητας (activity ratios) βοηθά να προσδιορίσουμε το βαθμό μετατροπής ορισμένων περιουσιακών στοιχείων, όπως είναι τα αποθέματα και οι απαιτήσεις, σε ρευστά. Με άλλα λόγια αυτή η κατηγορία δεικτών μας δείχνει πόσο αποτελεσματικά διαχειρίζεται μια επιχείρηση τους πόρους της, με σκοπό τη δημιουργία πωλήσεων.

Πιο συγκεκριμένα, η διοίκηση της επιχείρησης προκειμένου να πετύχει την πιο αποτελεσματική διαχείριση του κεφαλαίου κίνησης θα πρέπει να παρακολουθεί συνέχεια και με την απαιτούμενη προσοχή τις διαδικασίες για τη γρήγορη μετατροπή των απαιτήσεων και αποθεμάτων σε μετρητά.

Μπορούμε να πούμε ότι κάθε μέγεθος του κυκλοφοριακού ενεργητικού αξιοποιείται όταν μετατρέπεται από συγκεκριμένο αγαθό σε ρευστό χρήμα και στη συνέχεια μετατρέπεται πάλι σε αγαθό κ.ο.κ. Έτσι δημιουργείται ένα κύκλωμα αξιών στην επιχείρηση, το οποίο όσο πιο συχνά επαναλαμβάνεται μέσα στη χρήση τόσο μεγαλύτερη είναι η κυκλοφορία του συγκεκριμένου στοιχείου και συνεπώς ο βαθμός αξιοποίησής του αυξάνεται.

Η έννοια της κυκλοφοριακής ταχύτητας αναφέρεται στο χρόνο μετατροπής ενός στοιχείου του κυκλοφορούντος ενεργητικού σε κάποιο άλλο στοιχείο που είναι είτε πιο εύκολα ρευστοποιήσιμο είτε ρευστό. Το γεγονός ότι κάποιοι από τους δείκτες αυτής της ομάδας δίνουν αποτέλεσμα σε ημέρες, επιτρέπει στην επιχείρηση να διαθέτει ένα πολύ απλό, κατανοητό και δυναμικό εργαλείο στα χέρια της που κρίνει τις επιλογές της κατά την παραγγελία ή παραγωγή των προϊόντων μέχρι και το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μέχρι την τελική πώληση στους πελάτες.

Να σημειωθεί ότι οι αριθμοδείκτες δραστηριότητας είναι σημαντικό να εξετάζονται παράλληλα με τους αριθμοδείκτες ρευστότητας. Οι πιο γνωστοί δείκτες δραστηριότητας είναι οι εξής:

- Δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας ενεργητικού
- Δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων
- Δείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων

- Δείκτης ταχύτητας είσπραξης υποχρεώσεων
- Δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Ενεργητικού (Asset Turnover Ratio)

Σύνολο Πωλήσεων/Σύνολο Ενεργητικού

Η κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού ή χρησιμοποίηση ενεργητικού ή εκμετάλλευση ενεργητικού εκφράζει το βαθμό χρησιμοποίησης του Ενεργητικού σε σχέση με τις πωλήσεις μιας επιχείρησης. Παρέχει δηλαδή ένδειξη για το πόσο η επιχείρηση χρησιμοποιεί εντατικά τα περιουσιακά της στοιχεία προκειμένου να πραγματοποιεί τις πωλήσεις της.

Πιο συγκεκριμένα, δείχνει τα έσοδα τα οποία δημιουργεί κάθε ευρώ που έχει επενδυθεί στο ενεργητικό της επιχείρησης. Για παράδειγμα, αν η κυκλοφοριακή ταχύτητα ενεργητικού μιας επιχείρησης είναι ίση με 1, αυτό σημαίνει ότι πραγματοποιήθηκαν πωλήσεις ενός ευρώ για κάθε ένα ευρώ που επενδύθηκε στο ενεργητικό της επιχείρησης.

Ένας υψηλός δείκτης παρέχει μια σημαντική ένδειξη ότι η επιχείρηση χρησιμοποιεί εντατικά τα περιουσιακά της στοιχεία προκειμένου να πραγματοποιήσει τις πωλήσεις της. Στην περίπτωση ενός χαμηλού δείκτη η επιχείρηση θα πρέπει να αυξήσει το βαθμό αξιοποίησης των περιουσιακών της στοιχείων ή θα πρέπει να ρευστοποιήσει κάποια από τα περιουσιακά της στοιχεία αφού είναι πιθανό να μη χρησιμοποιούνται παραγωγικά.

Με άλλα λόγια, ο αριθμοδείκτης αυτός δείχνει, αν υπάρχει ή όχι υπερεπένδυση κεφαλαίων στην επιχείρηση, σε σχέση με το ύψος των πωλήσεων που χρησιμοποιεί.

- Δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων (Inventory Turnover Ratio)

Κόστος πωληθέντων (πωλήσεις-μικτό κέρδος)/ αποθέματα

Ο δείκτης αυτός εκφράζει τη συχνότητα με την οποία ανανεώνονται τα αποθέματα μέσα στη χρήση σε σχέση με τις πωλήσεις της επιχείρησης. Με άλλα λόγια ο αριθμοδείκτης δείχνει τον αριθμό των περιπτώσεων που τα αποθέματα πωλούνται και αντικαθίστανται κατά τη διάρκεια της λογιστικής χρήσης. Αν διαιρέσουμε τον αριθμό των ημερών του έτους με το δείκτη έχουμε σε ημέρες το χρόνο που παρέμειναν τα αποθέματα στην επιχείρηση έως ότου πωλήθηκαν.

Γενικά, όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης τόσο πιο αποτελεσματικά λειτουργεί η επιχείρηση αφού έχουμε μείωση εξόδων αποθήκευσης και μείωση κινδύνου μη πώλησης λόγω αλλοιώσεων, καταστροφών και αλλαγής προτιμήσεων των καταναλωτών.

Όσον αφορά τον τύπο του αριθμοδείκτη, η χρησιμοποίηση του κόστους πωληθέντων αντί του ύψους των καθαρών πωλήσεων οφείλεται στο ότι τόσο το κόστος πωληθέντων αγαθών όσο και το ύψος των αποθεμάτων εκφράζονται βασικά σε κόστος, ενώ οι πωλήσεις εκφράζονται σε τρέχουσες αξίες. Επιπλέον, οι πωλήσεις συνήθως περιλαμβάνουν και το κέρδος από την επιτυχή διάθεση των αγαθών. Συνεπώς, δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι καθαρές πωλήσεις, εάν ο αναλυτής καταστάσεων έχει στη διάθεσή του την πληροφόρηση σχετικά με το κόστος πωληθέντων αγαθών.

- Δείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων (Receivables Turnover Ratio)

Συνολικές πωλήσεις / απαιτήσεις (γραμμάτια εισπρακτέα)

Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει την ταχύτητα με την οποία ανακυκλώνονται οι εισπρακτέοι λογαριασμοί μιας επιχείρησης μέσα σε ένα έτος. Δείχνει δηλαδή πόσες φορές κατά μέσο όρο, εισπράττονται κατά τη διάρκεια της χρήσης οι απαιτήσεις της επιχείρησης. Αν διαιρέσουμε τον αριθμό των ημερών του έτους με το δείκτη έχουμε σε ημέρες το χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ δύο εισπράξεων.

Όσο μεγαλύτερος ο δείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων τόσο μικρότερο το χρονικό διάστημα το οποίο μεσολαβεί για την ολοκλήρωση του κυκλώματος και συνεπώς γρηγορότερη είσπραξη των απαιτήσεων από μέρους της επιχείρησης. Συνεπώς μεγαλύτερες τιμές αυτού του αριθμοδείκτη είναι προτιμότερες από τις μικρότερες. Αναφερόμαστε βέβαια πάντα σε τιμές μεγαλύτερες της μονάδας αφού τιμές μικρότερες της μονάδας σημαίνει ανυπαρξία κυκλοφοριακής ταχύτητας.

Αξίζει να σημειωθεί η σχέση μεταξύ του αριθμοδείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων και των αριθμοδεικτών ρευστότητας. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του πρώτου τόσο μεγαλύτερη είναι η εμπιστοσύνη στα συμπεράσματα που αντλούνται από τη χρησιμοποίηση των αριθμοδεικτών ρευστότητας και αυτό γιατί ο αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας εισπρακτέων αποτελεί ένδειξη για την ποιότητα και τη ρευστότητα των απαιτήσεων.

- Δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Υποχρεώσεων (Trade Creditors to Purchases Ratio)

Κόστος Πωληθέντων / Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Ο δείκτης αυτός μας δείχνει πόσες φορές κατά μέσο όρο, πληρώνονται κατά τη διάρκεια της χρήσης οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της επιχείρησης. Αν διαιρέσουμε τον αριθμό των ημερών του έτους με το δείκτη έχουμε σε ημέρες το χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ δύο πληρωμών.

Όσο μεγαλύτερος ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας υποχρεώσεων τόσο μικρότερο το χρονικό διάστημα το οποίο μεσολαβεί για την εξόφληση των απαιτήσεων από μέρους της επιχείρησης. Συνεπώς μικρότερες τιμές αυτού του αριθμοδείκτη είναι προτιμότερες από τις μεγαλύτερες.

Αν συγκρίνουμε την ταχύτητα είσπραξης απαιτήσεων με την ταχύτητα πληρωμής υποχρεώσεων και η πρώτη είναι μεγαλύτερη από τη δεύτερη, τότε σημαίνει ότι οι υποχρεώσεις της επιχείρησης εξοφλούνται σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι εισπράττονται οι απαιτήσεις. Μας συμφέρει να εισπράττουμε πιο σύντομα από ότι πληρώνουμε και για να το πετύχουμε αυτό πρέπει οι εισπρακτέες επιταγές να λήγουν όσο το δυνατόν συντομότερα και να παρατείνουμε τις πληρωμές όσο το δυνατόν περισσότερο.

8.6.4 Αριθμοδείκτες Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης-Διάρθρωσης και Βιωσιμότητας

Η διαδικασία προσδιορισμού της οικονομικής κατάστασης μιας επιχείρησης από μακροχρόνια σκοπιά, περιλαμβάνει την ανάλυση της διάρθρωσεως των κεφαλαίων της. Λέγοντας διάρθρωση των κεφαλαίων μιας επιχείρησης εννοούμε τα διάφορα είδη και

τις μορφές των κεφαλαίων που χρησιμοποιεί για τη χρηματοδότησή της. Έτσι έχουμε τα ίδια κεφάλαια ως και τις βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις της. Από τις διάφορες αυτές μορφές υποχρεώσεων, άλλες εξασφαλίζονται με την παροχή υποθήκης ή προσημειώσεως ή ενεχύρου, ενώ για άλλες δεν παρέχεται καμία εμπράγματη ασφάλεια στους πιστωτές της .

Είναι λοιπόν φανερό ότι οι διάφορες μορφές δανειακών κεφαλαίων μιας επιχείρησης περικλείουν και διαφορετικά ποσοστά κινδύνου για τους πιστωτές της.

Η σπουδαιότητα της διάρθρωσης των κεφαλαίων απορρέει από την ουσιαστική διαφορά που υπάρχει μεταξύ των ιδίων και των δανειακών κεφαλαίων.

Τα ίδια κεφάλαια είναι εκείνα που επωμίζονται τον επιχειρηματικό κίνδυνο που αναπόφευκτα υπάρχει σε κάθε επιχείρηση. Το χαρακτηριστικό των ιδίων κεφαλαίων είναι ότι δεν έχουν ορισμένο χρόνο επιστροφής ούτε εξασφαλισμένη απόδοση, δεδομένου ότι η διανομή μερίσματος στους μετόχους εξαρτάται από την απόφαση της διοίκησης και της γενικής συνέλευσης των μετόχων.

Τα ίδια κεφάλαια, επειδή θεωρούνται μόνιμα, επενδύονται κατά κανόνα σε μακροχρόνιες επενδύσεις και εκτίθενται σε περισσότερο σε κινδύνους από ότι τα δανειακά.

Αντίθετα, τα δανειακά κεφάλαια πρέπει να εξοφληθούν προσαυξημένα από τους τόκους τους σε τακτά χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την οικονομική θέση της επιχείρησης. Σε περίπτωση που μια επιχείρηση δεν είναι σε θέση να εξοφλήσει τις υποχρεώσεις της, που απορρέουν από τη χρησιμοποίηση των ξένων κεφαλαίων, θα έχει σαν συνέπεια να υποστούν ζημιά τα ίδια κεφάλαια αυτής. Όσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία των ξένων κεφαλαίων, στο σύνολο των κεφαλαίων μιας επιχείρησης, τόσο περισσότερο χρεωμένη εμφανίζεται αυτή και τόσο μεγαλύτερες είναι οι σταθερές επιβαρύνσεις και υποχρεώσεις της για την εξόφληση τους.

Όταν τα κέρδη μιας επιχείρησης παρουσιάζουν διακυμάνσεις, η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού δανειακών κεφαλαίων τείνει να αυξήσει το δανεισμό, ο οποίος ενδέχεται να επιδράσει σοβαρά στα κέρδη και να τα καταστήσει περισσότερο ασταθή. Εξάλλου, μεγάλο ποσοστό υποχρεώσεων στη διάρθρωση των κεφαλαίων μιας επιχείρησης αυξάνει τον κίνδυνο, τόσο για τους επενδυτές μετόχους όσο και για τους πιστωτές της. Αυτό συμβαίνει διότι αν οι πιστωτές δεν ικανοποιηθούν κανονικά, θα επιδιώξουν την εξόφλησή τους, με οποιονδήποτε τρόπο, σε εξαιρετικές μάλιστα περιπτώσεις είναι ενδεχόμενο να οδηγήσουν την επιχείρηση ακόμη και σε πτώχευση.

Η πολιτική που ακολουθεί κάθε επιχείρηση ως προς τη διάρθρωση των κεφαλαίων της έχει σαν σκοπό την ισορροπία μεταξύ του αναλαμβανόμενου κινδύνου από την άσκηση της επιχειρηματικής δραστηριότητας και της προσδοκώμενης από αυτή αποδόσεως. Η χρήση μεγαλύτερου ποσοστού δανειακών κεφαλαίων αυξάνει τον κίνδυνο ως προς τη μελλοντική πορεία των κερδών της επιχείρησης, αλλά υποδηλώνει και αυξημένη προσδοκώμενη απόδοση. Γενικά ο αυξημένος κίνδυνος οδηγεί σε μείωση της τιμής των μετοχών μιας επιχείρησης στην αγορά. Αντίθετα, η προσδοκία για μεγαλύτερη απόδοση προκαλεί αύξηση της τιμής τους.

Η άριστη διάρθρωση κεφαλαίων για μια επιχείρηση είναι εκείνη που κατορθώνει να επιφέρει ισορροπία μεταξύ του αναλαμβανόμενου κινδύνου και της απόδοσης της επιχείρησης και η οποία μεγιστοποιεί την τιμή των μετοχών αυτής στην αγορά, ενώ ταυτόχρονα, ελαχιστοποιεί το κόστος των κεφαλαίων της. Εφόσον η μεγιστοποίηση της τιμής των μετοχών μιας επιχείρησης και η ελαχιστοποίηση του κόστους των κεφαλαίων αυτής ταυτίζονται χρονικά, το πρόβλημα εύρεσης της άριστης διάρθρωσης κεφαλαίων είναι πρόβλημα μεγιστοποίησης της αξίας της ή ελαχιστοποίησης του κόστους των κεφαλαίων της.

Γενικά οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις μια επιχείρησης για τη διατήρηση μιας δεδομένης διάρθρωσης κεφαλαίων είναι οι εξής:

- Ο επιχειρηματικός κίνδυνος, ο οποίος υπάρχει σε όλες τις οικονομικές δραστηριότητες και συνδέεται άμεσα με το είδος κάθε επιχείρησης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο επιχειρηματικός κίνδυνος τόσο χαμηλότερος πρέπει να είναι ο αριθμοδείκτης δανειακής επιβάρυνσης.
- Η θέση της επιχείρησης από άποψη φορολογίας. Ως γνωστόν, ένας σημαντικός παράγοντας για τη χρησιμοποίηση από μέρους των επιχειρήσεων ξένων κεφαλαίων είναι το γεγονός ότι οι τόκοι αφαιρούνται από τα κέρδη αυτών, με αποτέλεσμα μείωση του φορολογητέου ποσού και του κόστους δανεισμού ανάλογα με το συντελεστή φορολογίας κάθε επιχείρησης. Το πλεονέκτημα όμως αυτό είναι άνευ σημασίας, αν το μεγαλύτερο μέρος των κερδών της έχει λόγους να υπόκειται σε φορολογικές απαλλαγές. Αυτό συμβαίνει όταν η επιχείρηση έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιεί αυξημένες αποσβέσεις ή να έχει μειωμένη φορολογική επιβάρυνση, λόγω πραγματοποίησης νέων επενδύσεων, ή τέλος να απαλλάσσεται εντελώς από φόρους, λόγω μεταφοράς ζημιών προηγούμενων χρήσεων. Στις περιπτώσεις αυτές, ο συντελεστής φορολογίας των κερδών της επιχείρησης είναι πολύ χαμηλός ή και μηδενικός ενίοτε, οπότε το κίνητρο

φορολογικών ελαφρύνσεων από τη χρησιμοποίηση ξένων κεφαλαίων ατονεί. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην είναι τόσο επωφελής, από άποψη φορολογίας, η χρησιμοποίηση ξένων κεφαλαίων όσο θα ήταν στην περίπτωση που η επιχείρηση δε είχε τις παραπάνω δυνατότητες και τα κέρδη της θα υπόκειντο σε υψηλό συντελεστή φορολογίας εισοδήματος.

- Η ικανότητα της επιχείρησης να αντλεί κεφάλαια με επωφελείς για αυτή όρους, ακόμη και κάτω από δύσκολες συνθήκες. Επιχειρήσεις με αμετάβλητο κύκλο εργασιών έχουν ανάγκη συνεχούς ροής κεφαλαίων για την επίτευξη μακροχρόνιας ανόδου. Κάτω από συνθήκες στενότητας ρευστών αυξάνονται οι δυσκολίες δανεισμού από τις τράπεζες, διότι οι τελευταίες επιλέγουν με αυστηρά κριτήρια τις επιχειρήσεις που δανείζουν και προτιμούν αυτές που παρουσιάζουν υγιείς και δυναμικούς ισολογισμούς. Ως εκ τούτου οι ανάγκες μιας επιχείρησης για κεφάλαια μελλοντικά και οι συνέπειες από τυχόν έλλειψή τους έχουν σημαντική επίδραση στη διάρθρωση των κεφαλαίων της³⁰.

Για την ανάλυση και μελέτη της μακροχρόνιας οικονομικής κατάστασης των υπό μελέτη ομίλων θα χρησιμοποιηθούν οι εξής αριθμοδείκτες:

- Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Συνολικά Κεφάλαια (Ratio of Owner's Equity to Total Assets)

Ίδια Κεφάλαια / Συνολικά Κεφάλαια (ίδια κεφάλαια + σύνολο υποχρεώσεων)

Ο αριθμοδείκτης αυτός μας δείχνει το ποσοστό του συνόλου του ενεργητικού που έχει χρηματοδοτηθεί από τους μετόχους της επιχείρησης. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο αριθμοδείκτης ιδίων προς συνολικά απασχολούμενα κεφάλαια είναι τόσο σπουδαίος όσο και ο αριθμοδείκτης ρευστότητας, για το λόγο ότι εμφανίζει την οικονομική κατάσταση μιας επιχείρησης και αντανακλά τη μακροχρόνια ρευστότητά της με το να παρέχει ένδειξη για την ύπαρξη ή όχι πίεσης για την εξόφληση των υποχρεώσεών της.

Γενικά, όσο μεγαλύτερο είναι το ύψος των ιδίων κεφαλαίων μιας επιχείρησης σε σχέση με τις υποχρεώσεις της τόσο μεγαλύτερη προστασία παρέχεται στους δανειστές

³⁰ Νιάρχος (1997)

της και τόσο μικρότερη πίεση ασκείται σ' αυτήν για την εξόφληση των υποχρεώσεών της και την πληρωμή τόκων.

Ένας υψηλός αριθμοδείκτης ιδίων προς συνολικά κεφάλαια δείχνει ότι υπάρχει μικρή πιθανότητα οικονομικής δυσκολίας για την εξόφληση των υποχρεώσεων μιας επιχείρησης. Αντίθετα, ένας πολύ χαμηλός αριθμοδείκτης αποτελεί ένδειξη μιας πιο επικίνδυνης κατάστασης, λόγω της πιθανότητας να προκύψουν μεγάλες ζημιές στην επιχείρηση, των οποίων το βάρος θα καλύψουν τα ίδια κεφάλαια. Επομένως, όσο μεγαλύτερος ο δείκτης τόσο μεγαλύτερη εξασφάλιση θα έχουν οι πιστωτές και τόσο μικρότερη η πίεση που θα ασκείται στην επιχείρηση για την εξόφληση των υποχρεώσεών της.

- Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Ξένα Κεφάλαια (Ratio of Owner's Equity to Total Liabilities)

Ίδια Κεφάλαια / Ξένα Κεφάλαια (Τραπεζικές Υποχρεώσεις)

Ο αριθμοδείκτης ιδίων προς ξένα κεφάλαια δείχνει την ασφάλεια που παρέχει στους δανειστές της μια επιχείρηση και χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι υπερδανεισμός σε μια επιχείρηση.

Εμφανίζει τη σχέση μεταξύ των ιδίων κεφαλαίων (καθαρής θέσης) προς το σύνολο των ξένων κεφαλαίων και φανερώνει ακριβώς αυτή τη σχέση καθώς και το βαθμό εξάρτησης και ίσως και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της μονάδας. Αν ο δείκτης είναι μεγαλύτερος της μονάδας, μας δείχνει ότι οι φορείς της επιχείρησης συμμετέχουν σ' αυτή με περισσότερα κεφάλαια από ότι οι πιστωτές της. Εξάλλου όσο μεγαλύτερη είναι αυτή η σχέση τόσο μεγαλύτερη ασφάλεια παρέχεται στους πιστωτές της επιχείρησης. Αντίθετα, ένας χαμηλός αριθμοδείκτης εκφράζει περιορισμένη εξασφάλιση των πιστωτών της επιχείρησης.

8.6.5 Αριθμοδείκτες Δανειακής Επιβάρυνσης

Για να αναλύσουμε την βιωσιμότητα μιας επιχείρησης στη βραχυχρόνια περίοδο χρησιμοποιούμε τους αριθμοδείκτες ρευστότητας, στη μακροχρόνια περίοδο, όμως, η φερεγγυότητα και η βιωσιμότητα της εξετάζονται με τους αριθμοδείκτες διάρθρωσης κεφαλαίων. Τα συνολικά κεφάλαια μια επιχείρησης είναι το σύνολον ιδίων (μετοχικό και αποθεματικά) και ξένων (μακροχρόνιες & βραχυχρόνιες υποχρεώσεις) κεφαλαίων. Εξετάζοντας τα στοιχεία του παθητικού της επιχείρησης όπως αυτά αποτυπώνονται στον ισολογισμό ο αναλυτής των λογιστικών καταστάσεων μπορεί να βγάλει χρήσιμα στοιχεία για τις προτιμήσεις της διοίκησης για ανάληψη βραχυπροθέσμων ή μακροπροθέσμων υποχρεώσεων από το ποσοστό των ιδίων και ξένων κεφαλαίων. Πρέπει να τονίσουμε ότι ο δανεισμός σε μια επιχείρηση μπορεί να είναι είτε εσωτερικός (π.χ. αποθεματικά, αυξήσεις μετοχικού κεφαλαίου, έκδοση νέων μετοχών) είτε εξωτερικός (π.χ. βραχυχρόνιος και μακροχρόνιος τραπεζικός δανεισμός). Με τους αριθμοδείκτες διάρθρωσης κεφαλαίων εξετάζεται η μακροχρόνια πορεία και προοπτική της εταιρείας. Η κεφαλαιακή δομή της επιχείρησης έχει μεγαλύτερη επίπτωση στην μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα αυτής. Έτσι, υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τα ίδια από τα ξένα κεφάλαια.

Το βασικό χαρακτηριστικό των ιδίων κεφαλαίων είναι ότι δεν έχουν ορισμένο χρόνο επιστροφής ούτε εξασφαλισμένη απόδοση, γιατί η διανομή μερίσματος στους μετόχους της εταιρείας εξαρτάται, όχι μονό από το αποτέλεσμα που πέτυχε η επιχείρηση στη διάρκεια της διαχειριστικής περιόδου, άλλα και από την απόφαση της διοίκησης και της γενικής συνέλευσης των μέτοχων.

Επιπλέον τα ίδια κεφάλαια εκτίθενται περισσότερο σε επιχειρηματικό κίνδυνο λόγω της αβεβαιότητας στην λήψη αποφάσεων και της επιχειρηματικότητας. Ο χρηματοοικονομικός κίνδυνος, από την άλλη πλευρά, προέρχεται από την χρησιμοποίηση ξένων /δανειακών κεφαλαίων π.χ. η αύξηση του τραπεζικού δανεισμού μπορεί να αυξάνει και τον κίνδυνο στο μέλλον η επιχείρηση να μην μπορεί να αποπληρώσει τις υποχρεώσεις της.

Ακόμη τα ίδια κεφάλαια τα εισφέρουν οι μέτοχοι με σκοπό τη δημιουργία και επιπλέον ανάπτυξη της επιχείρησης και χρηματοδοτούν κατά κανόνα μακροχρόνιες επενδύσεις π.χ. (πάγιο ενεργητικό). Αντίθετα, τα δανειακά κεφάλαια πρέπει να εξοφληθούν μαζί με τους τόκους σε τακτά χρονικά διαστήματα ανεξάρτητα από την οικονομική θέση της επιχείρησης, με αυτό τον τρόπο αποτελούν κεφάλαια υψηλού κινδύνου αφού αδυναμία καταβολής συνεπάγεται δυσμενείς επιπτώσεις για την

επιχείρηση και τους μετόχους και τελική μείωση των ιδίων κεφαλαίων. Όσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία των ξένων κεφαλαίων στο σύνολο των κεφαλαίων της επιχείρησης τόσο περισσότερο χρεωμένη εμφανίζεται και τόσο μεγαλύτερες οι υποχρεώσεις για την εξόφληση αυτών. Όμως παρά τους κινδύνους που περικλείει η ξένη χρηματοδότηση, οι επιχειρήσεις επιδιώκουν τη χρησιμοποίηση ξένου κεφαλαίου γιατί με την ορθολογική διαχείρισή του μπορούν να αυξήσουν τις δυνατότητες ανάπτυξης τους και την απόδοση των ιδίων κεφαλαίων τους (χρηματοοικονομική μόχλευση). Επιπρόσθετα, οι τόκοι που προκύπτουν από τα ξένα κεφαλαία εκπίπτουν από τα ακαθάριστα έσοδα της επιχείρησης μειώνοντας έτσι την φορολογική της επιβάρυνση.

Γεννιέται επομένως το εξής ερώτημα: «Ποιά είναι η άριστη σχέση μεταξύ ιδίων και ξένων κεφαλαίων;». Η απάντηση είναι ότι, ο άριστος συνδυασμός εξαρτάται από τον κλάδο της οικονομίας (παράγωγή, εμπόριο ή υπηρεσίες) που δραστηριοποιείται η επιχείρηση, από το γενικότερο οικονομικό περιβάλλον και από τον τρόπο λειτουργίας των επιχειρήσεων. Στην αγορά υπηρεσιών υγείας, για παράδειγμα, λόγω αδυναμίας είσπραξης των απαιτήσεών τους από τα ασφαλιστικά ταμεία, αρκετές εταιρείες του κλάδου καταφεύγουν στην εκχώρηση των απαιτήσεων αυτών στην τράπεζα και κατά συνεπεία στο βραχυχρόνιο δανεισμό, για να καλύψουν τις τρέχουσες υποχρεώσεις τους.

Ο αριθμοδείκτης που θα χρησιμοποιήσουμε για τη χρηματοοικονομική ανάλυση των ομίλων είναι τα ξένα προς ίδια κεφάλαια.

- Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια

$$\frac{\text{Σύνολο Υποχρεώσεων (Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις + Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις)} }{\text{Σύνολο Ιδίων Κεφαλαίων}}$$

Ο Δείκτης ξένων προς ίδια κεφάλαια (Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης) αποτυπώνει τη διάρθρωση των κεφαλαίων της επιχείρησης και τη δανειακή της επιβάρυνση δείχνοντας το ποσό των περιουσιακών στοιχείων που χρηματοδοτείται από τους πιστωτές/δανειστές σε σχέση με τα ίδια κεφαλαία που παρέχουν οι μέτοχοι.

Ο Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης αποτελεί ένδειξη του βαθμού πιστοληπτικής ικανότητας της επιχείρησης. Ο δείκτης χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι υπερδανεισμός σε μια επιχείρηση και εκφράζει τη σχέση μεταξύ του συνόλου των (Ξένων) δανειακών κεφαλαίων (μακροπρόθεσμες + βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις) προς το σύνολο των ιδίων κεφαλαίων (μετοχικό κεφάλαιο + αποθεματικά).

Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης τόσο η εταιρεία στηρίζεται για την χρηματοδότηση των περιουσιακών της στοιχείων περισσότερο στα ξένα από ότι στα δικά της κεφάλαια. Ο δείκτης δείχνει την ασφάλεια που παρέχει η μονάδα στους δανειστές της. Αν είναι μικρότερος της μονάδας σημαίνει ότι οι φορείς της επιχείρησης συμμετέχουν σε αυτή με περισσότερα κεφάλαια από τους πιστωτές. Εξάλλου, όσο χαμηλότερη είναι αυτή η σχέση τόσο μεγαλύτερη ασφάλεια παρέχεται στους πιστωτές.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ξένα κεφάλαια σε μια επιχείρηση αυξάνουν τόσο το κέρδος όσο και τον κίνδυνο, καθήκον της χρηματοοικονομικής διαχείρισης είναι να διατηρεί μια ισορροπία ανάμεσα σε αυτά τα δύο στοιχεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ

Στο παρόν κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί η χρηματοοικονομική ανάλυση για τους τέσσερις εισηγμένους ομίλους του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας κατά τη χρονική περίοδο 2008-2014, προκειμένου να αποτυπωθεί η χρηματοοικονομική κατάσταση και να προσδιοριστούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των εν λόγω ομίλων. Η επιλογή των συγκεκριμένων ετών έγινε με σκοπό να αποτυπωθεί η κατάσταση του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας πριν την Ελληνική οικονομική κρίση αλλά και κατά τη διάρκειά της.

Η χρηματοοικονομική ανάλυση θα γίνει με τη χρήση της μεθόδου των χρηματοοικονομικών δεικτών και οι τέσσερις υπό εξέταση όμιλοι είναι οι εξής:

- Ιασώ
- Υγεία
- Ιατρικό
- Euromedica

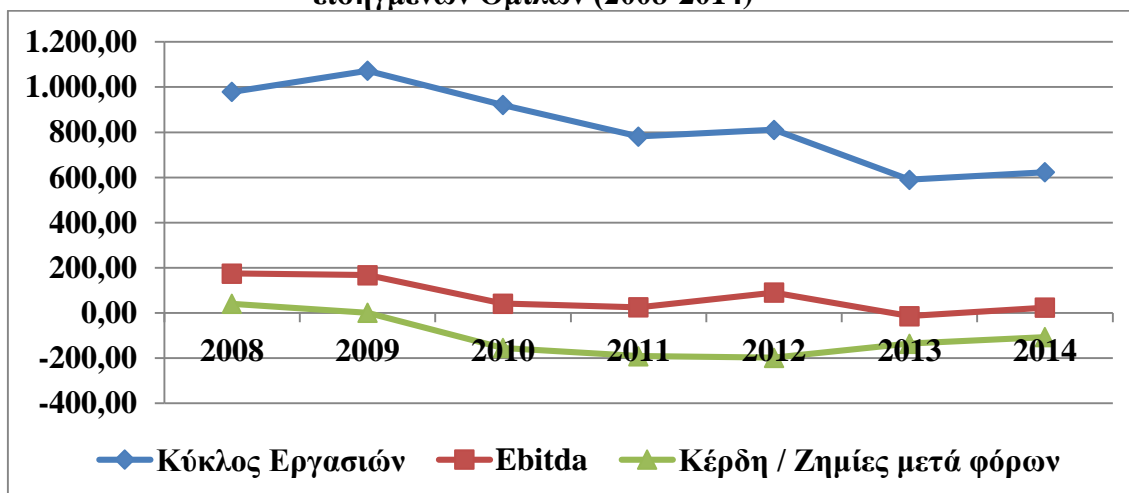
Τα δεδομένα για την πραγματοποίηση της ανάλυσης αντλήθηκαν από τους δημοσιευμένους ετήσιους ισολογισμούς αλλά και από τα αποτελέσματα χρήσης, όπως αυτά εμφανίζονται στο παράρτημα της εργασίας.

Στο σημείο αυτό και πριν ξεκινήσουμε τη χρηματοοικονομική ανάλυση με τη χρήση αριθμοδεικτών κρίνεται χρήσιμο να αναφερθούμε και να παρουσιάσουμε τα βασικά οικονομικά μεγέθη, όπως αυτά προκύπτουν από τους ισολογισμούς και τα αποτελέσματα χρήσης, συγκεντρωτικά για τους τέσσερις ομίλους, παρέχοντας έτσι μια πρώτη εικόνα για την πορεία του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας την τελευταία επταετία

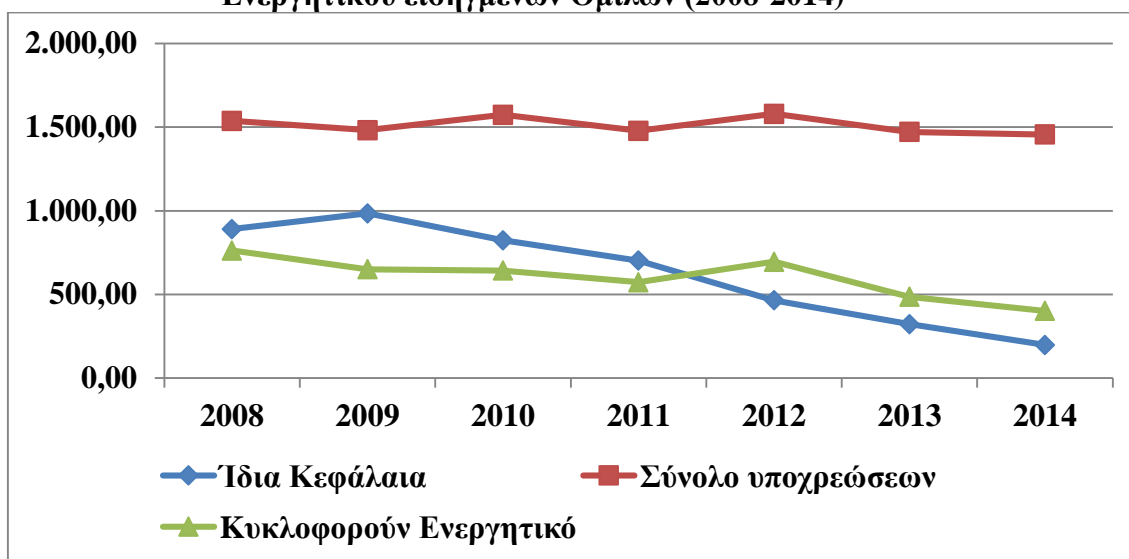
Πίνακας 9.1
Βασικά οικονομικά μεγέθη εισηγμένων ομίλων

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Κύκλος Εργασιών	979,29	1.072,78	920,82	781,58	811,12	590,10	623,31
Ebitda	174,43	167,14	41,13	24,85	90,05	-14,28	23,29
Κέρδη/Ζημίες μετά φόρων	40,35	0,80	-155,13	-191,68	-198,62	-136,49	-107,45
Ίδια Κεφάλαια	891,11	984,11	823,92	702,03	465,62	322,52	198,01
Σύνολο Υποχρεώσεων	1.537,24	1.481,91	1.573,28	1.477,89	1.579,38	1471,71	1455,75
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	762,80	650,96	642,87	573,17	695,28	486,33	402,02

Διάγραμμα 9.1
Εξέλιξη Κύκλου Εργασιών, Ebitda και Κερδών/Ζημιών μετά Φόρων εισηγμένων Ομίλων (2008-2014)



Διάγραμμα 9.2
Εξέλιξη Ιδίων Κεφαλαίων, Συνόλου Υποχρεώσεων και Κυκλοφορούντος
Ενεργητικού εισηγμένων Ομίλων (2008-2014)



Τόσο από τον παραπάνω πίνακα όσο και από τη διαγραμματική απεικόνιση των μεγεθών παρατηρούμε ότι σε γενικές γραμμές υπάρχει μια φθίνουσα πορεία στα οικονομικά μεγέθη των ομίλων. Μια πορεία που δικαιολογείται αν αναλογιστούμε την υπάρχουσα κατάσταση στην Ελληνική Οικονομία. Ειδικότερα ο ιδιωτικός κλάδος υπηρεσιών υγείας υπέστη μεγάλο πλήγμα αφού οι περικοπές rebate και clawback προκάλεσαν μεγάλες μειώσεις στον κύκλο εργασιών και κατά συνέπεια και στα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη.

Συγκεκριμένα, στον κύκλο εργασιών έχουμε μείωση της τάξεως του 36% (από 979,29 εκατ. € το 2008 σε 623,31 εκατ. € το 2014). Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι από το 2013 στο 2014 υπάρχει αύξηση του κύκλου εργασιών της τάξεως του 6%.

Μεγάλη ήταν και η μείωση στα κέρδη προ φόρων, χρηματοδοτικών και επενδυτικών προγραμμάτων, γνωστά και ως Ebitda, που από 174,43 εκατ. € το 2008 μειώθηκαν σε 23,29 εκατ. € το 2014. Όπως και στον κύκλο εργασιών έτσι και εδώ αξίζει να επισημάνουμε την αύξηση του μεγέθους από το 2013 στο 2014, παρά τη μεγάλη επίδραση των περικοπών rebate και clawback.

Επιπλέον, ιδιαίτερα μεγάλη μείωση, της τάξεως του 78%, παρουσίασαν και τα ίδια κεφάλαια των ομίλων δείχνοντας έτσι την επισφάλεια στις πληρωμές που έχει να αντιμετωπίσει ο ιδιωτικός τομέας υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά τα κέρδη/ζημίες μετά φόρων και εδώ υπάρχει αρκετά μεγάλη μεταβολή αφού περά από τα δυο πρώτα έτη της μελέτης, όλα τα υπόλοιπα οι όμιλοι παρουσιάζουν αρνητικά ποσά.

Το σύνολο υποχρεώσεων ίσως είναι το μέγεθος που τουλάχιστον στην επταετία που πραγματοποιείται η μελέτη επιδέχεται τις μικρότερες διακυμάνσεις στις τιμές του και παρά την αστάθεια που επικρατεί μειώθηκε κατά 5% από το 2008 στο 2014 γεγονός θετικό για την πορεία των ομίλων.

Τέλος, όσον αφορά το κυκλοφορούν ενεργητικό των τεσσάρων εισηγμένων και αυτό ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία από το 2008 μέχρι το 2011, για να φθάσει στο 2012 όπου εκεί θα υπάρξει μία μικρή ανάκαμψη που όμως δε θα διαρκέσει πολύ αφού το 2013 και 2014, που ήταν τα δύο χρόνια εφαρμογής του rebate και clawback, θα συνεχίσει την φθίνουσα πορεία του.

9.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας

Όσον αφορά τη χρηματοοικονομική ανάλυση του ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας θα χρησιμοποιήσουμε τους αριθμοδείκτες

- Γενικής Ρευστότητας
- Ειδικής Ρευστότητας

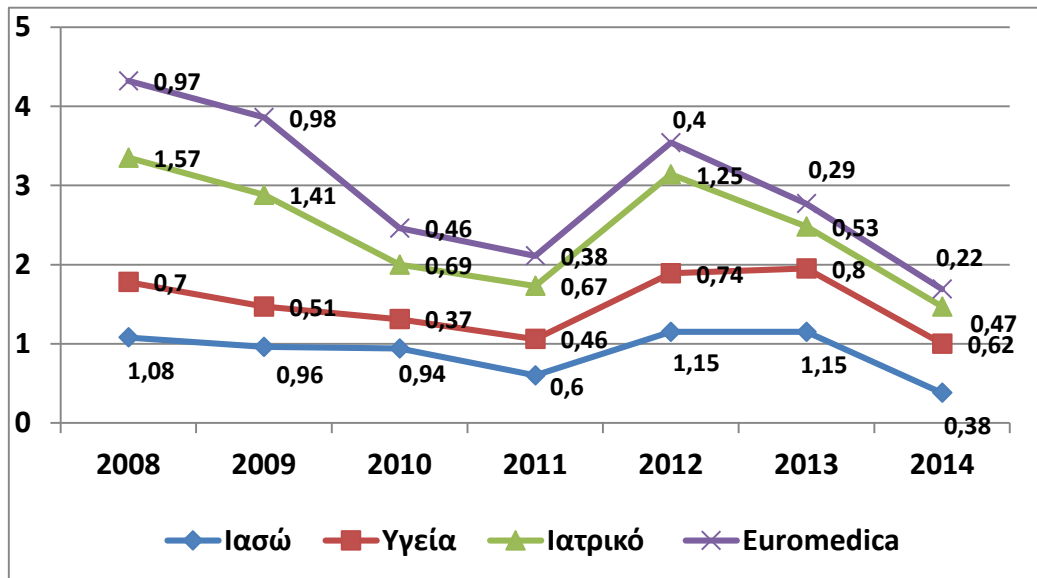
9.1.1 Γενική Ρευστότητα

Ακολουθεί πίνακας με τις τιμές του δείκτη γενικής ρευστότητας για τα έτη 2008-2014, η διαγραμματική παρουσίασή τους καθώς και σύγκριση του κάθε ομίλου ξεχωριστά σε σχέση με τον κλάδο.

Πίνακας 9.2
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας (1:1)

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	1,08	0,96	0,94	0,60	1,15	1,15	0,38
Υγεία	0,70	0,51	0,37	0,46	0,74	0,80	0,62
Ιατρικό	1,57	1,41	0,69	0,67	1,25	0,53	0,47
Euromedica	0,97	0,98	0,46	0,38	0,40	0,29	0,22

Διάγραμμα 9.3
Εξέλιξη γενικής ρευστότητας Ομίλων (2008-2014)



Παρατηρώντας τις τιμές του δείκτη γενικής ρευστότητας καθώς και των διαγραμμάτων του μέσου όρου του δείκτη γενικής ρευστότητας των εισηγμένων ομίλων του κλάδου σε σχέση με τον κλάδο παρατηρούμε ότι και οι τέσσερις υπό μελέτη όμιλοι έχουν δείκτη, στην πλειοψηφία των επτά ετών, μικρότερο της μονάδας που σημαίνει ότι το κυκλοφορούν ενεργητικό δεν είναι αρκετά ικανό να καλύψει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις των ομίλων. Οι όμιλοι Ιασώ και Ιατρικό μπορούμε να παρατηρήσουμε

ότι παρουσιάζουν σχετικά καλύτερες τιμές αφού τα έτη 2008, 2012, 2013 και 2008, 2009, 2102 αντίστοιχα ο δείκτης είναι μεγαλύτερος της μονάδας.

Ο μέσος δείκτης γενικής ρευστότητας του κλάδου την επταετία 2008-2014 παρουσιάζει μικρές διακυμάνσεις και είναι σταθερά μικρότερος της μονάδας δείχνοντας πως ο κλάδος δεν έχει ικανοποιητική ρευστότητα.

Εν συνεχεία αν μελετήσουμε τον κάθε όμιλο ξεχωριστά σε σχέση με τον κλάδο παρατηρούμε ότι ο Όμιλοι Ιασώ και Ιατρικό στην πλειοψηφία των ετών είναι πάνω από το μέσο όρο του κλάδου, σε αντίθεση με τον Όμιλο Υγεία που η γενική ρευστότητα είναι πάνω από το μέσο όρο μόνο τα τελευταία δύο έτη. Τέλος, ο όμιλος Euromedica παρουσιάζει τα σημαντικότερα προβλήματα ρευστότητας αφού, με εξαίρεση το έτος 2009, όλα τα υπόλοιπα έτη βρίσκεται σταθερά κάτω από το μέσο όρο γενικής ρευστότητας του κλάδου.

9..1.2 Ειδική Ρευστότητα

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο ο αριθμοδείκτης ειδικής ρευστότητας επινοήθηκε για να περιλάβει όλα εκείνα τα στοιχεία τα οποία μετατρέπονται εύκολα και γρήγορα σε ρευστά και αγνοεί όλα εκείνα τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού τα οποία δεν μετατρέπονται εύκολα σε μετρητά.

Όπως φαίνεται και από την παρακάτω διαγραμματική ανάλυση οι τιμές για το δείκτη ειδικής ρευστότητας δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα από εκείνες της γενικής

ρευστότητας. Οι όμιλοι παρουσιάζουν τις ίδιες διακυμάνσεις στις τιμές τους με τη Euromedica να έχει και πάλι τις χαμηλότερες τιμές σε σχέση με τον κλάδο.

Το γεγονός ότι δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των δεικτών γενικής και ειδικής ρευστότητας αποτελεί ένδειξη ότι δεν υπάρχουν αυξημένα αποθέματα στους ομίλους.

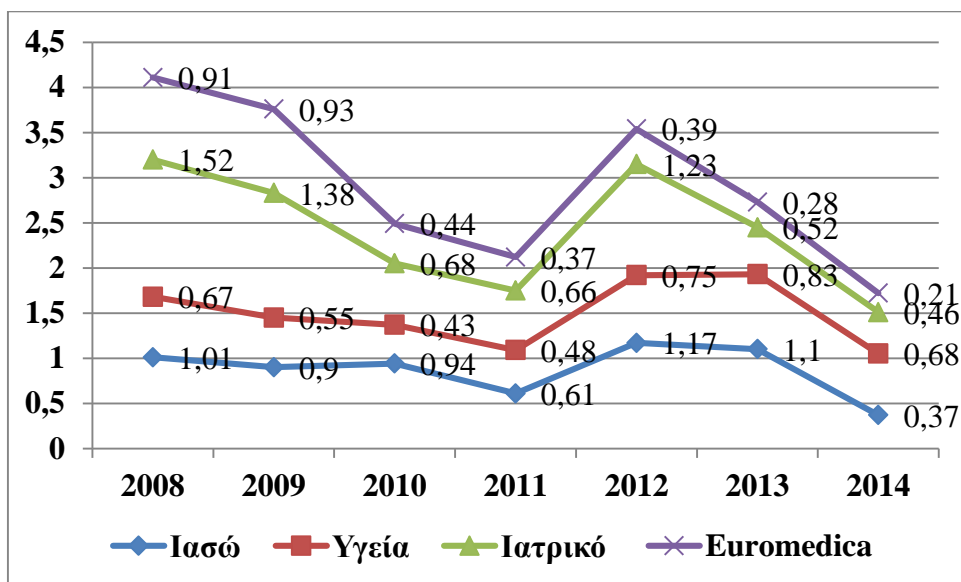
Πίνακας 9.3

Δείκτες Ειδικής Ρευστότητας(1:1)

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	1,01	0,90	0,94	0,61	1,17	1,10	0,37
Υγεία	0,67	0,55	0,43	0,48	0,75	0,83	0,68
Ιατρικό	1,52	1,38	0,68	0,66	1,23	0,52	0,46
Euromedica	0,91	0,93	0,44	0,37	0,39	0,28	0,21

Διάγραμμα 9.4

Εξέλιξη ειδικής ρευστότητας Ομίλων (2008-2014)



9.2 Δείκτες Αποδοτικότητας

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας που θα χρησιμοποιηθούν στη δεδομένη χρηματοοικονομική ανάλυση είναι οι εξής:

- Καθαρό Περιθώριο Κέρδους
- Μικτό Περιθώριο Κέρδους
- Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων

9.2.1 Καθαρό Περιθώριο Κέρδους

Παρατηρώντας τις τιμές του δείκτη καθαρού περιθωρίου κέρδους τόσο από τον πίνακα 9.4 όσο και από το διάγραμμα βλέπουμε ότι υπάρχει μια γενικότερη καθοδική πορεία του δείκτη στο πέρασμα των ετών.

Συγκεκριμένα, και οι τέσσερις όμιλοι σημειώνουν αρνητικό ποσοστό του δείκτη στην πλειοψηφία των ετών με τον Όμιλο Euromedica να έχει αρνητικό περιθώριο κέρδους όλα τα έτη με αποκορύφωμα το 2011 που το ποσοστό έφτασε το 60%.

Μελετώντας τα διαγράμματα Δ.9, Δ.10, Δ.11, Δ.12 του παραρτήματος βλέπουμε ότι ο Όμιλος Ιασώ βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο του κλάδου με καλύτερο το έτος 2008. Ακόμη, ο όμιλος Υγεία παρουσιάζει έντονες διακυμάνσεις σε σχέση με τον κλάδο και ειδικά το έτος 2012 όπου και σημειώνει το χαμηλότερο ποσοστό της τάξεως του 55%. Ο Όμιλος Ιατρικό σε σύγκριση με τον κλάδο βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο εκτός από τα έτη 2008 και 2009. Τέλος, ο Όμιλος Euromedica βρίσκεται όλα τα υπό μελέτη έτη κάτω από το μέσο όρο του κλάδου παρουσιάζοντας έντονες διακυμάνσεις και αστάθεια.

Πίνακας 9.4

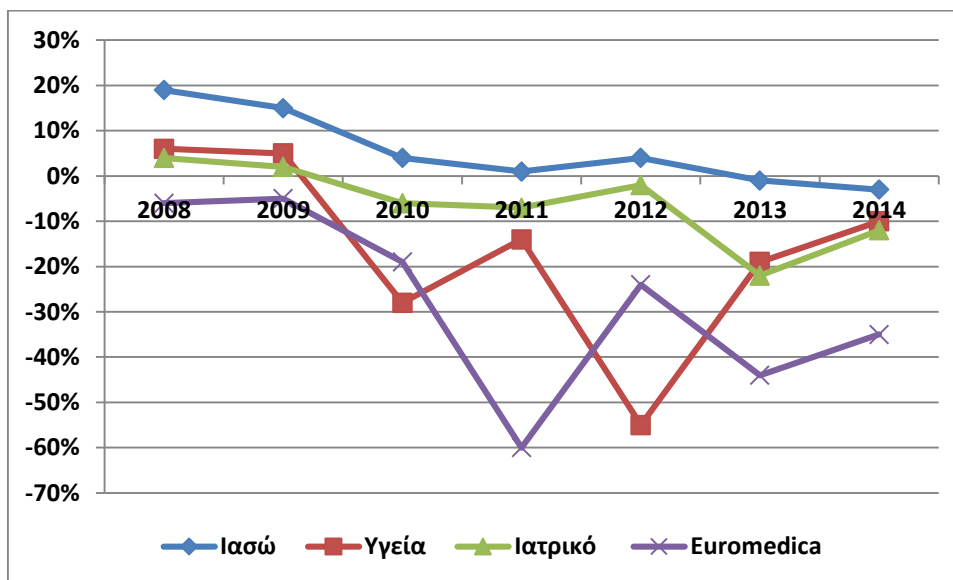
Δείκτες καθαρού περιθωρίου κέρδους (%)

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	19%	15%	4%	1%	4%	-1%	-3%
Υγεία	6%	5%	- 28%	- 14%	- 55%	- 19%	- 10%
Ιατρικό	4%	2%	-6%	-7%	-2%	- 22%	- 12%

Euromed	-6%	-5%	-	-	-	-	-
ica			19%	60%	24%	44%	35%

Διάγραμμα 9.5

Εξέλιξη δεικτών καθαρού περιθωρίου κέρδους



9.2.2 Αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους

Ο αριθμοδείκτης μικτού περιθωρίου κέρδους προκύπτει αν διαιρέσουμε τα μικτά κέρδη με τις πωλήσεις.

Εξετάζοντας τους ομίλους διαχρονικά παρατηρούμε ότι και οι τέσσερις όμιλοι τη μεγαλύτερη διακύμανση στις τιμές του δείκτη είχαν από το 2012 στο 2013, γεγονός που δικαιολογείται απόλυτα αφού το 2013 ήταν η πρώτη χρονιά που εφαρμόστηκε το λεγόμενο rebate & clawback.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο όμιλος Euromedica είναι ο μοναδικός που εμφανίζει αρνητικό δείκτη μικτού περιθωρίου κέρδους της τάξεως του -1%. Από την ένδειξη αυτή αντιλαμβανόμαστε ότι η επιχείρηση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει χωρίς

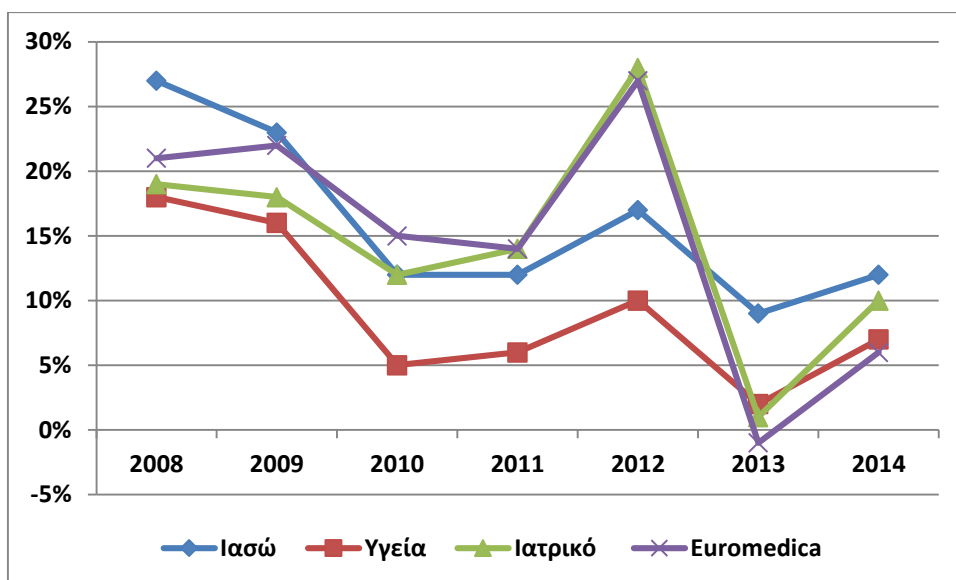
δυσκολία τα λειτουργικά και άλλα έξοδά της και κατά συνέπεια είναι δύσκολο να επιτύχει ικανό περιθώριο κέρδους σε σχέση με τις πωλήσεις της και τα κεφάλαιά της.

Πίνακας 9.5

Αριθμοδείκτες μικτού περιθωρίου κέρδους

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	27%	23%	12%	12%	17%	9%	12%
Υγεία	18%	16%	5%	6%	10%	2 %	7%
Ιατρικό	19%	18%	12%	14%	28%	1%	10%
Euromed ica	21%	22%	15%	14%	27%	-1%	6%

Διάγραμμα 9.6
Εξέλιξη δεικτών μικτού περιθωρίου κέρδους



9.2.3 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

Για τον υπολογισμό του αριθμοδείκτη αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων κάθε επιχείρησης χρησιμοποιήθηκαν, αφενός μεν τα ίδια κεφάλαια (σύνολο καθαρής θέσης) όπως παρουσιάζονται στους ισολογισμούς των επιχειρήσεων, αφετέρου δε τα καθαρά κέρδη / (ζημιές) χρήσεως μετά φορών.

Μετά την ανάλυση των δεδομένων βλέπουμε ότι μόνο τα έτη 2008 και 2009 οι τρεις από τους τέσσερις (εκτός Euromedica) υπό μελέτη ομίλους παρουσιάζουν θετικά ίδια κεφάλαια, ενώ τα υπόλοιπα έτη γίνονται αρνητικά.

Η χαμηλή τιμή του δείκτη αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων μας δείχνει την αδυναμία των επιχειρήσεων να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τα ίδια κεφάλαιά

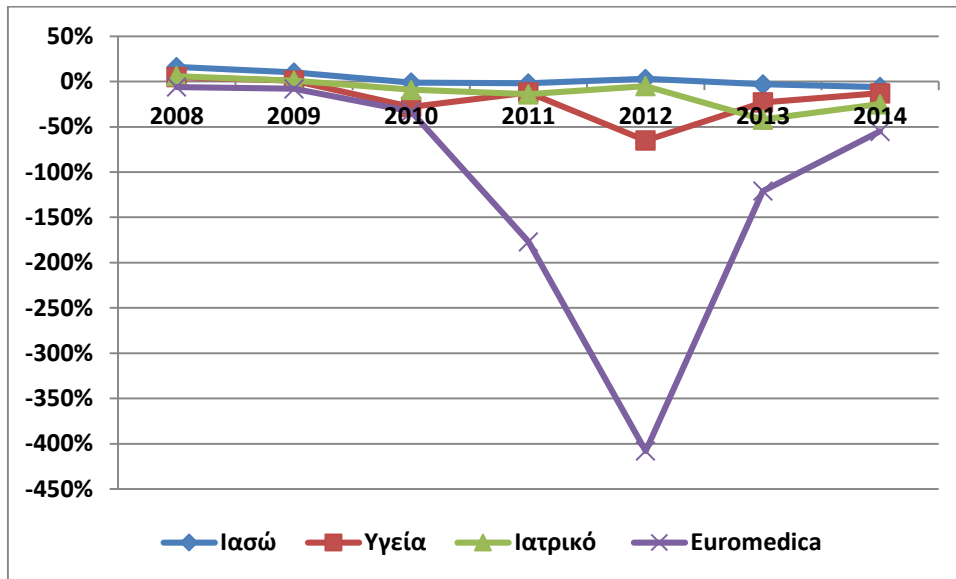
τους. Απολύτως λογικό αν συνυπολογίσουμε και τον παράγοντα οικονομική κρίση που στον ιδιωτικό κλάδο της υγείας έκανε την αρχή της το 2010.

Όσον αφορά τον κάθε όμιλο σε σχέση με τον κλάδο από τα διαγράμματα 17, 18, 19 και 20 του παραρτήματος διακρίνουμε ότι οι Όμιλοι Ιασώ, Υγεία, και Ιατρικό στην πλειοψηφία των ετών είναι πάνω από το μέσο όρο του κλάδου και μάλιστα το Ιασώ όλα τα έτη ενώ η Euromedica βρίσκεται στην πιο δυσμενή θέση αφού είναι πολύ κάτω από το μέσο όρο του κλάδου.

Πίνακας 9.6
Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων (%)

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	16%	10%	-1%	-2%	3%	-3%	-6%
Υγεία	5%	1%	- 28%	- 12%	- 65%	- 23%	- 13%
Ιατρικό	6%	1%	-9%	- 14%	-5%	- 42%	- 25%
Euromedica	-6%	-8%	- 33%	- 177%	- 408%	- 121%	- 55%

Διάγραμμα 9.7
Εξέλιξη δεικτών αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων



9.3 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας

Για την ανάλυση της δραστηριότητας των Ομίλων χρησιμοποιήθηκαν οι εξής αριθμοδείκτες:

- Αριθμοδείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων
- Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων

9.3.1 Αριθμοδείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων

Πίνακας 9.7
Αριθμοδείκτες ταχύτητας εισπράξης απαιτήσεων

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	3,57	2,88	2,05	2,02	1,69	1,62	1,62
Υγεία	4,14	4,32	4,30	3,30	2,19	3,07	3,81
Ιατρικό	1,72	1,56	1,31	1,26	1,38	1,10	1,24
Euromedica	1,68	1,58	1,25	1,23	1,05	1,09	1,44

Ο αριθμοδείκτης ταχύτητας εισπράξεως απαιτήσεων βρίσκεται αν διαιρέσουμε την αξία των πιστωτικών πωλήσεων μιας επιχείρησης, μέσα στη χρήση, με το μέσο όρο των απαιτήσεων της. Επειδή όμως συνήθως δεν υπάρχουν στοιχεία για τις πιστωτικές πωλήσεις, καθώς και στοιχεία που να αναφέρονται στο μέσο όρο των χορηγούμενων πιστώσεων, λαμβάνονται υπόψη οι καθαρές πωλήσεις της χρήσεως και το σύνολο των απαιτήσεων, όπως εμφανίζονται στον ισολογισμό στο τέλος της χρήσεως.³¹

Ο αριθμοδείκτης αυτός μας δείχνει πόσες φορές, κατά μέσο όρο, εισπράττονται κατά τη διάρκεια της λογιστικής χρήσεως οι απαιτήσεις της επιχείρησης.

Από την εξέλιξη των τιμών, όπως αυτές απεικονίζονται στο διάγραμμα 9.8, βλέπουμε την πτωτική πορεία που ακολουθεί ο Όμιλος Ιασώ αφού το 2008 ο δείκτης ήταν 3,57 ενώ το 2014 1,62, σχεδόν 50% μείωση. Από την άλλη Υγεία και Ιατρικό και Euromedica ακολουθούν μια πτωτική πορεία μέχρι το 2012 όπου και αρχίζει πάλι την άνοδο ο δείκτης.

Όσο μεγαλύτερη είναι η ταχύτητα εισπράξεως των απαιτήσεων τόσο μικρότερος είναι ο χρόνος δέσμευσης των κεφαλαίων και τόσο καλύτερη η θέση της από απόψεως χορηγούμενων πιστώσεων.

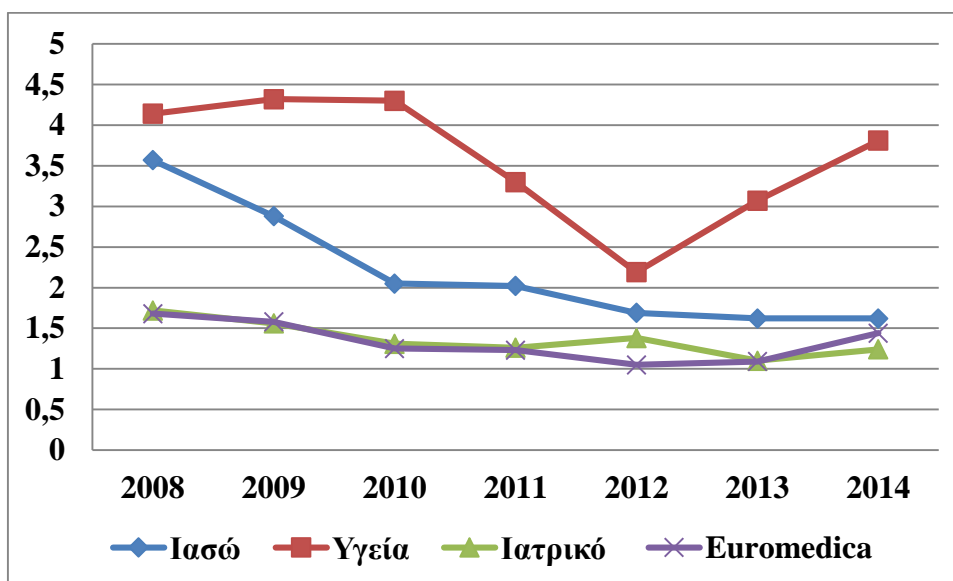
³¹ Νιάρχος, 1997

Επιπλέον, μεγάλη ταχύτητα στην είσπραξη των απαιτήσεων σημαίνει μικρότερη πιθανότητα ζημιών από επισφαλείς πελάτες.

Συγκρίνοντας τον κάθε όμιλο με τον κλάδο σε καλύτερη θέση βρίσκεται ο όμιλος Υγεία αφού βρίσκεται σταθερά πάνω από το μέσο όρο του κλάδου, ακολουθεί ο όμιλος Ιασώ με διακυμάνσεις όμως ενώ Ιατρικό και Euromedica βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο του κλάδου γεγονός, που όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, υποδηλώνει μεγαλύτερη πιθανότητα ζημιών από επισφαλείς πελάτες.

Διάγραμμα 9.8

Εξέλιξη δεικτών ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων



9.3.2 Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων

Πίνακας 9.8
Αριθμοδείκτες ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	1,81	1,51	1,41	0,91	1,36	1,24	1,28
Υγεία	0,54	1,26	0,93	0,90	1,16	1,63	1,76
Ιατρικό	1,79	1,51	0,70	0,65	0,86	0,50	0,49
Euromedica	0,96	0,97	0,43	0,37	0,29	0,29	0,27

Ο αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων δείχνει πόσες φορές μέσα στη χρήση ανανεώθηκαν οι ληφθείσες από την επιχείρηση πιστώσεις, ή αλλιώς πόσες φορές το κόστος πωληθέντων καλύπτει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της επιχείρησης.

Από το διάγραμμα διακρίνουμε ότι τις χαμηλότερες τιμές στο δείκτη έχει ο όμιλος Euromedica, παρουσιάζοντας μάλιστα συνεχώς μια φθίνουσα πορεία δείχνοντας έτσι ότι εκπληρώνει με βραδύτερο ρυθμό τις υποχρεώσεις του σε σχέση με τους υπόλοιπους ομίλους.

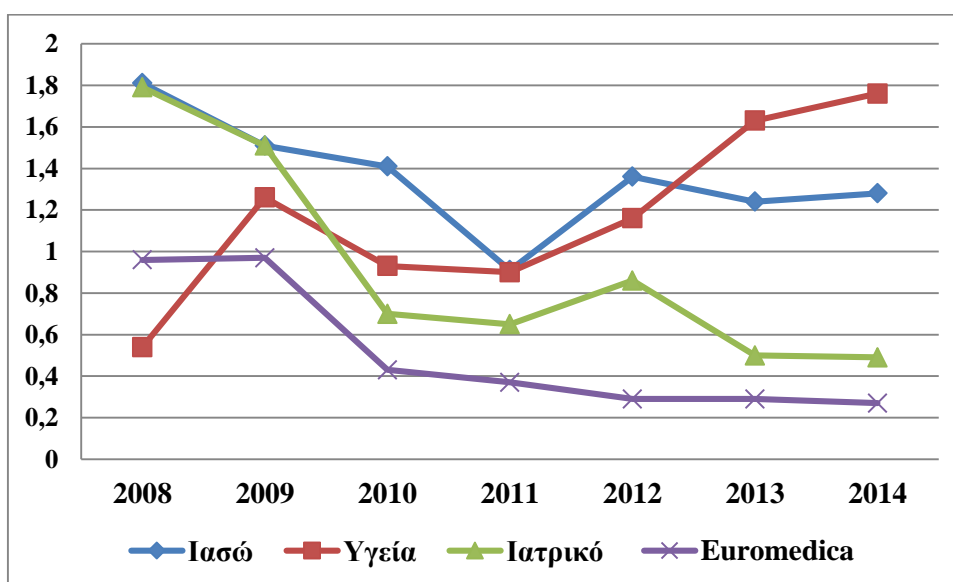
Όσον αφορά τον κάθε όμιλο ξεχωριστά σε σύγκριση με τον κλάδο, Ιασώ και Υγεία είναι γενικά πάνω από το μέσο όρο, ο όμιλος Ιατρικό είναι πάνω από το μέσο όρο μόνο τα έτη 2008 και 2009 ενώ ο όμιλος Euromedica σταθερά κάτω από το μέσο όρο όλα τα έτη.

Αν τώρα συγκρίνουμε την ταχύτητα εισπράξεως απαιτήσεων με την ταχύτητα εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων παρατηρούμε ότι η πρώτη είναι μεγαλύτερη από τη δεύτερη, που σημαίνει ότι οι υποχρεώσεις της επιχείρησης εξοφλούνται με βραδύτερο ρυθμό απ ότι εισπράττονται οι απαιτήσεις της.

Βέβαια στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να πούμε ότι η μέση διάρκεια των υποχρεώσεων στην επιχείρηση, όπως υπολογίζεται παραπάνω, ενδέχεται να μην αντιπροσωπεύει την πραγματικότητα και αυτό γιατί ορισμένες υποχρεώσεις εξοφλούνται πολύ γρήγορα ενώ άλλες παραμένουν απλήρωτες επί μακρύ χρονικό διάστημα.

Ως εκ τούτου, η μέση διάρκεια παραμονής απλήρωτων των υποχρεώσεων της επιχείρησης επηρεάζεται από τις ακραίες αυτές τιμές και δεν αντικατοπτρίζει την πράγματι υφιστάμενη στην επιχείρηση κατάσταση³².

Διάγραμμα 9.9
Εξέλιξη δεικτών ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων



³² Νιάρχος, 1997

9.4 Αριθμοδείκτες Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης – Διάρθρωσης και Βιωσιμότητας

9.4.1 Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Συνολικά Κεφάλαια

Πίνακας 9.9
Αριθμοδείκτες Ιδίων προς Συνολικά Κεφάλαια

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	0,38	0,35	0,34	0,36	0,30	0,30	0,29
Υγεία	0,42	0,55	0,43	0,51	0,36	0,34	0,31
Ιατρικό	0,35	0,33	0,32	0,29	0,26	0,23	0,19
Euromedica	0,30	0,31	0,27	0,12	0,02	-0,09	-0,25

Ο δείκτης αυτός, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, εκφράζει τη σχέση μεταξύ του ιδίου κεφαλαίου και του συνόλου των κεφαλαίων που είναι διαθέσιμα στην επιχείρηση. Οι τιμές που παίρνει είναι από 0-100. Οι τιμές που πλησιάζουν το 100 είναι προτιμότερες. Ένας υψηλός δείκτης δεν προδιαθέτει αρνητικά για τη ρευστότητα τα επόμενα χρόνια αφού από την πλευρά των ξένων κεφαλαίων η πίεση για ταμειακές εκροές για εξυπηρέτησής τους θα είναι χαμηλή και αντιμετώπισιμη. Επίσης ο δείκτης αυτός δίνει και μια εικόνα της αυτονομίας που μπορεί να έχει μια επιχείρηση και της ανεξαρτησίας της από δανειακά κεφάλαια και άλλους πιστωτές.

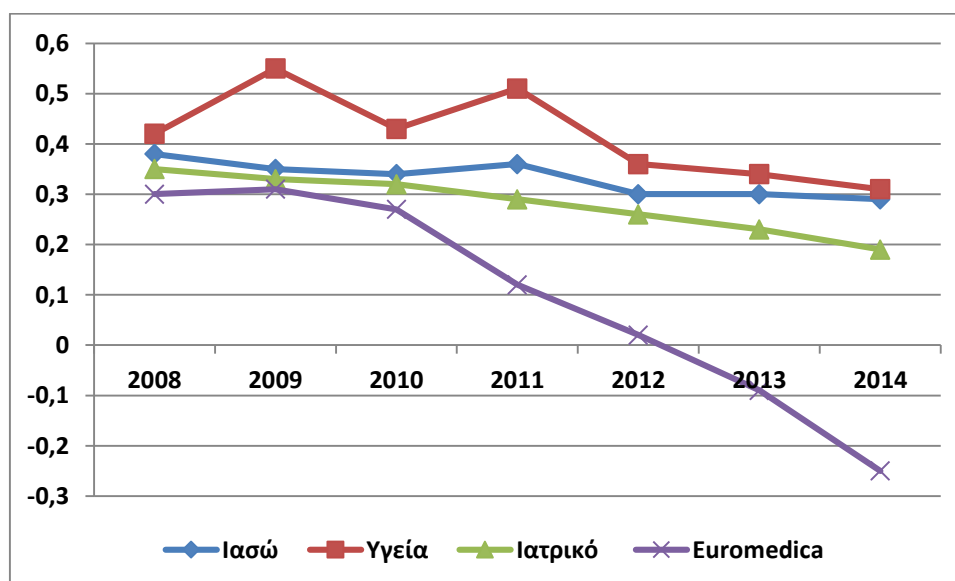
Από τις τιμές του αριθμοδείκτη που βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα καθώς και από τη διαγραμματική τους παρουσίαση παρατηρούμε ότι τις πιο υψηλές τιμές έχει ο όμιλος Υγεία με καλύτερο έτος εκείνο του 2009 και τις χαμηλότερες ο όμιλος Euromedica του οποίου η πορεία είναι φθίνουσα. Μάλιστα, τα δύο τελευταία έτη της ανάλυσης έχει αρνητικές τιμές 0,09 και 0,25 το 2013 και 2014 αντίστοιχα. Οι πολύ χαμηλές τιμές αποτελούν ένδειξη οικονομικής δυσκολίας για την εξόφληση των υποχρεώσεων του ομίλου και άρα πιθανότητα μεγάλων ζημιών στην επιχείρηση.

Συγκρίνοντας τώρα τον κάθε όμιλο με τον κλάδο παρατηρούμε ότι το Ιασώ ,εκτός από το 2009, βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο του κλάδου με καλύτερη χρονιά το 2008. Ο όμιλος Ιατρικό επίσης στην πλειοψηφία των ετών βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο του κλάδου καταγράφοντας την υψηλότερη τιμή του επίσης το 2008.

Όπως σημειώσαμε και παραπάνω ,και σε σύγκριση με τον κλάδο, ο όμιλος Υγεία παρουσιάζει την καλύτερη εικόνα παρέχοντας έτσι μεγαλύτερη ασφάλεια στους πιστωτές της και ο όμιλος Euromedica έχει αρκετά αρνητική εικόνα αφού όπως είδαμε ακολουθεί πτωτική πορεία φτάνοντας μάλιστα και αρνητικές τιμές.

Διάγραμμα 9.10

Εξέλιξη δεικτών ιδίων προς συνολικά κεφάλαια



9.4.2 Αριθμοδείκτης Ίδιων προς Ξένα Κεφάλαια

Πίνακας 9.10
Αριθμοδείκτες Ίδιων προς Ξένα Κεφάλαια

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	1,20	0,94	0,86	0,57	0,44	0,68	0,62
Υγεία	1,05	2,25	1,30	1,03	0,57	0,96	0,88
Ιατρικό	1,11	1,04	0,88	0,41	0,35	0,55	0,47
Euromed ica	0,60	0,66	0,55	0,13	0,02	-0,30	-0,66

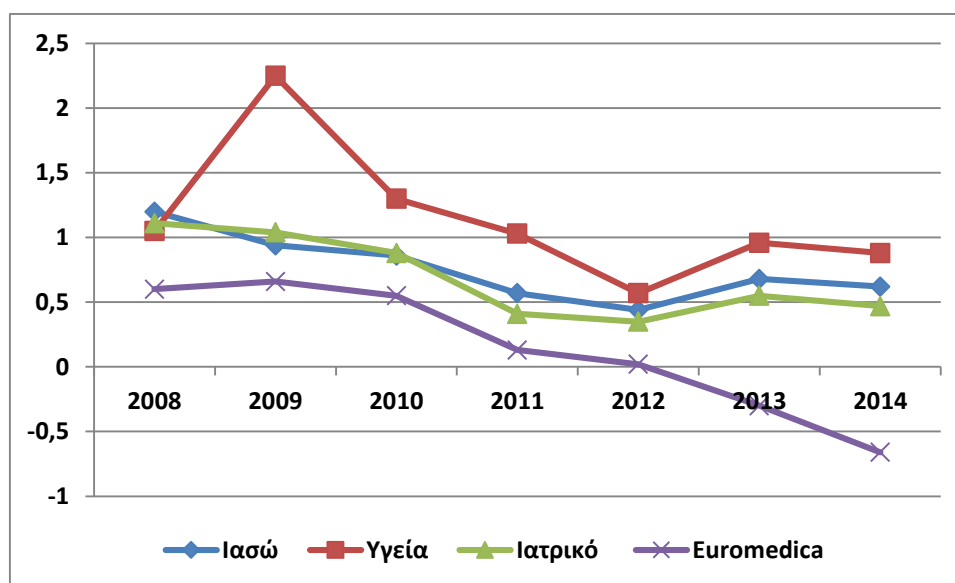
Ο αριθμοδείκτης ιδίων προς ξένα κεφάλαια δείχνει την ασφάλεια που παρέχει στους δανειστές της μια επιχείρηση και χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι υπερδανεισμός σε μια επιχείρηση.

Από τη χρηματοοικονομική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε παρατηρούμε ότι οι όμιλοι Ιασώ και Ιατρικό έχουν το 2008 δείκτη μεγαλύτερο της μονάδας που μας δείχνει ότι οι φορείς της επιχείρησης συμμετέχουν σε αυτή με περισσότερα κεφάλαια από ότι οι πιστωτές της. Από το 2009 ξεκινά μια πτωτική πορεία και για τους δύο ομίλους μέχρι το 2012 για να φτάσουν στο 2013 που οι τιμές του δείκτη αυξάνονται αλλά το 2014 καταγράφεται πάλι μία πτώση, επιβεβαιώνοντας και πάλι τη ρευστή κατάσταση που επικρατεί στην Ελληνική οικονομία γενικότερα και στον ιδιωτικό κλάδο υπηρεσιών υγείας συγκεκριμένα.

Ο όμιλος Υγεία θα μπορούσαμε να πούμε ότι παρέχει τη μεγαλύτερη ασφάλεια στους πιστωτές του αφού στην πλειοψηφία των ετών οι τιμές που λαμβάνει ο αριθμοδείκτης είναι μεγαλύτερες της μονάδας ή πολύ κοντά σε αυτή. Τη μεγαλύτερη τιμή έχει το 2009 (2,25) ενώ τη μικρότερη το 2012 (0,57).

Τέλος, μελετώντας τον όμιλο Euromedica βλέπουμε ότι βρίσκεται στη δυσχερέστερη θέση από τους τέσσερις ομίλους αφού οι τιμές του είναι πολύ χαμηλότερες της μονάδας εμφανίζοντας μάλιστα το 2013 και 2014 αρνητικές τιμές.

Διάγραμμα 9.11
Εξέλιξη δεικτών Ιδίων προς Ξένα Κεφάλαια



9.5 Αριθμοδείκτες Δανειακής Επιβάρυνσης

9.5.1 Αριθμοδείκτης Ξένων προς Ίδια Κεφάλαια

Πίνακας 9.11
Αριθμοδείκτες Ξένων προς Ίδια Κεφάλαια

Επωνυμία Ομίλου	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ιασώ	1,64	1,84	1,90	1,75	2,28	2,46	2,60
Υγεία	1,40	0,81	1,31	0,97	1,75	1,94	2,19
Ιατρικό	1,83	2,00	2,12	2,41	2,80	3,40	4,16
Euromedica	2,30	2,20	2,68	7,68	40,13	12,31	5,05

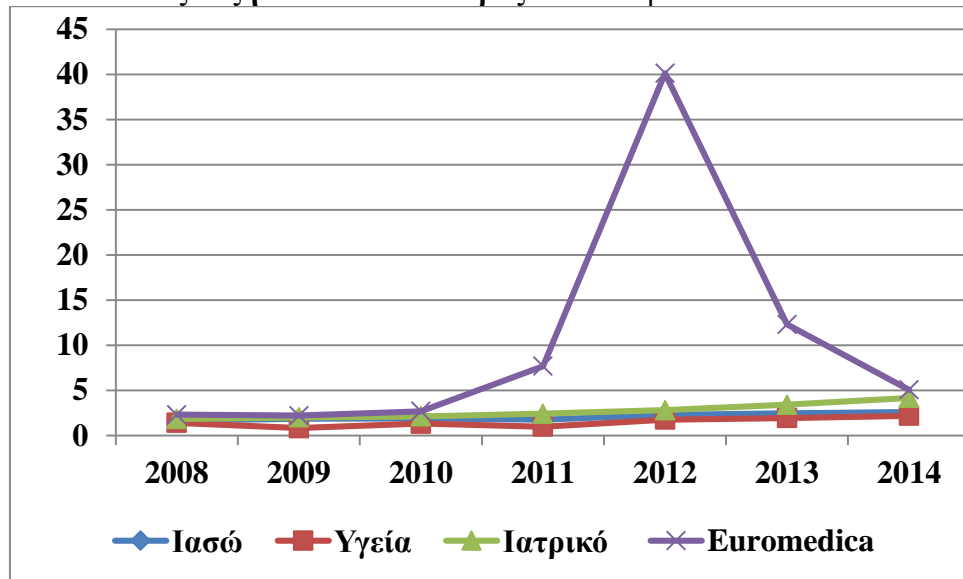
Ο αριθμοδείκτης ξένων προς ίδια κεφάλαια δείχνει τη σχέση των ιδίων κεφαλαίων προς τα ξένα κεφάλαια της επιχείρησης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης (και πάνω από τη μονάδα) τόσο υπερχρεωμένη είναι η επιχείρηση. Χρησιμοποιείται από τους δανειστές της επιχείρησης για να εκτιμήσουν το βαθμό ασφάλειας που τους εξασφαλίζουν τα ίδια κεφάλαια, αλλά και από τη διοίκηση και τους μετόχους της επιχείρησης για να διαπιστώσουν το επίπεδο στο οποίο έχει φθάσει η χρήση κεφαλαιακής μόχλευσης.

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα αλλά και από το διάγραμμα 9.12 και οι τέσσερις όμιλοι καταγράφουν τιμές πάνω από τη μονάδα όλα τα υπό μελέτη έτη. Μόνο ο όμιλος Υγεία έχει τιμές κάτω από τη μονάδα σε δύο από τα επτά έτη 0,81 και 0,97 το 2008 και 2010 αντίστοιχα.

Επιπλέον, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι και οι τέσσερις όμιλοι τις υψηλότερες τιμές τις παρουσιάζουν τα έτη 2012, 2013 και 2014. Πρόκειται για τα έτη στα οποία εφαρμόζεται το λεγόμενο rebate και clawback, όπως αυτό παρουσιάστηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Τέλος, συγκρίνοντας τον κάθε όμιλο με τον κλάδο βλέπουμε οι όμιλοι Ιασώ, Ιατρικό και Υγεία βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο του κλάδου ενώ η Euromedica πάνω από το μέσο όρο παρέχοντας έτσι πολύ μικρή ασφάλεια στους πιστωτές της. Βέβαια εκείνο που αξίζει να επισημάνουμε είναι οι τιμές του δείκτη στον όμιλο Euromedica είναι τόσο υψηλές, ειδικά το έτος 2012, που επηρεάζεται έτσι ολόκληρος ο κλάδος.

Διάγραμμα 9.12
Εξέλιξη δεικτών Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ο ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων είναι ιδιαίτερα έντονος. Μετά από μια περίοδο σημαντικών επιχειρηματικών εξελίξεων και ανακατατάξεων που σηματοδοτήθηκαν από μεγάλες επενδύσεις, εξαγορές, συγχωνεύσεις, αλλά και συμφωνίες στρατηγικών συνεργασιών, οι μεγάλοι επιχειρηματικοί όμιλοι έχοντας εδραιώσει την παρουσία τους στην αγορά, απολαμβάνουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των μικρότερων επιχειρήσεων του κλάδου. Οι εν λόγω όμιλοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, ενώ αρκετοί εξ αυτών επεκτάθηκαν και σε ξένες αγορές, γειτονικές προς την Ελλάδα (χώρες βαλκανικής).

Ακολουθούν τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης, παρουσιαζόμενα βάσει του υποδείγματος των πέντε δυνάμεων του Porter και της ανάλυσης SWOT.

10.1 Υπόδειγμα Porter

Το ανταγωνιστικό περιβάλλον περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν τις επιχειρήσεις στην οικονομία. Οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με την επιχείρηση και αποτελούν τα στοιχεία του κάθε κλάδου και της οικονομίας γενικότερα. Σκοπός της κάθε επιχείρησης είναι να συνδυάζει τους παράγοντες αυτούς με τέτοιο τρόπο ώστε να αντλεί πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών της.

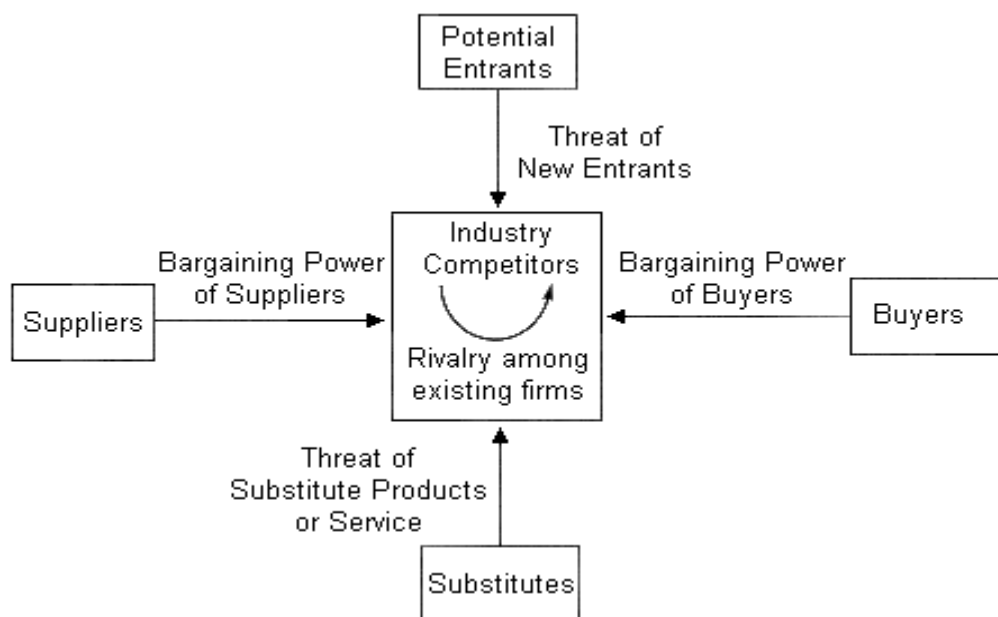
Μέλημα της κάθε επιχείρησης θα πρέπει να είναι η κατανόηση και η αντίληψη των αναγκών και των επιθυμιών του μικρο- περιβάλλοντος μέσα στο οποίο δραστηριοποιείται, έτσι ώστε να αντλούνται πληροφορίες που θα μετασχηματιστούν σε πλεονεκτήματα έναντι των ανταγωνιστών της.

Η ανάλυση του μικρο- περιβάλλοντος μιας επιχείρησης μπορεί να επιτευχθεί αποτελεσματικά με τη χρησιμοποίηση του μοντέλου των πέντε δυνάμεων του Porter. Το υπόδειγμα αυτό είναι από τα πιο αποτελεσματικά θεωρητικά υποδείγματα που

χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της φύσης του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και την περιγραφή της δομής του κλάδου³³.

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα καθορίζεται από τις 5 δυνάμεις:

- Την ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των επιχειρήσεων του κλάδου
- Την απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων στον κλάδο
- Τη διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών
- Τη διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών
- Την απειλή από υποκατάστατα προϊόντα



Είσοδος νέων ανταγωνιστών

Η είσοδος μιας νέας επιχείρησης στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από τεχνοοικονομικής πλευράς, δε θεωρείται εύκολη υπόθεση. Η ίδρυση ενός διαγνωστικού κέντρου και ιδιαίτερα ενός θεραπευτηρίου απαιτεί σημαντικές επενδύσεις.

³³ Porter, 1985

Σημαντικό μέρος μιας επένδυσης στο συγκεκριμένο κλάδο, πέραν της υψηλής τεχνολογίας και του εξειδικευμένου προσωπικού που είναι απαραίτητα, αφορά το κόστος απόκτησης της γης στο οποίο εντοπίζονται και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις (το κόστος στην περιφέρεια της Αττικής είναι αρκετά υψηλότερο σε σχέση με αυτό σε άλλες περιοχές). Επιπλέον, η καθιέρωση και εδραίωση της καλής φήμης –ονόματος ενός θεραπευτικού-διαγνωστικού κέντρου είναι σχετικά μακροχρόνια διαδικασία.

Πέραν των ανωτέρω, φραγμοί εισόδου προκύπτουν και από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Στην περίπτωση των θεραπευτηρίων οι προϋποθέσεις και ιδιαίτερα οι οικοδομικές προδιαγραφές που ισχύουν κρίνονται, από τους παράγοντες του κλάδου, ως ιδιαίτερα αυστηρές.

Στην περίπτωση των διαγνωστικών κέντρων, η εφαρμογή και πάλι του ΠΔ84/01, καθιστά την ίδρυση και λειτουργία αυτών αποκλειστικό προνόμιο των γιατρών.

Κίνδυνοι από υποκατάστατες υπηρεσίες

Η παροχή υπηρεσιών υγείας (όλων των βαθμίδων) από τον ιδιωτικό τομέα, μπορεί να υποκατασταθεί από την αντίστοιχη παροχή υπηρεσιών του Δημοσίου Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και εν μέρει από τις παροχές υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων.

Διαπραγματευτική δύναμη προμηθευτών

Σημαντικοί προμηθευτές των εταιριών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι οι επιχειρήσεις που τις προμηθεύουν με τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς και οι φαρμακοβιομηχανίες / φαρμακαποθήκες και οι επιχειρήσεις παραγωγής /εμπορίας τροφίμων και ποτών στην περίπτωση των νοσοκομειακών μονάδων. Οι μεγάλες και αναγνωρισμένες εταιρίες εμπορίας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού με πολλαπλές εφαρμογές στο απαιτητικό περιβάλλον της υγείας, είναι αυτές που διατηρούν διαπραγματευτικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών τους.

Αναφορικά με τους προμηθευτές υγειονομικού υλικού, διαπραγματευτικό πλεονέκτημα έχουν εκείνοι οι οποίοι τηρούν αυστηρά όλες τις απαιτούμενες διαδικασίες ελέγχου ποιότητας, τα προϊόντα τους διαθέτουν τις απαραίτητες πιστοποιήσεις (CE, ISO κλπ), είναι εγκεκριμένα από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς και εγγυώνται την ασφάλεια εφαρμογής τους στον ασθενή.

Σχετικά με τη διαπραγματευτική δύναμη μιας εταιρίας παροχής υπηρεσιών υγείας απέναντι στους προμηθευτές της, αυτή είναι ανάλογη με το ύψος των παραγγελιών που πραγματοποιεί, το μέγεθός της και τη φήμη της στην αγορά.

Στους προμηθευτές του κλάδου συμπεριλαμβάνεται και το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, οι οποίοι ουσιαστικά δεν έχουν διαπραγματευτική δύναμη λόγω του μεγάλου αριθμού αυτών.

Διαπραγματευτική δύναμη αγοραστών

Οι υπηρεσίες υγείας απευθύνονται σε τελικούς μεμονωμένους καταναλωτές οι οποίοι δεν έχουν διαπραγματευτική δύναμη.

Ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων του κλάδου είναι ιδιαίτερα έντονος και έχει ενταθεί περισσότερο τα τελευταία χρόνια, λόγω και της οικονομικής ύφεσης που βιώνει η χώρα μας.

Η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση και στον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται στα ιδιωτικά θεραπευτήρια, τα τελευταία έτη, γεγονός που αντανακλάται και στα οικονομικά αποτελέσματα των επιχειρήσεων.

Στην προσπάθειά τους να συγκρατήσουν τις απώλειές τους ορισμένες εταιρίες έχουν ήδη προβεί στην αναπροσαρμογή των τιμολογίων τους, στην προσφορά «πακέτων» για διαγνωστικές εξετάσεις, στην επέκταση της συνεργασίας τους με ασφαλιστικές εταιρίες κλπ.

Η επιλογή κάποιου ιδιωτικού ιατρικού κέντρου σχετίζεται με διάφορους παράγοντες (υποδομή-κτιριακές εγκαταστάσεις, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, επιστημονικό προσωπικό, γεωγραφική τοποθεσία και προσβασιμότητα σε αυτό, ποιότητα και ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών³⁴.

³⁴ Icap, 2014

10.2 Ανάλυση SWOT

Η ανάλυση SWOT είναι ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού το οποίο χρησιμοποιείται για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος μίας επιχείρησης, όταν η επιχείρηση πρέπει να λάβει μία απόφαση σε σχέση με τους στόχους που έχει θέσει ή με σκοπό την επίτευξή τους

Κατά την ανάλυση SWOT μελετώνται τα δυνατά (Strengths) και αδύνατα (Weaknesses) σημεία μίας επιχείρησης, οργανισμού ή και περιοχής, καθώς και οι ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats) που υπάρχουν.

Τα δυνατά και αδύνατα σημεία αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης καθώς προκύπτουν από τους εσωτερικούς πόρους που αυτή κατέχει (π.χ. ικανότητες προσωπικού και στελεχών, ιδιότητες και χαρακτηριστικά της επιχείρησης, τεχνογνωσία, χρηματοοικονομική υγεία και ικανότητα να ανταποκριθεί σε νέες επενδύσεις, κλπ.).

Αντιθέτως οι ευκαιρίες και οι απειλές αντανακλούν μεταβλητές του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης τις οποίες η επιχείρηση θα πρέπει να εντοπίσει, να προσαρμοστεί σε αυτές ή ακόμα και να τις προσαρμόσει όπου κάτι τέτοιο είναι εφικτό (π.χ. είσοδος νέων ανταγωνιστών, ρυθμίσεις στο νομικό περιβάλλον, δημιουργία ή/και εμφάνιση νέων αγορών, κλπ.).

Δυνατά Σημεία (Strengths)

- Το υψηλό τεχνολογικό επίπεδο και οι υποδομές των επιχειρήσεων.
- Στον κλάδο δραστηριοποιούνται (μεταξύ άλλων) μεγάλες, οργανωμένες εταιρείες και επιχειρηματικοί όμιλοι, με μακρά εμπειρία στο χώρο της υγείας.
- Τα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα και η αδυναμία του δημόσιου τομέα να καλύψει επαρκώς τη ζήτηση, αλλά και να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις των ασθενών (ελλειπίες υποδομές, έλλειψη ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά.).
- Η τάση σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού.
- Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας και η ταχεία προσαρμογή των μεγάλων κυρίως ιδιωτικών μονάδων σ' αυτήν.

Αδύνατα Σημεία (Weaknesses)

- Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο το οποίο θέτει κάποιους φραγμούς στην ίδρυση νέων ιατρικών κέντρων. Αυστηρές θεωρούνται οι οικοδομικές προδιαγραφές σχετικά με την κατασκευή μιας νέας ιδιωτικής κλινικής.
- Συχνές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας και τιμολόγησης του ΕΟΠΥΥ.
- Ο χαμηλός αριθμός πατεντών σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και οι ελλείψεις σε καινοτομία.
- Η έλλειψη στρατηγικής και συντονισμού για την προαγωγή της έρευνας και ανάπτυξης καινοτομιών από τον ιδιωτικό τομέα.

Ευκαιρίες (Opportunities)

- Η αλλαγή δημογραφικού προτύπου (γήρανση του πληθυσμού) που δημιουργεί ανάγκες για νέα επαγγέλματα και ειδικότητες.
- Οι μεγάλες δυνατότητες εγχώριας παραγωγής γενόσημων φαρμάκων, ως σημαντική αναπτυξιακή προοπτική για τον Τομέα
- Η επέκταση σε νέες αγορές του

Απειλές (Threats)

- Η επιδείνωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (οικονομική κρίση, ανεργία, μείωση εισοδημάτων), η οποία θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη και τη ζήτηση υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας
- Έκτακτες και απρόβλεπτες αποφάσεις της Πολιτείας (π.χ. rebate, clawback) που επιβαρύνουν σημαντικά τα οικονομικά μεγέθη

εξωτερικού.

□ Η περαιτέρω επέκταση των μονάδων υγείας στην Ελλάδα, πέραν των γεωγραφικών ορίων των μεγάλων αστικών κέντρων.

□ Η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού.

□ Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ) στα πλαίσια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

□ Η σύναψη συνεργασιών με ιατρικούς επιχειρηματικούς ομίλους του εξωτερικού, με σκοπό την ανάπτυξη νέων καινοτόμων υπηρεσιών.

□ Η σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

□ Η εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε τομείς όπου υπάρχει ελλειπής κάλυψη και προσφορά (π.χ. κέντρα αποκατάστασης, κέντρα ευεξίας, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων κλπ.).

□ Η επέκταση της παραγωγικής δραστηριότητας σε φαρμακευτικά και καλλυντικά προϊόντα (αιθέρια έλαια, φυτά)

□ Η υποστήριξη επιχειρήσεων στα πρώτα στάδια του κύκλου ζωής τους (σύμβουλοι επιχειρήσεων - χρηματοδότηση)

του κλάδου.

□ Τα προβλήματα ρευστότητας και οι καθυστερήσεις στις πληρωμές από την πλευρά του ΕΟΠΥΥ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων.

□ Η επιβολή υψηλών συντελεστών Φ.Π.Α. και έκτακτων εισφορών.

□ Η έλλειψη ρευστότητας και η στενότητα στην τραπεζική χρηματοδότηση³⁵.

³⁵ <http://www.sev.org.gr/Uploads/pdf/YGEIA.pdf>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα ανακεφαλαιώσουμε τα σημαντικότερα σημεία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για τον ιδιωτικό κλάδο υπηρεσιών υγείας τόσο από τη θεωρητική προσέγγιση όσο και από τη χρηματοοικονομική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στους τέσσερις εισηγμένους ομίλους του κλάδου. Ο ιδιωτικός κλάδος υγείας θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ένας κλάδος της ελληνικής οικονομίας που κερδίζει συνεχώς έδαφος απέναντι στο δημόσιο αφού τα τελευταία 15 χρόνια οι επενδύσεις από πλευράς ιδιωτικού τομέα τόσο στην εξωνοσοκομειακή όσο και στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι σημαντικές, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό την παροχή πολλών υπηρεσιών ταχύτερη, ευκολότερη και το σπουδαιότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη. Ακόμη, το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών κλινικών αλλά και διαγνωστικών κέντρων συναντάται στην πρωτεύουσα και ακολουθεί η συμπρωτεύουσα. Στην περιφέρεια το αντίστοιχο ποσοστό είναι ιδιαίτερος μικρό. Σχετικά με την εξέλιξη της αγοράς τα τελευταία έτη, επισημαίνονται τα εξής: Σύμφωνα με παράγοντες του κλάδου, η ανάκαμψη που υπήρξε το 2012, ήταν αποτέλεσμα της αύξησης της ροής ασθενών προς τις ιδιωτικές κλινικές - κέντρα, αφενός λόγω της συνεργασίας των ιδιωτικών φορέων με τον «νεοσύστατο» (τότε) ΕΟΠΥΥ και αφετέρου λόγω των πολλών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στη λειτουργία τους τα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, στην αύξηση της αγοράς συντέλεσε, ως ένα βαθμό, και η νοσηλεία Λίβυων ασθενών σε ορισμένα ελληνικά ιδιωτικά θεραπευτήρια. Η συνεργασία των ιδιωτικών μονάδων υγείας με τον ΕΟΠΥΥ, οδήγησε σε μια τάση αύξησης της ροής ασθενών προς αρκετές μονάδες του κλάδου και το 2013. Ωστόσο, όπως επισημαίνουν παράγοντες του κλάδου, η συνεχιζόμενη μείωση των τιμών των ιατρικών υπηρεσιών από αρκετές ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, σε μια προσπάθεια διατήρησης ή ακόμη και αύξησης της «πελατειακής» τους βάσης, η περαιτέρω μείωση των τιμών των φαρμάκων και κυρίως η επιβολή του Νόμου 4172/2013 (μηχανισμός clawback και rebate), είχαν σαν αποτέλεσμα, η συνολική αξία της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας να εμφανίζεται σημαντικά μειωμένη το 2013, μείωση η οποία συνεχίστηκε και το 2014, αλλά με πολύ πιο ήπιο ρυθμό.

Οι επιπτώσεις της πολύχρονης ύφεσης είναι δραματικές για όλους τους τομείς της ελληνικής οικονομίας, με συνέπεια η αποκλιμάκωσή της να αποτελεί μια πολύ αργή διαδικασία, που θα απαιτήσει τεράστιες προσπάθειες.

Παρά το γεγονός ότι το 2014 είχαν διαφανεί κάποια σημάδια ανάκαμψης, η αβεβαιότητα που επικρατεί στην παρούσα φάση έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επιχειρηματική δραστηριότητα γενικά.

Η εξισορρόπηση της ελληνικής οικονομίας και η αποκατάσταση ομαλών ρυθμών λειτουργίας της αγοράς, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την πολυπόθητη ανάκαμψη και κατ' επέκταση την προσέλκυση νέων επενδύσεων.

Η οικονομική συγκυρία της χώρας σε συνδυασμό με τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών, εξακολουθεί να επηρεάζει τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Η σημαντική έλλειψη ρευστότητας στην αγορά δυσχεραίνει και τις λειτουργικές δραστηριότητες του εξεταζόμενου κλάδου. Παράλληλα, οι κυβερνητικές αποφάσεις για την εφαρμογή εκπτώσεων και μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback και rebate) του άρθρου 100 του Ν.4172/2013, εξακολούθησαν να ισχύουν και το 2014 και θα ισχύουν και τα επόμενα έτη.

Κομβικό σημείο για τον κλάδο θα αποτελέσει η αναδιοργάνωση και οικονομική στήριξη του ΕΟΠΥΥ, ώστε να λειτουργεί αποδοτικά σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα υγείας, καταρτίζοντας προϋπολογισμό ανά πάροχο και προχωρώντας σε ελέγχους των υποβολών σε πραγματικό χρόνο, εκπληρώνοντας παράλληλα και τις συμβατικές οικονομικές του υποχρεώσεις.

Στο πλαίσιο αυτό και με βάση τις ισχύουσες συνθήκες της αγοράς, οι βασικοί άξονες στους οποίους θα πρέπει να κινηθούν οι εταιρείες του κλάδου είναι οι εξής:

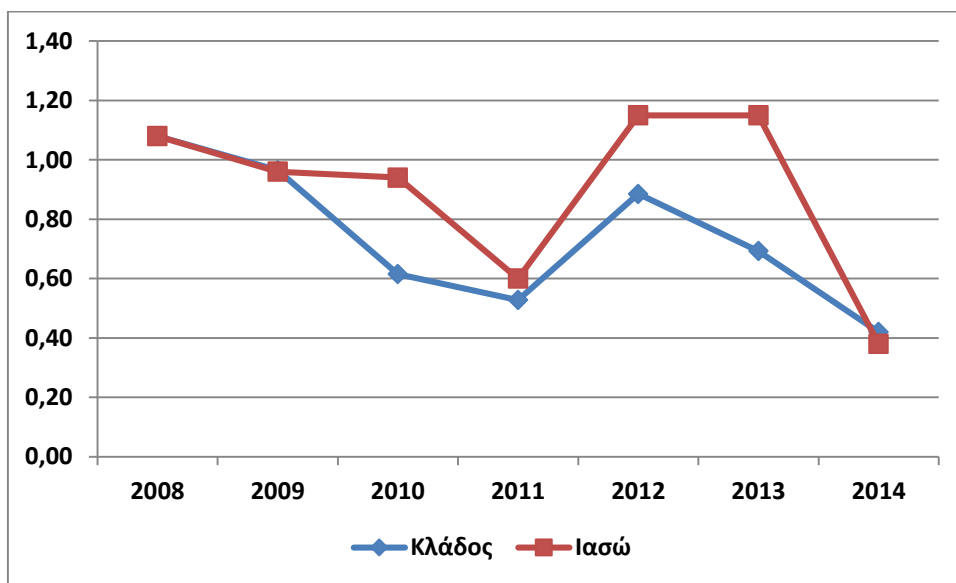
- Έμφαση στην παροχή υπηρεσιών προστιθέμενης αξίας, με προσανατολισμό προς τις περισσότερο αποδοτικές υπηρεσίες (γηριατρική, κατ' οίκον νοσηλεία κλπ.).
- Διάθεση καινοτόμων υπηρεσιών σε εξειδικευμένες αγορές.
- Αποτελεσματικότερη συνεργασία με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και η προσφορά απ' αυτές «ευέλικτων» προγραμμάτων.
- Ενίσχυση της εξωστρέφειας και ανάπτυξη του «ιατρικού τουρισμού», μέσω της προσέλκυσης και αποδοχής αλλοδαπών ασθενών από τρίτες χώρες (medical tourism).

- Σύναψη συνεργασιών με ιατρικούς επιχειρηματικούς ομίλους του εξωτερικού σε επίπεδο ανταλλαγής τεχνογνωσίας και πληροφοριών.
- Προσαρμογή των μονάδων υγείας στις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες της αγοράς και προσφορά (απ' αυτές) περισσότερο προσιτών «πακέτων» νοσηλείας και διαγνωστικών εξετάσεων προς τους καταναλωτές.
- Περαιτέρω επέκταση σε αγορές του εξωτερικού.

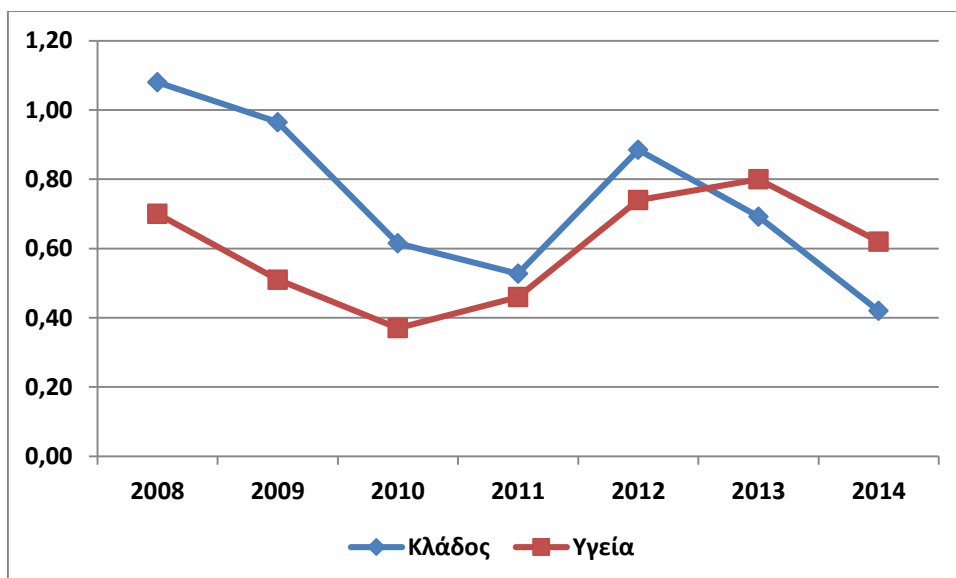
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Benchmarking – Γενική Ρευστότητα

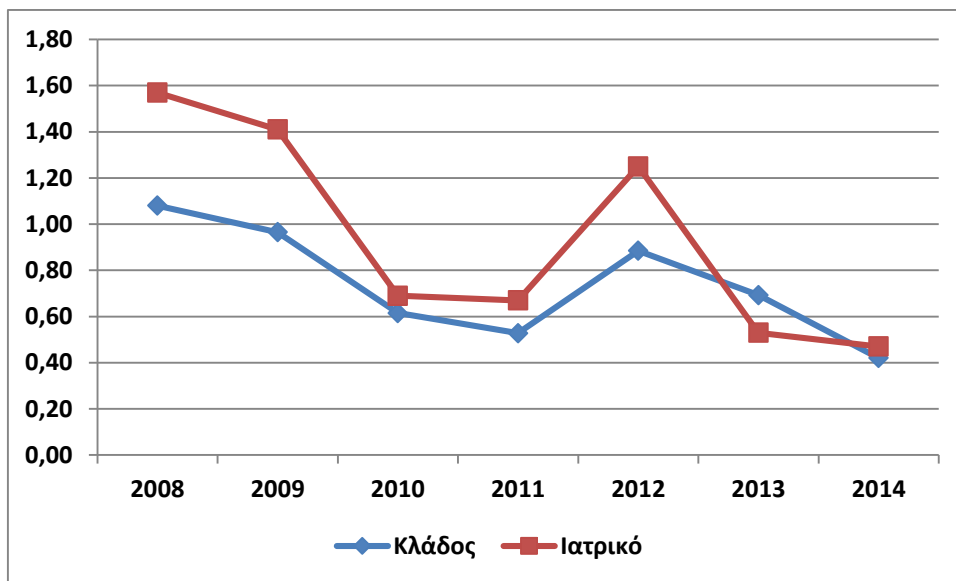
Δ1: Γενική Ρευστότητα Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



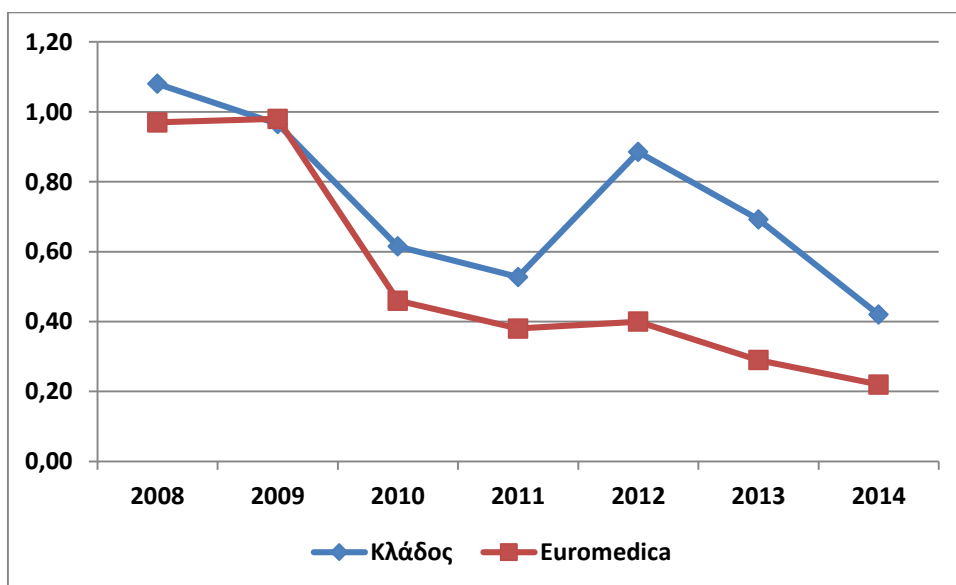
Δ2: Γενική Ρευστότητα Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ3: Γενική Ρευστότητα Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

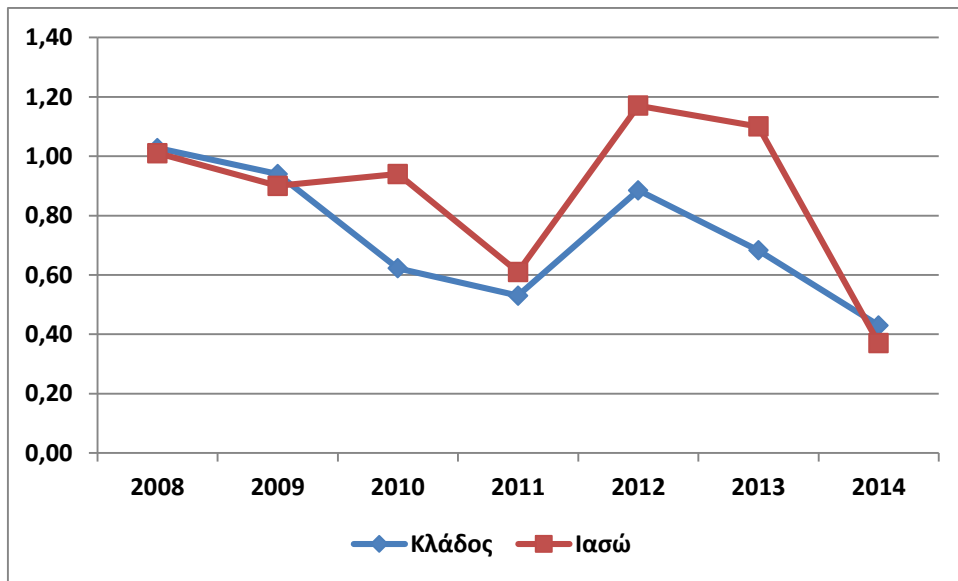


Δ4: Γενική Ρευστότητα Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

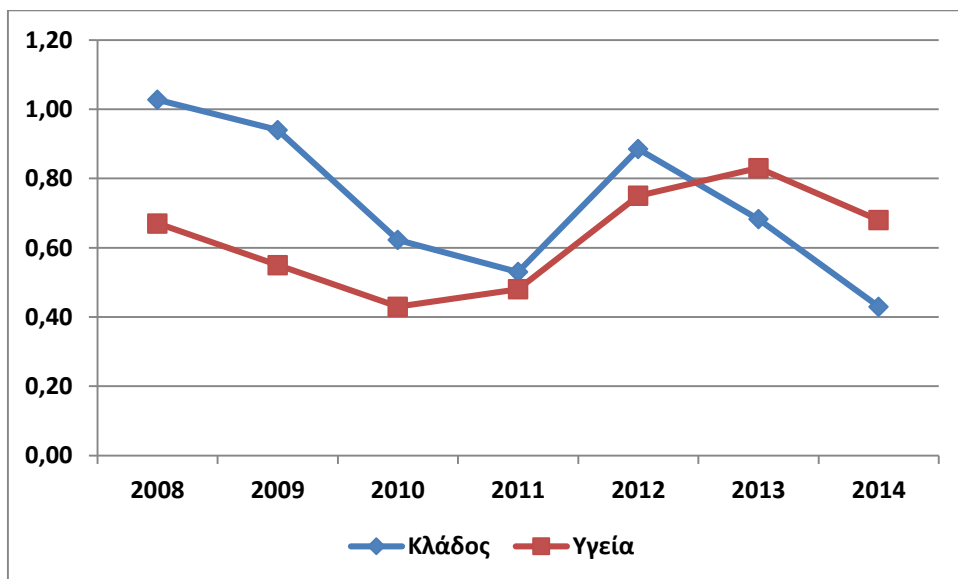


Benchmarking – Ειδική Ρευστότητα

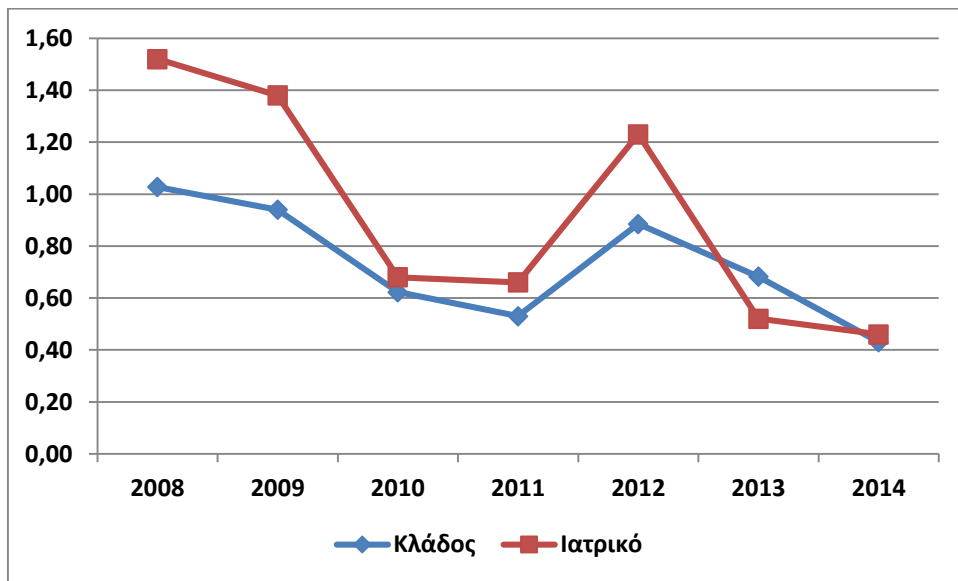
Δ.5: Ειδική Ρευστότητα Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



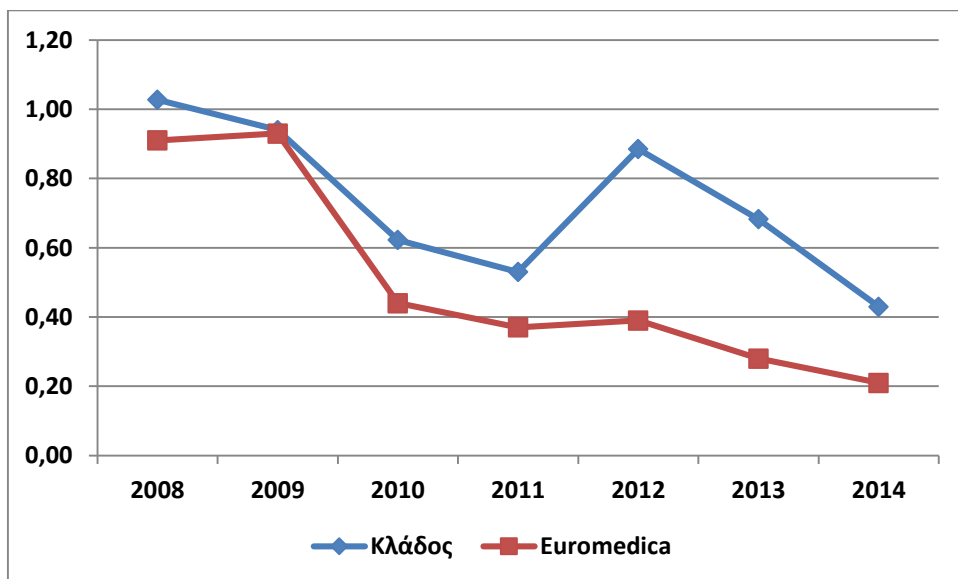
Δ.6: Ειδική Ρευστότητα Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.7: Ειδική Ρευστότητα Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

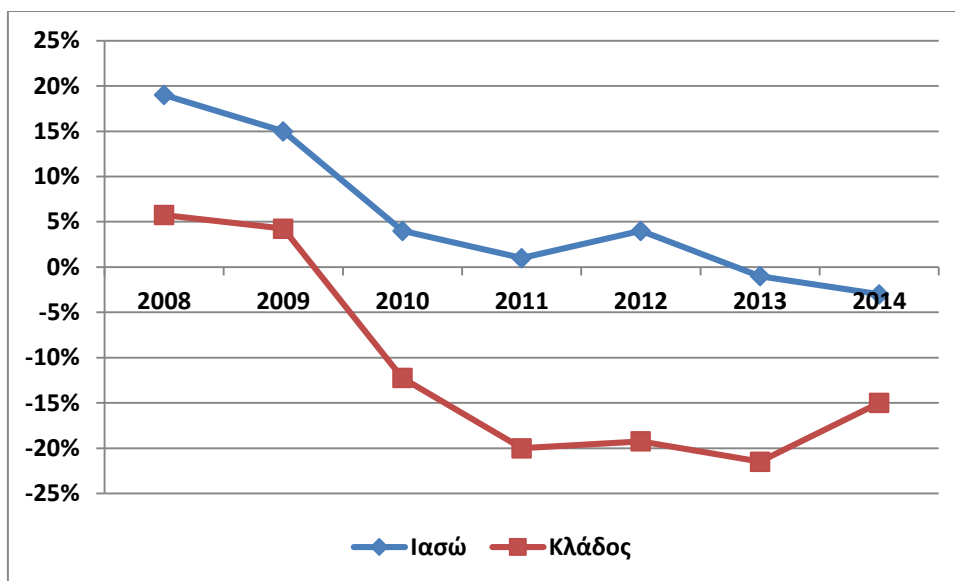


Δ.8: Ειδική Ρευστότητα Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

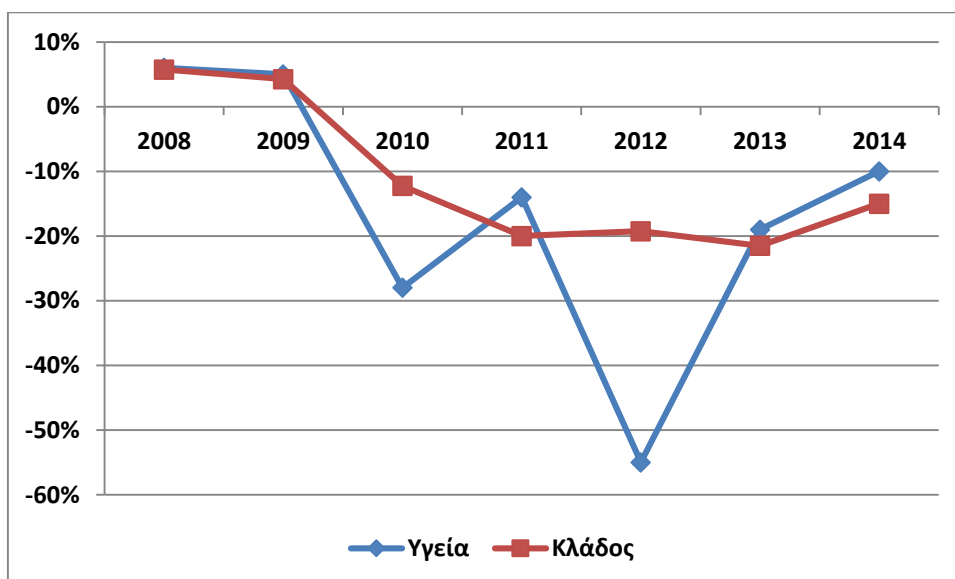


Benchmarking – Καθαρό Περιθώριο Κέρδους

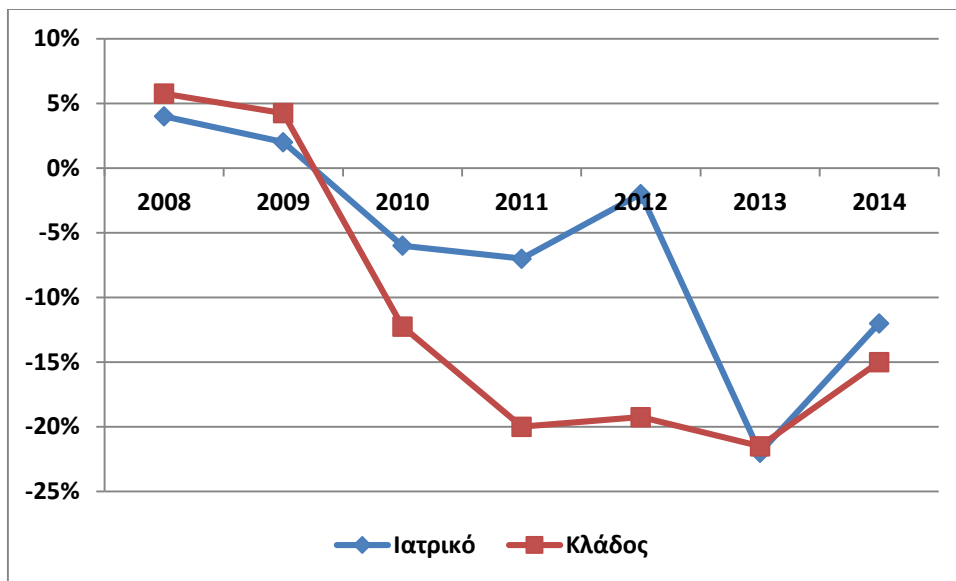
Δ.9: Καθαρό περιθώριο κέρδους Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



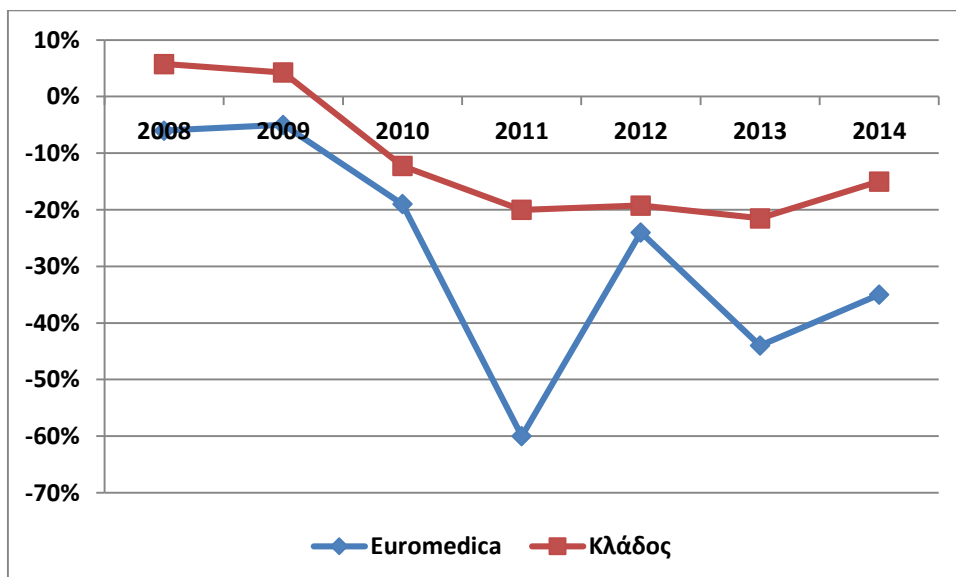
Δ.10: Καθαρό περιθώριο κέρδους Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.11: Καθαρό περιθώριο κέρδους Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

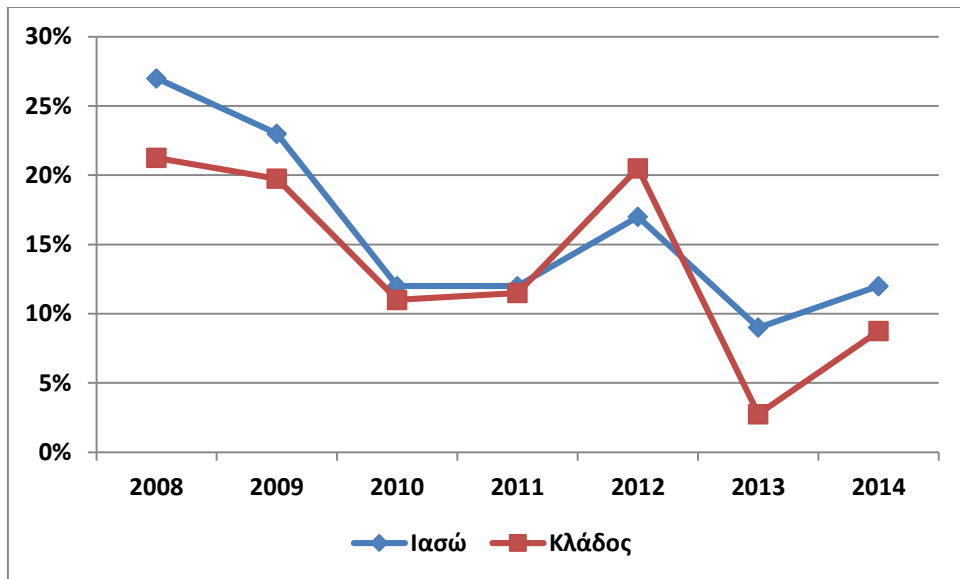


Δ.12: Καθαρό περιθώριο κέρδους Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

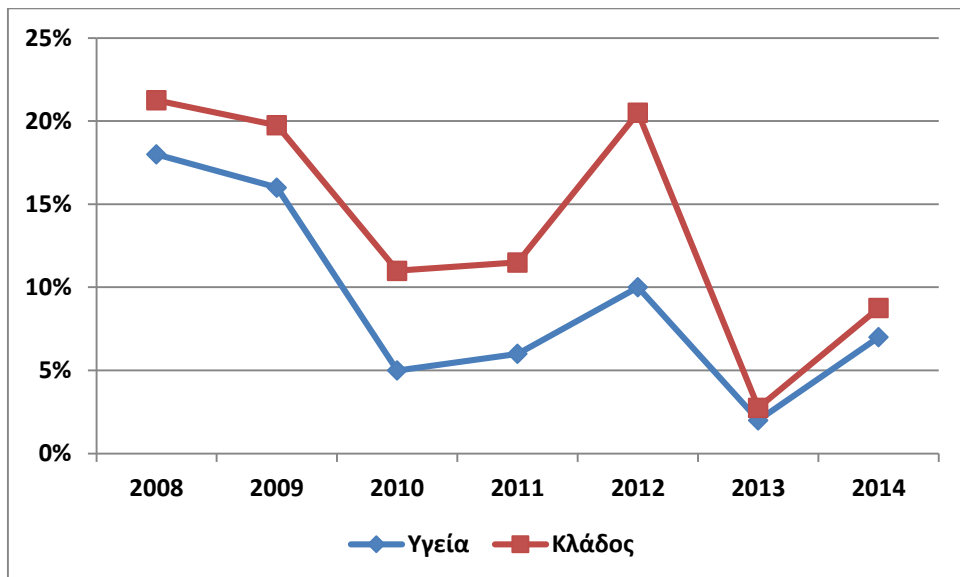


Benchmarking – Μικτό Περιθώριο Κέρδους

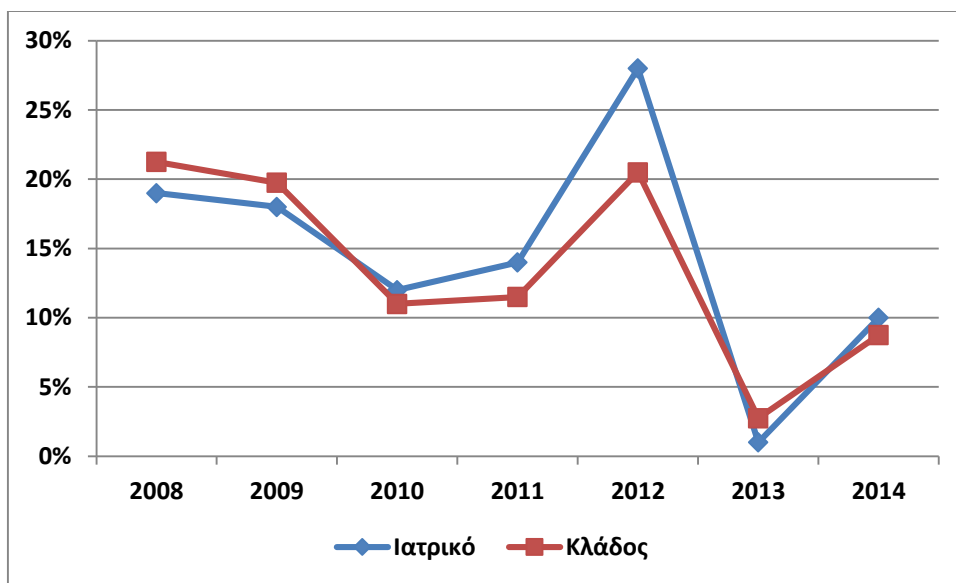
Δ.13: Μικτό περιθώριο κέρδους Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



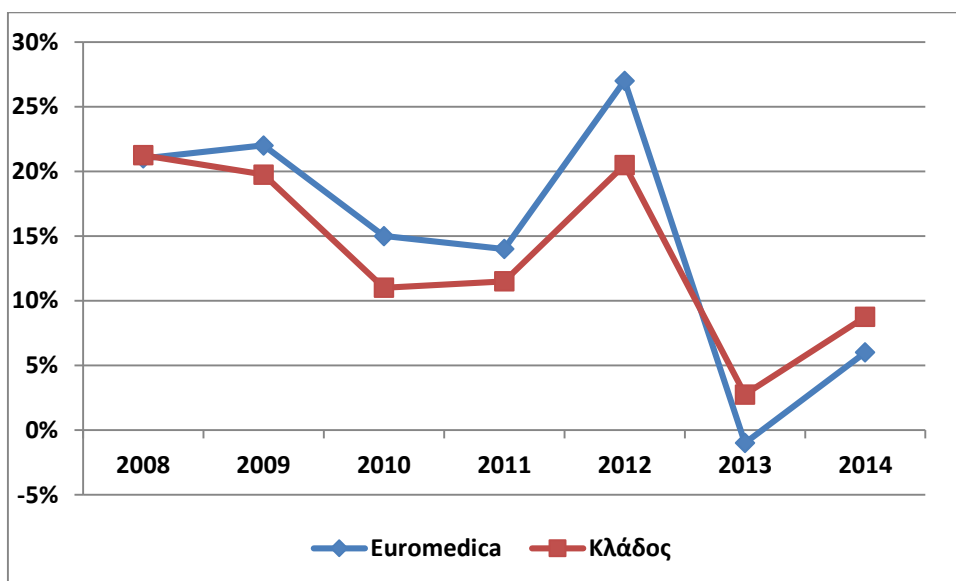
Δ.14: μικτό περιθώριο κέρδους Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.15: μικτό περιθώριο κέρδους Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

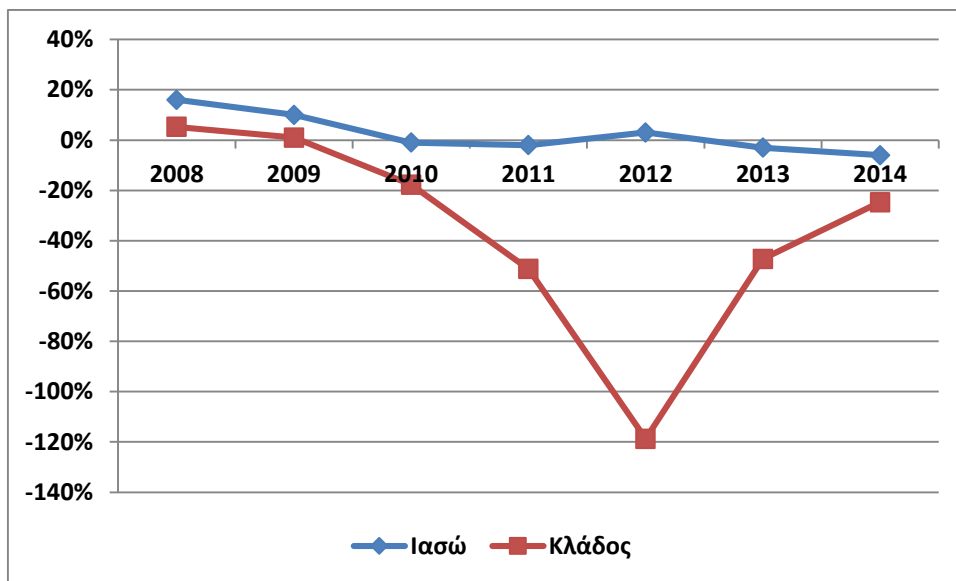


Δ.16: μικτό περιθώριο κέρδους Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

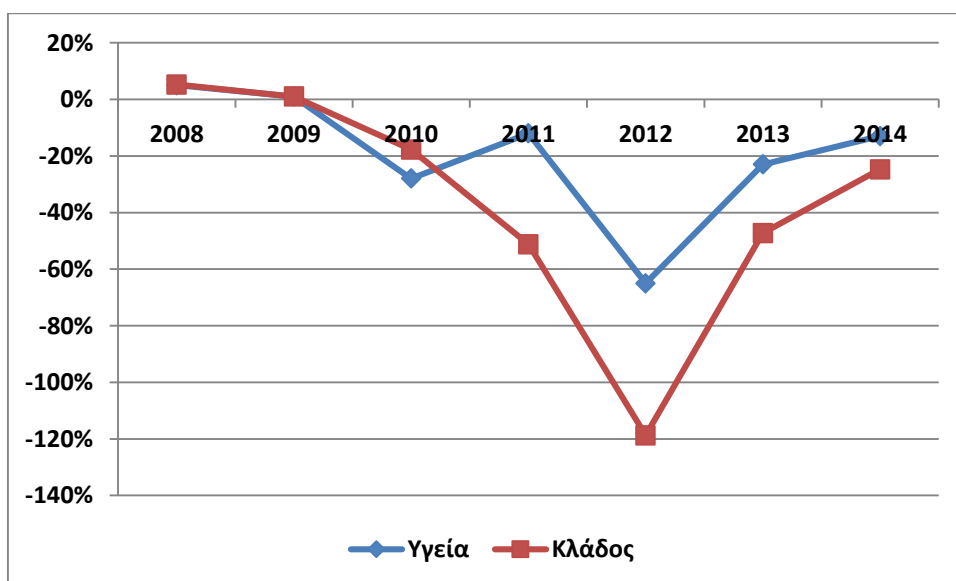


Benchmarking – Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων

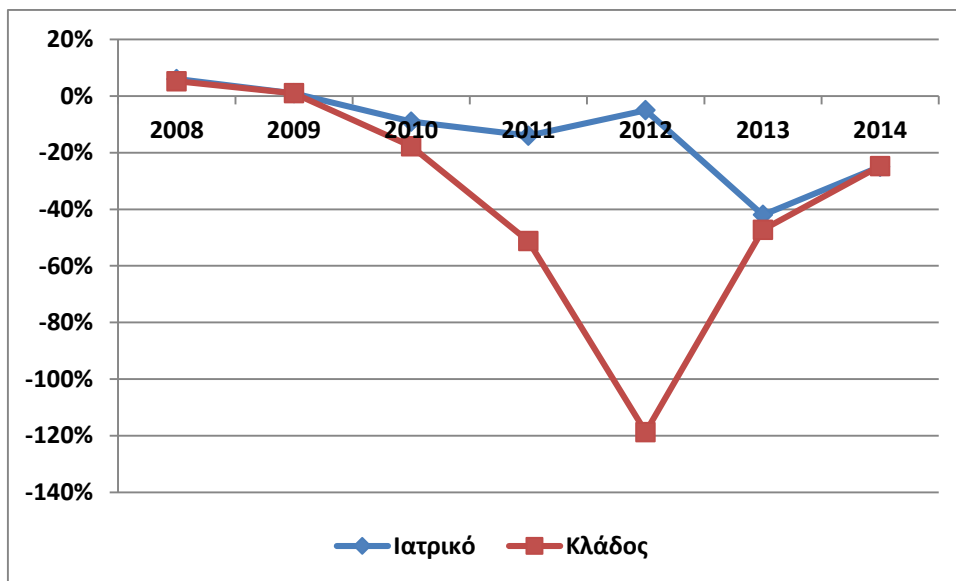
Δ.17: Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



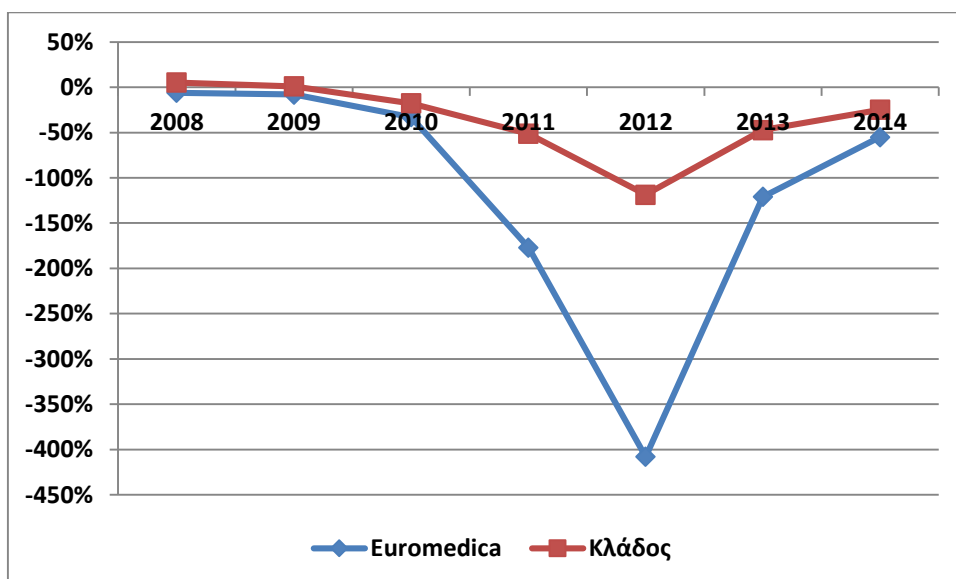
Δ.18: Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.19: Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

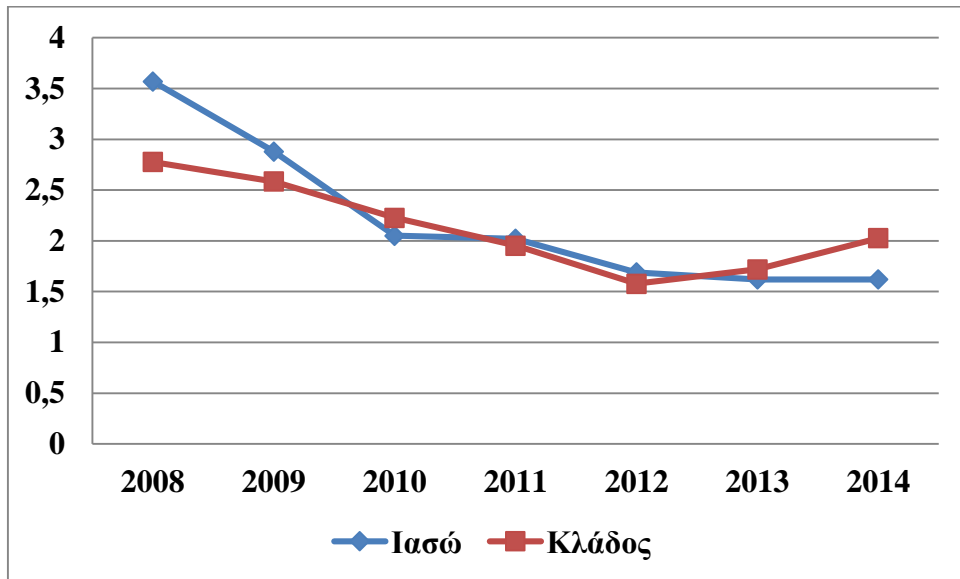


Δ.20: Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

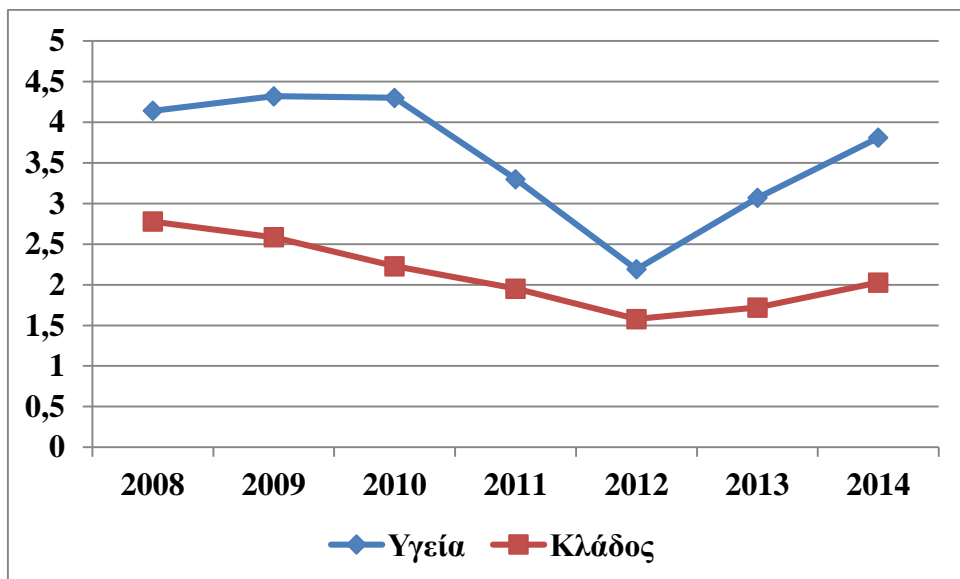


Benchmarking – Ταχύτητα Εισπράξεως Απαιτήσεων

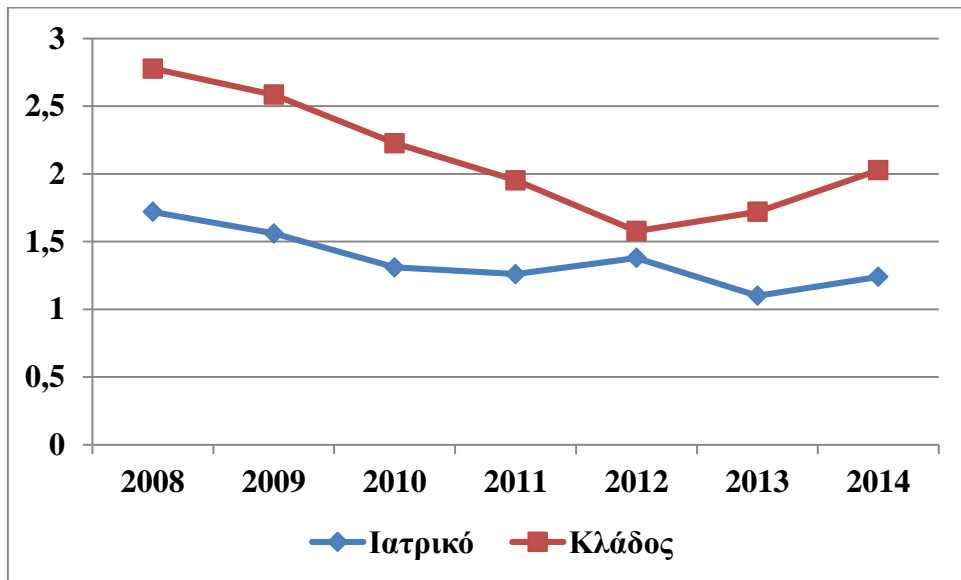
Δ.21: Ταχύτητα Εισπράξεως Απαιτήσεων Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



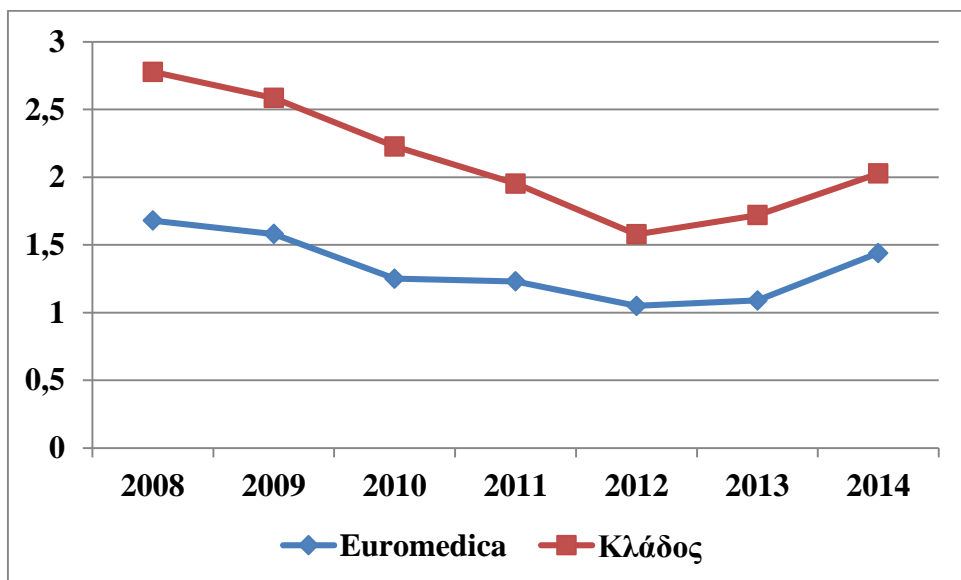
Δ.22: Ταχύτητα Εισπράξεως Απαιτήσεων Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.23: Ταχύτητα Εισπράξεως Απαιτήσεων Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

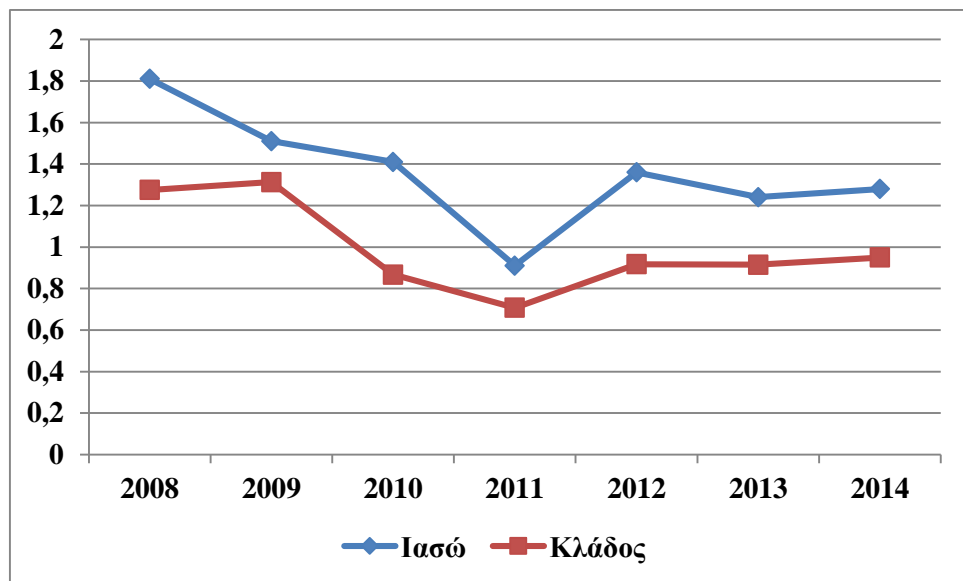


Δ.24: Ταχύτητα Εισπράξεως Απαιτήσεων Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

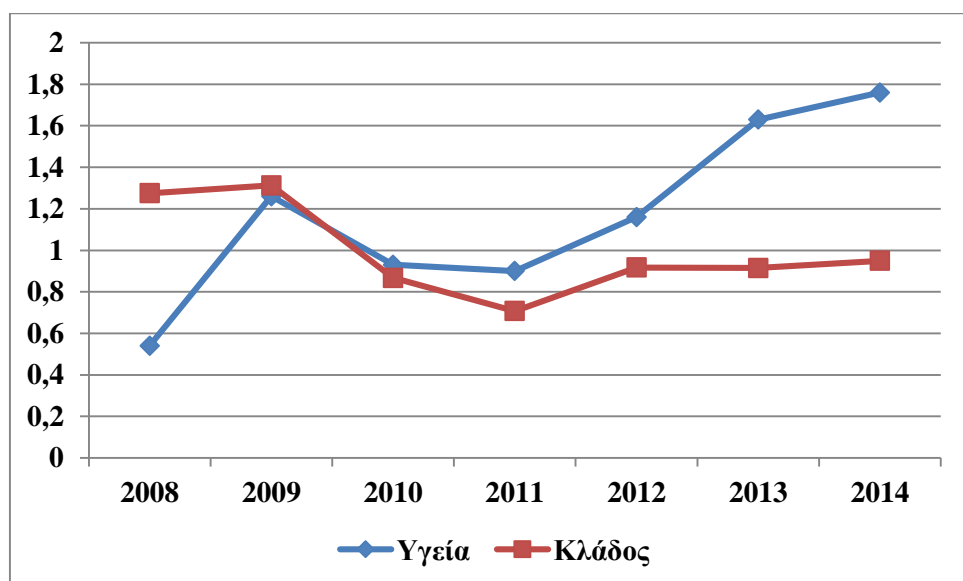


Benchmarking – Ταχύτητα Εξόφλησης Υποχρεώσεων

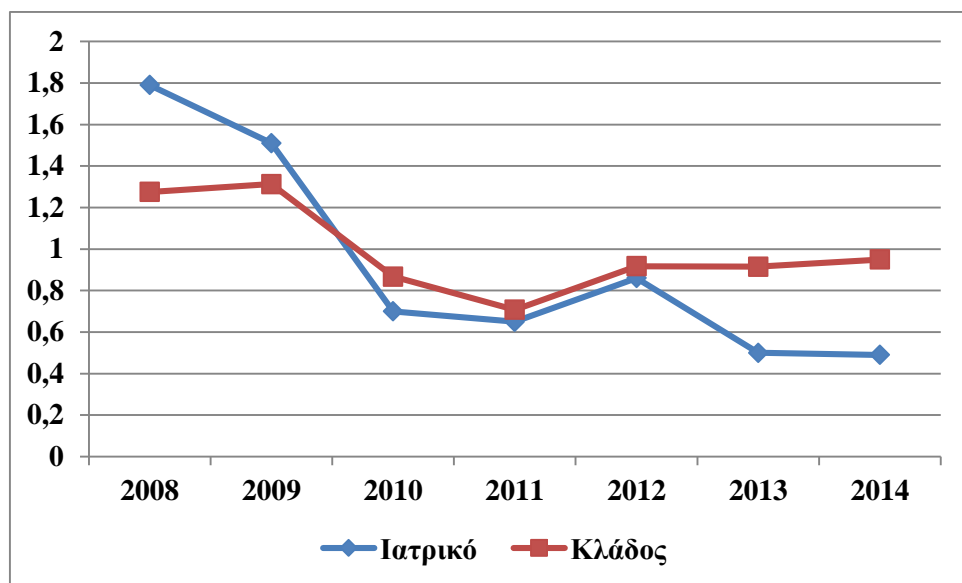
Δ.25: Ταχύτητα Εξόφλησης Υποχρεώσεων Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



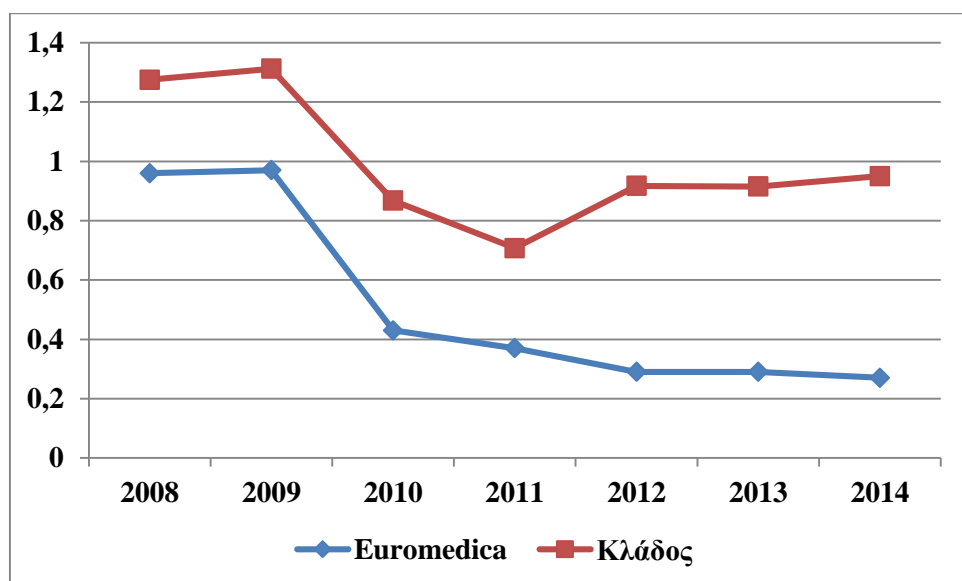
Δ.26: Ταχύτητα Εξόφλησης Υποχρεώσεων Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.27: Ταχύτητα Εξόφλησης Υποχρεώσεων Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

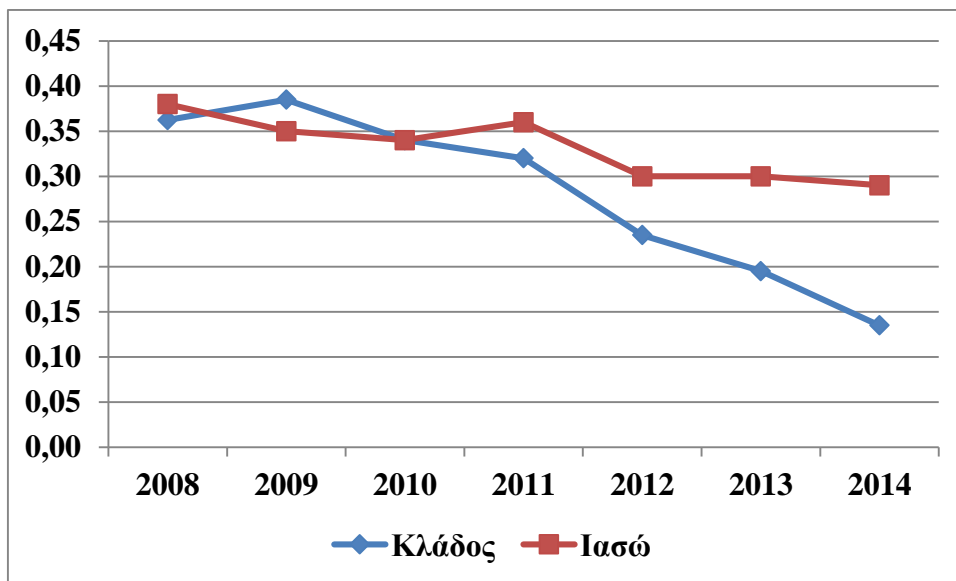


Δ.28: Ταχύτητα Εξόφλησης Υποχρεώσεων Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

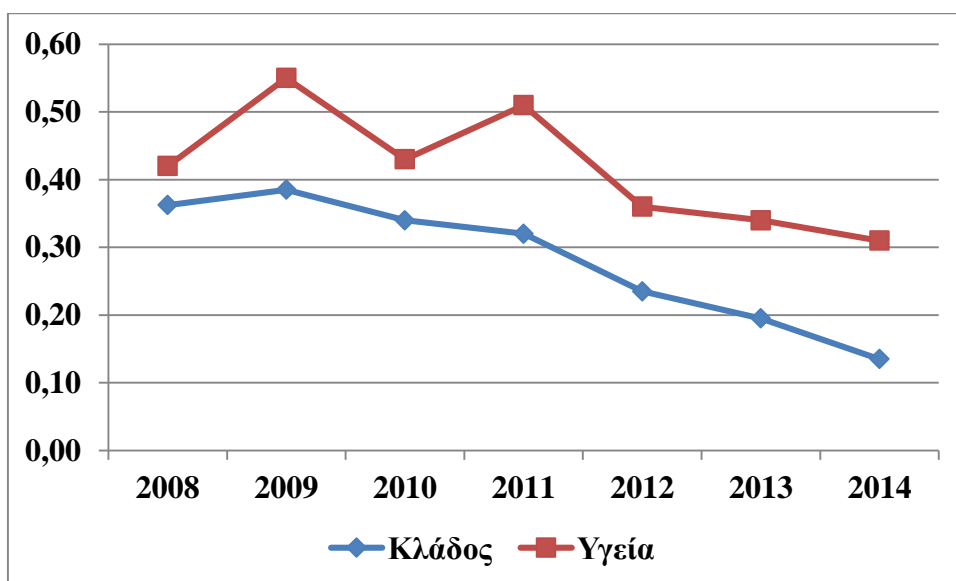


Benchmarking- Ίδια προς Συνολικά κεφάλαια

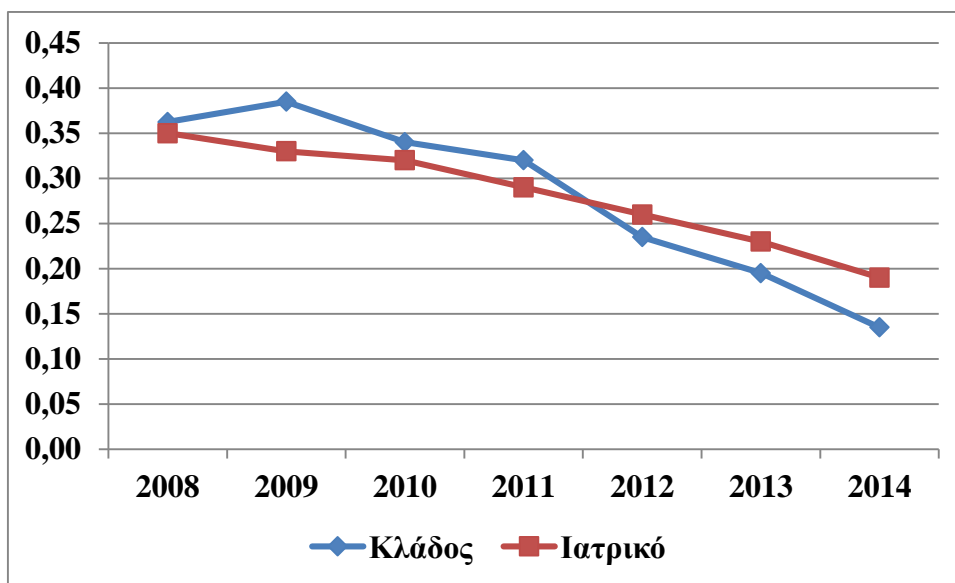
Δ.29 : Ίδια προς Συνολικά Κεφάλαια Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



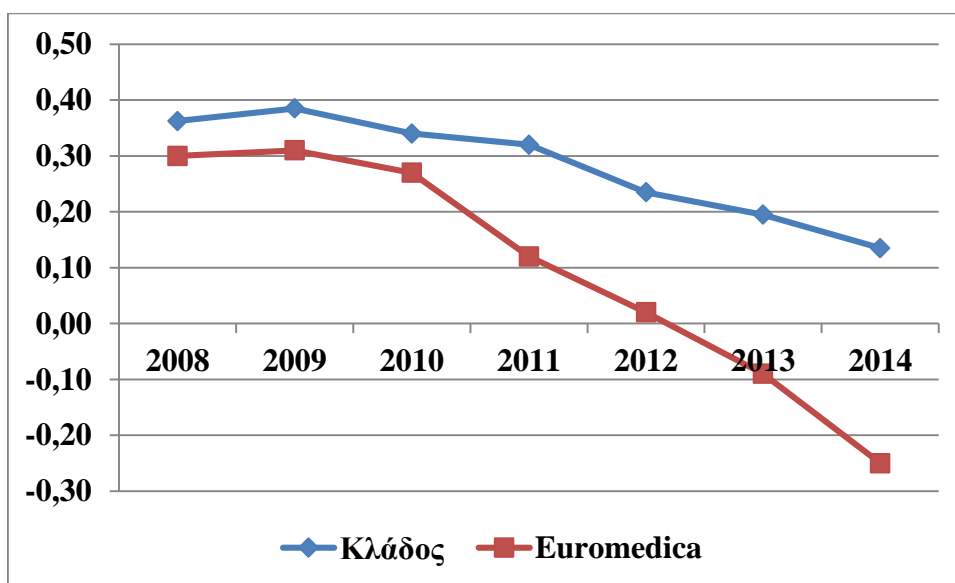
Δ.30: Ίδια προς Συνολικά Κεφάλαια Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.31: Ίδια προς Συνολικά Κεφάλαια Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

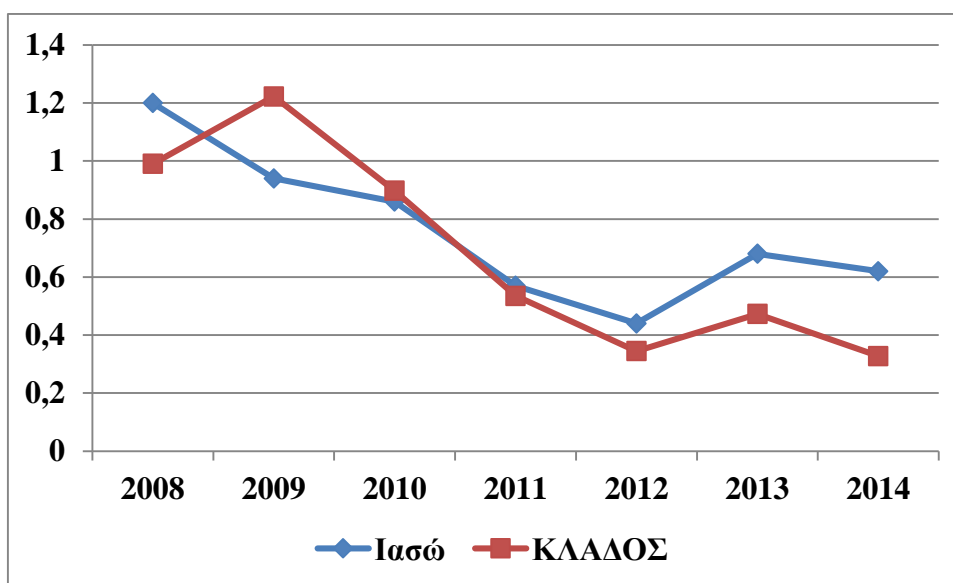


Δ.32: Ίδια προς Συνολικά Κεφάλαια Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

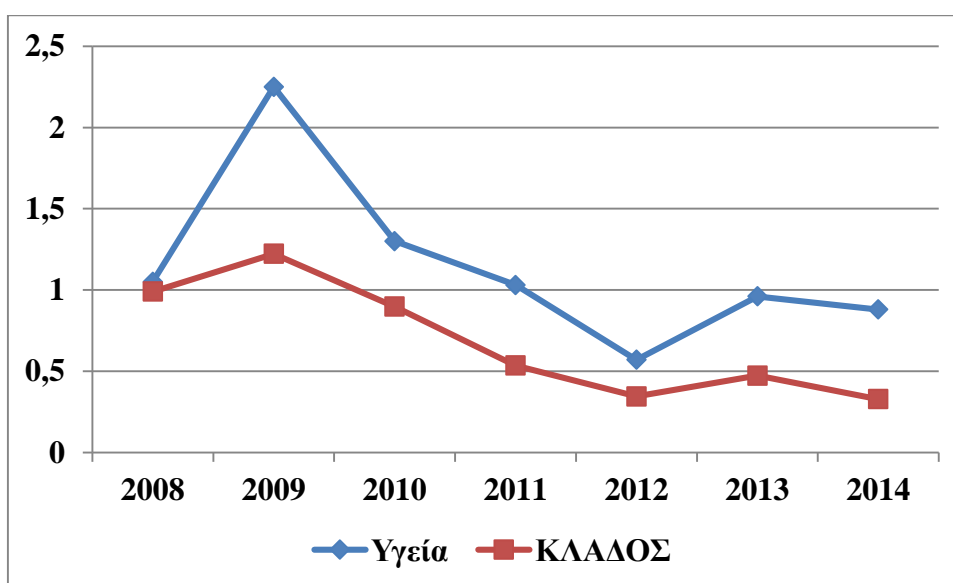


Benchmarking – Ίδια προς Ξένα Κεφάλαια

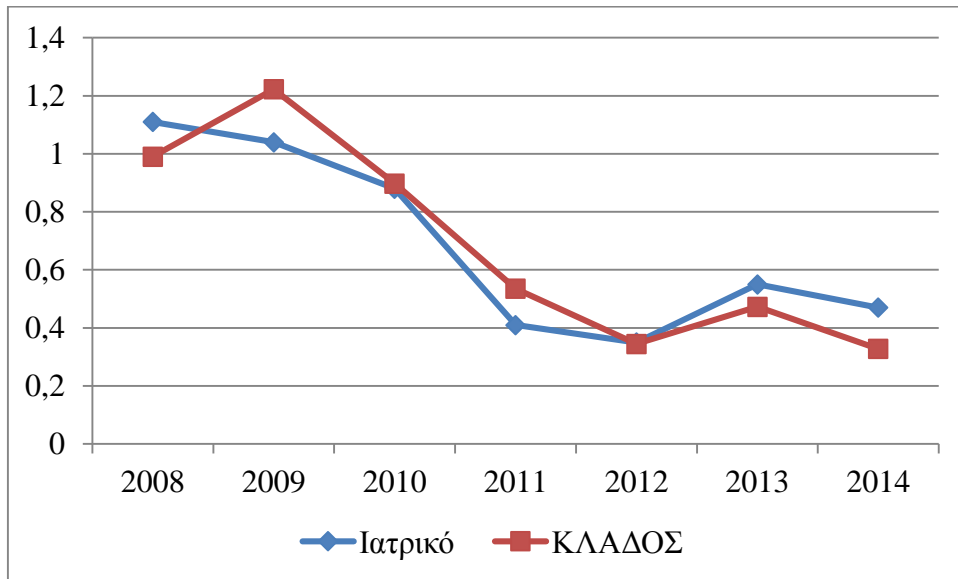
Δ.33: Ίδια προς Ξένα Κεφάλαια Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



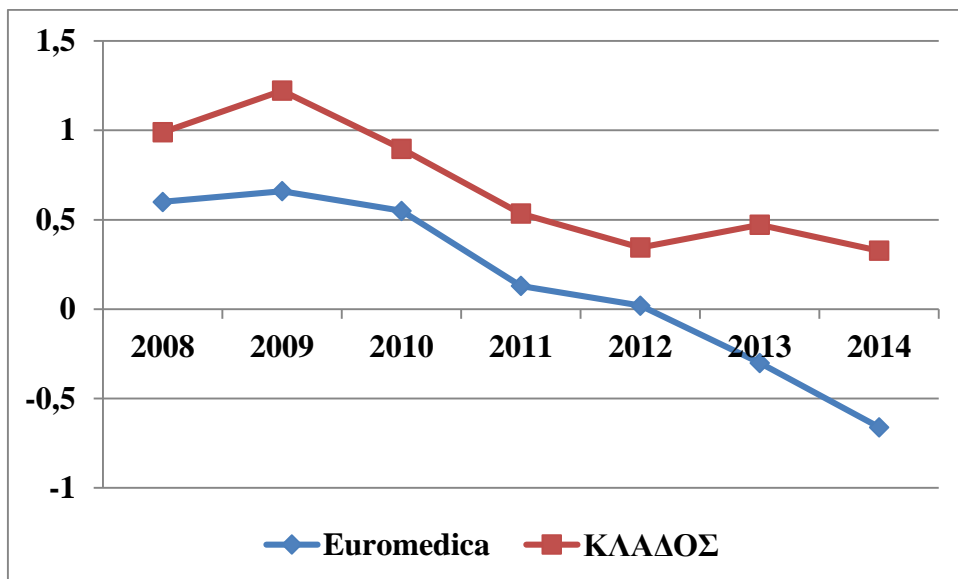
Δ.34: Ίδια προς Ξένα Κεφάλαια Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.35: Ίδια προς Ξένα Κεφάλαια Ομίλου Ιατρικού σε σχέση με τον κλάδο

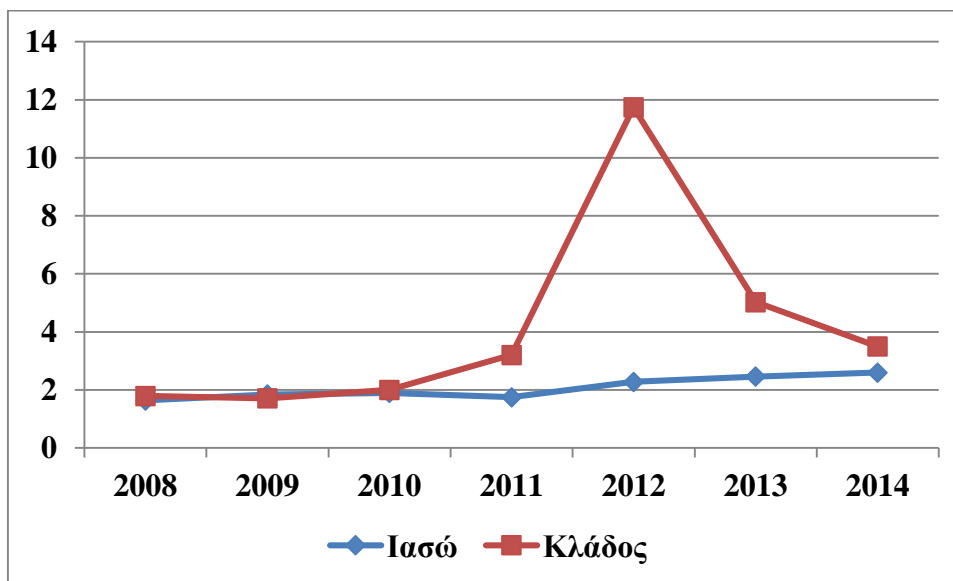


Δ.36: Ίδια προς Ξένα Κεφάλαια Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο

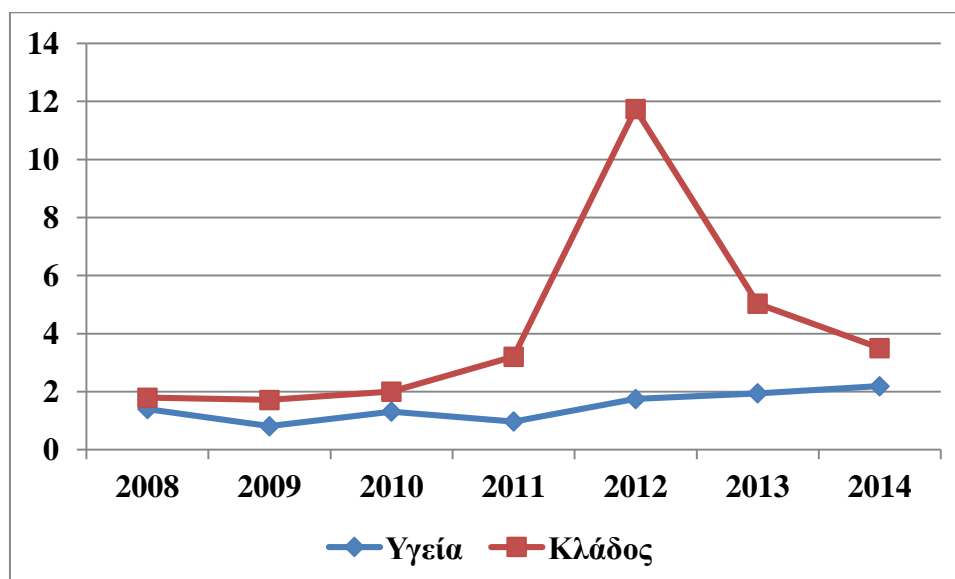


Benchmarking – Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια

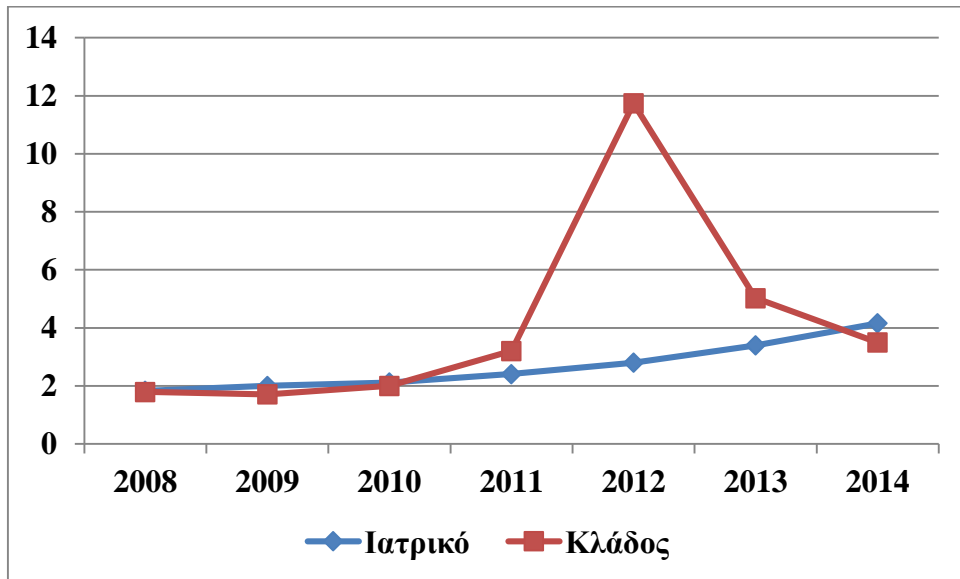
Δ.37: Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια Ομίλου Ιασώ σε σχέση με τον κλάδο



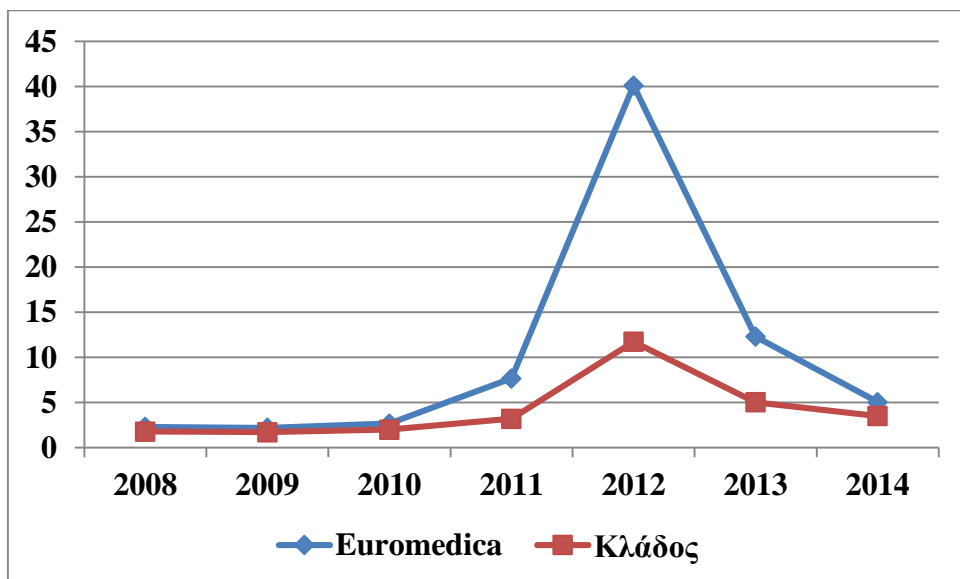
Δ.38 : Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια Ομίλου Υγεία σε σχέση με τον κλάδο



Δ.39: Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια Ομίλου Ιατρικό σε σχέση με τον κλάδο



Δ.40.: Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια Ομίλου Euromedica σε σχέση με τον κλάδο



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Γκίκας, Δ.Χ. (2002). Η Ανάλυση και οι Χρήσεις των Λογιστικών Καταστάσεων, Εκδόσεις Γ.Μπένου, Αθήνα.

Μπέης, Ι. (2007). Ανάλυση ισολογισμών με δείκτες για την λήψη αποφάσεων, Εκδόσεις Επίκεντρο Α.Ε, Αθήνα.

Νιάρχου, Ν.Α. (1997). Χρηματοοικονομική Ανάλυση Λογιστικών Καταστάσεων, Εκδόσεις Α.Σταμούλης, Αθήνα.

Λιόνης, Χ. (2003), Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών στη γενική ιατρική στην Ελλάδα: ένα κείμενο ομοφωνίας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Icar, (2015). Κλαδική μελέτη, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας.

Σουλιώτης, Κ. και Κυριόπουλος, Γ. (2001), Η Πολιτική διαμόρφωσης των τιμών και οι επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας. Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Αλετράς, Β. και Ματσαγγάνης, Δ. (2002), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας τόμος Α, ΕΑΠ Πάτρα.

Υφαντόπουλος, Γ. (2006), Τα οικονομικά της υγείας, Εκδόσεις Τυπόθητω, Αθήνα.

Ξένη

Marmor, Th. (2009), Action et politique de soins médicaux aux Etas –Unis. In Carnet de santé de la France.

Wolper, F. Lawrence. (2001), Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, μετάφραση Μ.Καραμαλής, Εκδόσεις Mediforce.

Porter, M. (1985) Competitive Advantage: Creating and sustaining superior performance.

Διαδικτυακές Πηγές

<http://www.sev.org.gr/Uploads/pdf/YGEIA.pdf>

<https://www.sfee.gr/fek-143a7-10-1983-ethniko-sistima-igias>

http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos%204172_2013

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

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

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

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

<http://www.eopyy.gov.gr/>