



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

“ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ”



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Χρηματοοικονομική Ανάλυση Οικονομικών καταστάσεων: Μελέτη
Περίπτωσης Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος
Παπανικολάου»**

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ ΣΥΜΕΩΝ ΜΤΒ00032

Επιβλέπων καθηγητής

Τσινασλανίδης Πρόδρομος

Καστοριά, Μάρτιος 2024



**UNIVERSITY OF
WESTERN MACEDONIA**

SCHOOL OF ECONOMIC SCIENCES

DEPARTMENT OF ECONOMIC SCIENCES

POSTGRADUATE PROGRAM

"PUBLIC ADMINISTRATION"



THESIS

**Financial Analysis of Financial Statements: case study of the General
Hospital of Thessaloniki «Georgios Papanikolaou»**

ANAGNOSTOU SIMEON MTB00032

Supervising professor

Tsinaslanidis Prodromos

Kastoria, March 2024

Copyright © 2024- ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ ΣΥΜΕΩΝ

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν αποκλειστικά τον συγγραφέα και δεν αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας

Ως συγγραφέας της παρούσας εργασίας δηλώνω πως η παρούσα εργασία δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής και δεν περιέχει υλικό από μη αναφερόμενες πηγές.

«Η παρούσα διπλωματική εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την τριμελή εξεταστική επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, σύμφωνα με το νόμο και τον εγκεκριμένο Οδηγό Σπουδών του ΠΜΣ «Δημόσια Διοίκηση». Τα μέλη της Επιτροπής ήταν:

- 1) ΤΣΙΝΑΣΛΑΝΙΔΗΣ ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ
- 2) ΤΣΙΤΟΥΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ
- 3) ΔΡΙΤΣΑΚΗ ΜΕΛΠΙΟΜΕΝΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει αντιμετωπίσει σημαντικές προκλήσεις λόγω της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας του COVID-19. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης που έπληξε την Ελλάδα την περίοδο της χρεοκοπίας το 2010-2018, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέστη σοβαρές περικοπές στον προϋπολογισμό του. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των πόρων που διατέθηκαν για τη λειτουργία των νοσοκομείων, την αγορά φαρμάκων και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών. Ως αποτέλεσμα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό για πολλούς πολίτες.

Όσον αφορά την πανδημία του COVID-19, το ελληνικό σύστημα υγείας βρέθηκε αντιμέτωπο με μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη σύγχρονη ιστορία του. Η κυβέρνηση έλαβε μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας, συμπεριλαμβανομένου του εγκλεισμού, των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης και της αύξησης των διαθέσιμων κρεβατιών ΜΕΘ και των ιατρικών πόρων για την αντιμετώπιση των κρουσμάτων COVID-19.

Παρ' όλα αυτά, το σύστημα υγείας της Ελλάδας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει προκλήσεις, όπως η έλλειψη επαρκών πόρων, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και η υποχρηματοδότηση του συστήματος. Η πανδημία του COVID-19 έχει αποκαλύψει ακόμη περισσότερο τις αδυναμίες και τις ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας, ενισχύοντας την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις που θα βελτιώσουν την ποιότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους πολίτες.

Η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει στη διεξαγωγή οικονομικής ανάλυσης των οικονομικών καταστάσεων του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου» από το 2018 έως το 2021. Ως μία από τις μεγαλύτερες μονάδες δημόσιας υγείας της χώρας, στόχος είναι να εξεταστεί η οικονομική του κατάσταση υπό το πρίσμα των οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον τομέα της δημόσιας υγείας και οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες, εξάγοντας τελικά ουσιαστικά συμπεράσματα.

Με την εφαρμογή της μεθόδου του δείκτη, διενεργήθηκε ολοκληρωμένη εξέταση των οικονομικών καταστάσεων του νοσοκομείου, με επίκεντρο τη ρευστότητα, τη δραστηριότητα, την αποτελεσματικότητα και τη κεφαλαιακή διάρθρωση. Τα ευρήματα αυτής της ανάλυσης δείχνουν ότι η οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου έχει

επηρεαστεί αρνητικά από τις εφαρμοσμένες μεταρρυθμίσεις και τους οικονομικούς περιορισμούς. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από το κράτος έχουν περιορίσει τη δυνατότητα των διοικήσεων των νοσοκομείων να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τους πόρους τους. Παρά αυτές τις προκλήσεις, η βιωσιμότητα του νοσοκομείου παραμένει ανέπαφη λόγω της εξάρτησής του από κρατικές επιχορηγήσεις έκτακτης ανάγκης.

Λέξεις κλειδιά: Σύστημα υγείας, Covid-19, Χρηματοοικονομική Ανάλυση, Αριθμοδείκτες, Νοσοκομείο Γεώργιος Παπανικολάου

ABSTRACT

The Greek healthcare system has faced significant challenges due to the economic crisis and the COVID-19 pandemic. During the economic crisis that hit Greece during the bankruptcy period 2010-2018, the Greek health system suffered severe budget cuts. This resulted in a reduction in the resources allocated for the operation of hospitals, the purchase of medicines and other health services. As a result, access to health services was greatly reduced for many citizens.

With regard to the COVID-19 pandemic, the Greek health system was faced with one of the greatest challenges in its modern history. The government has taken measures to address the pandemic, including incarceration, social distancing measures and an increase in the availability of ICU beds and medical resources to deal with COVID-19 outbreaks.

Nevertheless, the health system in Greece continues to face challenges, such as lack of adequate resources, lack of qualified staff and underfunding of the system. The COVID-19 pandemic has further revealed the weaknesses and needs of the Greek health system, reinforcing the need for reforms to improve the quality and access to health services for citizens.

This thesis aims to conduct an economic analysis of the financial statements of the General Hospital of Thessaloniki "Georgios Papanikolaou" from 2018 to 2021. As one of the largest public health units in the country, the aim is to examine its financial situation in light of the reforms implemented in the public health sector and the difficult economic conditions, ultimately drawing meaningful conclusions.

By applying the index method, a comprehensive examination of the hospital's financial statements was conducted, focusing on liquidity, activity, efficiency and capital structure. The findings of this analysis indicate that the financial condition of the hospital has been negatively affected by the implemented reforms and financial constraints. Decisions made by the government have limited the ability of hospital managements to manage their resources effectively. Despite these challenges, the hospital's sustainability remains intact due to its dependence on government emergency grants.

Key words: Health system, Covid-19, Financial Analysis, Financial ratios, George Papanikolaou Hospital

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύστημα Υγείας.....	12
1.1 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα	13
1.2 Η Οικονομική Προσαρμογή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	16
1.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	20
1.4 Τα Νοσοκομεία Μαγνήτες.....	23
1.5 Επίδραση των Ανθρώπινων Πόρων στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο την Πανδημίας Covid-19.....	27
2.1 Εισαγωγή.....	27
2.2 Πανδημικό Ξέσπασμα COVID-19	30
2.3 Πανδημία και Ψυχική Υγεία	32
2.4 Μαθαίνοντας από την Πανδημία.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η Χρηματοοικονομική Ανάλυση.....	38
3.1 Εισαγωγή.....	38
3.2 Η Θέση του Αναλυτή.....	38
3.3 Στάδια Ανάλυσης.....	40
3.4 Μέθοδοι Ανάλυσης.....	40
3.5 Η Χρηματοοικονομική Ανάλυση στα Νοσοκομεία	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Αριθμοδείκτες.....	42
4.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας (liquidity ratios).....	43
4.1.1 Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας	43
4.1.2 Αριθμοδείκτης Άμεσης ή Ειδικής Ρευστότητας.....	44
4.1.3 Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας.....	44
4.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας (profitability ratios).....	45

4.2.1	Αριθμοδείκτης Μικτού Περιθωρίου Κέρδους.....	45
4.2.2	Αριθμοδείκτης Καθαρού Περιθωρίου Κέρδους	45
4.2.3	Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού	46
4.2.4	Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων	46
4.2.5	Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης	47
4.3	Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας (activity ratios)	47
4.3.1	Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού	47
4.3.2	Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων	48
4.3.3	Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων.....	48
4.4	Αριθμοδείκτες Χρέους-Διάρθρωσης Κεφαλαίου (debt-structure ratios)	49
4.4.1	Αριθμοδείκτης Χρέους.....	49
4.4.2	Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης	49
4.4.3	Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας.....	50
	ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	51
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	51
5.1	Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου».....	51
5.2	Υπολογισμός και σχολιασμός Αριθμοδεικτών	53
5.2.1	Αριθμοδείκτες Ρευστότητας.....	53
5.2.2	Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας	58
5.2.3	Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας	65
5.2.4	Αριθμοδείκτες Χρέους - Διάρθρωσης Κεφαλαίου	69
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	73
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας	54
Διάγραμμα 2 Αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας	55
Διάγραμμα 3 Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας	57
Διάγραμμα 4 Αριθμοδείκτης Μικτού Κέρδους	59
Διάγραμμα 5 Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους	60
Διάγραμμα 6 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού.....	61
Διάγραμμα 7 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων.....	63
Διάγραμμα 8 Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης	64
Διάγραμμα 9 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού.....	66
Διάγραμμα 10 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων	67
Διάγραμμα 11 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων.....	68
Διάγραμμα 12 Αριθμοδείκτης Χρέους	70
Διάγραμμα 13 Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης	71
Διάγραμμα 14 Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας.....	72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας	53
Πίνακας 2 Αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας.....	55
Πίνακας 3 Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας	56
Πίνακας 4 Αριθμοδείκτης Μικτού Κέρδους	58
Πίνακας 5 Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους.....	59
Πίνακας 6 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού	60
Πίνακας 7 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων.....	62
Πίνακας 8 Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης	63
Πίνακας 9 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού	65
Πίνακας 10 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων.....	66
Πίνακας 11 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων	68
Πίνακας 12 Αριθμοδείκτης Χρέους	69
Πίνακας 13 Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης	70
Πίνακας 14 Αριθμοδείκτης Παραγοποίησης Περιουσίας	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύστημα Υγείας

Το πρώτο μέρος αυτού του κεφαλαίου εμβαθύνει στις θεμελιώδεις πτυχές του ελληνικού συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησής του. Εξετάζει πώς εξελίχθηκαν αυτά τα στοιχεία από την ίδρυση του ΕΣΥ μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Το δεύτερο μέρος εστιάζει στον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολό της, μαζί με τις βασικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόζονται στο πλαίσιο του μνημονίου για τον εξ ορθολογισμό του συστήματος υγείας και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνται στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2008 είχε εκτεταμένο αντίκτυπο σε χώρες σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, όπου εκδηλώθηκε ως κρίση δημόσιου χρέους. Η αξιοπιστία της χώρας χτυπήθηκε όταν το δημοσιονομικό έλλειμμα για το 2009 αναθεωρήθηκε από 6% σε 15,7% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), καθιστώντας αδύνατη την εξασφάλιση δανείων από τις διεθνείς αγορές (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021). Αντιμέτωπη με αυτή τη δεινή κατάσταση, η Ελλάδα ανέλαβε δράση το 2010 εφαρμόζοντας ένα εθνικό σχέδιο που αναζητούσε εξωτερική στήριξη για τη χρηματοδότηση του δημοσιονομικού της ελλείμματος. Ωστόσο, αυτή η στήριξη ήρθε με αυστηρούς όρους, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής μέτρων με στόχο τη μείωση των δημοσίων δαπανών (Σουλιώτης et al., 2018).

Από την υπογραφή των μνημονίων στήριξης γεννήθηκαν ορισμένες υποχρεώσεις σε σχέση με το σύστημα υγείας. Αυτές οι υποχρεώσεις περιελάμβαναν τη μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία στο 6% του ΑΕΠ και την εφαρμογή ενός συνόλου μεταρρυθμίσεων με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του δημόσιου συστήματος υγείας (Νιάκας, 2014). Ενώ αυτές οι μεταρρυθμίσεις είχαν αρχικά σκιαγραφηθεί στα Μνημόνια, η οικονομική κρίση λειτούργησε ως καταλύτης για την ταχεία εφαρμογή τους, καθώς θεωρήθηκαν απαραίτητα βήματα για την αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας (Σαραντοπούλου, 2015).

Όταν ξεκίνησε η οικονομική κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε ήδη σημαντικές δημοσιονομικές και διαρθρωτικές προκλήσεις (Χλέτσος, 2015). Παρά τις

προσπάθειες μεταρρύθμισης που είτε δεν απέδωσαν αποτελέσματα είτε δεν εκτελέστηκαν πλήρως, το σύστημα λειτουργούσε μέσα σε ένα ξεπερασμένο οργανωτικό πλαίσιο, οδηγώντας σε πολλαπλές αναποτελεσματικότητες (Economou et al., 2014). Κατά την τελευταία δεκαετία, το σύστημα έχει υποστεί έναν σταδιακό και ολοκληρωμένο μετασχηματισμό, με στόχο να γίνει πιο σύγχρονο, αποτελεσματικό και οικονομικά βιώσιμο. Αυτός ο μετασχηματισμός επιτεύχθηκε μέσω μιας σειράς διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που δίνουν προτεραιότητα στη βελτίωση της απόδοσης και στη μείωση του κόστους (ΟΟΣΑ, 2019).

1.1 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μικτή δομή, ενσωματώνοντας στοιχεία τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στο δημόσιο τομέα υπάρχει συνύπαρξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (ΚΑΥ). Σε όλη την ιστορία, η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας έπαιξε σημαντικό ρόλο τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Αρχικά, διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί λειτουργούσαν ως δημόσιοι φορείς υπό τον έλεγχο της κυβέρνησης. Ωστόσο, από το 2011, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) έχει συσταθεί ως ενιαίος φορέας (Economou et al., 2017).

Το 1983, η Ελλάδα έκανε ένα σημαντικό βήμα προς την καθιέρωση ενός συστήματος δημόσιας υγείας με την εισαγωγή του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983). Αυτό σηματοδότησε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια να διασφαλιστεί ότι το κοινωνικό αγαθό της υγείας ήταν προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες, δωρεάν και με ευθύνη του κράτους. Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ είχε πολλούς βασικούς στόχους, όπως η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και συμμετοχή, ο ενιαίος σχεδιασμός, η θέσπιση ολοκληρωμένου πλαισίου για τις υπηρεσίες υγείας, η δίκαιη κατανομή των πόρων, η προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και τη βελτίωση της οργάνωσης και παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Οι υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής, πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης προσφέρονται από το ΕΣΥ μέσω δημόσιων νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας. Επιπλέον, οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ασφαλιστικών οργανισμών, παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες μέσω των δικών τους κέντρων ή συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών. Ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει επίσης

σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού στο ελληνικό σύστημα υγείας, με ιδιωτικά νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια και γιατρούς να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους (Χλέτσος, 2015; Economou et al., 2017).

Παρά το γεγονός ότι ήταν η πιο σημαντική προσπάθεια μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα, η ιδρυτική νομοθεσία του ΕΣΥ απέτυχε να εφαρμόσει πλήρως ή να εφαρμόσει μόνο εν μέρει κρίσιμους νομοθετικούς κανονισμούς. Η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας δεν καρποφόρησε ποτέ, η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων δεν επιτεύχθηκε με επιτυχία και δεν επήλθε πραγματική αποκέντρωση. Παρόλο που τα ιδιωτικά νοσοκομεία έκλεισαν, ο ιδιωτικός τομέας επέμενε να διαδραματίζει κεντρικό ρόλο επεκτείνοντας σε άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όπως τα διαγνωστικά κέντρα. Επιπλέον, οι μηχανισμοί χρηματοδότησης και η κατανομή των πόρων αγνοήθηκαν πλήρως (Economou, 2010).

Κατά τη διάρκεια των ετών, το ελληνικό σύστημα υγείας υποβλήθηκε σε διάφορες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες με στόχο τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Ωστόσο, αυτές οι προσπάθειες χαρακτηρίζονταν συχνά από ασάφειες, με αποτέλεσμα την εξέλιξη ενός νοσοκομειοκεντρικού συστήματος με ένα κατακερματισμένο υποσύστημα ΠΦΥ. Αυτό το σύστημα μαστιζόταν από άνιση κατανομή πόρων, έλλειψη μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης, ανισότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, υψηλά ποσοστά επαγόμενης ζήτησης, απουσία κριτηρίων χρηματοδότησης και, τελικά, κλιμακούμενο κόστος υγείας, δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη (Ρεκλείτη et al., 2012; Economou et al., 2014; Χλέτσος, 2015).

Η χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ληφθεί από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον, διατίθεται επίσης υποστήριξη από διεθνείς φορείς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Τράπεζα, αν και αυτή η πηγή είναι πιο περιορισμένης φύσης (Νιάκας, 2002).

Ο δημόσιος τομέας αντλεί τους οικονομικούς του πόρους κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία, άμεση και έμμεση. Επιπλέον, τα έσοδα δημιουργούνται μέσω ειδικών φόρων που επιβάλλονται σε προϊόντα που έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία, όπως ο καπνός και το αλκοόλ. Επιπλέον, η υποχρεωτική καθολική ασφάλιση χρηματοδοτείται από

εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Μπακόλα et al., 2018).

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνει άτομα και οικογένειες που επωμίζονται το οικονομικό βάρος μέσω πληρωμών που πραγματοποιούνται για την πλήρη κάλυψη των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ή για τη συμπλήρωση δαπανών που δεν καλύπτονται από τη δημόσια ασφάλιση. Αυτό περιλαμβάνει το κόστος που σχετίζεται με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία μπορεί να επιβαρύνει τα άτομα, τα νοικοκυριά, τους εργοδότες ή τις επιχειρήσεις (Νιάκας, 2002). Επιπλέον, ένα μέρος της χρηματοδότησης από τον ιδιωτικό τομέα μπορεί επίσης να ληφθεί μέσω δωρεών και φιλανθρωπικών συνεισφορών από οργανισμούς που προωθούν τον εθελοντισμό και την αλληλεγγύη (Μπακόλα et al., 2018).

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι η μεγάλη εξάρτησή του από τα νοσοκομεία. Αυτό το χαρακτηριστικό διαμορφώνεται από την ελευθερία που έχουν οι ασθενείς στην επιλογή των υπηρεσιών υγείας, την έλλειψη μέτρων ελέγχου πρόσβασης και τη θολή γραμμή μεταξύ της εξωνοσοκομειακής και της νοσοκομειακής περίθαλψης που προκαλείται από τις πολυάριθμες οντότητες που προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω εξωτερικών ιατρείων, τμήματα επειγόντων περιστατικών, οδοντιατρικές και διαγνωστικές υπηρεσίες, καθώς και δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη που παρέχεται από πανεπιστημιακές κλινικές στελεχωμένες με υψηλά εξειδικευμένα επαγγελματίες και εξοπλισμένοι με προηγμένη τεχνολογία (Οικονόμου, 2012).

Τα δημόσια νοσοκομεία, που είναι οι κύριοι πάροχοι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και απασχολούν σημαντικό αριθμό προσωπικού, επωμίζονται το μεγαλύτερο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η οικονομική κρίση τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει σε εισροή ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως οι άνεργοι και οι μετανάστες, που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας, ιδιαίτερα στα νοσοκομεία (Σουλιώτης et al., 2018). Κατά συνέπεια, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν γίνει το επίκεντρο της έρευνας με στόχο τη βελτιστοποίηση της

χρήσης των πόρων, την ενίσχυση της παραγωγικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Λειτουργούν επίσης ως οι πρωταρχικοί χώροι δοκιμών για μεγάλες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας (Καραγιάννη, 2018).

1.2 Η Οικονομική Προσαρμογή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Από το 2010 έως το 2018, η Ελλάδα υπέστη σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις ως απάντηση στην οικονομική κρίση και μια σειρά προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής. Στόχος ήταν η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συνεχιζόμενα ελλείμματα και η αναποτελεσματική διαχείριση, εφαρμόστηκαν εκτενείς πρωτοβουλίες αναδιάρθρωσης και μείωσης του κόστους στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων. Αυτά τα μέτρα επικεντρώθηκαν κυρίως στη μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και στη δημιουργία μεγαλύτερων δημόσιων εσόδων (ΟΟΣΑ, 2019).

Σημαντική μεταρρύθμιση πραγματοποιήθηκε με την εισαγωγή του ΕΟΠΥΥ (Ν. 3918/2011), ο οποίος ενοποίησε τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία σε έναν ενιαίο ασφαλιστικό φορέα. Πρωταρχικός στόχος του ΕΟΠΥΥ ήταν η ρύθμιση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και η αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων. Αρχικά, ο ΕΟΠΥΥ χρησίμευσε τόσο ως πάροχος όσο και ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, το 2014, η ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) μέσω του νόμου 4238 είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή του ρόλου και της φύσης του ΕΟΠΥΥ, περιορίζοντας τον να είναι αποκλειστικά αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Η δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα ήταν μια φιλόδοξη προσπάθεια, αλλά από την ίδρυσή του ο ΕΟΠΥΥ αντιμετώπισε οικονομικά ελλείμματα και αντιμετώπισε διάφορες προκλήσεις, όπως η ανεπαρκής χρηματοδότηση, που απειλούσε τη βιωσιμότητά του (Χλέτσος, 2015).

Κατά την περίοδο της κρίσης, σημειώθηκε σημαντική αύξηση του ποσοστού των μακροχρόνια ανέργων που έχασαν τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα, με αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Αυτή ήταν μια αξιοσημείωτη αδυναμία που αντιμετώπισε ο Ν. 4368/2016, ο οποίος επιτρέπει πλέον στους ανασφάλιστους να λαμβάνουν δωρεάν ιατρική περίθαλψη. Ακόμη, ο οργανισμός που είναι αρμόδιος για την αποπληρωμή των δημόσιων νοσοκομείων για υπηρεσίες που παρέχει σε ασφαλισμένους, ο ΕΟΠΥΥ, αντιμετώπισε χρόνιες καθυστερήσεις στην εκπλήρωση των οικονομικών του υποχρεώσεων. Για την επίλυση αυτού του ζητήματος

ακυρώθηκαν οι απαιτήσεις των νοσοκομείων για τα έτη 2012-2017 με τις υπουργικές αποφάσεις υπ' αριθμ. Β2.α/Γ.Π. οικ. 47295 και αρ. Β2.α/Γ.Π. σπίτι 88565 (Νιάκας, 2014).

Η εφαρμογή μιας ολόημερης λειτουργίας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ είχε ως στόχο την ενίσχυση των εσόδων (Οικονόμου, 2012). Σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας και μείωσης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτικές μονάδες υπέστησαν συγχωνεύσεις (Μπακόλα et al., 2018). Αυτή η αναδιάρθρωση οδήγησε στη δημιουργία 131 μονάδων, αποτελούμενων από 82 κύριες μονάδες και 49 διασυνδεδεμένες μονάδες (Mitropoulos et al., 2017). Ο συνολικός αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε από 46.783 σε 35.360, ενώ τα ιατρικά τμήματα και οι θέσεις εργασίας παρουσίασαν μείωση 20% και 15% αντίστοιχα. Επιπλέον, πέντε νοσοκομεία του ΙΚΑ ενοποιήθηκαν σε ΕΣΥ και οκτώ μικρά νοσοκομεία ΕΣΥ μετατράπηκαν σε κέντρα ΠΦΥ (Nikolentzos et al., 2015). Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτή η μεταρρύθμιση δεν εφαρμόστηκε πλήρως, καθώς δεν έγιναν πολλές συγχωνεύσεις κλινικών. Ως αποτέλεσμα, τα λειτουργικά έξοδα, τα οποία θα μπορούσαν να είχαν μειωθεί μέσω της ενοποίησης διευθυντικών θέσεων, παρέμειναν αμετάβλητα (Μπακόλα et al., 2018).

Προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η διαδικασία απόκτησης ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών για το δημόσιο τομέα και να εξοικονομηθούν πόροι, γίνονται προσπάθειες για τη δημιουργία ενός κεντρικού συστήματος προμηθειών. Ταυτόχρονα, αναπτύσσεται ένα περιφερειακό σύστημα προμηθειών υγείας, το οποίο εποπτεύεται από μια συντονιστική επιτροπή, μια επιτροπή προδιαγραφών και το Παρατηρητήριο Τιμών (Οικονόμου, 2012).

Για την προώθηση της διαφάνειας στην κατανομή των πόρων, γίνονται προσπάθειες για τη δημιουργία προηγμένων συστημάτων πληροφοριών και εργαλείων παρακολούθησης που μπορούν να παρακολουθούν αποτελεσματικά τις επιχειρησιακές και οικονομικές δραστηριότητες των παρόχων δημόσιων υπηρεσιών. Επιπλέον, τα νοσοκομεία εφαρμόζουν ένα λογιστικό σύστημα διπλής εγγραφής και δεσμεύονται για την ετήσια δημοσίευση ελεγμένων ισολογισμών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους (ΟΟΣΑ, 2017). Η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης περιορίζοντας τις δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα. Αυτό το σύστημα

παρακολουθεί αποτελεσματικά την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων, παρακολουθεί τις παραπομπές για ιατρικές εξετάσεις και καθορίζει κατευθυντήριες γραμμές για πρακτικές συνταγογράφησης. Επιπλέον, μέτρα όπως ο καθορισμός ανώτατων ορίων στις δαπάνες, η εφαρμογή μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (γνωστού ως clawback) για την αποζημίωση των φαρμακευτικών εταιρειών για υπέρβαση των συμφωνηθέντων ορίων δαπανών, η επιβολή υποχρεωτικών εκπτώσεων (εκπτώσεων) από τις φαρμακευτικές εταιρείες στα δημόσια νοσοκομεία και η προώθηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ όλα συνέβαλαν στις προσπάθειες συγκράτησης του κόστους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονόμου, 2012; ΟΟΣΑ, 2019).

Ταυτόχρονα, εφαρμόστηκαν μέτρα για την επιβολή της δημοσιονομικής πειθαρχίας, όπως η μείωση των μισθών των επαγγελματιών υγείας, η παύση των προσλήψεων και η μείωση των προϋπολογισμών που διατίθενται στις δημόσιες μονάδες υγείας (Μπακόλα et al., 2018).

Η περιορισμένη επιτυχία της υιοθέτησης νέων μέτρων για την αντιμετώπιση των στρεβλώσεων του παρελθόντος και τη βελτίωση του συστήματος υγείας μπορεί να αποδοθεί σε ελλιπή σχεδιασμό και σύντομη περίοδο εφαρμογής (Σουλιώτης et al., 2018). Αυτοί οι παράγοντες εμπόδισαν την ικανότητα του συστήματος να επιτύχει αποτελεσματικά τους στόχους του.

Σύμφωνα με τον Χατζηπουλίδη (2004), η μέθοδος χρηματοδότησης παίζει καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό του εάν οι δαπάνες για την υγεία θα περιοριστούν ή θα επεκταθούν. Η σωστή χρηματοδότηση και αποζημίωση των νοσοκομείων αποτελεί σημαντική ανησυχία για τα συστήματα υγείας λόγω του σημαντικού μέρους των δαπανών υγείας που διατίθεται για τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ανεπαρκείς μέθοδοι αντιστάθμισης αποτελούν απειλή για τη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα του συστήματος, οδηγώντας σε δημοσιονομικά ελλείμματα και συσσωρευμένα χρέη.

Για πολλά χρόνια, τα νοσοκομεία στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούσαν με ένα μοντέλο χρηματοδότησης που βασιζόταν στην κλειστή ημερήσια νοσηλεία. Αυτό σήμαινε ότι οι ασθενείς ή τα ασφαλιστικά τους ταμεία θα κάλυπταν το κόστος εκ των υστέρων. Επιπλέον, διατέθηκε σταθερός προϋπολογισμός για λειτουργικές δαπάνες και επενδύσεις κεφαλαίου. Δυστυχώς, η ημερήσια αποζημίωση για νοσηλεία συχνά αντιμετώπιζε σημαντικές καθυστερήσεις στην

πληρωμή από τα ταμεία και υπολείπονταν σημαντικά του πραγματικού κόστους, οδηγώντας σε σημαντικά ελλείμματα στις νοσοκομειακές μονάδες. Για την αντιμετώπιση αυτών των ελλειμμάτων, το κράτος παρείχε επιχορηγήσεις για την κάλυψη του ελλείμματος (Οικονόμου, 2012).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίστηκε από μια αναδρομική μέθοδο αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων για αρκετά χρόνια. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση έχει αποδειχθεί πληθωριστική, καθώς δεν έχει κίνητρα για τους προμηθευτές να επιδείξουν αποτελεσματικές συμπεριφορές. Κατά συνέπεια, οδήγησε σε αύξηση των ιατρικών πράξεων, στην εμφάνιση σημαντικών φαινομένων παραοικονομίας και σε επαγόμενη ζήτηση. Η απουσία αξιόπιστων μηχανισμών ελέγχου έχει συμβάλει περαιτέρω στον πληθωρισμό του κόστους υγείας (Χατζηπουλίδης, 2004).

Σε μια προσπάθεια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και βελτιστοποίησης της κατανομής των πόρων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, το αρχικό πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής της χώρας εισήγαγε ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης βασισμένο σε ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες γνωστές ως Ομάδες Σχετικές με τη Διάγνωση DRG (ΟΟΣΑ, 2019). Η μέθοδος DRG χρησιμεύει ως ένα προκαθορισμένο μοντέλο νοσηλείας για κάθε ιατρική περίπτωση, περιορίζοντας αποτελεσματικά τις περιττές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και προάγοντας οικονομικά αποδοτικές πρακτικές (Ξένος, 2014). Αυτός ο υπολογισμός αποζημίωσης καθορίζεται κατηγοριοποιώντας τις νοσοκομειακές υπηρεσίες σε κλινικά παρόμοιες ομάδες με συγκρίσιμο κόστος, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η κλινική διάγνωση, οι χειρουργικές παρεμβάσεις, οι επιπλοκές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και τα αποτελέσματα της θεραπείας (Σπυρόπουλος, 2015).

Η εφαρμογή του DRGS ως μέθοδος αποζημίωσης για νοσοκομειακή περίθαλψη ξεκίνησε από την ελληνική κυβέρνηση το 2012. Αυτή η προσέγγιση διαμορφώθηκε σύμφωνα με τα συστήματα υγείας άλλων χωρών που είχαν κοινές ομοιότητες με την Ελλάδα όσον αφορά την παροχή και τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, όπως και πολλές άλλες μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν μετά το μνημόνιο, η ίδρυση Κλειστών Ενοποιημένων Νοσοκομείων (ΚΕΝ) ήταν βιαστική και στερήθηκε ενδελεχούς εξέτασης και σχεδιασμού για να ευθυγραμμιστεί με τις συγκεκριμένες

ανάγκες του ελληνικού πλαισίου. Κατά συνέπεια, ήταν απαραίτητες πολλαπλές αναθεωρήσεις τα επόμενα χρόνια για να διασφαλιστεί ότι το νέο σύστημα αποζημίωσης αντικατοπτρίζει με ακρίβεια το πραγματικό κόστος (Δημογέροντας et al., 2017).

Μεταξύ των ετών 1982 και 1990, υπήρξε μια αξιοσημείωτη αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη ως άμεση συνέπεια της εφαρμογής του ΕΣΥ το 1983, με πρωταρχική έμφαση στην ενίσχυση του νοσοκομειακού τομέα. Αυτή η επέκταση συνεπαγόταν την εκτεταμένη πρόσληψη προσωπικού και την ενσωμάτωση τεχνολογίας αιχμής (Χατζηπουλίδης, 2004). Κατά συνέπεια, υπήρξε μια σημαντική άνοδος των δαπανών για την υγεία, με το εκπληκτικό 7,4% του ΑΕΠ έως το 1990. Με την πάροδο του χρόνου, αυτές οι δαπάνες συνέχισαν να κλιμακώνονται σταθερά, φτάνοντας τελικά σχεδόν στο 10% του ΑΕΠ έως το 2004. Αυτή η αύξηση αποδείχθηκε ότι ήταν πιο σημαντική σε σύγκριση με άλλες χώρες εντός του ΟΟΣΑ (Σίσκου et al., 2008).

Όταν ξέσπασε η οικονομική κρίση το 2009, σημειώθηκε αξιοσημείωτη μείωση στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη. Αυτή η μείωση ήταν αποτέλεσμα δύο παραγόντων: της επιβολής μέτρων για τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών για την υγεία στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής και της μείωσης των ιδιωτικών δαπανών από την τσέπη (ΟΟΣΑ, 2019).

1.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Η καθιέρωση της κοινωνικής ασφάλισης χρησιμεύει ως το θεμέλιο για την ανάπτυξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, αντικατοπτρίζοντας την προσέγγιση πολλών άλλων χωρών. Η εξέλιξη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους φορείς, συμπεριλαμβανομένου του Κλάδου Υγείας του Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) που ιδρύθηκε το 1937, του Οργανισμού Αγροτικής Ασφάλισης (ΟΓΑ) που ιδρύθηκε το 1961 και του ΟΠΑΔ δημοσίων υπαλλήλων. με άλλους επαγγελματικούς τομείς.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, το ελληνικό σύστημα υγείας υστερούσε σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ όσον αφορά την ανάπτυξη, παρά τις προσπάθειες που έγιναν από διαφορετικές κυβερνήσεις. Υπέφερε από πολλές ελλείψεις στην οργάνωσή της και στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα αντιμετώπισε χρόνια ζητήματα ανεπαρκούς υποδομής και ανεπαρκούς

χρηματοδότησης, καθώς βασιζόταν σε μεγάλο βαθμό σε προσωπικά κονδύλια υγείας που βασιζόνταν σε συντεχνίες, με αποτέλεσμα σημαντικές ανισότητες τόσο στην πρόσβαση όσο και στην ποιότητα της περίθαλψης.

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 ήταν ένα κρίσιμο βήμα προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της Ελλάδας. Σε αυτό το συγκεκριμένο πλαίσιο η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων της πολιτικής υγείας κατέστη απολύτως απαραίτητη. Ο πρωταρχικός στόχος του ΕΣΥ ήταν να διασφαλίσει ότι οι πολίτες είχαν πρόσβαση σε ολοκληρωμένες και δωρεάν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Κατά τη δεκαετία του 1980, καταβλήθηκαν σημαντικές προσπάθειες για την πραγματοποίηση ουσιαστικών αλλαγών και την κατασκευή της απαιτούμενης φυσικής υποδομής, ενισχύοντας παράλληλα τα ανθρώπινα και τεχνικά στοιχεία της δημόσιας υπηρεσίας υγείας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι επενδύσεις στον δημόσιο τομέα συνεχίζονται, με αυξημένη εστίαση στην εφαρμογή διοικητικών και οργανωτικών μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση της συνολικής αποτελεσματικότητας του συστήματος. Ακολουθώντας το ίδιο χρονικό πλαίσιο, σημειώθηκε σημαντική επέκταση στον ιδιωτικό τομέα υγείας, με ταχεία ανάπτυξη μετά το 2000. Επί του παρόντος, εκτιμάται ότι ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει περίπου το 60% των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη ενός εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και ενός ουσιαστικού ιδιωτικού τομέα που προσφέρει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το εθνικό σύστημα υγείας εγγυάται την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω πρωτοβάθμιων μονάδων, όπως κέντρα υγείας, καθώς και δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service). Αντίθετα, ο τομέας των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει γενικά νοσοκομεία, κλινικές, μονάδες εξειδικευμένης φροντίδας (όπως μαιευτήρια, κέντρα αιμοκάθαρσης και κέντρα αποκατάστασης), διαγνωστικά κέντρα, πολυκλινικές και ιδιωτικά ιατρεία. Την αποζημίωση των ιατρικών υπηρεσιών διαχειρίζεται πλέον ένας ενιαίος φορέας γνωστός ως Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών (ΕΟΠΥΥ). Επιπλέον, περίπου το 36% του πληθυσμού επιλέγει να έχει συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση

υγείας για να καλύψει εν μέρει τα έξοδα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.

Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας περιλαμβάνει ένα δίκτυο 123 γενικών νοσοκομείων, με συνολική χωρητικότητα περίπου 38.000 κλινών. Αυτά τα νοσοκομεία βασίζονται κυρίως σε κρατική χρηματοδότηση για την κάλυψη των λειτουργικών τους εξόδων. Επιπλέον, ο ΕΟΠΥΥ παρέχει οικονομική υποστήριξη για μια σειρά από ιατρικές και διαγνωστικές διαδικασίες εντός του ΕΣΥ. Εκτός από αυτά τα γενικά νοσοκομεία, ο δημόσιος τομέας υγείας περιλαμβάνει στρατιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, τα οποία λαμβάνουν χρηματοδότηση από το Υπουργείο Άμυνας και το Υπουργείο Παιδείας, αντίστοιχα. Μαζί, αυτά τα εξειδικευμένα νοσοκομεία προσφέρουν περίπου 2.500 κλίνες.

Εκτός από τα νοσοκομεία, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας περιλαμβάνει 325 κέντρα υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Αυτά τα κέντρα υγείας λαμβάνουν χρηματοδότηση από τον εθνικό προϋπολογισμό. Στο ΕΣΥ εντάσσεται και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Ολόκληρο το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο περιλαμβάνει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, είναι οργανωμένο σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες. Διευθύνεται από ένα εκτελεστικό στέλεχος που αναφέρεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). Η ΥΥΚΑ είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη της υγείας, την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης και τον συντονισμό των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την ηλεκτρονική πλατφόρμα του Υπουργείου Υγείας, το σημερινό εργατικό δυναμικό σε όλα τα δημόσια ιδρύματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανέρχεται συνολικά σε 96.600 άτομα. Μόνο εντός της Αττικής εργάζονται 31.200 εργαζόμενοι. Σε ό,τι αφορά την εξειδίκευση, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) περιλαμβάνει περίπου 24.000 γιατρούς, με 5.900 από αυτούς να εργάζονται σε κέντρα υγείας και 36.300 νοσηλευτές, με 3.500 να εργάζονται σε κέντρα υγείας. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, από την άλλη πλευρά, διαθέτουν περίπου 16.000 κλίνες και απασχολούν περίπου 7.500 γιατρούς και 11.200 νοσηλευτές.

Με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2019) σχετικά με το εργατικό δυναμικό της ανθρώπινης υγείας, η Ελλάδα έχει σήμερα αναλογία 6,9 γιατρών ανά

1.000 κατοίκους. Ο αριθμός αυτός είναι σημαντικά χαμηλότερος από τον μέσο όρο των 8,6 γιατρών ανά 1.000 κατοίκους που παρατηρείται μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα διαθέτει σημαντικό αριθμό ιατρών υψηλής εξειδίκευσης, αν και μόνο το 8% εξ αυτών ειδικεύονται στη γενική ή οικογενειακή ιατρική.

Όπως και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει δει μείωση στην αναλογία νοσοκομειακών κλινών προς άτομα. Η μείωση αυτή συνέπεσε με μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο και αύξηση του μέσου αριθμού ημερήσιων επεμβάσεων. Επί του παρόντος, ο μέσος όρος νοσηλείας στην Ελλάδα διαρκεί έξι ημέρες και το ποσοστό πληρότητας ανέρχεται στο 76%. Συνοψίζοντας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό, διαθέτει υποδομές που είναι εφάμιλλες με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Ωστόσο, παλεύει με την έλλειψη γιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, που οδηγεί σε λειτουργικές ανισορροπίες

1.4 Τα Νοσοκομεία Μαγνήτες

Εξετάζοντας την έννοια του οργανωτικού μαγνητισμού, οι ερευνητές μπόρεσαν να εντοπίσουν τις βασικές ιδιότητες που προσελκύουν και διατηρούν νοσηλευτές υψηλής ειδίκευσης σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα, τα νοσοκομεία μπόρεσαν να παρέχουν εξαιρετική φροντίδα στους ασθενείς τους. Ο όρος «μαγνήτης» χρησιμοποιήθηκε για να συμβολίσει την ικανότητα αυτών των ιδρυμάτων να αιχμαλωτίζουν την προσοχή και να προσελκύουν άτομα. Για να εξασφαλίσουν τη συνεχή επιτυχία αυτών των νοσοκομείων, χρησιμοποιούν καινοτόμες στρατηγικές διαχείρισης, όπως η προσφορά ευκαιριών επαγγελματικής ανέλιξης και η παροχή ολοκληρωμένων προσανατολισμών για νέους υπαλλήλους. Επιπλέον, δημιουργούν συστήματα που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των εργαζομένων και παρέχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την οργανωτική διαχείριση (McClure et al., 1983).

Η έρευνα πυροδότησε συνεχείς πρωτοβουλίες για τη διερεύνηση διαφόρων στοιχείων ανθρώπινου δυναμικού, πρακτικών διαχείρισης και θεωριών που σχετίζονται με την έννοια του «μαγνητισμού». Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε αυτόν τον τομέα έχουν αποκαλύψει αξιοσημείωτα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας στα νοσοκομεία που δίνουν προτεραιότητα στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας και αποτελεσματικής θεραπείας. Σε μια μελέτη που

διεξήχθη από τους Aiken et al. (1994), που περιελάμβανε 39 νοσοκομεία και 195 τακτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, ανακαλύφθηκε ότι η πρώτη ομάδα εμφάνιζε ποσοστό θνησιμότητας που ήταν 4,6% χαμηλότερο. Επιπλέον, πολλοί ερευνητές έχουν εμβαθύνει στη δυναμική του προσωπικού στα νοσοκομεία, εστιάζοντας σε συγκεκριμένους τομείς ενδιαφέροντος. Αυτές οι μελέτες υπογραμμίζουν σταθερά μια μειωμένη συχνότητα ελλείψεων προσωπικού στα νοσοκομεία που δίνουν προτεραιότητα στην παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης, σε σύγκριση με άλλους τύπους εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

Το American Nurses Credentialing Centre (ANCC) έχει διαπιστεύσει περισσότερα από 100 νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο, ξεπερνώντας τον αρχικό αριθμό νοσοκομείων μαγνητών που έχουν διαπιστευθεί από το ANCC. Μέσω της διαπίστευσης του ANCC, αυτά τα ιδρύματα έχουν διευρύνει τις γνώσεις που είναι διαθέσιμες στο νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Το ANCC κατέληξε πρόσφατα στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αξιοσημείωτη συσχέτιση μεταξύ αυτών των αλλαγών και των βελτιωμένων ποσοστών στελέχωσης καθώς και της φροντίδας των ασθενών. Οι νοσηλευτές που συμμετέχουν σε αυτό το αυτοδιοικούμενο έργο έχουν αυξημένες ευκαιρίες για εξέλιξη σταδιοδρομίας, απόκτηση προηγμένων δεξιοτήτων και συμμετοχή σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Buchan, 2004).

Κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πρακτικών HRM, λαμβάνονται υπόψη διάφορα μέτρα αποτελέσματος. Αυτά τα μέτρα περιλαμβάνουν μια σειρά παραγόντων όπως μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας, αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, μειωμένη εναλλαγή νοσηλευτικού προσωπικού, μικρότερη εμφάνιση τραυματισμών από βελόνα μεταξύ των νοσηλευτών και μεγαλύτερη παρουσία εγγεγραμμένων επαγγελματιών υψηλής μόρφωσης. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα μετράται επίσης με την εξέταση των μειωμένων ποσοστών θνησιμότητας στις μονάδες εντατικής θεραπείας, της αυξημένης αυτονομίας και ελέγχου στην κλινική πρακτική και ενός υψηλότερου ποσοστού ατόμων με υψηλή εκπαίδευση στο εργατικό δυναμικό (Buchan, 2004).

Η αποτελεσματικότητα ενός νοσοκομείου ή ενός συστήματος υγείας μπορεί να μετρηθεί με διάφορες μετρήσεις του κόστους και των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, εάν οι ασθενείς έχουν παρατεταμένη παραμονή στο

νοσοκομείο, μπορεί να υποδηλώνει οικονομικές δυσκολίες για την υγειονομική εγκατάσταση. Επιπλέον, οι γνώσεις για τις σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της αντιληπτής υποστήριξης από γιατρούς ή νοσηλευτές μπορούν επίσης να παίζουν ρόλο σε αυτά τα ευρήματα. Ορισμένοι δείκτες, όπως ο αριθμός των νοσηλευτών που απασχολούνται και τα συστήματα με υψηλή ένταση ροής πληροφοριών, μπορούν να υποδηλώνουν βελτιωμένη αποτελεσματικότητα (Needleman et al., 2002).

1.5 Επίδραση των Ανθρώπινων Πόρων στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Τα άτομα στα συστήματα υγείας μιας χώρας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής αποτελεσματικότητάς τους. Ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να επηρεάσουν τις μεταρρυθμίσεις εντός αυτών των συστημάτων ποικίλλει πολύ. Με την εστίαση στην ενίσχυση της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, καθίσταται δυνατή η βελτίωση της διαχείρισης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Αυτές οι βελτιώσεις συμβάλλουν επίσης στη δημιουργία πιο δίκαιων και προσβάσιμων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, κάτι που αποτελεί κρίσιμο στόχο (Anson, 2003).

Στον τομέα των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν διάφορες μέθοδοι για την ενίσχυση της παραγωγικότητας, όπως η εξωτερική ανάθεση, η σύναψη συμβάσεων απόδοσης και οι εσωτερικές συμβάσεις. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών, η οποία μειώνει αποτελεσματικά τα έξοδα που σχετίζονται με τις τρέχουσες λειτουργίες εισάγοντας μεταβλητό κόστος (Zurn et al., 2004).

Ο στόχος των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας είναι συχνά η ενίσχυση της δικαιοσύνης και της ένταξης. Με τον καθορισμό αυτών των στόχων, δίνεται προτεραιότητα σε συγκεκριμένες στρατηγικές για τον προγραμματισμό της υγειονομικής περίθαλψης. Ορισμένες στρατηγικές επικεντρώνονται στην προστασία ορισμένων πληθυσμών από οικονομικές αντιξοότητες, ενώ άλλες δίνουν έμφαση στην ίση πρόσβαση για όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις μέσω της αποκατάστασης υπηρεσιών, βελτιωμένων τεχνικών διαχείρισης και μηχανισμών οικονομικής βοήθειας για εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι τροποποιήσεις θα πρέπει να αποτελούν βασικό επίκεντρο για κάθε παγκόσμιο επαγγελματία ανθρώπινου

δυναμικού προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερο επίπεδο προσβασιμότητας για όλα τα τμήματα της κοινωνίας (Anson, 2003).

Η αποτελεσματικότητα τόσο των τεχνικών όσο και των κοινωνικοπολιτισμικών στοιχείων καθορίζει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Το πρώτο αφορά την ευημερία ενός ολόκληρου πληθυσμού, ενώ το δεύτερο σχετίζεται με την ικανότητα ενός συστήματος να εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών και να βελτιώνει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας. Για να ενισχύσουν αυτές τις πτυχές, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και της συνολικής υγείας. Επιπλέον, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού σε αυτόν τον τομέα θα πρέπει να επικεντρωθεί στη βελτίωση της συνολικής ποιότητάς του (Gupta et al., 2003).

Για την παροχή εξαιρετικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να ξεπεραστούν πολλά εμπόδια. Οι βασικές προκλήσεις περιλαμβάνουν τους οικονομικούς περιορισμούς, τις αποκλίνουσες προοπτικές των ενδιαφερομένων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, τον συντριπτικό φόρτο εργασίας και την υποτίμηση των επαγγελματιών υγείας. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν εμπόδια που προκύπτουν από τα απαιτητικά τους χρονοδιαγράμματα και την υποεκτίμηση των συνεισφορών τους, εμποδίζοντας την αποτελεσματική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να δοθεί προτεραιότητα στη φροντίδα των ασθενών, είναι επιτακτική ανάγκη να αξιοποιηθεί η ποικιλία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και να προωθηθεί η συνεργασία μέσω πολυεπιστημονικών ομάδων (Kirby, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο την Πανδημίας Covid-19

2.1 Εισαγωγή

Καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας βρέθηκε αντιμέτωπο με αξιοσημείωτες προκλήσεις. Αυτό το άρθρο θα διερευνήσει τα διάφορα εμπόδια που έχει συναντήσει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τα μέτρα που έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών. Ένα από τα βασικά ζητήματα που έχει αντιμετωπίσει το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι η έλλειψη πόρων. Ακόμη και πριν από το ξέσπασμα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπιζε ήδη ανεπαρκή χρηματοδότηση, έλλειψη προσωπικού και ξεπερασμένο ιατρικό εξοπλισμό. Η πανδημία χρησίμευσε για να εντείνει αυτά τα ζητήματα καθώς τα νοσοκομεία και οι κλινικές πλημμύρισαν από μια απότομη αύξηση των ασθενών.

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας αντιμετώπισε διάφορες προκλήσεις που επιδεινώθηκαν από τα δημογραφικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά της χώρας. Με έναν σχετικά μικρό πληθυσμό, η πλειονότητα που κατοικεί σε αστικές περιοχές, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έπρεπε να ενισχύσει γρήγορα τις δυνατότητές του για να εξυπηρετήσει την αύξηση των ασθενών, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την προσβασιμότητα για εκείνους σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Επιπλέον, η έλλειψη εξοπλισμού ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) αποτέλεσε ένα άλλο εμπόδιο. Κατά την έναρξη της πανδημίας, οι επαγγελματίες υγείας αναγκάστηκαν να εργάζονται χωρίς επαρκή προστασία, θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλειά τους και των ασθενών τους. Η έλλειψη ΜΑΠ προήλθε από διακοπές στην παγκόσμια αλυσίδα εφοδιασμού και περιορισμένη εγχώρια παραγωγική ικανότητα. Για να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια, η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε διάφορα μέτρα για την ενίσχυση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της σημαντικής επέκτασης της ικανότητας των νοσοκομείων.

Καταβλήθηκαν προσπάθειες από την κυβέρνηση για την επέκταση της χωρητικότητας των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης αυξάνοντας την ποσότητα κλινών και αναπνευστήρων. Επιπλέον, συνεδριακά κέντρα και άλλοι χώροι μετατράπηκαν σε προσωρινά νοσοκομεία, παρέχοντας ανακούφιση στις επιβαρυνόμενες υποδομές

υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση έλαβε μέτρα για την αντιμετώπιση της έλλειψης προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης με την πρόσληψη νέων γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Στη μάχη κατά της πανδημίας κλήθηκαν επίσης συνταξιούχοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και φοιτητές ιατρικής. Τα μέτρα αυτά αντιμετώπισαν αποτελεσματικά το μακροχρόνιο ζήτημα των ελλείψεων προσωπικού στο σύστημα υγείας.

Επιπλέον, η κυβέρνηση έχει εφαρμόσει προληπτικές στρατηγικές για να διασφαλίσει ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν επαρκή πρόσβαση σε μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ). Έχουν καταβάλει επιμελείς προσπάθειες για να αποκτήσουν προμήθειες ΜΑΠ τόσο από εθνικά όσο και από διεθνή κανάλια, ενώ παράλληλα προωθούν την παραγωγή ΜΑΠ στο εσωτερικό. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση έχει επεκτείνει την οικονομική βοήθεια σε επαγγελματίες υγείας που επλήγησαν από την πανδημία, συμπεριλαμβανομένων ατόμων που υποχρεώθηκαν να περάσουν σε καραντίνα ως προληπτικό μέτρο έναντι πιθανής έκθεσης στον ιό.

Καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπισε σημαντικές δυσκολίες παρά τις προσπάθειες αντιμετώπισής τους. Η κριτική έχει ασκηθεί στην υποτονική και ανεπαρκή αντίδραση της κυβέρνησης, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της κρίσης. Τα προϋπάρχοντα ζητήματα χρηματοδότησης και στελέχωσης του συστήματος υγείας εμπόδισαν περαιτέρω την ικανότητά του να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση. Προχωρώντας προς τα εμπρός, είναι προφανές ότι απαιτούνται ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις για τον καλύτερο εξοπλισμό του ελληνικού συστήματος υγείας για μελλοντικές πανδημίες και προκλήσεις που σχετίζονται με την υγεία. Αυτό θα συνεπάγεται αυξημένη κατανομή πόρων για χρηματοδότηση και στελέχωση, καθώς και βελτιώσεις σε υποδομές και εξοπλισμό. Επιπλέον, το σύστημα υγείας θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην αποτελεσματικότητα και τον συντονισμό, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και τη διαχείριση ασθενειών αντί να εστιάζει αποκλειστικά στην οξεία θεραπεία.

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετώπισε ένα σημαντικό εμπόδιο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19: έλλειψη κρίσιμων ιατρικών πόρων και εξοπλισμού, όπως ατομικός προστατευτικός εξοπλισμός (ΜΑΠ), αναπνευστήρες και κιτ δοκιμών. Η ελληνική κυβέρνηση αντιμετώπισε τεράστιες πιέσεις για να εξασφαλίσει άφθονη προσφορά αυτών των πόρων για να προστατεύσει τους

επαγγελματίες υγείας και το ευρύ κοινό. Παρά τη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, όπως η προμήθεια πρόσθετων πόρων από ξένες χώρες και η συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες για την παραγωγή ΜΑΠ και άλλου ιατρικού εξοπλισμού στο εσωτερικό, αυτές οι προσπάθειες παρεμποδίστηκαν από την παγκόσμια έλλειψη τέτοιων προμηθειών.

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετώπισε μια σημαντική πρόκληση κατά τη διάρκεια της πανδημίας με τη μορφή της έλλειψης υγειονομικού προσωπικού. Ακόμη και πριν από το ξέσπασμα, η Ελλάδα αντιμετώπιζε έλλειμμα γιατρών και νοσηλευτών, καθώς πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αναζητούσαν ευνοϊκότερες προοπτικές απασχόλησης στο εξωτερικό. Η κατάσταση επιδεινώθηκε περαιτέρω από την ίδια την ασθένεια, η οποία ενέτεινε την πίεση και την εξάντληση που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν πολλές ώρες και αντιμετώπιζαν έναν συντριπτικό αριθμό περιπτώσεων.

Για την καταπολέμηση αυτού του προβλήματος, η ελληνική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει διάφορες στρατηγικές, όπως η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και η παροχή χρηματικών ανταμοιβών για την παροχή κινήτρων στους επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου να υπηρετήσουν σε μέρη που έχουν πληγεί έντονα από την Πανδημία. Ωστόσο, οι οικονομικοί περιορισμοί της χώρας έχουν εμποδίσει την αποτελεσματικότητα αυτών των πρωτοβουλιών (Lotta et al., 2020).

Εκτός από αυτές τις προκλήσεις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετώπισε ζητήματα που πηγάζουν από το πολιτικό και οικονομικό κλίμα στην Ελλάδα. Η χώρα έχει αντιμετωπίσει σημαντικά οικονομικά εμπόδια τα τελευταία χρόνια, όπως η κρίση χρέους που ανάγκασε την κυβέρνηση να εφαρμόσει μέτρα λιτότητας και να μειώσει τη χρηματοδότηση για τις δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι δυσκολίες έχουν εμποδίσει την ικανότητα της κυβέρνησης να διαθέσει τους απαραίτητους πόρους που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της πανδημίας, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής βοήθειας για εξετάσεις, θεραπεία και άλλες διατάξεις υγειονομικής περίθαλψης.

Παρά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει επιδείξει μια εξαιρετική δέσμευση για την καταπολέμηση της πανδημίας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα που έχουν πληγεί από τον COVID-19. Για να περιορίσει την εξάπλωση του ιού, η κυβέρνηση εφάρμοσε διάφορα μέτρα δημόσιας

υγείας, όπως επιβολή lockdown και επιβολή κοινωνικής απόστασης. Ταυτόχρονα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας έλαβε προληπτικά μέτρα για τη βελτίωση των δυνατοτήτων δοκιμών και θεραπείας, ιδρύοντας ειδικά κέντρα δοκιμών και νοσοκομεία αποκλειστικά για ασθενείς με COVID-19. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση παρείχε οικονομική βοήθεια σε ιδιώτες και επιχειρήσεις που επλήγησαν από την πανδημία, μετριάζοντας έτσι ορισμένες από τις οικονομικές επιπτώσεις αυτής της κρίσης. (King et al., 2020).

2.2 Πανδημικό Ξέσπασμα COVID-19

Έπειτα από μια παρατεταμένη περίοδο οικονομικής και κοινωνικής αναταραχής, η Ελλάδα βρέθηκε στο χείλος μιας κατάρρευσης του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όταν ξέσπασε η επιδημία του COVID-19. Το πρώτο κρούσμα του COVID-19 εντοπίστηκε στην Ελλάδα στις 26 Φεβρουαρίου και παρόλο που υπήρχαν μόνο τρία επιβεβαιωμένα κρούσματα εκείνη την εποχή, η ελληνική κυβέρνηση υλοποίησε γρήγορα το αρχικό μέτρο την 1η Μαρτίου ακυρώνοντας καρναβάλια. Αυτή η ενέργεια, ωστόσο, αντιμετωπίστηκε με σκεπτικισμό του κοινού λόγω της αντιληπτής υπερβολής της. Στις 10 Μαρτίου, με 89 επιβεβαιωμένα κρούσματα και κανέναν θάνατο, πάρθηκε η απόφαση να κλείσουν όλα τα σχολεία και τα πανεπιστήμια. Στη συνέχεια, εισήχθησαν σταδιακά μια σειρά πρόσθετων κανονισμών σε μια προσπάθεια να περιοριστεί η εκθετική εξάπλωση του ιού. Μόλις στις 23 Μαρτίου, περίπου τέσσερις εβδομάδες μετά την πανδημία, όταν η Ελλάδα είχε 695 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 17 θανάτους, επιβλήθηκε αυστηρό lockdown σε όλη τη χώρα.

Η συλλογική σύμβαση για την αντιμετώπιση της εθνικής έκτακτης ανάγκης, μαζί με τη διαχείριση της προσφυγικής κρίσης, η οποία εντάθηκε περαιτέρω από τις συντονισμένες ενέργειες της Τουρκίας για να επιτρέψει στους «πρόσφυγες» να εισέλθουν στην Ευρώπη, έχει καλλιεργήσει μια ισχυρή αίσθηση ενότητας και εμπιστοσύνης στις κυβερνητικές οδηγίες (Dianeosis, 2020).

Για την αντιμετώπιση της κρίσης του COVID-19, δεκατρία νοσοκομεία έχουν οριστεί ως νοσοκομεία αναφοράς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το κλείσιμο των κλινικών και την εκκένωση των θαλάμων. Ορισμένα νοσοκομεία είναι πλέον αφιερωμένα στη φροντίδα των μολυσμένων ασθενών, ενώ άλλα έχουν μετατραπεί σε μονάδες MEΘ COVID-19. Ως αποτέλεσμα, τα προγραμματισμένα χειρουργεία και τα ραντεβού με ειδικούς εξωτερικούς ασθενείς έχουν ακυρωθεί, με μόνο επείγοντα περιστατικά. Η κύρια

εστίαση της πολιτείας είναι στη διαχείριση της πανδημίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τη χωρητικότητα των νοσοκομείων και τις κλίνες ΜΕΘ. Ωστόσο, αυτή η μετατόπιση έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η περιορισμένη λειτουργία του ήδη ανεπαρκούς συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε συνδυασμό με το κλείσιμο ορισμένων κλινικών λόγω έλλειψης προστατευτικού εξοπλισμού, εγείρει ανησυχίες για την πρόσβαση και τη συνέχεια της περίθαλψης. Στις 4 Απριλίου, ανακοινώθηκε ότι οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα υποβληθούν σε αναδιάρθρωση για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Ειδικά Κέντρα Υγείας, αποκλειστικά για την παρακολούθηση ατόμων με λοιμώξεις του αναπνευστικού, ιδρύθηκαν σε έξι μεγάλες αστικές περιοχές, μεταξύ των οποίων Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα και Ηράκλειο. Αυτά τα Κέντρα Υγείας COVID-19 θα διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση, τη συνεχή φροντίδα και τη θεραπεία ατόμων με ήπια συμπτώματα που δεν χρειάζονται νοσηλεία, παρέχοντας υποστήριξη από την άνεση του σπιτιού τους. Επιπλέον, θα προσφέρουν υπηρεσίες τηλεδιαβούλευσης για ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με COVID-19. Ωστόσο, οι υφιστάμενες ελλείψεις στο σύστημα της ΠΦΥ παρουσιάζουν σημαντικά εμπόδια στην κάλυψη των αναγκών ευάλωτων πληθυσμών, όπως οι άστεγοι, οι τοξικομανείς, οι Ρομά, οι πρόσφυγες και άλλες περιθωριοποιημένες ομάδες, γεγονός που απαιτεί συντονισμό με τις οργανώσεις πρόνοιας. Επί του παρόντος, αυτή η ευθύνη εκπληρώνεται κάπως τυχαία από διάφορες αστικές και θρησκευτικές ΜΚΟ, καθώς και από τις τοπικές αρχές.

Η τρέχουσα πιεστική ανησυχία περιστρέφεται γύρω από τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που υπέστησαν περίπου 40.000 αιτούντες άσυλο που διαμένουν σε καταυλισμούς προσφύγων που βρίσκονται στα νησιά του Αιγαίου. Αυτοί οι καταυλισμοί θέτουν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την εφαρμογή των απαραίτητων προφυλάξεων, όπως η διατήρηση της κοινωνικής απόστασης και η τήρηση των κατάλληλων πρακτικών υγιεινής. Σε απάντηση, έχουν αποσταλεί ειδικοί ιατροί για να δημιουργήσουν καθορισμένους χώρους αυτοαπομόνωσης και να διενεργούν τακτικούς ελέγχους θερμοκρασίας και σφυγμού. Η επίσκεψη στους καταυλισμούς έχει διακοπεί και δύο προσφυγικοί καταυλισμοί στην ηπειρωτική χώρα έχουν τεθεί σε καραντίνα. Μέχρι τις 3 Μαΐου, η Ελλάδα, με πληθυσμό 10,7 εκατομμυρίων, έχει αναφέρει 2.620

επιβεβαιωμένα κρούσματα, 144 θανάτους, 1.473 αναρρώσεις και 37 άτομα σε μονάδες εντατικής θεραπείας.¹

2.3 Πανδημία και Ψυχική Υγεία

Οι πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις των παρατεταμένων περιόδων αυστηρού περιορισμού και οι κίνδυνοι που συνδέονται με την απομόνωση μπορεί να αποτελέσουν μια πρόσθετη, αόρατη απειλή για την ψυχική μας ευημερία. Η καμπάνια «Μένουμε σπίτι» έχει αναμφισβήτητα αναστατώσει την καθημερινότητα όλων, ωθώντας μας να αναθεωρήσουμε, να αναδιοργανώσουμε και να επαναπροσδιορίσουμε τη ζωή μας μπροστά σε αυτήν την κρίση. Ο παρατεταμένος εγκλεισμός μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογική δυσφορία, καθώς και αισθήματα αδράνειας, πλήξης, απογοήτευσης και αβεβαιότητας, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να εκδηλωθούν ως ψυχοσωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, δυσλειτουργικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης εντός της οικογένειας και κατάρρευση των αποτελεσματικών γονέων. επικοινωνία του παιδιού. Δυστυχώς, η παραμονή στο σπίτι έχει επίσης αυξήσει τον κίνδυνο ενδοοικογενειακής βίας για ορισμένα άτομα, όπως αποδεικνύεται από την αύξηση των αναφερόμενων περιστατικών. Ωστόσο, υπάρχουν οικογένειες που έχουν καταφέρει να αξιοποιήσουν την ανθεκτικότητά τους και να υιοθετήσουν λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα θετικές αλλαγές, όπως να περνούν περισσότερο ποιοτικό χρόνο με τα παιδιά τους. Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτει ο COVID-19, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), μαζί με δημόσιες αρχές και διάφορες ενώσεις πολιτών, έχουν δημιουργήσει τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσης.

Η παροχή υποστήριξης σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και στα αγαπημένα τους πρόσωπα έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές. Επί του παρόντος, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων με επίκεντρο την κοινότητα και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων αντιμετωπίζουν ελλείψεις προσωπικού και προσφέρουν κυρίως τηλεφωνικές συνεδρίες ή συμβουλευτικές συνεδρίες, ενώ ένας μικρός αριθμός χρησιμοποιεί το Skype ως υποκατάστατο της προσωπικής κλινικής εργασίας. Τα επείγοντα περιστατικά ανακατευθύνονται σε νοσοκομεία, ενώ η λειτουργία των νοσοκομείων και των ημερήσιων μονάδων έχει προσωρινά διακοπεί. Αν και οι

¹ <https://eody.gov.gr/covid-gr-daily-report> Ανακτήθηκε 20/03/2024

νοσοκομειακές υπηρεσίες έχουν περιορισμένη διαθεσιμότητα στα εξωτερικά ιατρεία, εξακολουθούν να διεξάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχιατρικού συνδέσμου έχουν σημειώσει σημαντική μείωση στον αριθμό των παραπομπών και των αιτημάτων για αξιολόγηση λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων. Ο φόβος της μετάδοσης, μαζί με την εφαρμογή των απαραίτητων θεραπειών, όπως οι αυτοσχέδιες κλινικές και οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, συνέβαλαν σε αυτή τη μείωση. Επιπλέον, οι ψυχολόγοι προσφέρουν υποστήριξη στους συναδέλφους τους στην πρώτη γραμμή σε αυτές τις δύσκολες στιγμές.

Οι ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές μονάδες παιδιών και εφήβων (CAP) εφαρμόζουν πλέον αυστηρότερα κριτήρια εισαγωγής- μόνο νέοι με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας γίνονται δεκτές. Σε ένα νοσοκομείο, μέρος της μονάδας νοσηλείας έκλεισε και προοριζόταν για επείγοντα ιατρικά περιστατικά COVID-19. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την πρόωρη απόρριψη ασθενών και την έλλειψη νοσοκομειακών κλινών. Οι ενδονοσοκομειακές μονάδες, και ιδίως οι κοινόχρηστοι χώροι τους, δεν είναι σχεδιασμένες για φυσική απομάκρυνση, γεγονός που δημιουργεί πρόβλημα στη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών. Οι καθημερινές ομαδικές δραστηριότητες και τα θεραπευτικά προγράμματα έχουν ανασταλεί, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων άγχους των νέων. Έχουν αλλάξει οι πολιτικές σχετικά με τις άδειες των ασθενών και τις επισκέψεις των γονέων, γεγονός που επηρεάζει τη σταθερότητα των νέων και, για πολλούς, μοιάζει τιμωρητικό. Υιοθετήθηκαν διαδικασίες ελέγχου για συμπτώματα COVID-19, αλλά δεν απαιτείται αρνητική εξέταση πριν από την εισαγωγή. Εάν ο νοσηλευόμενος παρουσιάζει ενδείξεις πιθανής λοίμωξης, τοποθετείται στο καθορισμένο δωμάτιο αυτοαπομόνωσης του θαλάμου μέχρι να βγει το αποτέλεσμα του τεστ (συνήθως σε 24-36 ώρες) και εάν το αποτέλεσμα είναι θετικό, ο ασθενής μεταφέρεται σε καθορισμένη μονάδα COVID-19.

Οι γονείς παιδιών με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν συμβουλευτεί να διατηρούν μια μακρινή, όχι προσωπική επαφή με τον κλινικό τους γιατρό. Δεν είναι σαφές, ωστόσο, ποιο ποσοστό των νέων και των οικογενειών τους συνεχίζουν να λαμβάνουν ψυχολογικές θεραπείες, καθώς περίπου το 80% των υπηρεσιών που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα (που αποζημιώνονται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας,) έχουν σταματήσει. Είναι ασφαλές να υποθέσουμε ότι ένας σημαντικός αριθμός έχει σταματήσει να λαμβάνει θεραπεία. Μια μειοψηφία των

ατόμων με αναπτυξιακές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, τα οποία, πριν από το ξέσπασμα του COVID-19, παρακολουθούσαν προγράμματα ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης, συνεχίζουν να λαμβάνουν υποστήριξη είτε μέσω τηλεδιάσκεψης είτε μέσω αποστολής κατάλληλου υλικού στους γονείς.

Προς το παρόν, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος της πανδημίας στην ψυχική υγεία των παιδιών και των οικογενειών. Προβλέπουμε ότι μακροπρόθεσμα, είναι πιθανό να υπάρξει δραματική αύξηση των διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος και συνδέονται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στους γονείς ως αποτέλεσμα των οικονομικών δυσκολιών. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 63% των Ελλήνων πιστεύει ότι η πανδημία θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία και το 57,9% στο εισόδημά τους (Dianeosis, 2020).

2.4 Μαθαίνοντας από την Πανδημία

Η Ελλάδα ως μία από τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, μετά από 10 χρόνια ύφεσης, βυθίζεται σε μια ακόμη κρίση, την πανδημία COVID-19. Η τρέχουσα κατάσταση έχει δραματικές αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομία, με συνακόλουθο κίνδυνο για τη ζωή των ανθρώπων.

Ωστόσο, οι περιορισμένοι πόροι και τα κενά στο σύστημα υγείας που αποκαλύφθηκαν κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19 μας δίνουν μια μεγάλη ευκαιρία να επανεξετάσουμε τον τρόπο οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών. Ίσως τώρα είναι η κατάλληλη στιγμή για την εφαρμογή καρδιακών αλλαγών που θα επιτύχουν ένα ολοκληρωμένο και ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με διαδικασίες για οριζόντιες και κάθετες συνδέσεις και συντονισμό μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) και την ανάπτυξη ενός πολυαναμενόμενου συστήματος ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

Είναι εντυπωσιακό ότι η Ελλάδα με το υψηλότερο κατά κεφαλήν ποσοστό αδειούχων ειδικευμένων ιατρών μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (6,2 ανά 1000 κατοίκους) έχει το τέταρτο χαμηλότερο ποσοστό προσωπικού υγείας που απασχολείται στα νοσοκομεία (Οικονόμου, 2015). Το επιβληθέν πάγωμα των προσλήψεων οδήγησε πολλούς γιατρούς στην αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό ή στην ιδιωτική πρακτική. Οι Έλληνες νοσοκομειακοί γιατροί εργάζονται καθημερινά υπό συνθήκες "έκτακτης ανάγκης", καθώς δεν υπάρχει έλεγχος των ροών ασθενών, δεδομένου του ανεπαρκούς

συστήματος ΠΦΥ, της έλλειψης μηχανισμού φύλαξης πυλών και των ανεπαρκών εγκαταστάσεων στην επαρχία, δηλαδή εκτός των μεγάλων πόλεων.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί του ΕΣΥ στην Ελλάδα λειτουργούν σε ένα δύσκολο περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από έλλειψη προσωπικού υποστήριξης, μεγάλο όγκο ασθενών και συνωστισμό στους θαλάμους. Δεν είναι ασυνήθιστο τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αθήνας να δέχονται περίπου 1000 ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας 24ωρης βάρδιας έκτακτης ανάγκης. Η κατάσταση επιδεινώνεται καθώς τοποθετούνται κρεβάτια σε διαδρόμους μετά την έκτακτη βάρδια. Ενώ αυτές οι συνθήκες εργασίας και ο μεγάλος φόρτος εργασίας μπορεί να θεωρηθούν εξαιρετικές σε άλλες χώρες, είναι ο κανόνας στην Ελλάδα. Παραδόξως, αυτές οι δύσκολες συνθήκες μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν τοποθετήσει το ιατρικό προσωπικό στην Ελλάδα καλύτερα για να χειριστεί την τρέχουσα πανδημική κρίση. Η εμπειρία τους να εργάζονται κάτω από επίπονες συνθήκες, με περιορισμένους πόρους και χαμηλές αμοιβές, μπορεί να συνέβαλε στην αποτελεσματική διαχείριση και τον επιτυχή περιορισμό των υποθέσεων, μαζί με την εφαρμογή ενός εθνικού lockdown.

Η καθιέρωση της «κοινωνικής απόστασης» λόγω της πανδημίας έχει τη δυνατότητα να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην κλινική πρακτική, ιδίως όσον αφορά την παροχή θεραπείας και τη χρήση της τεχνολογίας για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο εγγύς μέλλον.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πριν από αυτή την πανδημία COVID-19, η τηλεϊατρική ήταν διαθέσιμη μόνο σε λίγες νοσοκομειακές υπηρεσίες με δυνατότητες τηλεδιάσκεψης σε πραγματικό χρόνο μόνο με συνδεδεμένα Κέντρα Υγείας ή επαρχιακά νοσοκομεία. Μια νέα πρωτοβουλία παρουσίασε το Υπουργείο Υγείας, η οποία περιλαμβάνει τη δημιουργία υπηρεσιών τηλεδιαβούλευσης ειδικά σχεδιασμένων για άτομα που έχουν προσβληθεί από τον COVID-19. Αυτή η καινοτόμος προσέγγιση έχει τη δυνατότητα να χρησιμεύσει ως μακροπρόθεσμη λύση, επιτρέποντας την εξ αποστάσεως παρακολούθηση των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και εκείνων με χρόνιες ασθένειες και μοναδικές απαιτήσεις.

Η τρέχουσα παγκόσμια κρίση υγείας που παρουσιάζεται από την πανδημία COVID-19 προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία για επέκταση της εμβέλειας της τηλεϊατρικής, ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές και απομονωμένα νησιά όπου η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (CAMHS) είναι περιορισμένη ή

ανύπαρκτη. Αξιοποιώντας την τηλεϊατρική, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προσφέρουν καθοδήγηση και υποστήριξη σε παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε αυτές τις υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, η χώρα μας πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην ενίσχυση της εκπαίδευσης πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών, καθώς και στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων, προτύπων και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Εν μέσω αυτής της πανδημίας, είναι ζωτικής σημασίας και χρονικά ευαίσθητο να θεσπιστούν κατευθυντήριες γραμμές τηλεϊατρικής και να αντιμετωπιστούν οι νομικές πτυχές που αφορούν τις υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, διασφαλίζοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να παρέχουν την τεχνογνωσία τους χωρίς το φόβο της αστικής ευθύνης.

Στην τρέχουσα εποχή της κοινωνικής αποστασιοποίησης, η πρακτική της τηλεϊατρικής προσφέρει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μια πολύτιμη ευκαιρία να αναπτύξουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις και ψηφιακές θεραπείες χρησιμοποιώντας τεχνολογικές εξελίξεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο δεδομένων των συνθηκών που επιβάλλονται από την πανδημία COVID-19. Είναι σημαντικό να συγκεντρωθούν στοιχεία σχετικά με το ποιες περιπτώσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά μέσω της τηλεϊατρικής, καθώς και ο εντοπισμός καταστάσεων όπου η πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση είναι αναντικατάστατη. Η συνεχιζόμενη υγειονομική κρίση έχει αποκαλύψει τις μακροχρόνιες ελλείψεις και κενά στο δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας, τα οποία μπορούν να αποδοθούν στην εγγενή ανισορροπία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού συμφέροντος. Παράγοντες όπως η επισφαλής εργασιακή ασφάλεια, το πλεόνασμα ανέργων γιατρών και η επικράτηση μιας παραοικονομίας σε ένα πολιτικό σύστημα «ελεύθερης» αγοράς έχουν συμβάλει σε ένα ξεπερασμένο και δαπανηρό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Tountas et al., 2020).

Ο αποκλεισμός ήταν ένα επιτυχημένο μέτρο δημόσιας υγείας, αλλά με τη σταδιακή αποκατάσταση της ελευθερίας κίνησης και δραστηριότητας, θα πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για τη διατήρηση και την ενίσχυση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με την ενίσχυση της κοινοτικής περίθαλψης και τη δημιουργία ικανοτήτων για τη χρήση του "εφεδρικού στρατού" των επαγγελματιών υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης.

Η πανδημία, ως απειλή για όλους, πρέπει να αποτελέσει την αφορμή για την επιστροφή στην κύρια ιπποκρατική προληπτική μέθοδο . Θα είναι μια πολυπόθητη επιστροφή στη γη που την ανέπτυξε πριν από αιώνες (Perlstadt, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η Χρηματοοικονομική Ανάλυση

3.1 Εισαγωγή

Η χρηματοοικονομική ανάλυση, η οποία συνεπάγεται την απεικόνιση της οικονομικής κατάστασης μιας εταιρείας και των δυνατοτήτων της για μελλοντικό θρίαμβο και χρηματοοικονομική ασφάλεια (ρευστότητα), είναι μια πρακτική που βασίζεται σε διάφορες πηγές πληροφοριών. Αυτό περιλαμβάνει δεδομένα που λαμβάνονται από τον ισολογισμό, την κατάσταση λογαριασμού αποτελεσμάτων και την ετήσια έκθεση, καθώς και συμπληρωματικά στοιχεία όπως οι επικρατούσες οικονομικές συνθήκες τόσο σε εγχώριο όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, βιομηχανικά πρότυπα, περιβαλλοντικές υποχρεώσεις, εργατικά προβλήματα και άλλα.

Η χρηματοοικονομική ανάλυση είναι μια ζωτικής σημασίας διαδικασία που πραγματοποιείται τόσο εσωτερικά από τη διοίκηση όσο και εξωτερικά από χρηματοοικονομικές οντότητες. Εσωτερικά, η διοίκηση αξιολογεί την τρέχουσα απόδοση, εντοπίζει τομείς ανησυχίας ή πιθανής ανάπτυξης, δημιουργεί προϋπολογισμούς και εφαρμόζει μελλοντικές στρατηγικές. Εξωτερικά, διάφορες ομάδες όπως επενδυτές, ρυθμιστικές αρχές, δανειστές, προμηθευτές και πελάτες πραγματοποιούν χρηματοοικονομική ανάλυση για να καθορίσουν εάν πρέπει να επενδύσουν κεφάλαια, να χορηγήσουν δάνεια ή να δώσουν πίστωση στην εταιρεία. Επιπλέον, οι παγκόσμιοι οίκοι αξιολόγησης, όπως ο Moody's και ο Standard & Poor's, διεξάγουν τακτικά χρηματοοικονομικές αναλύσεις χωρών, οικονομικών ομάδων ή συγκεκριμένων τομέων όπως ο τραπεζικός τομέας για να παρέχουν μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση και αξιολόγηση (Νιάρχος, 2004).

3.2 Η Θέση του Αναλυτή

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχουν δύο είδη ανάλυσης των οικονομικών καταστάσεων ανάλογα με το ποιος τη διενεργεί : η εσωτερική και η εξωτερική ανάλυση.

Άτομα που συνδέονται άμεσα με την εταιρεία πραγματοποιούν την εσωτερική ανάλυση, χρησιμοποιώντας τα λογιστικά αρχεία και τους ατομικούς λογαριασμούς της εταιρείας για τη διεξαγωγή διεξοδικής εξέτασης. Αυτός ο τύπος ανάλυσης προσφέρει ένα σημαντικό πλεονέκτημα καθώς επιτρέπει την αξιολόγηση διαφορετικών μεθόδων και διαδικασιών που έχουν εφαρμοστεί. Κατά συνέπεια, η ανάλυση αποκτά σαφήνεια και επιτρέπει στον αναλυτή να εμβαθύνει στο θέμα. Τα άτομα που είναι υπεύθυνα για

τη διεξαγωγή αυτής της ανάλυσης στοχεύουν πρωτίστως να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της εταιρείας και να ερμηνεύσουν τυχόν αλλαγές στην οικονομική της θέση. Επιπλέον, η εσωτερική ανάλυση επιδιώκει να ερμηνεύσει συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία για λογαριασμό της διοίκησης, διευκολύνοντας τη μέτρηση της πραγματικής προόδου σε σχέση με τα υπάρχοντα προγράμματα. Ως αποτέλεσμα, επισπεύδεται η εποπτεία των επιχειρηματικών λειτουργιών.

Άτομα που δεν είναι συνδεδεμένα με την εταιρεία διενεργούν την εξωτερική ανάλυση, βασιζόμενα αποκλειστικά στα στοιχεία που γνωστοποιούνται στις οικονομικές καταστάσεις καθώς και στις εκθέσεις του διοικητικού συμβουλίου και των ελεγκτών.

Κατά συνέπεια, ο αναλυτής αντιμετωπίζει προκλήσεις στο να εμβαθύνει περαιτέρω στις περιπλοκές της επιχείρησης, με το επίπεδο δυσκολίας να αυξάνεται καθώς τα δημοσιευμένα δεδομένα γίνονται πιο συνοπτικά.

Όταν συζητάμε για την αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης μιας εταιρείας, αναφερόμαστε:

- Η ικανότητα της εταιρείας να εκπληρώσει τις τρέχουσες και μελλοντικές της υποχρεώσεις, ακόμη και σε συνθήκες που μπορεί να διαφέρουν από την τρέχουσα ανάλυση, είναι καθοριστικός παράγοντας.
- Η ικανότητα κάποιου να κεφαλαιοποιήσει τις διαθέσιμες ευκαιρίες μέσω της χρήσης προσωπικών κεφαλαίων ή της έκδοσης νέων μετοχών είναι ένα πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο.
- Ακόμη και με την ανάγκη άντλησης κεφαλαίων μέσω τραπεζικών δανείων, τα ομόλογα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική πτυχή της χρηματοοικονομικής στρατηγικής.
- Διατήρηση της ικανότητας διακανονισμού εκκρεμών τόκων και υποχρεώσεων, καθώς και αδιάλειπτης διανομής μερισμάτων.

Κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας εταιρείας, είναι σημαντικό να εξεταστεί το επίπεδο και η συνέπεια των καθαρών κερδών της, καθώς και οι δυνατότητές της για μελλοντική βελτίωση. Η σύνθεση και η οργάνωση του ισολογισμού και της κατάστασης λογαριασμού αποτελεσμάτων διαδραματίζουν

σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης και της κερδοφορίας μιας εταιρείας (Νιάρχος, 2004).

3.3 Στάδια Ανάλυσης

Σύμφωνα με τον Νιάρχο (2004), υπάρχουν δύο βασικά στάδια στην υλοποίηση της ανάλυσης: τυπικό και ουσιαστικό. Η επίσημη ανάλυση χρησιμεύει ως πρόδρομος της ουσιαστικής ανάλυσης και ενεργεί ως προκαταρκτική φάση της.

Η τυπική ανάλυση περιλαμβάνει την εμφάνιση της ποσοστιαίας ανάλυσης της επιχείρησης, την εξέταση της εξωτερικής δομής του ισολογισμού και του λογαριασμού κερδών και ζημιών, την πραγματοποίηση των απαραίτητων προσαρμογών, όπως στρογγυλοποίηση, ομαδοποίηση και αναταξινόμηση.

Η βασική ανάλυση βασίζεται σε τυπικές τεχνικές ανάλυσης δεδομένων, αλλά υπερβαίνει τον εντοπισμό και την ανάλυση πολλαπλών δεικτών που παρέχουν μια ολοκληρωμένη κατανόηση της επιχείρησης.

3.4 Μέθοδοι Ανάλυσης

- Κάθετη ανάλυση
- Οριζόντια ανάλυση
- Ανάλυση με αριθμοδείκτες
- Ανάλυση του Νεκρού Σημείου των συναλλαγών
- Ανάλυση με αριθμοδείκτες τάσης ή Χρηματοοικονομικές καταστάσεις τάσης

3.5 Η Χρηματοοικονομική Ανάλυση στα Νοσοκομεία

Τα δημόσια νοσοκομεία, εκτός από το κοινωνικό τους έργο, λειτουργούν ως οικονομικοί και παραγωγικοί φορείς. Η διεξαγωγή χρηματοοικονομικής ανάλυσης για αυτά τα νοσοκομεία καθίσταται ζωτικής σημασίας, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη τη μοναδική χρηματοδοτική τους δομή και την εστίασή τους στην προώθηση της υγείας και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών αντί της δημιουργίας κερδών. Αυτή η οικονομική ανάλυση χρησιμεύει ως βασικό συστατικό για την αξιολόγηση της συνολικής τους απόδοσης, τη διασφάλιση της δημόσιας λογοδοσίας, την προώθηση της βιώσιμης οικονομικής διαχείρισης και τη διατήρηση της αποτελεσματικής διοίκησης. Ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης που οι πόροι είναι περιορισμένοι, η οικονομική αξιολόγηση των μονάδων δημόσιας υγείας γίνεται ακόμη πιο σημαντική καθώς αντιμετωπίζουν την πρόκληση να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με λιγότερους πόρους.

Η οικονομική διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων βασιζόταν στην απλογραφική-ταμειακή προσέγγιση για αρκετά χρόνια, όπου οι συναλλαγές καταγράφονταν μόνο όταν λαμβάνονταν ή εκταμιεύονταν κεφάλαια. Δυστυχώς, αυτή η νομοθετική δομή κατέστησε δύσκολη την ακριβή αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης των δημόσιων εγκαταστάσεων υγείας, καθώς πολλές δραστηριότητες δεν καταγράφηκαν.

Η ενσωμάτωση λογιστικών πληροφοριών στις Μονάδες Δημόσιας Υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο του ΠΔ 146/03. Με την εφαρμογή του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος, οι μονάδες αυτές έχουν κάνει ένα σημαντικό βήμα προς τον εκσυγχρονισμό των πρακτικών χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Σύμφωνα με το Π.Δ. 146/03, τα δημόσια νοσοκομεία υποχρεούνται να συντάσσουν διάφορες οικονομικές καταστάσεις, όπως Ισολογισμό, Κατάσταση Αποτελεσμάτων, Πίνακα Διανομής Κερδών, Κατάσταση Λογαριασμού Γενικής Λειτουργίας και Παράρτημα Ισολογισμού και Κέρδος και ζημία. Πριν από τη δημοσίευσή τους, οι τρεις αρχικές καταστάσεις, όπως ορίζει το ΠΔ, εξετάζονται ενδελεχώς από δύο ορκωτούς λογιστές σύμφωνα με τον Ν. 3329/2005 και στη συνέχεια εκδίδονται μαζί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Αριθμοδείκτες

Ένας ικανός αναλυτής έχει στα χέρια του ένα χρήσιμο εργαλείο, τους αριθμοδείκτες. Οι αριθμοδείκτες είναι από τα πιο γνωστά εργαλεία της χρηματοοικονομικής ανάλυσης μέσω των λογιστικών καταστάσεων και μπορούν να αποκαλύψουν κάποιες αδυναμίες που έχει μια επιχείρηση. Με αυτόν τον τρόπο η διοίκηση μπορεί να λάβει έγκαιρα μέτρα για την πορεία της, μιας και δεν έχει το χρόνο να είναι ενήμερη για τα διάφορα τμήματα της επιχείρησης.



Οι αριθμοδείκτες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «προφήτες» για το μέλλον, αφού προβλέπουν την μελλοντική πορεία της επιχείρησης και το δυσκολότερο στάδιο της χρηματοοικονομικής ανάλυσης με αριθμοδείκτες είναι η έμπειρη ερμηνεία τους.

Παρά τα πλεονεκτήματα που έχουν οι αριθμοδείκτες, πρέπει να χρησιμοποιούνται με επιφύλαξη, επειδή πιθανόν να καταλήξουν σε παραπλανητικά συμπεράσματα. Πρέπει να καθίσταται προσοχή στα εξής (Κάντζος, 2002) :

1. Τα ποσά να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ακριβή
2. Οι αριθμοδείκτες να δίνουν αληθοφανή σχέση. (πχ υψηλός δείκτης που προκύπτει από μικρά ποσά)
3. Η μεταχείρισή τους μπορεί να υποβιβάσει τη σπουδαιότητά τους, εάν το περιεχόμενο των αριθμοδεικτών δεν αξιολογηθεί συγκρινόμενο με :
 - ✓ πρότυπους δείκτες
 - ✓ δείκτες προηγούμενων περιόδων της ίδιας επιχείρησης
 - ✓ δείκτες αντιπροσωπευτικών εταιριών του κλάδου

Αν ανατρέξουμε στη βιβλιογραφία, θα βρούμε μια πληθώρα αριθμοδεικτών. Γνωρίζουμε, όμως, ότι αρκεί μια αντιπροσωπευτική ομάδα αριθμοδεικτών για εξαγωγή συμπερασμάτων και δεν επιβάλλεται η μέτρηση όλων.

Οι βασικές κατηγορίες των αριθμοδεικτών ή αλλιώς των χρηματοοικονομικών δεικτών (financial ratio ή accounting ratio), οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν στη μελέτη περίπτωσης, είναι οι παρακάτω :

-  Αριθμοδείκτες Ρευστότητας
-  Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας

✚ Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας

✚ Αριθμοδείκτες Χρέους και Διάρθρωσης Κεφαλαίων

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι αριθμοδείκτες ανά κατηγορία χρήσης, οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν στη μελέτη περίπτωσης.

4.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας (liquidity ratios)

4.1.1 Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας

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

Τι απεικονίζει : Ο αριθμοδείκτης γενικής ρευστότητας απεικονίζει τη φαινομενική, ποσοτική σχέση των κυκλοφοριακών περιουσιακών στοιχείων του ενεργητικού με τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις, στο χρονικό πλαίσιο του ίδιου έτους. Επίσης αποτελεί ένδειξη του βαθμού ασφάλειας, με τον οποίο βραχυχρόνιες πιστώσεις μπορούν να χορηγηθούν στην οικονομική μονάδα από τους πιστωτές της.

Ποια η χρήση του : Χρησιμεύει στην αξιολόγηση της βραχυπρόθεσμης ρευστότητας. Ο Καρτάλης (2012) αναφέρει ότι εάν το αποτέλεσμα είναι πάνω από τη μονάδα και ανάμεσα στο ένα και στο δύο, η επιχείρηση έχει τη δυνατότητα ανταπεξέλθει στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της, με ικανοποιητική ρευστότητα.

Μειονεκτήματα : Ο αριθμοδείκτης αυτός δεν αποτελεί ακριβή μέτρηση της ικανότητας της εταιρείας να ανταποκριθεί χωρίς δυσκολία στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

4.1.2 Αριθμοδείκτης Άμεσης ή Ειδικής Ρευστότητας

$$\text{Άμεσης Ρευστότητας} = \frac{\text{Κυκλοφορούν - Αποθέματα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει τη σχέση των ρευστοποιήσιμων κυκλοφοριακών στοιχείων προς τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις, χωρίς τον υπολογισμό των αποθεμάτων.

Ποια η χρήση του : Χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ρευστότητας και της απόδοσης του τμήματος πωλήσεων.

Μειονεκτήματα : Αδυνατεί να αξιολογήσει τους επιμέρους λογαριασμούς που συμμετέχουν στον υπολογισμό (απαιτήσεις)

4.1.3 Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

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

Τι απεικονίζει : Ο αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας δείχνει τη σχέση των διαθέσιμων με τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις και συνήθως το πηλίκο είναι μικρότερο της μονάδας, ανάλογα βέβαια και τον κλάδο που δραστηριοποιείται η επιχείρηση.

Ποια η χρήση του : Χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ρευστότητας και της πιστοληπτικής ικανότητας της μονάδας, αλλά και της αποδοτικότητας του τμήματος εισπράξεων και πληρωμών.

Μειονεκτήματα : Μια εταιρεία για να βελτιώσει τον δείκτη ταμειακής ρευστότητας, αυξάνει πολλές φορές, σκόπιμα και πλασματικά, τον λογαριασμό Ταμείο (Κάντζος, 2002)

4.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας (profitability ratios)

4.2.1 Αριθμοδείκτης Μικτού Περιθωρίου Κέρδους

$$\text{Μικτού Κέρδους} = \frac{\text{Μικτά Κέρδη}}{\text{Πωλήσεις}}$$

Τι απεικονίζει : Σύμφωνα με τον Κάντζο (2002), ο δείκτης αυτός απεικονίζει τη σχέση των μικτών αποτελεσμάτων προς τις πωλήσεις και αντανακλά την αποτελεσματικότητα του τμήματος πωλήσεων και marketing. Ένα υψηλό ποσοστό του δείκτη θεωρείται μια ευνοϊκή ένδειξη για την πορεία της επιχείρησης, αφού καλύπτει τα έξοδά της. Ενώ ένας χαμηλός δείκτης αποτελεί ένδειξη ότι έχει προβεί σε επενδύσεις.

Ποια η χρήση του : Μετρά την αποδοτικότητα των πωλήσεων μιας εταιρείας.

Μειονεκτήματα : Ο Νιάρχος (2004) επισημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα μια εταιρεία να διατηρεί σκόπιμα τις τιμές χαμηλές, οπότε και το δείκτη μικτού κέρδους σε χαμηλά επίπεδα.

4.2.2 Αριθμοδείκτης Καθαρού Περιθωρίου Κέρδους

$$\text{Καθαρού Κέρδους} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Πωλήσεις}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει το ποσοστό του καθαρού κέρδους που επιτυγχάνει μια επιχείρηση από τις πωλήσεις της. Όσο μεγαλύτερος είναι, τόσο πιο επικερδής είναι η επιχείρηση. Είναι πολύ χρήσιμος, δεδομένου ότι τόσο η διοίκηση όσο και πολλοί αναλυτές βασίζουν τις προβλέψεις τους για τα μελλοντικά καθαρά κέρδη της επιχείρησης επί του προβλεπόμενου ύψους πωλήσεων και του ποσοστού καθαρού κέρδους (Νιάρχος, 2004)

Ποια η χρήση του : Μετρά το κέρδος από τις λειτουργικές της δραστηριότητες, ή αλλιώς δείχνει το ποσοστό του καθαρού κέρδους που πετυχαίνει από τις πωλήσεις της.

4.2.3 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού

$$\text{Αποδοτικότητα Ενεργητικού} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Ενεργητικό}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει την αναλογία των καθαρών κερδών προς το σύνολο του ενεργητικού και αποτελεί ένα είδος αξιολόγησης της διοίκησης. Εάν η αποδοτικότητα της επιχείρησης είναι υψηλή σε σχέση με την απόδοση άλλων επενδύσεων, τότε η επιχείρηση μπορεί να αντλήσει πρόσθετα κεφάλαια, προσελκύοντας το ενδιαφέρον επενδυτικών κεφαλαίων (Λαζαρίδης et al., 2013).

Ποια η χρήση του : Μετρά την απόδοση των περιουσιακών στοιχείων μιας επιχείρησης, δηλαδή πόσο καλά η διοίκηση εκμεταλλεύεται τα συνολικά στοιχεία του ενεργητικού της επιχείρησης προκειμένου να έχουμε κέρδη.

4.2.4 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

$$\text{Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Τι απεικονίζει : Ο Νιάρχος (2004) αναφέρει ότι ο αριθμοδείκτης αυτός απεικονίζει την κερδοφόρα δυναμικότητα μιας επιχείρησης και παρέχει ένδειξη του κατά πόσο επιτεύχθηκε ο στόχος πραγματοποίησης ενός ικανοποιητικού αποτελέσματος. Ένας χαμηλός δείκτης δείχνει ότι η επιχείρηση πάσχει σε κάποιο τομέα της, χωρίς όμως ο εξωτερικός αναλυτής να εντοπίσει τα αδύνατα σημεία της. Αντίθετα, ένας υψηλός δείκτης αποτελεί ένδειξη ότι η επιχείρηση ευημερεί και αυτό οφείλεται σε μια επιτυχημένη διοίκηση ή σε ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες.

Ποια η χρήση του : Μετρά την αποτελεσματικότητα με την οποία απασχολούνται τα ίδια κεφάλαια της επιχείρησης, τα χρήματα δηλαδή που επένδυσαν οι μέτοχοι στην επιχείρηση, προσδοκώντας σε αποδόσεις μεγαλύτερες από άλλες επενδύσεις.

4.2.5 Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης

$$\text{Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης} = \frac{\text{Ενεργητικό}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει τη δομή των ιδίων και ξένων κεφαλαίων που χρησιμοποιεί η επιχείρηση για να χρηματοδοτήσει τις επενδύσεις της. Η ανάλυση αυτού του αριθμοδείκτη μας δείχνει εάν μια επιχείρηση μπορεί να χρησιμοποιήσει τη χρηματοοικονομική μόχλευση για να αυξήσει την αποδοτικότητα των ιδίων κεφαλαίων της.

Ποια η χρήση του : Μετρά το ποσό των επενδύσεων σε στοιχεία ενεργητικού που μπορεί να υποστηρίξει 1 ευρώ ιδίων κεφαλαίων.

Μειονεκτήματα : Με υψηλή μεταβλητότητα στα στις πωλήσεις, αλλά και με αρνητικές τιμές στα κέρδη, μπορεί μια επιχείρηση να οδηγηθεί γρήγορα σε πτώχευση.

4.3 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας (activity ratios)

4.3.1 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού

$$\text{Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ενεργητικού} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Ενεργητικό}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει το βαθμό χρησιμοποίησης του ενεργητικού μιας επιχείρησης σε σχέση με τις πωλήσεις της. Αυξημένη κυκλοφορία ενεργητικού σημαίνει ότι η επιχείρηση έχει περισσότερες πωλήσεις ως προς το ενεργητικό. Αντίθετα, ο χαμηλός δείκτης απεικονίζει ότι η επιχείρηση έχει πολλά στοιχεία ενεργητικού, που δεν αξιοποιούνται επαρκώς. Όμως, αξίζει να σημειωθεί ότι ένας διαχρονικά χαμηλός δείκτης δείχνει υπερεπένδυση σε στοιχεία ενεργητικού και αυτό αποτελεί ενδεχόμενο να υπάρξει δυσμενή επίδραση σε αυτήν. Μια τέτοια κατάσταση εάν δεν αντιμετωπιστεί, θα έχει ως αποτέλεσμα να οδηγηθεί η επιχείρηση σε αδυναμία εκπλήρωσης των υποχρεώσεών της (Λαζαρίδης et al., 2013).

Ποια η χρήση του : Μετρά πόσες φορές ανακυκλώνεται μέσα σε ένα χρόνο το συνολικό επενδυμένο κεφάλαιο στην επιχείρηση.

4.3.2 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων

$$\text{Ταχύτητα Κυκλοφορίας Παγίων} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει το βαθμό χρησιμοποίησης των παγίων περιουσιακών στοιχείων σε σχέση με τις πωλήσεις μιας επιχείρησης. Ένας υψηλός δείκτης δείχνει ότι υπάρχει εντατική χρήση των παγίων στοιχείων και αντίθετα μείωση του δείκτη διαχρονικά θα μπορούσε να δείχνει υπερεπένδυση στα πάγια περιουσιακά στοιχεία (Λαζαρίδης et al., 2013).

Ποια η χρήση του : Μετρά την παραγωγικότητα των παγίων στοιχείων μιας επιχείρησης σχετικά με την πραγματοποίηση των πωλήσεών της.

4.3.3 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων

$$\text{Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει το βαθμό χρησιμοποίησης των ιδίων κεφαλαίων σε σχέση με τις πωλήσεις μιας επιχείρησης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης, τόσο καλύτερη είναι η θέση της επιχείρησης. Δηλαδή, σημαίνει ότι πραγματοποιεί μεγάλες πωλήσεις με μικρά επενδυμένα ίδια κεφάλαια. Όμως, αντίθετα, μια χαμηλή τιμή στον δείκτη απεικονίζει υπερεπένδυση παγίων που έγινε μέσω αυξημένων ιδίων κεφαλαίων (Νιάρχος, 2004).

Ποια η χρήση του : Μετρά τις πωλήσεις που πραγματοποίησε μια επιχείρηση με κάθε μονάδα ιδίων κεφαλαίων (Λαζαρίδης et al., 2013).

Μειονεκτήματα : Ο δείκτης αυτός έχει περιορισμένη αξία, διότι οι πωλήσεις εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, με αποτέλεσμα η ερμηνεία του να είναι δύσκολη.

4.4 Αριθμοδείκτες Χρέους-Διάρθρωσης Κεφαλαίου (debt-structure ratios)

4.4.1 Αριθμοδείκτης Χρέους

$$\text{Χρέους} = \frac{\text{Συνολικές Υποχρεώσεις}}{\text{Ενεργητικό}}$$

Τι απεικονίζει : Ο αριθμοδείκτης Χρέους απεικονίζει το ύψος των υποχρεώσεων μιας επιχείρησης σε σύγκριση με τα στοιχεία ενεργητικού.

Ποια η χρήση του : Μια χαμηλή τιμή στον δείκτη μας δείχνει ότι η επιχείρηση είναι λιγότερη εξαρτημένη από δανειακά κεφάλαια και επομένως έχει ισχυρή κεφαλαιακή βάση. Δηλαδή, ο κίνδυνος να εκτεθεί σε ξένα ή δανειακά κεφάλαια είναι μεγαλύτερος, όταν ο δείκτης είναι υψηλότερος (Λαζαρίδης et al., 2013).

4.4.2 Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης

$$\text{Κεφαλαιακής Βάσης} = \frac{\text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}{\text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει δανειακό μέρος της κεφαλαιοποίησης της επιχείρησης. Παρατηρούμε ότι δεν περιλαμβάνονται τρέχουσες ή βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις, επομένως έχουμε καλύτερη εικόνα της μόχλευσης της επιχείρησης που μελετούμε.

Ποια η χρήση του : Μετρά πόσα από τα κεφάλαια είναι δανειακά. Όσο μικρότερος είναι ο δείκτης, τόσο το καλύτερο για την επιχείρηση. Μια τιμή μεταξύ του 30 % - 40 % είναι ικανοποιητική (Λαζαρίδης et al., 2013).

4.4.3 Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας

$$\text{Παγιοποίηση Περιουσίας} = \frac{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$$

Τι απεικονίζει : Απεικονίζει το ποσοστό των πάγιων εγκαταστάσεων της επιχείρησης σε σχέση με το σύνολο του ενεργητικού και εκτιμάται σε σχέση με τη φύση της επιχείρησης.

Ποια η χρήση του : Ένα υψηλός δείκτης παρουσιάζει έντονη επενδυτική δραστηριότητα της επιχείρησης σε πάγιο εξοπλισμό, ενώ αντίθετα ένας χαμηλός δείκτης απεικονίζει μειωμένη χρηματοδότηση παγίων από την επιχείρηση (Νιάρχος, 2004).

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

5.1 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

Στην αγροτική περιοχή της Δημοτικής Ενότητας Χορτιάτη, θα βρείτε το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου». Το έγκριτο αυτό ίδρυμα λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και υπάγεται στη δικαιοδοσία και εποπτεία του Περιφερειάρχη της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας. Σύμφωνα με την οργανωτική δομή που περιγράφεται στην υπ' αριθμ. Υ4α/οσ. 123770 Διυπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3485/ Β' / 31.12.2012), το νοσοκομείο διαθέτει συνολική δυναμικότητα 650 κλινών.

Μετά την ολοκλήρωση του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου ιδρύθηκε και ξεκίνησε τη λειτουργία του το Φυματιολογικό Νοσοκομείο Ασβεστοχωρίου. Αυτό συνέβη με βασιλικό διάταγμα στις 4/9/1920, το οποίο επικεντρώθηκε στην ίδρυση του νοσοκομείου. Αρχικά, το νοσοκομείο χρησιμοποίησε τους στρατώνες που είχαν κατασκευαστεί από τον Βρετανικό Στρατό κατά τη διάρκεια του πολέμου για την περίθαλψη τραυματιών. Με την πάροδο του χρόνου κατασκευάστηκαν πρόσθετες εγκαταστάσεις, που οδήγησαν στη μετονομασία του νοσοκομείου σε «Σανατόριο Ασβεστοχωρίου» το 1938. Στη συνέχεια, χτίστηκαν περισσότερες εγκαταστάσεις και ιδρύθηκαν διάφορες κλινικές, με αποκορύφωμα το νοσοκομείο να μετονομαστεί ξανά το 1963 σε Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος Βορείου Ελλάδος (Μοσχοτά, 2014).

Με την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, το νοσοκομείο υπέστη σημαντική αλλαγή και έγινε γνωστό ως Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου». Επί του παρόντος, το Γ.Ν.Θ. Το «Γ. Παπανικολάου» αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, με μια εντυπωσιακή σειρά 19 πανεπιστημιακών κλινικών και τμημάτων που συνδέονται με το Ε.Σ.Υ.

Το νοσοκομείο προσφέρει ένα ευρύ φάσμα εξειδικευμένων μονάδων, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Μονάδας Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Μονάδας Εγκαυμάτων, Μονάδας Εντατικής Καρδιοχειρουργικής, καθώς και αρκετά εξειδικευμένα εργαστήρια και κλινικές όπως βρογχοσκοπική, αιμοδυναμική, CT-MRI, και πολλά άλλα.

Ξεκινώντας από το 2012, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Υ4α/οκ. 123893 Διυπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3515/ Β' / 31.12.2012), το Γ.Ν.Θ. Το «Γ. Παπανικολάου» έχει ενσωματωθεί στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Η ενοποίηση αυτή οδήγησε στη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος διαχείρισης, με αποτέλεσμα τη συνδυασμένη δυναμικότητα 1000 κλινών για το ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο περιλαμβάνει επιπλέον 300 κλίνες από το ΜΠΣΑ.

5.2 Υπολογισμός και σχολιασμός Αριθμοδεικτών

5.2.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας

Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας

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

Πίνακας 1 Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας

	2018	2019	2020	2021
Κυκλοφορούν	255.822.161,90	209.531.772,67	268.063.501,16	306.415.504,63
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	22.576.815,76	37.703.950,00	49.043.698,33	46.828.399,67
Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας	11,33	5,56	5,46	6,54

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Από το 2018 έως το 2021, το νοσοκομείο παρουσίασε βελτίωση στην ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του χρησιμοποιώντας τα κυκλοφορούντα περιουσιακά του στοιχεία. Αν και ο γενικός δείκτης ρευστότητας παρέμεινε υψηλός όλα αυτά τα χρόνια, υπήρξαν ορισμένες διακυμάνσεις στον ρυθμό μεταβολής του. Η ανοδική πορεία του δείκτη, μαζί με τη σταθερότητά, μπορεί να αποδοθεί στη συνεχή αύξηση των περιουσιακών στοιχείων και στη μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Η αύξηση της περιουσίας του νοσοκομείου είναι αποτέλεσμα κατά κύριο λόγο των υψηλότερων απαιτήσεων του ΕΟΠΥΥ, με μικρότερη συνεισφορά από την αυξημένη διαθεσιμότητα μετρητών λόγω κρατικών επιχορηγήσεων για τη ρύθμιση ληξιπρόθεσμων οφειλών δημοσίων μονάδων υγείας.



Διάγραμμα 1 Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Παρατηρούνται πολλά αποθέματα τα οποία είναι αβέβαιο ότι θα μετατραπούν σε μετρητά σύντομα. Τέλος, παρότι όλα τα έτη ο δείκτης ξεπερνά το 2, βλέπουμε ότι υπάρχει διακύμανση η οποία σηματοδοτεί μεταβολές στην ικανότητα της επιχείρησης να ανταποκριθεί στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

Αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας

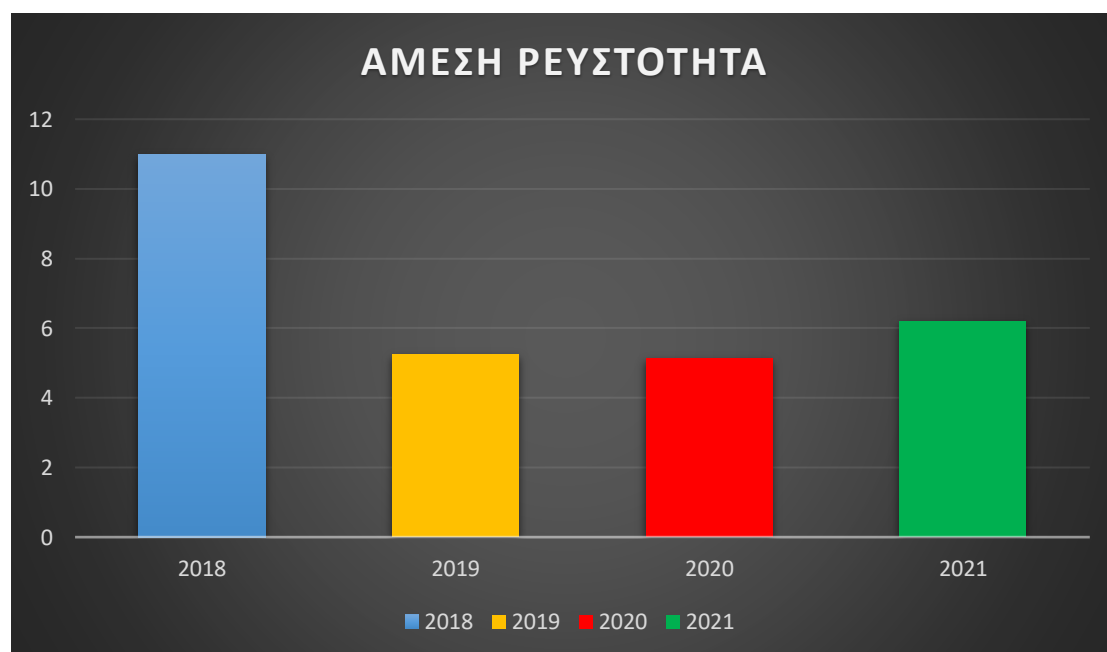
$$\text{Άμεσης Ρευστότητας} = \frac{\text{Κυκλοφορούν - Αποθέματα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Πίνακας 2 Αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας

	2018	2019	2020	2021
Κυκλοφορούν - Αποθέματα	247.914.240,33	199.118.583,44	252.133.741,04	290.654.502,04
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	22.576.815,76	37.703.950,00	49.043.698,33	46.828.399,67
Αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας	10,98	5,25	5,14	6,2

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αν συγκρίνουμε τον Δείκτη Γενικής και Άμεσης Ρευστότητας παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ τους. Αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο Παπανικολάου δεν έχει πολλά αποθέματα (πιθανών απαξιωμένα). Την τετραετία 2018-2021αν και παρατηρούνται μεταβολές, οι τιμές βρίσκονται πάνω από τη μονάδα, πράγμα που ερμηνεύεται θετικά. Συμπερασματικά, ο αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας μας δείχνει ότι τα ταχέως ρευστοποιήσιμα στοιχεία καλύπτουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της και η επιχείρηση έχει καλή οικονομική κατάσταση.



Διάγραμμα 2 Αριθμοδείκτης Άμεσης Ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

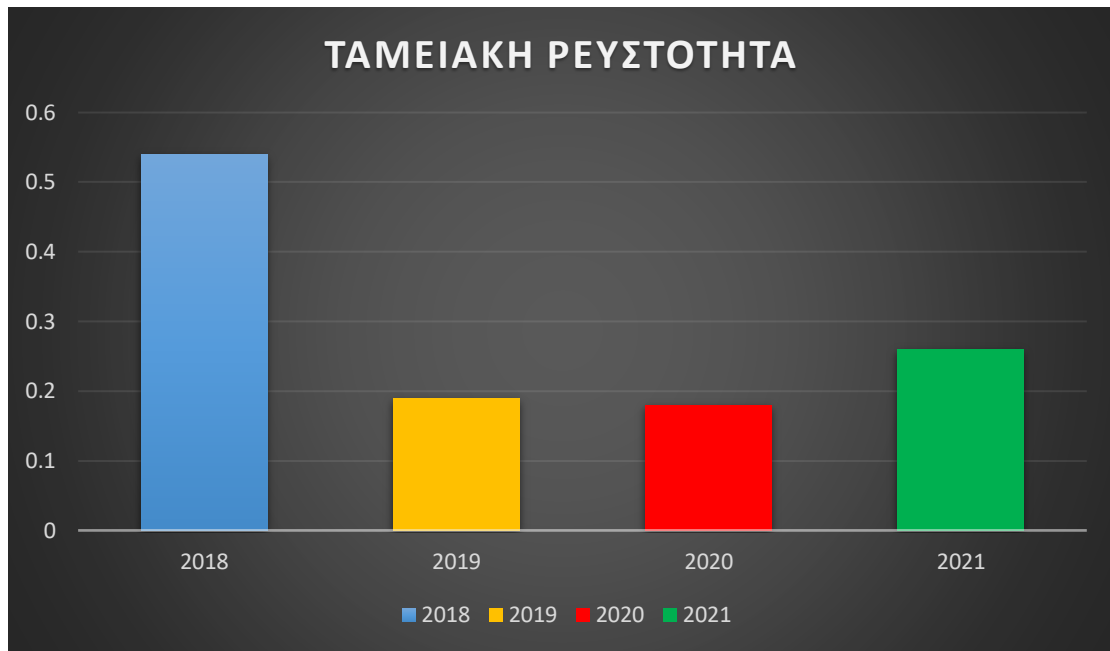
$$\text{Ταμειακής Ρευστότητας} = \frac{\text{Διαθέσιμα}}{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$$

Πίνακας 3 Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

	2018	2019	2020	2021
Διαθέσιμα	12.085.751,10	7.169.425,41	8.780.092,18	12.162.638,93
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	22.576.815,76	37.703.950,00	49.043.698,33	46.828.399,67
Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας	0,54	0,19	0,18	0,26

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Την τετραετία που μελετάμε, παρατηρείται ότι σε όλα τα έτη οι τιμές είναι κάτω από τη μονάδα. Αυτό δεν είναι και πολύ ικανοποιητικό, μιας και φαίνεται ότι νοσοκομείο Παπανικολάου δεν μπορεί να καλύπτει τις βραχυπρόθεσμες της υποχρεώσεις αποκλειστικά μόνο με μετρητά.



Διάγραμμα 3 Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

5.2.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας

Αριθμοδείκτης Μικτού Κέρδους

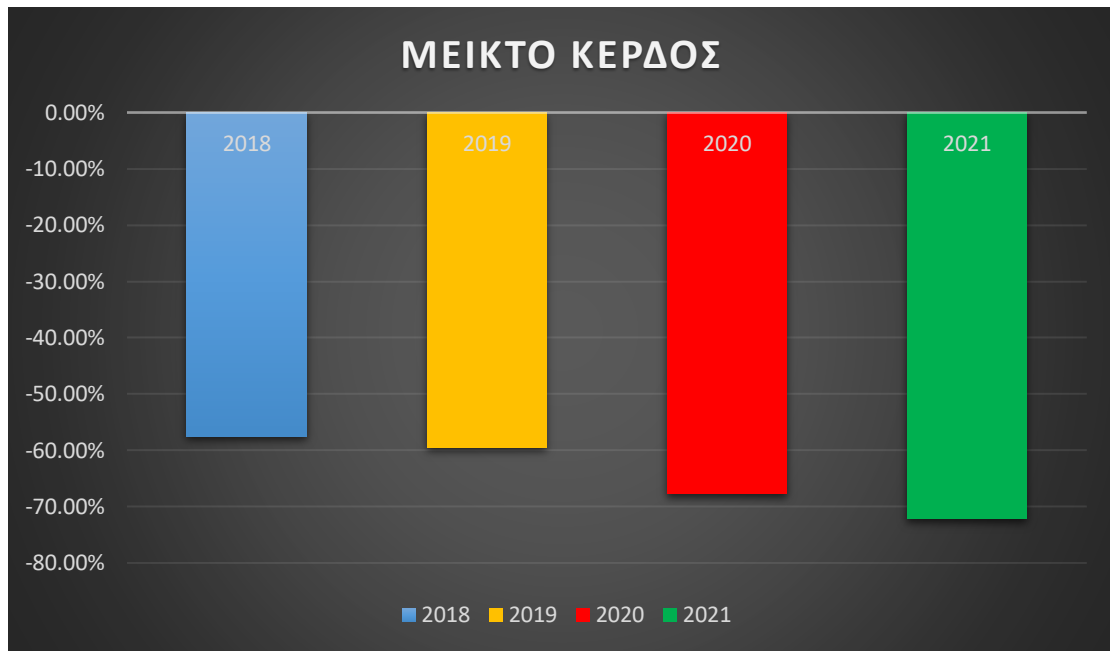
$$\text{Μικτού Κέρδους} = \frac{\text{Μικτά Κέρδη}}{\text{Πωλήσεις}}$$

Πίνακας 4 Αριθμοδείκτης Μικτού Κέρδους

	2018	2019	2020	2021
Μικτά Κέρδη	-39.696.460,00	-47.739.437,87	-52.790.764,83	-56.581.802,71
Πωλήσεις	69.075.612,59	80.193.092,63	77.840.190,88	78.365.752,10
Αριθμοδείκτης Μικτού Κέρδους	-57,47%	-59,53%	-67,81%	-72,20%

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Στον τομέα των μονάδων δημόσιας υγείας, ένας δείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους ελαφρώς πάνω από το ένα κρίνεται ικανοποιητικός, καθώς υποδηλώνει αποτελεσματική οικονομική διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων με παράλληλη παροχή κορυφαίων υπηρεσιών στο κοινό. Ωστόσο, κατά την εξέταση του παραπάνω Πίνακα, γίνεται φανερό ότι το Γ.Ν.Θ. Ο Γ. Παπανικολάου κατέγραψε σταθερά αρνητικές τιμές για τον δείκτη αυτό όλα τα υπό μελέτη έτη και κυρίως το 2020 και 2021 που ήταν η περίοδος της πανδημίας. Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ανεπάρκεια των εσόδων από υπηρεσίες για την κάλυψη του σχετικού κόστους.



Διάγραμμα 4 Αριθμοδείκτης Μικτού Κέρδους

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους

$$\text{Καθαρού Κέρδους} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Πωλήσεις}}$$

Πίνακας 5 Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους

	2018	2019	2020	2021
Καθαρά Κέρδη	53.422.870,93	-51.381.704,38	39.593.537,06	54.950.122,04
Πωλήσεις	69.075.612,59	80.193.092,63	77.840.190,88	78.365.752,10
Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους	77,34%	-64,07%	50,88%	70,12%

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Υπολογίζοντας τον δείκτη, μπορούμε να αποκτήσουμε γνώσεις για την κερδοφορία μιας οικονομικής μονάδας, καθώς υποδεικνύει το ποσοστό του καθαρού κέρδους που δημιουργείται από τις πωλήσεις της μονάδας. Με εξαίρεση το έτος 2019, ο δείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους για το υπό αξιολόγηση νοσοκομείο παρουσίαζε σταθερά

θετικές τιμές τα περισσότερα χρόνια, ξεχωρίζοντας τον από τον δείκτη μικτού περιθωρίου κέρδους.



Διάγραμμα 5 Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού

$$\text{Αποδοτικότητα Ενεργητικού} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Ενεργητικό}}$$

Πίνακας 6 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού

	2018	2019	2020	2021
Καθαρά Κέρδη	53.422.870,93	-51.381.704,38	39.593.537,06	54.950.122,04
Ενεργητικό	323.096.443,08	287.542.194,09	338.659.336,81	396.413.722,53

Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού	16,53%	-17,86%	11,69%	13,86%
---	---------------	----------------	---------------	---------------

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Ο πρωταρχικός στόχος αυτού του δείκτη αποδοτικότητας είναι να αξιολογήσει πόσο αποτελεσματικά η διοίκηση του νοσοκομείου χρησιμοποιεί τα περιουσιακά στοιχεία για τη δημιουργία κερδών, λαμβάνοντας επίσης υπόψη τη συνολική βιωσιμότητα της δομής και λειτουργίας του ιδρύματος. Αναλύοντας τα δεδομένα που παρέχονται στον Πίνακα είναι προφανές ότι μόνο το 2019 εμφανίστηκαν αρνητικές τιμές.



Διάγραμμα 6 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

$$\text{Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Πίνακας 7 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

	2018	2019	2020	2021
Καθαρά Κέρδη	53.422.870,93	-51.381.704,38	39.593.537,06	54.950.122,04
Ίδια Κεφάλαια	294.710.822,00	243.302.815,03	283.699.280,09	341.499.100,75
Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων	18,14%	-21,11%	13,95%	16,09%

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στη χρησιμοποίηση του μετοχικού κεφαλαίου σε μια οικονομική οντότητα μετράται με τον δείκτη αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων. Μετά την ανάλυση του δείκτη για το συγκεκριμένο νοσοκομείο, μπορεί να συναχθεί ότι ο δείκτης απέδωσε σταθερά θετικά αποτελέσματα στα περισσότερα από τα εξεταζόμενα έτη εκτός από το 2019 που είχαμε αρνητικό ποσοστό. Οι οργανισμοί «έντασης εργασίας» συνήθως προσπαθούν για υψηλότερη τιμή αυτού του δείκτη.



Διάγραμμα 7 Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης

$$\text{Χρηματοοικονομική Μόχλευση} = \frac{\text{Ενεργητικό}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Πίνακας 8 Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης

	2018	2019	2020	2021
Ενεργητικό	323.096.443,08	287.542.194,09	338.659.336,81	396.413.722,53
Ίδια Κεφάλαια	294.710.822,00	243.302.815,03	283.699.280,09	341.499.100,75
Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης	1,09	1,18	1,19	1,16

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Υπολογίζοντας τον δείκτη τα έτη 2018 - 2021 παρατηρείται μία μείωση το έτος 2018, αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου ήταν λιγότερο εκτεθειμένο σε δανεισμό το 2018 σε σχέση με τα υπόλοιπα χρόνια.



Διάγραμμα 8 Αριθμοδείκτης Χρηματοοικονομικής Μόχλευσης

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

5.2.3 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού

$$\text{Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ενεργητικού} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Ενεργητικό}}$$

Πίνακας 9 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού

	2018	2019	2020	2021
Πωλήσεις	69.075.612,59	80.193.092,63	77.840.190,88	78.365.752,10
Ενεργητικό	323.096.443,08	287.542.194,09	338.659.336,81	396.413.722,53
Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,21	0,27	0,23	0,20

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Ο αριθμός δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού είναι ένας δείκτης που χρησιμοποιείται για να μετρήσει την ικανότητα μιας επιχείρησης ή μιας οργάνωσης να μετατρέπει τα ενεργητικά της (όπως περιουσιακά στοιχεία, χρηματικά κεφάλαια, αποθέματα κλπ.) σε έσοδα. Το νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου όπως θα δούμε στο παρακάτω διάγραμμα έχει μια σταθερότητα τα έτη που μελετούμε.



Διάγραμμα 9 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων

$$\text{Ταχύτητα Κυκλοφορίας Παγίων} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}$$

Πίνακας 10 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων

	2018	2019	2020	2021
Πωλήσεις	69.075.612,59	80.193.092,63	77.840.190,88	78.365.752,10
Πάγιο Ενεργητικό	42.803.925,85	42.732.452,17	42.609.444,18	43.173.423,47
Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων	1,61	1,89	1,82	1,81

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Ο "Αριθμός Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων" είναι ένας οικονομικός δείκτης που χρησιμοποιείται για να μετρήσει την ταχύτητα με την οποία πωλούνται τα παγία (σταθερής αξίας ενεργητικά) μιας εταιρείας. Η ταχύτητα αυτή μπορεί να δώσει μια ιδέα για την αποδοτικότητα με την οποία η εταιρεία χρησιμοποιεί τα παγία της στη διαδικασία παραγωγής ή πώλησης των προϊόντων της. Υψηλότεροι αριθμοί ΑΤΚΠ συνήθως υποδεικνύουν ότι η εταιρεία καταφέρνει να προωθεί τα παγία της με μεγαλύτερη ταχύτητα, ενώ χαμηλότεροι αριθμοί μπορεί να υποδεικνύουν κάποια προβλήματα ή περιορισμένη χρήση των παγίων. Το νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου όπως θα δούμε στο παρακάτω διάγραμμα έχει μια σταθερότητα τα έτη που μελετούμε.



Διάγραμμα 10 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων

$$\text{Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Πωλήσεις}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Πίνακας 11 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων

	2018	2019	2020	2021
Πωλήσεις	69.075.612,59	80.193.092,63	77.840.190,88	78.365.752,10
Ίδια Κεφάλαια	294.710.822,00	243.302.815,03	283.699.280,09	341.499.100,75
Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων	0,23	0,33	0,27	0,23

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Ο δείκτης κατά τα έτη 2018 - 2021 δεν είναι ικανοποιητικός, αφού και τα τέσσερα έτη κυμαίνεται από 0,23 με ανώτερη τιμή το 2019 0,33. Όμως, ακόμη και το 2019 που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη τιμή, πάλι η θέση της δεν φαίνεται καλή, πραγματοποιεί 0,33€ πωλήσεις για κάθε 1€ ιδίων κεφαλαίων. Οι πωλήσεις όμως, επειδή είναι σύνθετο φαινόμενο κι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, η ερμηνεία του είναι δύσκολη και η αξία του περιορισμένη.



Διάγραμμα 11 Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

5.2.4 Αριθμοδείκτες Χρέους - Διάρθρωσης Κεφαλαίου

Αριθμοδείκτης Χρέους

$$\text{Χρέους} = \frac{\text{Συνολικές Υποχρεώσεις}}{\text{Ενεργητικό}}$$

Πίνακας 12 Αριθμοδείκτης Χρέους

	2018	2019	2020	2021
Συνολικές Υποχρεώσεις	36.536.820,00	37.703.950,00	49.043.698,33	46.828.399,67
Ενεργητικό	323.096.443,08	287.542.194,09	338.659.336,81	396.413.722,53
Αριθμοδείκτης Χρέους	11%	13%	15%	12%

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Μετά την εξέταση της σχέσης μεταξύ υποχρεώσεων και περιουσιακών στοιχείων, μπορεί να προσδιοριστεί ότι οι αξίες για κάθε έτος είναι σχετικά παρόμοιες, με ελάχιστες διακυμάνσεις. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 11% έως 15%, υποδηλώνοντας ότι το νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου δεν εξαρτάται από δανειακά κεφάλαια. Αντίθετα, διαθέτει ισχυρή κεφαλαιακή βάση και σημαντικό ποσό ιδίων κεφαλαίων.



Διάγραμμα 12 Αριθμοδείκτης Χρέους

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης

$$\text{Κεφαλαιακής Βάσης} = \frac{\text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}{\text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Πίνακας 13 Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης

	2018	2019	2020	2021
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις	43.937.891,89	42.803.925,85	42.609.444,18	43.173.423,47
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις + Ίδια Κεφάλαια	113.543.660,35	112.409.694,31	112.215.212,64	112.779.191,93

Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης	38,6%	38,07%	37,97%	38,28%
--	--------------	---------------	---------------	---------------

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Η πορεία του δείκτη για την επιχείρηση είναι ικανοποιητική, καθώς υπάρχει διαχρονικά σταθερότητα με τιμές χαμηλές γύρω στο 38% . Να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία όσο χαμηλός είναι ο δείκτης, τόσο το καλύτερο για την επιχείρηση με την έννοια ότι οι μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις δεν είναι μεγάλο μέρος της κεφαλαιακής βάσης της.



Διάγραμμα 13 Αριθμοδείκτης Κεφαλαιακής Βάσης

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας

$$\text{Παγιοποίηση Περιουσίας} = \frac{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$$

Πίνακας 14 Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας

	2018	2019	2020	2021
Πάγιο Ενεργητικό	43.937.891,89	42.803.925,85	42.609.444,18	43.173.423,47
Σύνολο Ενεργητικού	323.096.443,08	287.542.194,09	338.659.336,81	396.413.722,53
Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας	13,6%	14,9%	12,5%	10,8%

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης αυτός, τόσο υψηλότερες είναι οι σταθερές και μεταβλητές δαπάνες των επενδυμένων σε πάγια κεφαλαίων. Όπως φαίνεται ο αριθμοδείκτης παγιοποίησης περιουσίας σημείωσε κάμψη κατά τα έτη 2018-2021. Τα πάγια στοιχεία της εταιρείας δεν χρησιμοποιούνται σε σημαντικό ποσοστό του συνόλου του ενεργητικού για τα παραπάνω έτη.



Διάγραμμα 14 Αριθμοδείκτης Παγιοποίησης Περιουσίας

Πηγή: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου (ιδία επεξεργασία)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αποτελείται από δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας. Η δημόσια υγεία χρηματοδοτείται κυρίως από τον ελληνικό προϋπολογισμό, ενώ οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών.

Το δημόσιο σύστημα υγείας περιλαμβάνει τον Εθνικό Οργανισμό Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που διαχειρίζεται τον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και παρέχει υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους. Υπάρχουν επίσης δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές παρέχουν επίσης ευρεία γκάμα υπηρεσιών υγείας, με τους ασθενείς να μπορούν να επιλέξουν να λάβουν φροντίδα είτε από το δημόσιο είτε από τον ιδιωτικό τομέα, ανάλογα με τις προτιμήσεις τους και τη δυνατότητα πληρωμής τους.

Ωστόσο, όπως και σε πολλές χώρες, το σύστημα υγείας της Ελλάδας αντιμετωπίζει προκλήσεις, όπως έλλειψη πόρων, ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ διαφορετικών περιοχών και κοινωνικών ομάδων, και ανάγκη για μεταρρυθμίσεις προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Το Νοσοκομείο "Γεώργιος Παπανικολάου" είναι ένα από τα μεγαλύτερα και πιο καταξιωμένα νοσοκομεία στην Ελλάδα. Βρίσκεται στη Θεσσαλονίκη και λειτουργεί ως επίσημο νοσοκομείο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το νοσοκομείο προσφέρει μια ευρεία γκάμα ιατρικών υπηρεσιών και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων της ενδοκρινολογίας, της γαστρεντερολογίας, της καρδιολογίας, της χειρουργικής, της ογκολογίας και πολλών άλλων. Επίσης, διαθέτει προηγμένο εξοπλισμό και τεχνολογία για τη διάγνωση και τη θεραπεία διαφόρων νοσημάτων. Το Νοσοκομείο "Γεώργιος Παπανικολάου" είναι ένα από τα πρώτα νοσοκομεία στην Ελλάδα που εφάρμοσε πολλές καινοτόμες ιατρικές τεχνικές και διαδικασίες, και συνεχίζει να έχει υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μεταξύ των ετών 2018 και 2021, το νοσοκομείο έχει επιδείξει βελτίωση στην ικανότητά του να εκπληρώνει τις άμεσες υποχρεώσεις του αξιοποιώντας τα υπάρχοντα περιουσιακά του στοιχεία. Ενώ ο συνολικός δείκτης ρευστότητας παραμένει σταθερά σε υψηλό επίπεδο, υπήρξαν ορισμένες διακυμάνσεις στον ρυθμό μεταβολής. Η

σταθερή ανοδική τροχιά του δείκτη μπορεί να αποδοθεί στη συνεχή αύξηση του ενεργητικού και στη μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Η αύξηση της περιουσίας του νοσοκομείου προέρχεται κυρίως από τις αυξημένες απαιτήσεις του ΕΟΠΥΥ, με μικρότερη συνεισφορά από την αυξημένη διαθεσιμότητα μετρητών που προκύπτουν από κρατικές επιχορηγήσεις που στοχεύουν στη διευθέτηση των ληξιπρόθεσμων οφειλών των δημοσίων μονάδων υγείας.

Υπάρχει ένα σημαντικό ποσό αποθέματος που είναι επί του παρόντος αβέβαιο ως προς την ικανότητά του να μετατραπεί σε μετρητά στο εγγύς μέλλον. Τελικά, παρά τη σταθερή υπέρβαση της τιμής του 2 σε όλα τα έτη, υπάρχει παρατηρήσιμη διακύμανση που υποδηλώνει αλλαγές στην ικανότητα της εταιρείας να εκπληρώσει τις άμεσες οικονομικές της ευθύνες.

Κατά την εξέταση του Γενικού και του Δείκτη Άμεσης Ρευστότητας, γίνεται εμφανές ότι υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ των δύο. Αυτό υποδηλώνει ότι το νοσοκομείο Παπανικολάου διαθέτει περιορισμένο αριθμό αποθεμάτων, γεγονός που πιθανώς υποδηλώνει υποτίμηση. Καθ' όλη τη διάρκεια της τετραετίας, από το 2018 έως το 2021, υπάρχουν αξιοσημείωτες διακυμάνσεις. Ωστόσο, οι τιμές παραμένουν σταθερά πάνω από τη μονάδα, κάτι που αποτελεί θετική ένδειξη. Συνοψίζοντας, ο δείκτης ρευστότητας μας δείχνει ότι τα άμεσα διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία του νοσοκομείου εκπληρώνουν επαρκώς τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του, επιβεβαιώνοντας την ευνοϊκή οικονομική του κατάσταση.

Την τετραετία που μελετάμε, παρατηρείται ότι σε όλα τα έτη του αριθμοδείκτη ταμειακής ρευστότητας οι τιμές είναι κάτω από τη μονάδα. Αυτό δεν είναι και πολύ ικανοποιητικό, μιας και φαίνεται ότι νοσοκομείο Παπανικολάου δεν μπορεί να καλύπτει τις βραχυπρόθεσμες της υποχρεώσεις αποκλειστικά μόνο με μετρητά.

Στον τομέα των μονάδων δημόσιας υγείας, ένας δείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους ελαφρώς πάνω από το ένα κρίνεται ικανοποιητικός, καθώς υποδηλώνει αποτελεσματική οικονομική διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων με παράλληλη παροχή κορυφαίων υπηρεσιών στο κοινό. Ωστόσο, κατά την εξέταση του παραπάνω Πίνακα, γίνεται φανερό ότι το Γ.Ν.Θ. Ο Γ. Παπανικολάου κατέγραψε σταθερά αρνητικές τιμές για τον δείκτη αυτό όλα τα υπό μελέτη έτη και κυρίως το 2020 και 2021 που ήταν η περίοδος της πανδημίας. Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ανεπάρκεια των εσόδων από υπηρεσίες για την κάλυψη του σχετικού κόστους.

Ο αριθμός δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού είναι ένας δείκτης που χρησιμοποιείται για να μετρήσει την ικανότητα μιας επιχείρησης ή μιας οργάνωσης να μετατρέπει τα ενεργητικά της (όπως περιουσιακά στοιχεία, χρηματικά κεφάλαια, αποθέματα κλπ.) σε έσοδα. Ο "Αριθμός Ταχύτητας Κυκλοφορίας Παγίων" είναι ένας οικονομικός δείκτης που χρησιμοποιείται για να μετρήσει την ταχύτητα με την οποία πωλούνται τα παγία (σταθερής αξίας ενεργητικά) μιας εταιρείας. Η ταχύτητα αυτή μπορεί να δώσει μια ιδέα για την αποδοτικότητα με την οποία η εταιρεία χρησιμοποιεί τα παγία της στη διαδικασία παραγωγής ή πώλησης των προϊόντων της. Υψηλότεροι αριθμοί ΑΤΚΠ συνήθως υποδεικνύουν ότι η εταιρεία καταφέρνει να προωθεί τα παγία της με μεγαλύτερη ταχύτητα, ενώ χαμηλότεροι αριθμοί μπορεί να υποδεικνύουν κάποια προβλήματα ή περιορισμένη χρήση των παγίων.

Η οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου επηρεάστηκε αναμφισβήτητα από τις αυστηρές πολιτικές και τις μεταρρυθμίσεις που επιβλήθηκαν στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης της Ελλάδας και της επακόλουθης οικονομικής κρίσης. Τα πολυάριθμα μέτρα που εφαρμόστηκαν εσπευσμένα στο πλαίσιο των δεσμεύσεων των Μνημονίων φαίνεται ότι εμπόδισαν την ικανότητα του νοσοκομείου να λειτουργεί αποτελεσματικά σε όλους τους τομείς λειτουργίας του. Αυτό είναι εμφανές στα δυσμενή αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν όσον αφορά τα επίπεδα ιδίων κεφαλαίων, την κερδοφορία των περιουσιακών στοιχείων, τον κύκλο εργασιών, τη διαχείριση αποθεμάτων και την εμφάνιση ζημιών.

Τέλος, η εξάρτηση του νοσοκομείου από κρατικές επιχορηγήσεις κατέστη αναγκαία λόγω των υπέρογκων απαιτήσεων που του επιβλήθηκαν, λόγω της αδυναμίας του ΕΟΠΥΥ να εκπληρώσει έγκαιρα τις οικονομικές του υποχρεώσεις. Παρά τις προσπάθειες του νοσοκομείου να δημιουργήσει έσοδα από τις υπηρεσίες υγείας του, τα κεφάλαια αυτά ήταν ανεπαρκή για την κάλυψη των εξόδων του. Οι επιχορηγήσεις έκτακτης ανάγκης που παρέχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, αν και προορίζονται να μετριάσουν τον αντίκτυπο των δύσκολων περιστάσεων, συνέβαλαν μόνο στη διατήρηση της οικονομικής σταθερότητας και βιωσιμότητας του νοσοκομείου. Είναι αξιοσημείωτο ότι το νοσοκομείο κατάφερε να περιηγηθεί στο δυσμενές οικονομικό κλίμα χωρίς να καταφύγει σε ξένο δανεισμό και μάλιστα πέτυχε κερδοφορία τα περισσότερα χρόνια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσιώρη, Ζ. (2017). “Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους”. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 6(2): 84-95.

Θεοδώρου, Μ. & Μητροσύλη, Μ. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Καραγιάννη, Ρ. (2018). “Σχετική αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής δραστηριότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα”. *ΚΕΠΕ, Οικονομικές Εξελίξεις*, 37:75-88.

Κάντζος, Κ. (2002) *Ανάλυση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων*, Interbooks, Αθήνα

Καρτάλης, Ν. (2012) *Ανάλυση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων*, Θεσσαλονίκη

Λαζαρίδης, Θ./Κοντέος Γ./Σαριαννίδης Ν. (2013) *Σύγχρονη Χρηματοοικονομική Ανάλυση*, Κοζάνη

Μιλτιάδης, Χ. & Μπογιατζίδης, Π. (2021). “Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009-2017”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(1): 108-116.

Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε., Ζυγά, Σ. (2018). “Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4): 549-557.

Νιάρχος, Ν. (2004) *Χρηματοοικονομική Ανάλυση Λογιστικών Καταστάσεων*, Σταμούλης, Αθήνα

Νιάκας, Δ. (2002). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Αλετράς, Β., Μатσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ. Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α: Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σσ. 41-75.

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

Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι. (2014). “Σύγχρονοι μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2): 172-185.

Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Οικονόμου Γ (2015). Εμπόδια και παράγοντες διευκόλυνσης στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ., Κυλούδης, Π. (2012). “Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία”. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1): 3-14.

Σαραντοπούλου, Ζ. (2015). “Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας”. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(3): 256 – 262.

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008). “Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5): 663-672.

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τζ., Παπαγεωργίου, Μ., Οικονόμου, Μ. (2018). “Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας. Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (Συμπλ 1): 9-16.

Σπυρόπουλος, Β. (2015). Το Σύγχρονο Νοσοκομείο. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Χατζηπουλίδης, Γ. (2004). “Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας: Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 3(3): 1-12.

Χλέτσος, Μ. (2015). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης.

Ξένη Βιβλιογραφία

Aiken L.H., Smith H.L., Lake E.T., (1994) ‘Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care’ *Medical Care*, 32(8):771-787

Anson, B.R., (2003) ‘Taking charge in a volatile health care marketplace’, *Human Resource Planning*, 23(4):21-34.

Buchan J., Ball J., Rafferty A., (2004) ‘A Lasting Attraction?’, *The Magnet Accreditation of Rochdale Infirmary*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine;

Dianeosis (2020). Έρευνα κοινής γνώμης.

Ανακτήθηκε 16/03/2024 <https://www.dianeosis.org/>

Economou, (2010). Economou, C. (2010). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7): 1–180

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. *World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen, Denmark.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5): 1–192.

Gupta N., Zurn P., Diallo K., Dal Poz M.R., (2003) ‘Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries’, *International Journal for Equity in Health*, 2:11.

Kirby, M.J.L., (2002) ‘The health of Canadians – the federal role’, In *The Senate of the Government of Canada*. Volume 6. Ottawa, ON: Government of Canada:78.

King, T, Hewit, B, Crammond, B, Sutherland, G, Maheen, H, Kavanagh, A, 2020. Reordering gender systems: can COVID-19 lead to improved gender equality and health

Lotta G, Wenham C, Nunes J, et al.2020 Aug 8 Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*; 396:365-6. Ανακτήθηκε 16/03/2024 [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)31521-X)

Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Karanikas, H., Polyzos, N. (2017). “The impact of economic crisis on the Greek hospitals' productivity”. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1): 171-184.

McClure M., Poulin M., Sovie M., (1983) ‘Magnet Hospitals: Attraction Retention of Professional Nurses’, Kansas City: American Nurses Association; 1983.

Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos, N., Thireos, E., Tountas, G. (2015). “Reengineering NHS Hospitals in Greece: Redistribution Leads to Rational Mergers”. *Global Journal of Health Science*, 7(5): 272-287.

Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K., (2002) ‘Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals’ *New England Journal of Medicine* 346:1715-1722. May 30

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Perlstadt H (2019). Ο λοιμός της Αθήνας και η λατρεία του Ασκληπιού ως συλλογική συμπεριφορά και κοινωνικό κίνημα. *Journal of Regional and Socio-Economic Issue* 9, 6-14 Ανακτήθηκε 21/03/2024 <https://doi.org/10.13189/sa.2016.041203>

Zürn, M. (2004). Global governance and legitimacy problems. *Government and Opposition*, 39(2), 260-287.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Δημοσιευμένες Οικονομικές Καταστάσεις Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» για τα έτη 2019-2021

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΔΗΛΩΣΗ		3η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ		Ministry of Digital Government ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»		Ministry of Digital Governance, Hellenic Republic ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΔΗΛΩΣΗ		ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΕΤΟΣ 2019			
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ		Ποσά κλειόμενης χρήσεως 2019		Ποσά προηγούμενης χρήσεως 2018		ΠΑΘΗΤΙΚΟ		Ποσά κλειόμενης χρήσεως 2019		Ποσά προηγούμενης χρήσεως 2018	
		Αξία κτήσεως	Αποβέσεις	Αναπόβ. αξία	Αξία κτήσεως	Αποβέσεις	Αναπόβ. αξία	I. Κεφάλαια			
B. ΕΞΟΔΑ ΕΚΔΑΤΑΓΜΑΤΩΣ		750.382,25	665.389,29	84.992,96	724.434,63	631.869,51	92.565,12	A. ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	69.605.768,46		69.605.768,46
4. Λοιπά έσοδα εκκαταστάσεων								II. Διαφορές αναπροσαρμογής και επι/σες επενδύσ. - δωρεές παγίων			
Γ. ΠΑΘΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ								III. Αποθεματικά κεφάλαια			
II. Ενσώματες ακινοποιήσεις								1. Διαφορές από αναπροσαρμογή αξίας τίτλων	937,56		937,56
1. Γηπέδα - Οικόπεδα		32.219.905,57	0,00	32.219.905,57	32.219.905,57	0,00	32.219.905,57	3. Δωρεές παγίων	1.684.110,70		1.679.325,01
3. Κτίρια και τεχνικά έργα		34.111.999,21	26.787.458,23	7.324.540,98	34.047.444,23	25.430.970,29	8.616.465,96	4. Επιχορηγήσεις επενδύσεων	4.326.489,47		4.352.209,13
4. Μηχανήματα-Έργα τέχνης εγχει/σες και λοιπές μη/κός εξοπλισμός		24.530.893,50	22.807.511,27	1.723.382,23	24.215.307,96	22.410.390,48	1.804.993,50				
5. Μεταφορικά μέσα		1.495.006,01	1.494.797,56	208,45	1.495.006,00	1.494.659,70	346,30				
6. Έπιπλα και λοιπός εξοπλισμός		9.806.777,93	8.556.654,18	1.250.123,75	9.374.635,93	8.294.623,98	1.080.011,95				
7. Άντικαταστάσεις από εκτίμηση & προαναβαθμίες		256.960,31	0,00	256.960,31	214.956,05	0,00	214.956,05				
Σύνολο ακινοποιήσεων (ΠΙ)		102.429.334,53	59.626.421,24	42.802.913,29	101.567.535,76	57.630.656,43	43.936.879,33				
III. Τίτλοι πάσης επένδυσης και άλλες ακινοποιήσιμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις								IV. Αποθετήματα επί νεύ			
1. Τίτλοι πάσης επένδυσης			1.012,56			1.012,56		-Υπόλοιπο προηγούμενης χρήσεως	-51.302.207,93		53.422.870,93
Μείων: Προβλέψεις για υπόμνηση			0,00		1.012,56	0,00	1.012,56	-Υπόλ. πλεονεκτημ. προηγ. χρήσεων	220.259.929,96		166.837.058,43
Σύνολο παγίων ενεργητικού (ΠΙ+ΠΙΙ)				42.803.925,85			43.937.891,89	Σύνολο ιδίων κεφαλαίων (ΑΙ+ΑΙΙ+ΑΙΙΙ)	243.302.815,03		294.710.822,64
Δ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΑ								B. ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΚΙΝΩ & ΕΞΟΔΑ			
I. Αποθέματα				10.413.189,23			7.907.921,57	1. Προβλέψεις για απόζημιση παγίων που λόγω έλλειψης από την υπηρεσία	184.278,75		200.182,79
4. Πρωτες & βοηθητικές ύλες-Αναλώσιμα-Αντιβίω & Είδη συνολ/σας								2. Λοιπές προβλέψεις	4.013.770,00		4.013.770,00
II. Απαιτήσεις									4.208.048,75		4.221.962,79
1. Απαιτήσεις από πώληση αγαθών και υπηρεσιών			207.977.520,37			251.249.220,57					
Μείων: Προβλέψεις			-16.287.006,45		191.709.711,92	-16.251.522,11	194.997.698,46				
2. Απαιτήσεις από επιχορηγήσεις και παρεχόμενες αμοιβές			1.231.747,70			1.231.060,36					
Μείων: Προβλέψεις			-1.208.755,25		22.992,45	-1.208.755,25	22.905,11				
4. Επισφάλεια-επίδομα απαιτήσεων και χρεώσεων			2.694.250,13			2.710.534,52			31.692.953,43		17.160.604,97
Μείων: Προβλέψεις			-2.694.250,13		0,00	-2.710.534,52	0,00	2α. Επισφάλεια πωλημάτων	1.692.332,96		1.137.073,42
5. Χρεώσεις διάφορες				216.429,17			008.411,47	5. Υποχρεώσεις από φόρους-τέλη	1.139,69		15.319,57
6. Λογαριασμοί διαγραφών προαναβαθμ. & πωτήσεων				0,00			0,00	6. Πιστώτες διάφοροι	4.317.523,67		4.263.737,50
				191.949.143,54			235.828.414,74		37.709.950,00		22.576.815,76
III. Κρετίτσια				14,49			14,49	Σύνολο υποχρεώσεων (ΠΙ)	37.709.950,00		22.576.815,76
3. Λοιπά κρετίτσια											
IV. Διαθέσιμα											
1. Ταμείο				269,94			60,00				
3. Καταθέσεις όψεως & προθεσμίας				7.169.155,47			12.085.751,10				
				7.169.425,41			12.085.811,10				
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού (ΔΙ+ΔΙΙ+ΔΙΙΙ)				209.531.772,67			255.822.161,90				
Ε. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ								Δ. ΜΕΤΑΒΑΤ. ΛΟΓ/ΖΜΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ			
1. Έσοδα επομένων χρήσεων			0,00			0,00		1. Έσοδα επομένων χρήσεων	0,00		95.209,96
2. Έσοδα χρήσεως εκστρατείας			16.676.595,22			14.370.053,23		2. Έσοδα χρήσεως δουλειών	2.161.442,73		1.486.142,27
3. Λοιποί μεταβατικοί/λογ/ισμ/οί ενεργητικού			16.444.907,39			8.873.740,94		3. Λοιποί μεταβατικοί/λογ/ισμ/οί ενεργητικού	145.937,58		5.423,66
			35.121.502,61			23.243.824,17			2.327.380,31		1.598.841,89
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ (Β+Γ+Δ+Ε)				287.542.194,09			323.096.443,08	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝ. ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ (Α+Β+Γ+Δ)	287.542.194,09		323.096.443,08
ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΤΑΣΕΩΣ ΧΡΕΩΤΙΚΟΥ								ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΤΑΣΕΩΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΟΥ			
1. Άλλοτερια περιουσιακά στοιχεία			624.453,45			593.739,72		1. Δικαιώματα άλλων περ. στοιχείων	624.453,45		593.739,72
2. Χρεωτικοί λογαριασμοί Δημοσίου/Λογιστικού			203.220.946,20			211.744.055,70		2. Πιστωτικοί λογα/ισμ/οί Δημ. Λογιστικού	203.220.946,20		211.744.055,70
3. Χρεωτικοί λογαριασμοί εγγυημένων & εμπροσμημένων ασφαλειών			661.930,82			661.930,82		3. Πιστωτικοί λογα/ισμ/οί εγγυημένων & εμπροσμημένων ασφαλειών	661.930,82		661.930,82
			204.507.330,47			212.999.734,24			204.507.330,47		212.999.734,24

1) Ο αντίστοιχος ισολογισμός της 31/12/2019 συντάχθηκε με βάση τις διατάξεις του π.δ. 146/2003, κατόπιν διατάξεως απαγορεύσεως της περιουσιακών στοιχείων του Π.Ν.Θ. Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ και του ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.
 2) Το κόστος της δωρεάν νοσηλείας για το έτος 2019 ανέρχεται στο ποσό των 1.614.823,16 ευρώ (228.902,46 ευρώ για το Γ.Ν. Παπανικολάου και 1.385.920,70 ευρώ για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης).
 3) Το ποσό της επιχορηγούμενης μεθοδολογίας ανέρχεται στο ποσό των 57.237.046,63 ευρώ (30.419.307,86 ευρώ για το Γ.Ν. Παπανικολάου και 18.817.738,77 ευρώ για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης).
 4) Το κόστος των μετακινούμενων εργαζομένων σε άλλους φορείς ανέρχεται σε 752.185,01 ευρώ, ενώ το κόστος των μετακινούμενων εργαζομένων από άλλους φορείς προς το Νοσοκομείο ανέρχεται στο ποσό € 263.337,24.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΕΝΟΠΗΘΗΜΕΝΟΣ ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ 31ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021

(1η Ιανουαρίου 2021 - 31η Δεκεμβρίου 2021)

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	Ποσά κλειόμενης χρήσεως 2021			Ποσά προηγούμενης χρήσεως 2020			ΠΑΘΗΤΙΚΟ	Ποσά κλειόμενης χρήσεως 2021	Ποσά προηγούμενης χρήσεως 2020
	Αξία κτήσεως	Αποβέσεις	Αντιστοίχια	Αξία κτήσεως	Αποβέσεις	Αντιστοίχια			
Β. ΕΣΟΔΑ ΕΚΚΑΤΑΞΕΩΣ							Α. ΨΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		
4. Λοπά έξοδα εγκαταστάσεων	764.289,49	724.284,52	40.004,97	758.089,48	700.673,45	84.992,96	Ι. Κεφάλαιο	69.605.768,46	69.605.768,46
Γ. ΠΑΠΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ							II. Διαφορές αναπροσαρμογής και επι/οσει επενδύσ. - διαφρές παγίων		
II. Ενδιάμεσες απαιτήσεις							1. Διαφρές από αναπροσαρμογή αξίας τίτλων	937,56	937,56
1. Γράμμο - Οικόπεδο	32.219.905,57	0,00	32.219.905,57	32.219.905,57	0,00	32.219.905,57	3. Διαφρές παγίων	3.118.593,36	2.201.128,43
3. Κτίρια και τεχνικά έργα	34.300.530,62	28.975.802,58	5.324.668,04	34.236.197,05	27.990.990,59	7.344.532,90	4. Εμπρηγμένες επενδύσεις	4.859.585,18	2.927.351,49
4. Μηχανήματα-Τεχνικές επι/οσει και λοιπά μη/λόσ εξοπλισμός	27.406.510,59	23.747.093,42	3.659.423,17	25.771.199,90	23.253.350,39	1.731.182,23			
5. Μεταφορικά μέσα	1.495.454,60	1.495.039,47	415,13	1.495.006,08	1.494.935,42	208,45			
6. Επισία και λοιπά εξοπλισμός	10.939.588,13	9.143.910,78	1.795.677,35	10.306.500,04	8.853.400,27	1.250.123,75	III. Αποθεματικά κεφάλαια		
7. Ακ/οσει υπό εκτέλεση & προκαταβολές	172.319,65	0,00	172.319,65	172.319,65	0,00	256.960,31	3. Εόδια αποθεματικά	492.915,67	492.915,67
Σύνολο απαιτήσεων (Π)	106.534.337,16	63.361.926,25	43.172.410,91	101.567.535,76	57.630.636,43	42.802.913,29			
III. Τίτλοι πάγις επενδύσεις και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις							IV. Αποτέλεσματα εις νέο		
1. Τίτλο πάγις επενδύσεις		1.012,56			1.012,56		-Υπόλοιπο πλεονέκτητος (ελλείμματος) χρέσ εις νέο	54.950.122,04	39.593.537,06
Μείον: Προβλέψεις για υπόμνηση		0,00	1.012,56		0,00	1.012,56	-Υπόλ. πλεονεκτημάτων προηγ. χρήσεων	208.471.178,48	168.877.641,42
Σύνολο παγίων ενεργητικού (ΠΙ+ΠΙΙ)			43.173.423,47			42.803.925,85	Σύνολο ιδίων κεφαλαίων (Α+Β+Γ+Δ+Ε)	341.499.100,75	283.699.280,09
Δ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ							Β. ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΚΙΝΔ. & ΕΣΟΔΑ		
I. Αποθέματα							1. Προβλέψεις για αποζημίωση προσωπικού λόγω εξόδου από την υπηρεσία	161.133,15	176.133,15
4. Πρώτες & βοηθητικές ύλες-Ανάλυση υλικών/Ακ/ικά & είδη συντήσας			15.761.002,59			10.413.189,23	2. Λοιπές προβλέψεις	4.013.770,00	4.013.770,00
II. Απαιτήσεις								4.174.903,15	4.189.903,15
1. Απαιτήσεις από πώληση αγαθών και υπηρεσιών		294.556.332,15			258.650.523,26		Γ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ		
Μείον: Προβλέψεις		-17.448.363,97	277.107.968,18		-16.267.306,45	242.390.716,01	II. Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις		
2. Απαιτήσεις από εμπρηγμένες και παρεπόμενες ασφαλίσεις		1.233.145,36			1.232.369,30		1. Προμηθεστές	41.536.611,04	42.990.693,38
Μείον: Προβλέψεις		-1.208.755,25	24.390,11		-1.208.755,25	23.614,05	2α. Επιταγές πληρωτέες	1.116.254,46	1.802.344,97
4. Εμπορικές-επίλυσης απαιτήσεις και χρεωστές		2.891.646,25			2.894.250,18		5. Υποχρεώσεις από φόρους-τέλη	34.439,19	23.363,84
Μείον: Προβλέψεις		-2.691.646,25	0,00		-2.694.250,18	0,00	8. Πιστωτές διάφοροι	4.141.094,98	4.227.296,14
5. Χρεωστές διάφοροι			1.359.453,50			939.267,46			
6. Λογαριασμοί διαμερισμάτων προκαταβολών & πιστώσεων			0,00			0,00	Σύνολο υποχρεώσεων (Π)	46.828.399,67	49.043.698,33
			278.461.811,79			243.353.598,32			
III. Χρεώγραφα									
3. Λοπά χρεώγραφα			14,49			14,49			
IV. Διαθέσιμα									
1. Ταμείο			36,03			36,05			
3. Καταθέσεις όψεως & προθεσμίας			12.162.638,93			8.780.092,19			
			12.162.675,76			8.780.128,23			
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού (Δ+ΔΙ+ΔΙΙ)			306.415.504,63			262.546.930,27	Δ. ΜΕΤΑΒΑΤ. ΛΟΓ/ΣΜΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ		
Ε. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ							1. Εσοδα επομένων χρήσεων	155.803,06	0,00
1. Εξοδα επομένων χρήσεων			0,00			0,00	2. Εξοδα χρήσεως δουλειών	2.645.840,50	1.710.679,64
2. Εσοδα χρήσεως εισπρακτέα			31.133.859,35			14.114.160,58	3. Λοπά μεταβατικοί λογ/ομοί παθητικού	1.109.666,60	15.775,60
3. Λοπά μεταβατικοί λογ/ομοί ενεργητικού			15.650.930,11			13.814.814,06			
			46.784.789,46			27.928.975,44			
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ (Β+Γ+Δ+Ε)			396.413.722,53			333.364.824,52	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ (Α+Β+Γ+Δ)	396.413.722,53	338.659.338,81
ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΤΑΞΕΩΣ ΧΡΕΔΙΣΤΙΚΟΥ							ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΤΑΞΕΩΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΟΥ		
1. Αλλότρια περιουσιακά στοιχεία			612.901,11			662.164,45	1. Διακρίσεις αλλότρων περιουσιών	612.901,11	662.164,45
2. Χρεωστικοί λογαριασμοί Δημοσίου Λογιστικού			372.076.548,13			267.299.396,02	2. Πιστωτικοί λογ/ομοί Δημ. Λογιστικού	372.076.548,13	267.299.396,02
3. Χρεωστικοί λογαριασμοί εγγυήσεων & εμπρηγμάτων ασφαλείων			661.938,82			661.938,82	3. Πιστωτικοί λογ/ομοί εγγυήσεων & εμπρηγμάτων ασφαλείων	661.938,82	661.938,82
			373.351.388,06			268.623.489,29			