



ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
FOUNDATION FOR ECONOMIC & INDUSTRIAL RESEARCH

Τσάμη Καρατάσου 11, 117 42 Αθήνα, Τηλ.: 210 92 11 200-10, Fax: 210 92 33 977, www.iobe.gr
11 Tsami Karatassou, 117 42 Athens, Greece, Tel.: +30 210-9211 200-10, Fax: +30210-9233 977

Ανάλυση των οικονομικών μεγεθών των δημόσιων νοσοκομείων της Ελλάδας

2023

Οι κρίσεις επί θεμάτων πολιτικής και οι προτάσεις που περιέχονται στην παρούσα ανάλυση εκφράζουν τις απόψεις των ερευνητών και δεν αντανακλούν, κατ' ανάγκη, τη γνώμη των μελών ή της Διοίκησης του IOBE.

Συντονισμός έργου:

Νίκος Βέττας, – Γενικός Διευθυντής IOBE και Καθηγητής Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σάνδρα Κοέν – Καθηγήτρια Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ομάδα έργου:

Svetoslav Danchev – Υπεύθυνος Τμήματος Μικροοικονομικής Ανάλυσης και Πολιτικής (IOBE)
Αθανάσιος Αθανασιάδης – Υπεύθυνος Παρατηρητηρίου Οικονομικών της Υγείας (IOBE)
Ιωάννα Μαλκογιάννη – Πανεπιστημιακή Υπότροφος, τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος (Καβάλα)

Οι ερευνητές επιθυμούν να ευχαριστήσουν τις Χρύσα Αιγηνίτη και Παναγιώτα Μπουκουβάλα, για τη συνεισφορά τους στη συλλογή και την επεξεργασία των στοιχείων. Κάθε λάθος ή παράλειψη βαρύνει αποκλειστικά τους συγγραφείς.

Το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (I.O.B.E.) είναι ιδιωτικός, μη κερδοσκοπικός, κοινωφελής, ερευνητικός οργανισμός. Ιδρύθηκε το 1975 με δύο σκοπούς: αφενός να προωθεί την επιστημονική έρευνα για τα τρέχοντα και αναδυόμενα προβλήματα της ελληνικής οικονομίας, αφετέρου να παρέχει αντικειμενική πληροφόρηση και να διατυπώνει προτάσεις, οι οποίες είναι χρήσιμες στη διαμόρφωση πολιτικής.

Copyright © 2023 Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών

Απαγορεύεται η με οιονδήποτε τρόπο ανατύπωση ή μετάφραση οποιουδήποτε μέρους της μελέτης, χωρίς την άδεια του εκδότη.

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE)
Τσάμη Καρατάσου 11, 117 42 Αθήνα
Τηλ.: (210 9211200-10), Fax: (210 9228130 & 210 9233977)
E-mail: info@iobe.gr - URL: <http://www.iobe.gr>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	Εισαγωγή.....	6
2.	Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	9
2.1	Εισαγωγή	9
2.2	Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....	9
2.3	Δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	11
2.4	Δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας	12
2.4.1	Αριθμός θεραπευτηρίων δευτεροβάθμιας φροντίδας	12
2.4.2	Αριθμός κλινών	16
2.5	Δομές παροχής υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	18
2.6	Δαπάνες για χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.....	18
2.7	Το ανθρώπινο δυναμικό και οι επιδόσεις του τομέα υγείας	25
2.8	Μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας με βάση τα τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής 30	
3.	Χρηματοοικονομικά στοιχεία και αριθμοδείκτες των δημόσιων νοσοκομείων..	36
3.1	Εξέλιξη των χρηματοοικονομικών στοιχείων των δημόσιων νοσοκομείων.....	38
3.2	Αριθμοδείκτες ρευστότητας	41
3.3	Αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας	42
3.4	Αριθμοδείκτες δομής κεφαλαίων.....	43
3.5	Αριθμοδείκτες δομής ισολογισμού.....	45
3.6	Αριθμοδείκτες δομής κατάστασης αποτελεσμάτων χρήσης	45
3.7	Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας.....	46
3.8	Συμπεράσματα.....	47
4.	Εξέλιξη δεικτών επίδοσης επί της δραστηριότητας των νοσοκομείων	49
4.1	Εισαγωγή	49
4.2	Εξέλιξη δεικτών στο σύνολο κλινών, νοσηλευθέντων, ημερών νοσηλείας.....	49
4.3	Εξέλιξη δεικτών ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ).....	50
4.3.1	Λειτουργικό κόστος ανά κλίνη.....	50
4.3.2	Λειτουργικό κόστος ανά νοσηλευθέντα	51
4.3.3	Λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας	52
4.4	Εξέλιξη δεικτών ανά μέγεθος νοσοκομείου	52
4.4.1	Λειτουργικό κόστος ανά κλίνη.....	53
4.4.2	Λειτουργικό κόστος ανά νοσηλευθέντα	53
4.4.3	Λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας	54
4.5	Συμπεράσματα.....	55
5.	Λογιστικά συστήματα των νοσοκομείων-Δεδουλευμένη Λογιστική βάση.....	57
5.1	Θέματα που σχετίζονται με τη μη κατάλληλη χρήση της λογιστικής του δεδουλευμένου ..	57
5.2	Πως θα μπορούσε η λογιστική του δεδουλευμένου να βοηθήσει τα δημόσια νοσοκομεία	58
6.	Συμπεράσματα	60
7.	Βιβλιογραφία	63
8.	Παράρτημα	65

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1: Δομή Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	11
Διάγραμμα 2.2: Αριθμός νοσοκομείων και κατανομή (%) ανά ΥΠΕ, 2022.....	14
Διάγραμμα 2.3: Αριθμός Νοσοκομείων ανά 1 εκατ. κατοίκους (2021)	15
Διάγραμμα 2.4: Σύνολο κλινών 2010-2021	16
Διάγραμμα 2.5: Αριθμός κλινών και κατανομή (%) ανά ΥΠΕ, 2022	17
Διάγραμμα 2.6: Αριθμός διαθέσιμων κλινών ανά 100.000 κατοίκους στην ΕΕ27 (2021)	18
Διάγραμμα 2.7: Συνολική, δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δισεκ. €).....	20
Διάγραμμα 2.8: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (%) Ελλάδα-ΕΕ27	21
Διάγραμμα 2.9: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ27	21
Διάγραμμα 2.10: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ27.....	22
Διάγραμμα 2.11: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% στη συνολική) Ελλάδα-ΕΕ27.....	22
Διάγραμμα 2.12: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ27	23
Διάγραμμα 2.13: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες της ΕΕ27, σε ποσοστά, 2008-2013 και 2013-2019.....	24
Διάγραμμα 2.14: Δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία (€) ανά μήνα - Ελλάδα.....	24
Διάγραμμα 2.15: Κατανομή των δαπανών υγείας (%) για τα νοικοκυριά - Ελλάδα	25
Διάγραμμα 2.16: Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα υγείας Ελλάδα-ΟΟΣΑ, 2010 και 2020.....	26
Διάγραμμα 2.17: Αξιολόγηση συστημάτων υγείας , ECHI (2018)	27
Διάγραμμα 2.18: Προσωπικό νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) ανά ειδικότητα για τα έτη 2015-2021	28
Διάγραμμα 2.19: Προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων (χιλ.) ανά ειδικότητα για τα έτη 2012-2021 ...	29
Διάγραμμα 2.20: Αναλογίες ιατρών και νοσηλευτών ανά χώρα	30
Διάγραμμα 3.1: Αριθμοδείκτες για την εξέταση των οικονομικών των νοσοκομείων	36
Διάγραμμα 3.2: Αριθμός των νοσοκομείων με πλεόνασμα και με έλλειμμα, 2012-2020	41
Διάγραμμα 3.3: Ποσοστό των νοσοκομείων με πλεόνασμα και με έλλειμμα, 2012-2020.....	41
Διάγραμμα 4.1: Λειτουργικό κόστος προς σύνολο κλινών 2012-2020 (σε ευρώ €).....	49
Διάγραμμα 4.2: Λειτουργικό κόστος προς το σύνολο νοσηλευθέντων 2012-2020	50
Διάγραμμα 4.3: Λειτουργικό κόστος προς ημέρες νοσηλείας 2012-2020	50

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1: Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, 2017-2022	12
Πίνακας 2.2: Νοσοκομειακές μονάδες στην Ελλάδα ανά νομικό καθεστώς και ανά κατηγορία, 2012-2021	13
Πίνακας 2.3: Αριθμός νοσοκομειακών ιδρυμάτων και κλινών ανά ειδικότητα, 2021	14
Πίνακας 2.4: Αριθμός νοσοκομείων 2016-2021	15
Πίνακας 2.5: Κλίνες νοσοκομειακών ιδρυμάτων (2010-2021)	17
Πίνακας 2.6: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε εκατ. ευρώ)	19
Πίνακας 3.1: Σύνολο νοσοκομείων δείγματος ανά έτος και ΥΠΕ	37
Πίνακας 3.2: Εξέλιξη βασικών χρηματοοικονομικών στοιχείων (σε εκατ. €)	39
Πίνακας 3.3: Εξέλιξη βασικών χρηματοοικονομικών στοιχείων για το σταθερό δείγμα νοσοκομείων (σε εκατ. €)	40
Πίνακας 3.4: Εξέλιξη αριθμοδεικτών ρευστότητας	42
Πίνακας 3.5: Εξέλιξη αριθμοδεικτών κυκλοφοριακής ταχύτητας	43
Πίνακας 3.6: Εξέλιξη αριθμοδεικτών δομής κεφαλαίων στο σύνολο τους δείγματος	44
Πίνακας 3.7: Εξέλιξη αριθμοδεικτών δομής ισολογισμού στο σύνολο του δείγματος	45
Πίνακας 3.8: Εξέλιξη αριθμοδεικτών δομής αποτελεσμάτων χρήσης στο σύνολο τους δείγματος	46
Πίνακας 3.9: Εξέλιξη αριθμοδεικτών αποδοτικότητας στο σύνολο τους δείγματος	47
Πίνακας 4.1: Εξέλιξη λειτουργικού κόστους προς αριθμό κλινών ανά ΥΠΕ, 2012-2020 (σε ευρώ €)	51
Πίνακας 4.2: Εξέλιξη λειτουργικού κόστους προς νοσηλευθέντες ανά ΥΠΕ, 2012-2020 (σε ευρώ €)	51
Πίνακας 4.3: Εξέλιξη λειτουργικού κόστους προς ημέρες νοσηλείας ανά ΥΠΕ, 2012-2020, (σε ευρώ €)	52
Πίνακας 4.4: Λειτουργικό Κόστος (€ ευρώ) / Αριθμός Κλινών ανά μέγεθος νοσοκομείου	53
Πίνακας 4.5: Λειτουργικό Κόστος (€ ευρώ) / Νοσηλευθέντα ανά μέγεθος νοσοκομείου	54
Πίνακας 4.6: Λειτουργικό Κόστος (€ ευρώ) / Ημέρες Νοσηλείας ανά μέγεθος νοσοκομείου	55
Πίνακας 8.1: Τυπολόγιο αριθμοδεικτών	65
Πίνακας 8.2: Χρηματοδότηση φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (εκατ. ευρώ) 2016-2021	67
Πίνακας 8.3: Κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2021	69
Πίνακας 8.4: Αριθμός χρήσεων με έλλειμμα	74
Πίνακας 8.5: Αριθμός χρήσεων με πλεόνασμα	74
Πίνακας 8.6: Νοσοκομεία ΕΣΥ της ανάλυσης του δείγματος ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ανά λογιστικό πρότυπο	75

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάλυση των οικονομικών στοιχείων των δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί σημαντικό βήμα στην αξιολόγηση της πορείας του τομέα υγείας της χώρας. Ειδικότερα, η ανάλυση δομικών μεγεθών των δημόσιων νοσοκομείων προσφέρει ενδείξεις για να αξιολογηθεί η πορεία του εξορθολογισμού των δομών υγείας έναντι των στόχων για αποτελεσματική χρήση των πόρων βάσει των υφιστάμενων αναγκών. Η πληρέστερη αξιοποίηση του εργαλείου της οικονομικής αξιολόγησης μέσα από την ανάλυση χρηματοοικονομικών και λειτουργικών μεγεθών συνεισφέρει σε περαιτέρω εξορθολογισμό του συστήματος, μέσα από τη διάγνωση δυνατοτήτων για περαιτέρω περιθώρια μείωσης κόστους, επίτευξης οικονομικών κλίμακας και αύξησης παραγωγικότητας, ενώ βοηθάει και στον εντοπισμό τμημάτων του συστήματος που ενδέχεται να απαιτήσουν περαιτέρω ενίσχυση.

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί για πρώτη φορά την πληροφορία που υπάρχει διαθέσιμη στις λογιστικές καταστάσεις των δημοσίων νοσοκομείων βάσει της Λογιστικής του Δεδουλευμένου. Παρόλο που τα Δημόσια Νοσοκομεία έχουν με βάση το ΠΔ 146/2003, εδώ και αρκετά χρόνια, την υποχρέωση να συντάσσουν λογιστικές καταστάσεις τέλους χρήσης (δηλ. Ισολογισμό και Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσης), οι οποίες ελέγχονται από τους ορκωτούς ελεγκτές, συνήθως η αξιολόγησή τους καθώς και η λήψη των αποφάσεων βασίζεται σε στοιχεία ταμειακής λογιστικής. Η μελέτη αυτή εκμεταλλεύεται τον πλούτο των πληροφοριών των λογιστικών καταστάσεων που λαμβάνουν υπόψη τη χρηματοοικονομική θέση και απόδοση των νοσοκομείων προκειμένου να διενεργηθεί μια σφαιρική χρηματοοικονομική αξιολόγησή τους.

Παράλληλα, η μελέτη χρησιμοποιεί πληροφορίες που αφορούν το λειτουργικό κόστος και όχι τις εκροές (πληρωμές) της περιόδου κατά την αξιολόγηση του κόστους των νοσοκομείων ανά κλίνη, ασθενή, κλπ. Αυτό δεν μπορεί να συμβεί όταν τα στοιχεία βασίζονται στην ταμειακή λογιστική, καθώς στοιχεία κόστους όπως οι αποσβέσεις των υποδομών και του εξοπλισμού, οι αναλώσεις υλικών και φαρμάκων καθώς και το κόστος του προσωπικού που καταβάλλεται απευθείας από το Υπουργείο δεν περιλαμβάνονται στην ετήσια ανάλυση των πόρων. Αντίθετα, στα στοιχεία της ταμειακής λογιστικής συμμετέχουν όλες οι δαπάνες των οποίων οι πληρωμές έγιναν μέσα στο έτος χωρίς κατ' ανάγκη να σχετίζονται με την ανάλυση των πόρων την εξεταζόμενη περίοδο, όπως οι αγορές φαρμάκων και υλικών ή οι επενδύσεις σε πάγιο εξοπλισμό.

Ο βασικός σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και η ανάλυση των λογιστικών καταστάσεων των δημόσιων νοσοκομείων. Η ανάλυση στοχεύει να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την άσκηση πολιτικής και την αξιολόγηση της οικονομικής βιωσιμότητάς τους. Βάσει των στοιχείων και της ανάλυσης των λογιστικών καταστάσεων οι αρμόδιοι φορείς και άλλοι ενδιαφερόμενοι είναι σε θέση να αξιολογήσουν συνολικά, αλλά και συγκριτικά την οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων και να δρομολογήσουν τις κατάλληλες ενέργειες.

Η αξιολόγηση των δημόσιων νοσοκομείων περιλαμβάνει:

- Διαχρονική ανάλυση του μεγέθους των νοσοκομείων: ανάλυση με βάση το σύνολο ενεργητικού, τις επιχορηγήσεις, το κόστος λειτουργίας

- Ανάλυση των οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων με αριθμοδείκτες ρευστότητας, αποδοτικότητας, δομής κεφαλαίων και κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων και υποχρεώσεων.
- Αξιολόγηση του κόστους λειτουργίας ανά υγειονομική περιφέρεια και ανά μέγεθος νοσοκομείου με τη χρήση δεικτών επίδοσης επί της δραστηριότητας των νοσοκομείων (Λειτουργικό κόστος προς αριθμό κλινών, Λειτουργικό κόστος προς τις ημέρες νοσηλείας, Λειτουργικό κόστος προς τον αριθμό των νοσηλευθέντων, Λειτουργικό κόστος προς τον συνολικό αριθμό των εξωτερικών ασθενών).

Η μελέτη αποτελείται από δύο μέρη. Στο **πρώτο μέρος**, στο **κεφάλαιο 2** περιγράφεται η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, η καταγραφή των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, οι δαπάνες για χρηματοδότηση του συστήματος αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό και οι επιδόσεις του συστήματος σε σύγκριση με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Αναφορά γίνεται και στις μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας με βάση τα τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής.

Στο **δεύτερο μέρος** της έκθεσης, στο **κεφάλαιο 3** γίνεται διαχρονική ανάλυση των χρηματοοικονομικών στοιχείων των δημόσιων νοσοκομείων, αλλά και των αντίστοιχων αριθμοδεικτών σε όρους ρευστότητας, κυκλοφοριακής ταχύτητας, δομής κεφαλαίων, δομής ισολογισμού, κατάστασης αποτελεσμάτων χρήσης και αποδοτικότητας. Στο **κεφάλαιο 4** εξετάζεται η εξέλιξη δεικτών επί της δραστηριότητας των νοσοκομείων ανά υγειονομική περιφέρεια και ανά μέγεθος νοσοκομείου. Τέλος, στο **κεφάλαιο 5** αναδεικνύονται τα προβλήματα μη χρήσης της λογιστικής του δεδουλευμένου και πως θα μπορούσε η λογιστική του δεδουλευμένου να βοηθήσει τα δημόσια νοσοκομεία.

Μέρος Α. Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

2. Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας των κρατών μελών της ΕΕ είναι ποικίλα. Ωστόσο, παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότησή τους, έχουν κοινές αξίες όπως καθολικότητα, πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας, ισότητα και αλληλεγγύη.¹ Επιπλέον, αναγνωρίζεται η ανάγκη τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας να είναι δημοσιονομικά βιώσιμα κατά τρόπο ώστε να διαφυλάσσονται οι παραπάνω αξίες στο μέλλον.²

Κατά την τελευταία δεκαετία τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν αυξανόμενες κοινές προκλήσεις:

- Ο ευρωπαϊκός πληθυσμός γηράσκει και εκτίθεται περισσότερο σε πολλαπλές χρόνιες ασθένειες. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των δημοσιονομικών πιέσεων.
- Το κόστος των καινοτόμων τεχνολογιών και φαρμάκων αυξάνεται, επιβαρύνοντας τα δημόσια οικονομικά.
- Οι επαγγελματίες του τομέα υγείας δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένοι, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ελλείψεις σε ορισμένους τομείς περίθαλψης.
- Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ισότιμα κατανομημένη, με συνέπεια άνισα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων της κοινωνίας.

Μια σημαντική διάσταση του σχεδιασμού των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας. Θεμελιώδες ζήτημα για όλες τις χώρες αποτελεί η διαθεσιμότητα των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη. Η χρηματοδότηση από τις κυβερνήσεις ή τους ασφαλιστικούς φορείς γίνεται με στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας - δηλαδή θεραπεία, πρόληψη, προαγωγή και αποκατάσταση στους πολίτες³.

2.2 Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα που περιλαμβάνει τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας αποτελείται κυρίως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο περιλαμβάνει τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία τελούν σε καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, με πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Το ΕΣΥ συμπληρώνεται με πολυϊατρεία και κέντρα υγείας (ΚΥ) που ανήκουν στις επτά υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ) και

¹ Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης(2006/C146/01):<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>

² Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τα συστήματα υγείας και τη δημοσιονομική βιωσιμότητα (8.11.2016): <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/en/pdf>

³ Καναβός, Π. και Σουλιώτης Κ. (2017), Υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Εξισορρόπηση της δημοσιονομικής προσαρμογής με τις υγειονομικές ανάγκες, Πέρα από τη λιτότητα : Για μια νέα δυναμική στην ελληνική οικονομία

χρηματοδοτούνται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες γιατρούς.

Το ελληνικό σύστημα υγείας και ειδικότερα ο νοσοκομειακός τομέας έρχεται αντιμέτωπος με τις παρακάτω βασικές προκλήσεις:⁴

- Το ελληνικό σύστημα υγείας διαφέρει από τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα ως προς το μίγμα εισροών της δημόσιας δαπάνης υγείας που προέρχεται τόσο από τη φορολογία όσο και την ασφάλιση, καθώς και ως προς τη μεγάλη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης.
- Το σύστημα υγείας στη χώρα είναι έντονα συγκεντρωμένο γύρω από τα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία συμβάλλονται κυρίως με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Περίπου το 65% των κλινών είναι στον δημόσιο τομέα και το 35% στον ιδιωτικό τομέα.
- Η πλειοψηφία των ιδιωτικών κλινικών είναι μικρές ή μεσαίες γενικές, μαιευτικές/γυναικολογικές ή ψυχιατρικές κλινικές, με λιγότερες από 100 κλίνες, μικρό αριθμό ασθενών και χαμηλά ποσοστά στελέχωσης ανά τύπο προσωπικού.
- Τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν προβλήματα ανισοκατανομής κλινών, κλινικών, εργαστηρίων και προσωπικού, σημαντικές ελλείψεις προσωπικού και παλιό τεχνολογικό εξοπλισμό.

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιήθηκαν σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία του ΕΣΥ που αφορούσαν στη συγχώνευση νοσοκομείων και στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος αρχικά είχε διπλό ρόλο - ως φορέας παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας μέσω των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών, αλλά και ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ πέτυχε τον έλεγχο των συμβάσεων των παρόχων του ιδιωτικού τομέα, καθώς επίσης την ενοποίηση της χρηματοδότησης όλων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης για υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, ο ΕΟΠΥΥ διαχωρίστηκε και κράτησε μόνο το τμήμα της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πέρασε σε έναν νέο οργανισμό, το πρωτοβάθμιο εθνικό σύστημα υγείας (ΠΕΔΥ) στο πλαίσιο του ΕΣΥ, όπου μεταφέρθηκαν όλα τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ.⁵

Παρά την αποκεντρωμένη δομή του, το ΕΣΥ συνεχίζει να διοικείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας με κυρίαρχο τον ρόλο της εκάστοτε ηγεσίας του υπουργείου (Διάγραμμα 2.1). Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητές και διοικητικά συμβούλια (Δ.Σ.) που ορίζει το υπουργείο Υγείας και τα ΚΥ, που υπάγονται διοικητικά στις ΥΠΕ, από Διευθυντές ΕΣΥ οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ.⁶ Οι υγειονομικές μονάδες του ΕΣΥ υπάγονται σε επτά ΥΠΕ, οι οποίες ασκούν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό και, σε μικρότερο βαθμό, διοικητικό ρόλο:

- 1η ΥΠΕ Αττικής
- 2η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου
- 3η ΥΠΕ Μακεδονίας
- 4η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης
- 5η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

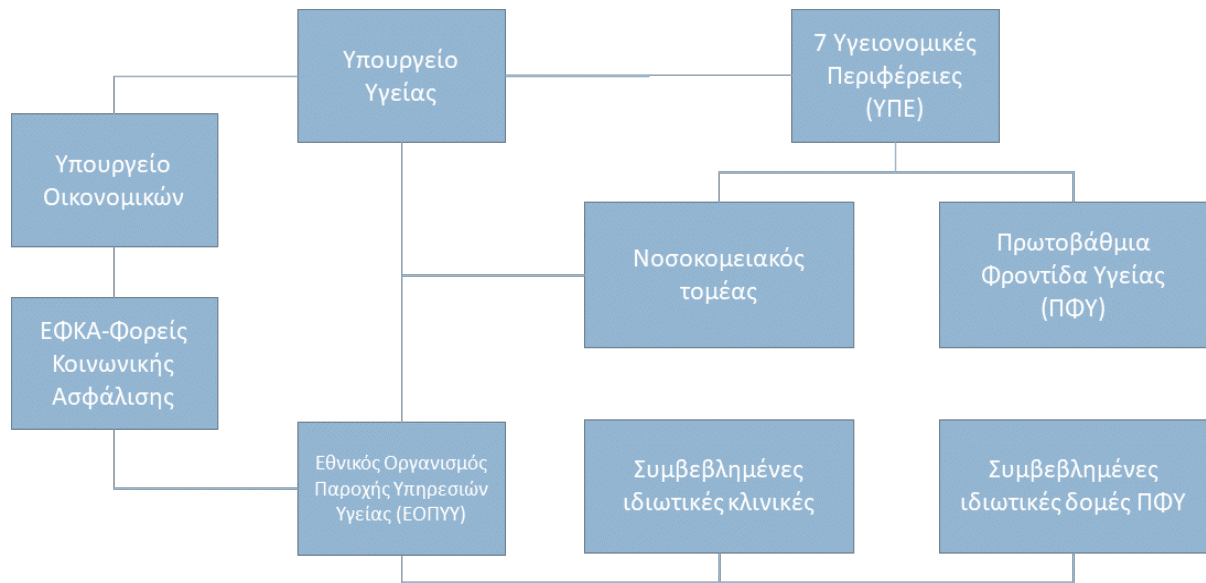
⁴ΔιαΝΕΟσις, 2020, Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας

⁵ΔιαΝΕΟσις, 2016, Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση

⁶Διανέοσις, 2020, Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας

- 6η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας
- 7η ΥΠΕ Κρήτης

Διάγραμμα 2.1: Δομή Εθνικού Συστήματος Υγείας



Πηγή: ΔιαΝΕΟσις, 2020, Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

2.3 Δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα παρέχεται από:

- (1) **Μονάδες υγείας της κεντρικής κυβέρνησης.** Περιλαμβάνονται κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) και των απογευματινών ιατρείων.
- (2) **Μονάδες υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.** Περιλαμβάνονται πολυιατρεία που διαθέτουν τα ταμεία.
- (3) **Μονάδες υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης.** Περιλαμβάνονται δημοτικά ιατρεία και διάφορες υπηρεσίες πρόνοιας.
- (4) **Ιδιώτες ιατροί, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών.** Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

Πίνακας 2.1: Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, 2017-2022

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες* Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες	TOMY
2017	204	101	1.425	93	49	221	6	-
2018	204	101	1.425	94	49	221	7	-
2019	204	101	1.425	93	50	221	10	-
2020	308	-	1.427	93	49	220	10	127
2021	310	-	1.432	95	52	220	10	127
2022	311	-	1.432	97	50	220	10	136

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2023. * Βάσει του Ν. 4486/2017 οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) περιλαμβάνονται στα Κέντρα Υγείας το 2020 και το 2021.

2.4 Δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται υπηρεσίες που παρέχονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές. Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις κατηγορίες δομών:

- (1) **Δημόσια Νοσοκομεία (ΝΠΔΔ)**, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότησή τους την έχει το κράτος, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Επιπλέον τα στρατιωτικά νοσοκομεία τα οποία εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας.
- (2) **Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ)** που αφορούν ανεξάρτητα θεραπευτήρια επιχορηγούμενα από το ελληνικό κράτος (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ΠΓΝ Παπαγεωργίου)
- (3) **Ιδιωτικά Θεραπευτήρια και κλινικές** που αποτελούν αυτόνομες ιδιωτικές επιχειρήσεις.

2.4.1 ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2021 υπήρχαν 267 δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια και κλινικές συνολικής δυναμικότητας 45.101 κλινών. Εξ αυτών, 139 είναι ιδιωτικά, 4 νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και τα υπόλοιπα 124 νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Πίνακας 2.2), εκ των οποίων 11 είναι Πανεπιστημιακά⁷ και 12 είναι ειδικού καθεστώτος και συνέχεια κληροδοτημάτων.⁸

⁷1.Γενικό Πανεπιστημιακό Πατρών, 2.Γενικό Πανεπιστημιακό Αλεξανδρούπολης, 3.Γενικό Πανεπιστημιακό Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ, 4.Γενικό Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων, 5.Γενικό Πανεπιστημιακό Θεσσαλονίκης-ΑΧΕΠΑ, 6.Γενικό Πανεπιστημιακό Ρόδου-ΑΝΔΡΕΑ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ, 7.Γενικό Πανεπιστημιακό Εθνικό Καποδιστριακό-ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ, 8.Γενικό Πανεπιστημιακό Αθηνών-ΑΤΤΙΚΟ, 9.Γενικό Πανεπιστημιακό Λάρισας-ΠΓΝΛ, 10. Αρεταίειο Νοσοκομείο, 11. Ευγενίδειο Θεραπευτήριο. Το Αρεταίειο, το Αιγινήτειο και το Ευγενίδειο, σύμφωνα με τον Ν.4472/2017 εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων .

⁸Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Αγ. Σάββας», Γεν. Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Γεν. Νοσοκομείο Παίδων «Π. κ'Α. Κυριακού», Γεν. Νοσοκομείο Παίδων Πατρών «Καραμανδάνειο», Σπηλιοπούλειο Παθολογικό,

Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά, που είναι όσα διαθέτουν τμήματα ιατρικής, χειρουργικής, παιδιατρικής και μαιευτικής/γυναικολογίας, που υποστηρίζονται από διαγνωστικές υπηρεσίες και παθολογικά τμήματα και σε ειδικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργούν και ορισμένα κέντρα υγείας-νοσοκομεία, τα οποία παρέχουν βασικές διαγνωστικές υπηρεσίες, βραχυχρόνια νοσηλεία και διενεργούν μικρής έκτασης χειρουργικές επεμβάσεις.

Εκτός της νοσηλείας, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν ένα ευρύ φάσμα και άλλων υπηρεσιών, όπως πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των εξωτερικών τους ιατρείων, ημερήσια και επείγουσα φροντίδα, διαγνωστικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Τα μεγάλα γενικά νοσοκομεία βρίσκονται κυρίως σε μεγάλες αστικές περιοχές, τα περιφερειακά νοσοκομεία στην κύρια διοικητική περιοχή και τα μικρότερα νοσοκομεία σε ημιαστικές περιοχές και πόλεις. Τα νοσοκομεία που συνδέονται με τις ιατρικές σχολές της χώρας προσφέρουν σύνθετες και τεχνολογικά προηγμένες υπηρεσίες.^{9,10}

Πίνακας 2.2: Νοσοκομειακές μονάδες στην Ελλάδα ανά νομικό καθεστώς και ανά κατηγορία, 2012-2021

Έτος	Ανά νομικό καθεστώς			Ανά κατηγορία			Σύνολο
	Νοσηλευτικές Μονάδες ΝΠΙΔ	Νοσηλευτικές Μονάδες ΝΠΔΔ	Ιδιωτικές Κλινικές	Γενικά	Ειδικά	Μικτά	
2012	5	133	164	187	106	9	302
2013	4	125	161	178	103	9	290
2014	4	124	155	176	101	6	283
2015	4	124	155	172	103	8	283
2016	5	124	151	173	96	11	280
2017	5	125	147	174	92	11	277
2018	4	123	144	171	86	14	271
2019	4	123	143	171	86	13	270
2020	4	124	142	172	85	13	270
2021	4	124	139	170	83	14	267

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2023. Σημείωση: Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία.

Όλα τα δημόσια νοσοκομεία έχουν εξωτερικά ιατρεία τα οποία λειτουργούν εκ περιτροπής. Στις αστικές περιοχές, τα νοσοκομεία εφημερεύουν κάθε τρεις ή τέσσερις μέρες, ενώ στα μη αστικά κέντρα εφημερεύουν σε καθημερινή βάση. Κατά τη διάρκεια των ημερών εφημερίας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αντιμετωπίζουν τις έκτακτες περιπτώσεις και λειτουργούν ως τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών. Στα μη αστικά κέντρα, οι ασθενείς μεταφέρονται στο νοσοκομείο της περιοχής ή στα κέντρα αναφοράς της

Νοσοκομείο Αθηνών «Η Αγ. Ελένη», Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών « Η Ελπίς», Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών «Η Παμμακάριστος», Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαίτειο», Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.), Νοσοκομείο Αφροδισίων κ' Δερματικών Νόσων «Α. Συγγρός», Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο Μπενάκειο»

⁹Economou, Kaitelidou, Karanikolas, & Maresso, 2017, Greece health system review

¹⁰Economou, 2015, Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece

Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (κυρίως από τα νησιά του Αιγαίου) ή των Ιωαννίνων και της Πάτρας (κυρίως από τα νησιά του Ιονίου).

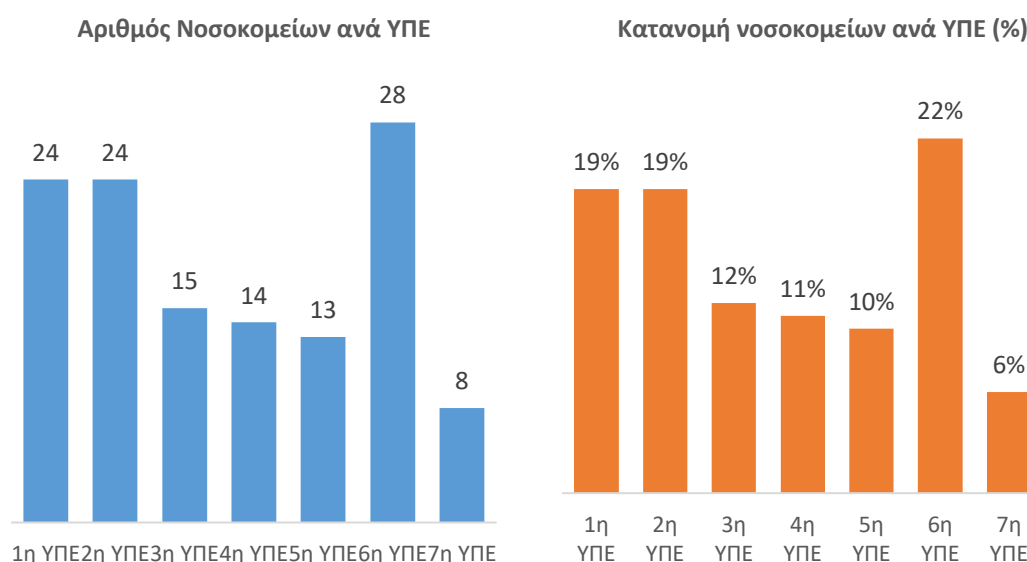
Πίνακας 2.3: Αριθμός νοσοκομειακών ιδρυμάτων και κλινών ανά ειδικότητα, 2021

Νοσοκομεία ανά ειδικότητα	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών
Γενικά	170	34.604
Μικτά	14	688
Αντικαρκινικά	3	911
Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων	1	70
Λοιμωδών Νόσων	0	0
Μαιευτικά-Γυναικολογικά	14	302
Νευροψυχιατρικά	45	6.436
Ορθοπεδικά	0	0
Οφθαλμολογικά	3	50
Παθολογικά	10	599
Παιδιατρικά	4	1.149
Πνευμονολογικά	0	0
Φυσ. & Ιατρ. Αποκατάσταση	1	127
Χειρουργικά	1	129
Ωτορινολαρυγγολογικά	1	36
Σύνολο	267	45.101

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2023, Σημείωση: Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία και οι κλίνες τους

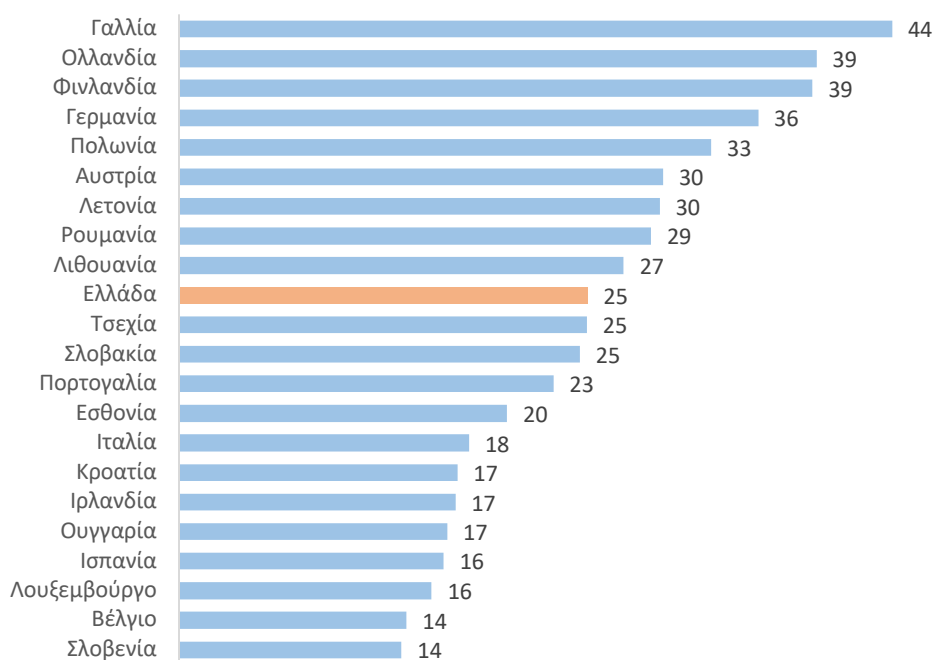
Τα νοσοκομεία του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα κατανέμονται στις επτά υγειονομικές όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.2. Οι 1^η, 2^η και 6^η ΥΠΕ (Αττικής, Πειραιώς - Αιγαίου και Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου - Δυτικής Ελλάδας, αντίστοιχα) διαθέτουν τα περισσότερα νοσοκομεία, τα οποία μαζί αντιστοιχούν στο 60% του συνολικού αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων.

Διάγραμμα 2.2: Αριθμός νοσοκομείων και κατανομή (%) ανά ΥΠΕ, 2022



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, BI Forms , Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Διάγραμμα 2.3: Αριθμός Νοσοκομείων ανά 1 εκατ. κατοίκους (2021)



Πηγή: Health Statistics, OECD

Πίνακας 2.4: Αριθμός νοσοκομείων 2016-2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Αυστρία	277	275	268	265	267	268
Βέλγιο	177	175	174	164	163	163
Τσεχία	260	258	256	258	263	265
Εσθονία	30	30	30	30	29	27
Φινλανδία	262	247	241	239	231	217
Γαλλία	3.068	3.047	3.041	3.006	2.989	2.987
Γερμανία	3.100	3.084	3.051	3.026	3.006	2.979
Ελλάδα	280	277	271	270	270	267
Ουγγαρία	168	165	163	163	163	161
Ιρλανδία	86	86	86	86	86	86
Ιταλία	1.090	1.063	1.059	1.056	1.065	1.060
Λετονία	65	63	62	61	60	56
Λιθουανία	93	93	95	94	78	77
Λουξεμβούργο	12	10	10	10	10	10
Ολλανδία	534	546	549	568	618	691
Πολωνία	1.064	1.274	1.276	1.236	1.237	1.242
Πορτογαλία	225	225	230	240	241	240
Σλοβακία	133	131	130	129	132	135
Σλοβενία	29	29	29	29	29	29
Ισπανία	764	779	782	777	772	776
Κροατία	64	66	66	67	68	68
Ρουμανία	594	525	539	548	550	558

Πηγή: Health Statistics, OECD

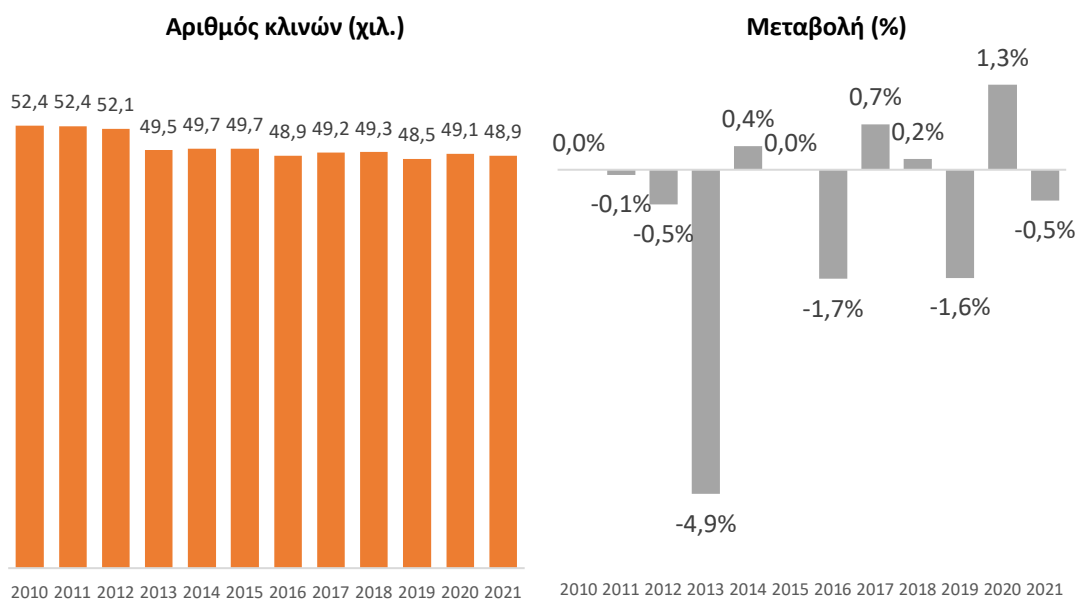
Διεθνώς, παρατηρείται τάση εξορθολογισμού των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ο νοσοκομειακός τομέας παρουσιάζει μείωση του αριθμού των νοσοκομείων και των κλινών τα τελευταία χρόνια, σε αρκετές χώρες της ΕΕ όσο και στην Ελλάδα (Πίνακας 2.4).

Σε όρους αριθμού νοσοκομείων ανά ένα εκατ. κάτοικους, η Ελλάδα βρίσκεται πάνω από τη μέση της κατάταξης των χωρών της ΕΕ (10^η θέση σε 22 χώρες) για το 2021 (Διάγραμμα 2.3). Εν μέρει, αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται και στα ιδιαίτερα γεωγραφικά χαρακτηριστικά της Ελλάδας (νησιά και άλλες απομακρυσμένες περιοχές).

2.4.2 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ

Παρατηρείται πτωτική τάση στον συνολικό αριθμό κλινών¹¹ των νοσοκομείων της χώρας την περίοδο 2010-2021. Ειδικότερα, ο αριθμός τους καταγράφει μείωση κατά 6,7% μεταξύ 2010 και 2021, από 52,4 χιλ. σε 48,9 χιλ. αντίστοιχα (Διάγραμμα 2.4). Οι αναπτυγμένες κλίνες κλειστής νοσηλείας μειώθηκαν σημαντικά την περίοδο 2010-2019, από 49,8 χιλ. σε 44,8 χιλ. αντίστοιχα (-10,1%). Το 2020, το πρώτο έτος της πανδημίας, ο αριθμός σημείωσε αύξηση κατά 0,9%, ενώ κατά το έτος 2021 παρατηρείται μείωση κατά 119 κλίνες σε σχέση με το 2020 (0,3%).

Διάγραμμα 2.4: Σύνολο κλινών 2010-2021



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2023, Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Αντίθετα, την περίοδο 2010-2018 οι κλίνες ανοικτής νοσηλείας («κλίνες ημέρας») αυξήθηκαν σημαντικά, κατά 65,0% (από 2,6 χιλ. σε 4,3 χιλ.), ωστόσο παρουσίασαν σημαντική μείωση

¹¹Με τον όρο «νοσοκομειακές κλίνες» ορίζονται όλες οι κλίνες που συντηρούνται κανονικά, υποστηρίζονται με κατάλληλο προσωπικό και είναι άμεσα διαθέσιμες προς χρήση. Περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των νοσοκομείων, των μονάδων ψυχικής υγείας και άλλων εξειδικευμένων θεραπευτηρίων, ενώ εξαιρούνται τα κρεβάτια γηροκομείων και ιδρυμάτων.

έκτοτε, κατά 459 κλίνες (10,8% την περίοδο 2018-2021). Κατά το έτος 2021 παρατηρείται μείωση κατά 110 κλίνες (2,8%) σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

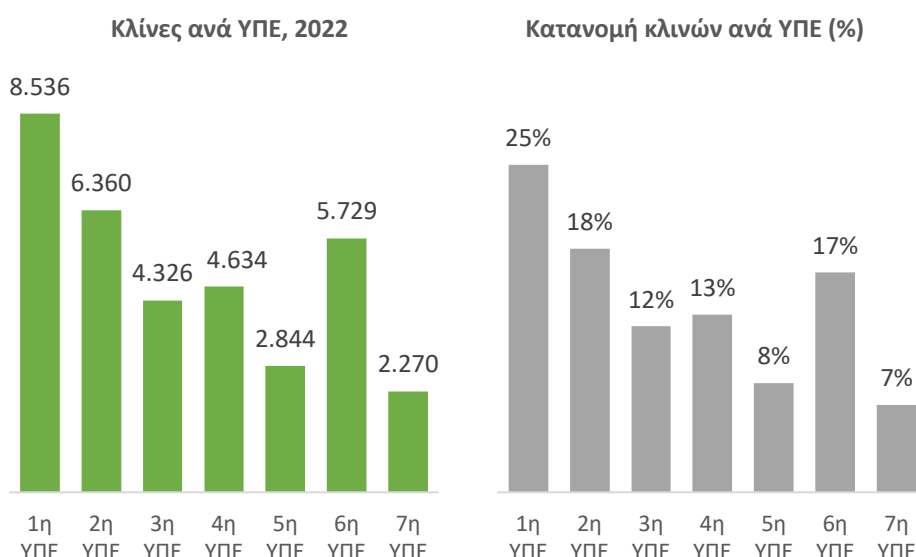
Πίνακας 2.5: Κλίνες νοσοκομειακών ιδρυμάτων (2010-2021)

Έτος	Κλίνες Κλειστής Νοσηλείας	Μεταβολή (%)	Κλίνες ανοιχτής Νοσηλείας	Μεταβολή (%)
2010	49.828		2.578	
2011	49.692	-0,3%	2.674	3,7%
2012	49.100	-1,2%	2.993	11,9%
2013	46.510	-5,3%	3.022	1,0%
2014	46.160	-0,8%	3.548	17,4%
2015	45.945	-0,5%	3.764	6,1%
2016	45.273	-1,5%	3.614	-4,0%
2017	45.267	0,0%	3.957	9,5%
2018	45.053	-0,5%	4.253	7,5%
2019	44.817	-0,5%	3.680	-13,5%
2020	45.220	0,9%	3.904	6,1%
2021	45.101	-0,3%	3.794	-2,8%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2023, Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν συνολικά 34.699 κλίνες οι οποίες κατανέμονται ανά υγειονομική περιφέρεια όπως φαίνονται στο Διάγραμμα 2.5. Παρατηρείται ότι ενώ η 6^η ΥΠΕ έχει την πρωτιά σε όρους αριθμού νοσοκομείων (28 ή 22,2% του συνόλου), έρχεται στην τρίτη θέση με βάση τον αριθμό των κλινών (5.729 ή 16,5% του συνόλου). Αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται στο γεγονός ότι τα νοσοκομεία στην Αττική έχουν αρκετά περισσότερες κλίνες κατά μέσο όρο, καθώς εξυπηρετούν αρκετά μεγαλύτερη συγκέντρωση του πληθυσμού, σε σχέση με τις πιο αραιοκατοικημένες περιοχές που εξυπηρετούνται από τις μονάδες της 6^{ης} ΥΠΕ (οι περιφέρειες Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας).

Διάγραμμα 2.5: Αριθμός κλινών και κατανομή (%) ανά ΥΠΕ, 2022

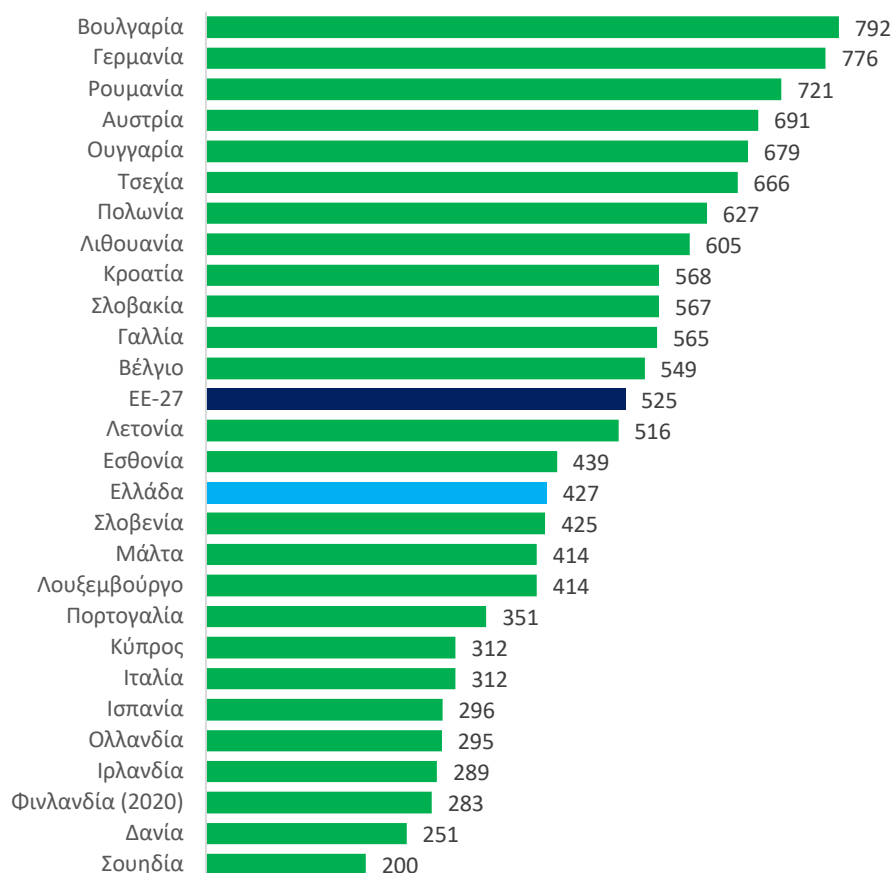


Πηγή: Υπουργείο Υγείας, BI Forms, Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Ένας άλλος σημαντικός δείκτης της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης σε έναν πληθυσμό είναι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 100 χιλ. κατοίκους. Το 2021 η Ελλάδα είχε 427 διαθέσιμες κλίνες ανά 100.000 κατοίκους, χαμηλότερα από τον μέσο όρο

των ευρωπαϊκών χωρών (525 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους). Πρώτη στην κατάταξη βρίσκεται η Βουλγαρία με 792 κλίνες και τελευταία η Σουηδία με 200.

Διάγραμμα 2.6: Αριθμός διαθέσιμων κλινών ανά 100.000 κατοίκους στην ΕΕ27 (2021)



Πηγή: Eurostat

2.5 Δομές παροχής υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η τριτοβάθμια περίθαλψη απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό. Παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και περιλαμβάνει τα Περιφερειακά, τα Γενικά, τα Ειδικά και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, τα οποία έχουν στην διάθεσή τους ειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό σύγχρονης τεχνολογίας για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας και την κάλυψη εξειδικευμένων περιπτώσεων.

2.6 Δαπάνες για χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού δημόσιων και ιδιωτικών πόρων. Η δημόσια χρηματοδότηση προέρχεται τόσο από τους πόρους της γενικής φορολογίας (άμεσης και έμμεσης), όσο και από τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία αποζημιώνει την παροχή των υπηρεσιών σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές. Βασική

πηγή εσόδων για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους για τους δημόσιους υπαλλήλους. Βασική δομική μεταβολή που έχει εφαρμοστεί στο πεδίο της χρηματοδότησης αφορά στην ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με τον Ν. 3918/2011 και την σύσταση του ΕΟΠΥΥ και τη λειτουργία του από 1^η Ιανουαρίου 2012 και, κατ' επέκταση, την υιοθέτηση ενιαίων κανόνων αποζημίωσης.

Ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των άμεσων και έμμεσων φόρων, καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, τις δαπάνες για τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, επιδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοϊατρικό εξοπλισμό, κλπ.) και χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομειακή φροντίδα.

Πίνακας 2.6: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε εκατ. ευρώ)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.519	3.985	3.916	4.109	4.428	5.059
2. ΟΚΑ (HF.1.2)	4.531	4.730	4.718	5.138	5.292	5.294
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)	9.050	8.715	8.634	9.246	9.720	10.353
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	568	578	630	672	678	694
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	5.058	5.036	5.261	5.057	5.256	5.554
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)	5.625	5.615	5.891	5.729	5.935	6.248
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	67	62	56	56	65	64
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας HF (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	14.743	14.391	14.581	15.031	15.720	16.665

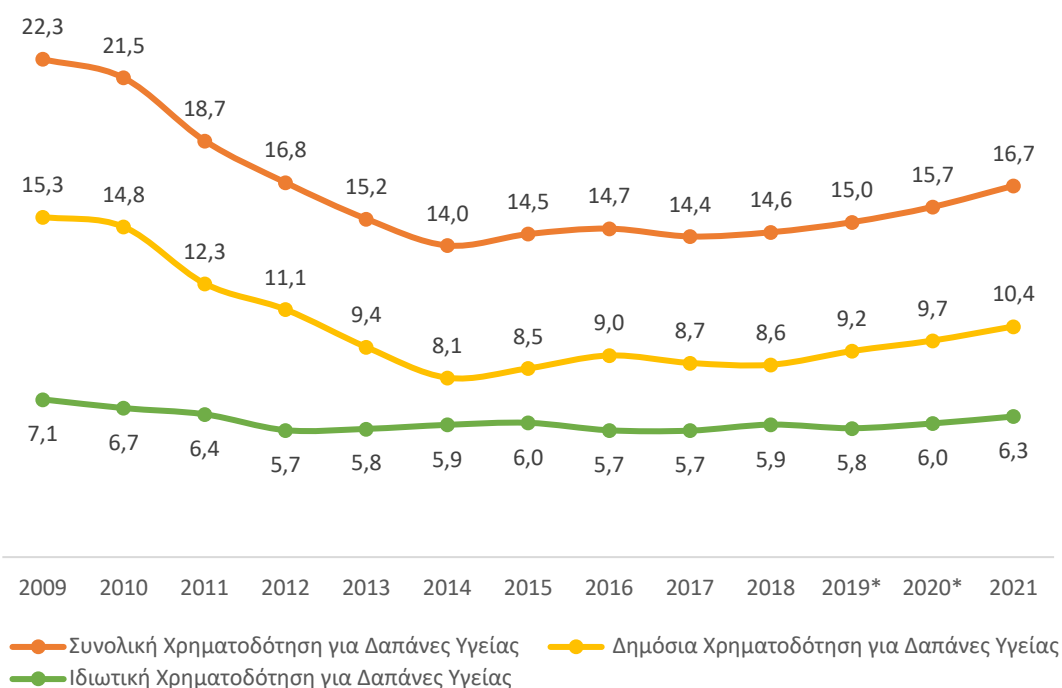
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2021, ΕΛΣΤΑΤ. 2023

Οι ιδιωτικές δαπάνες συνιστούν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας και μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Μια μορφή είναι η καταβολή άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση είτε τις καλύπτει, αλλά οι πολίτες προτιμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Άλλες μορφές ιδιωτικής δαπάνης είναι οι επίσημες συμπληρωμές που προβλέπονται για συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και σε μικρότερο βαθμό οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης για όσους έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του μείγματος των χρηματοδοτικών πόρων του ελληνικού συστήματος υγείας είναι το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών.¹²

¹²Οικονόμου Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το 2020, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα €16,7 δισεκ., αυξημένη σε σύγκριση με το 2019, λόγω και των αναγκών που δημιούργησε η πανδημία. Η δημόσια χρηματοδότηση προσέγγισε τα €10,4 δισεκ., αυξημένη κατά €633 εκατ. σε σχέση με το 2020, ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση επεκτάθηκε κατά €312 εκατ., στα €6,3 δισεκ. το 2021.

Διάγραμμα 2.7: Συνολική, δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δισεκ. €)

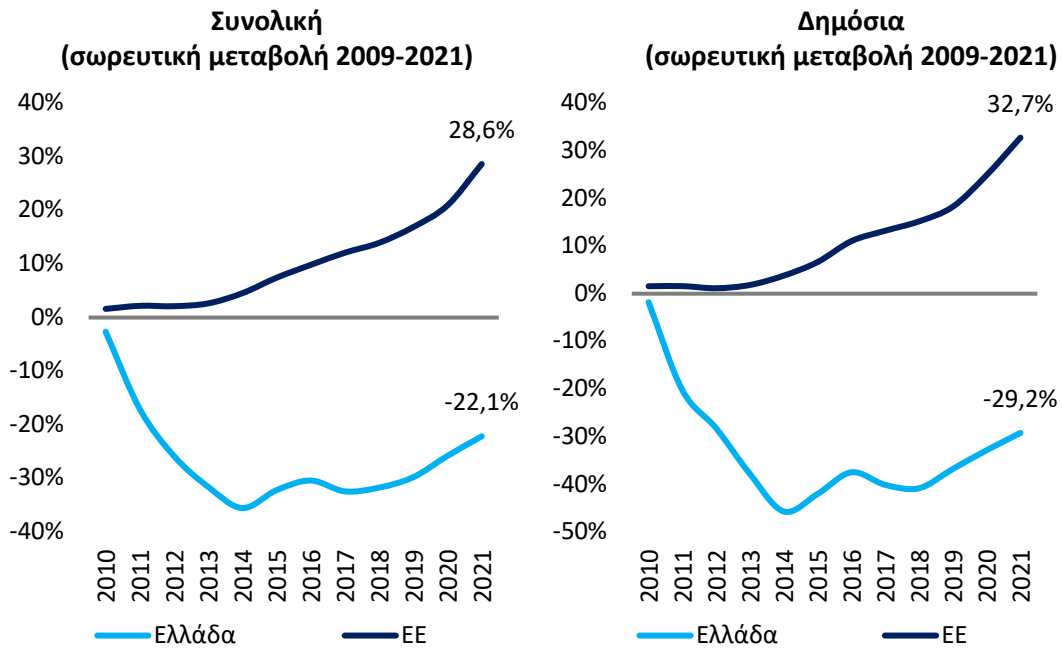


Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2021, ΕΛΣΤΑΤ, 2023, *Αναθεωρημένα στοιχεία.

Η περίοδος πριν την πανδημία χαρακτηρίζεται από πτώση της χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, σε αντίθετη πορεία από το σύνολο της ΕΕ. Η πανδημία προκάλεσε αύξηση των δαπανών υγείας, σε όλες σχεδόν τις χώρες, χωρίς ωστόσο να επανέρχονται στην Ελλάδα στα προ κρίσης επίπεδα. Συγκεκριμένα, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας το 2021 σε σύγκριση με το 2009 είναι αυξημένη κατά 28,6% στην ΕΕ, ενώ είναι μειωμένη κατά 22,1% στην Ελλάδα. Η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας είναι αυξημένη κατά 32,7% στην ΕΕ. Στην Ελλάδα η μείωση προσεγγίζει το 29,2%.

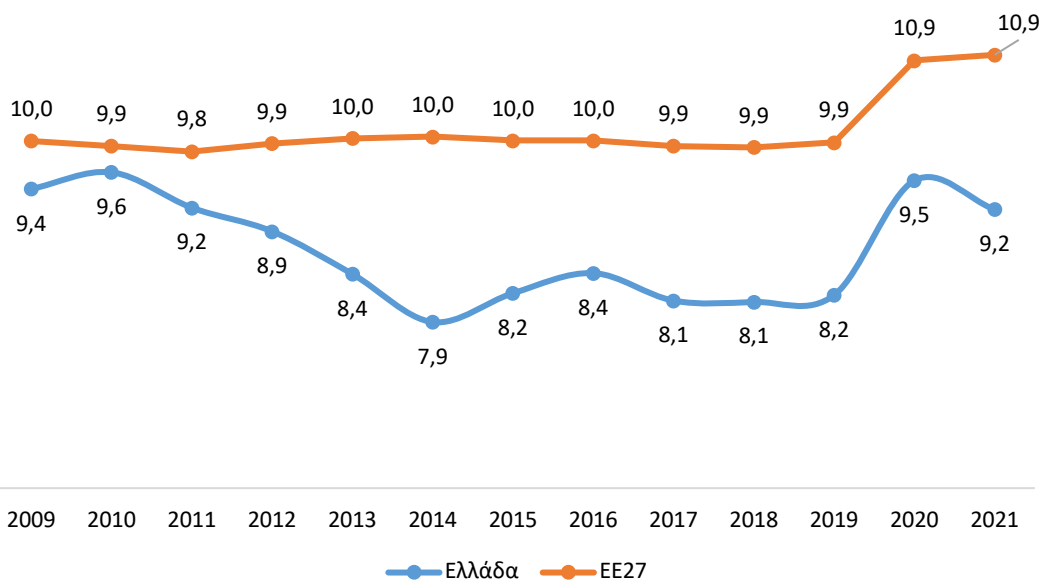
Τα ποσοστά είναι αυξημένα την περίοδο 2020-2021 σε σύγκριση με την προηγούμενη περίοδο, τόσο λόγω των αυξημένων αναγκών που δημιούργησε η πανδημία στα συστήματα υγείας, όσο και της σχετικής πτώσης της οικονομικής δραστηριότητας. Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στο 9,2% του ΑΕΠ, έναντι 9,5% το 2020, ενώ στην ΕΕ27 διατηρήθηκε στο 10,9%. Στην Ελλάδα η δαπάνη υγείας είναι κατά 1,6 μονάδες του ΑΕΠ χαμηλότερη από την ΕΕ27 τη δεκαετία 2012-2021, με τη διαφορά να παραμένει και το 2021.

Διάγραμμα 2.8: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (%) Ελλάδα-ΕΕ27

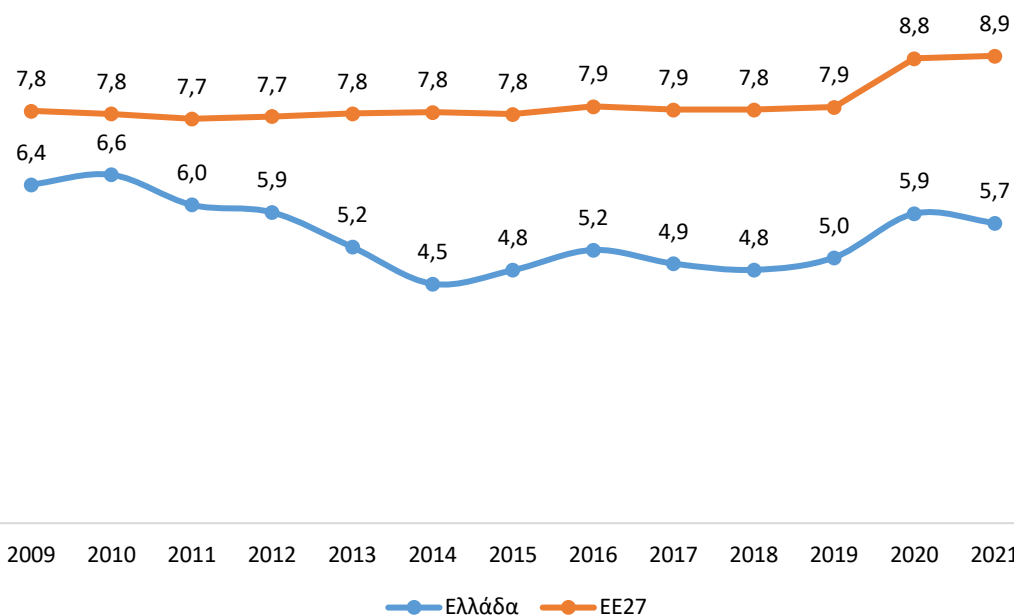


Πηγή: OECD Health Statistics, 2023, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ 2009 και 2021 έχουν υπολογιστεί στα στοιχεία χρηματοδότησης σε σταθερές τιμές (€ 2015, OECD). ΕΕ εκτός Μάλτας.

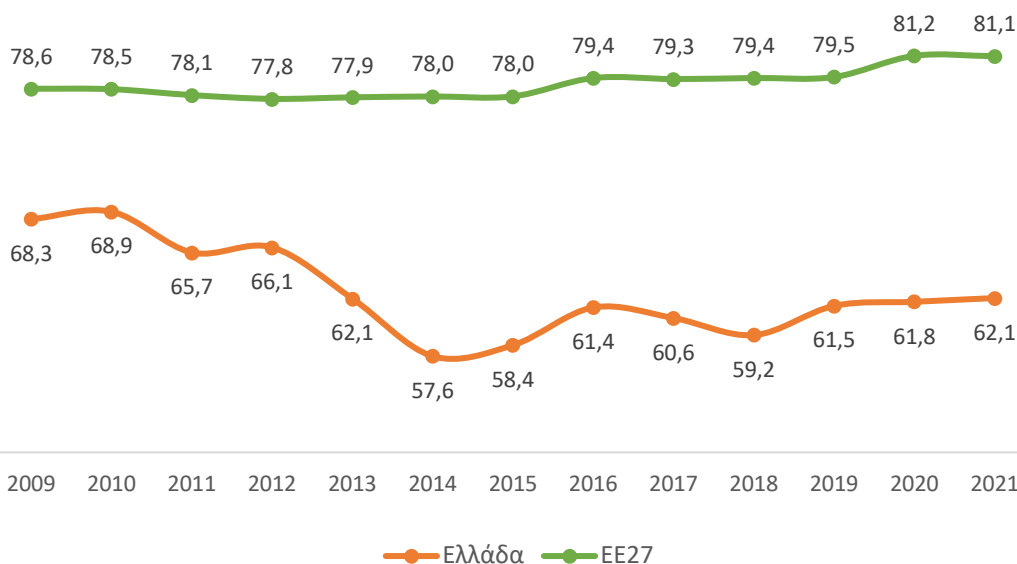
Διάγραμμα 2.9: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ27



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2021, ΕΛΣΤΑΤ, 2023, OECD Health Statistics, 2023, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Διάγραμμα 2.10: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ27

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2021, ΕΛΣΤΑΤ, 2023, OECD Health Statistics, 2023, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 2.11: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% στη συνολική) Ελλάδα-ΕΕ27

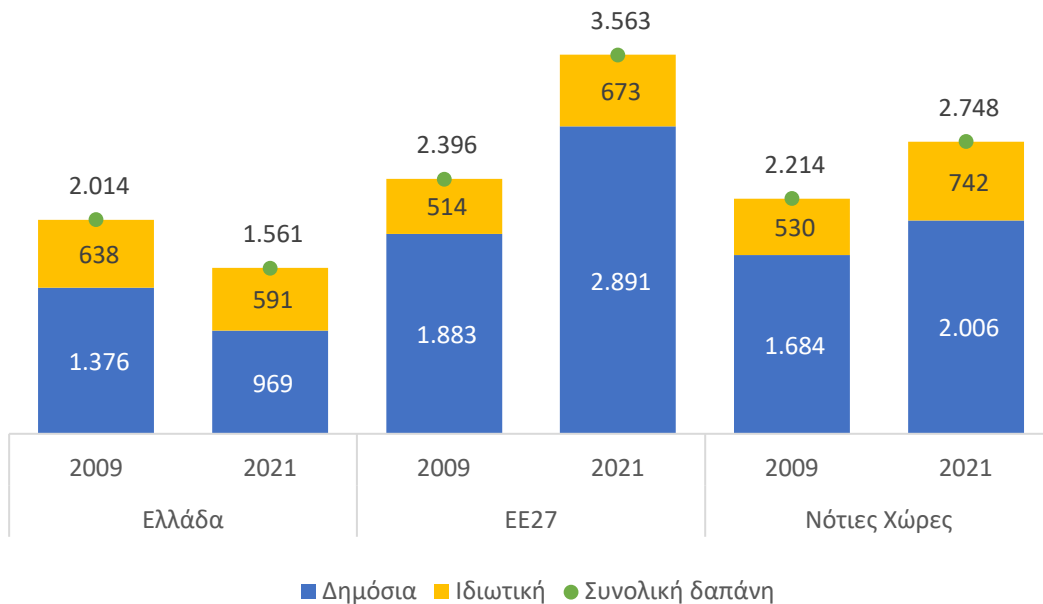
Πηγή: OECD Health Statistics, 2023, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα έφτασε στο 5,7% του ΑΕΠ το 2021, έναντι 5,9% το 2020, παραμένοντας όμως χαμηλότερα από το επίπεδο της ΕΕ27 που ήταν στο 8,9%. Έτσι, παρά την αύξηση της χρηματοδότησης στην Ελλάδα, το ποσοστό ως προς το ΑΕΠ παραμένει χαμηλότερο σε ολόκληρη την εξεταζόμενη περίοδο.

Η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχεί στο 62,1% της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας το 2021, με μικρή αύξηση από το 2018, έναντι 68,3% το 2009, παραμένοντας σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο της ΕΕ27. Σημειώνεται ότι το μερίδιο της δημόσιας δαπάνης στην ΕΕ27 είναι κατά 20 μονάδες υψηλότερο έναντι της Ελλάδας.

Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα €1.561 το 2021, έναντι €2.014 το 2009, με την πτώση να προέρχεται κατά 90% από την υποχώρηση της δημόσιας κατά κεφαλήν δαπάνης τη συγκεκριμένη περίοδο. Η κατά κεφαλήν δαπάνη στην ΕΕ27 διαμορφώθηκε στα €3.563, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να βρίσκεται στο 44% του μέσου όρου της ΕΕ27. Η αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στην ΕΕ27 προήλθε κατά 86% από την αύξηση της δημόσιας δαπάνης. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας διαμορφώθηκε στα €969 στην Ελλάδα, στο 1/3 των επιπέδων της ΕΕ27.

Διάγραμμα 2.12: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ27, ευρώ

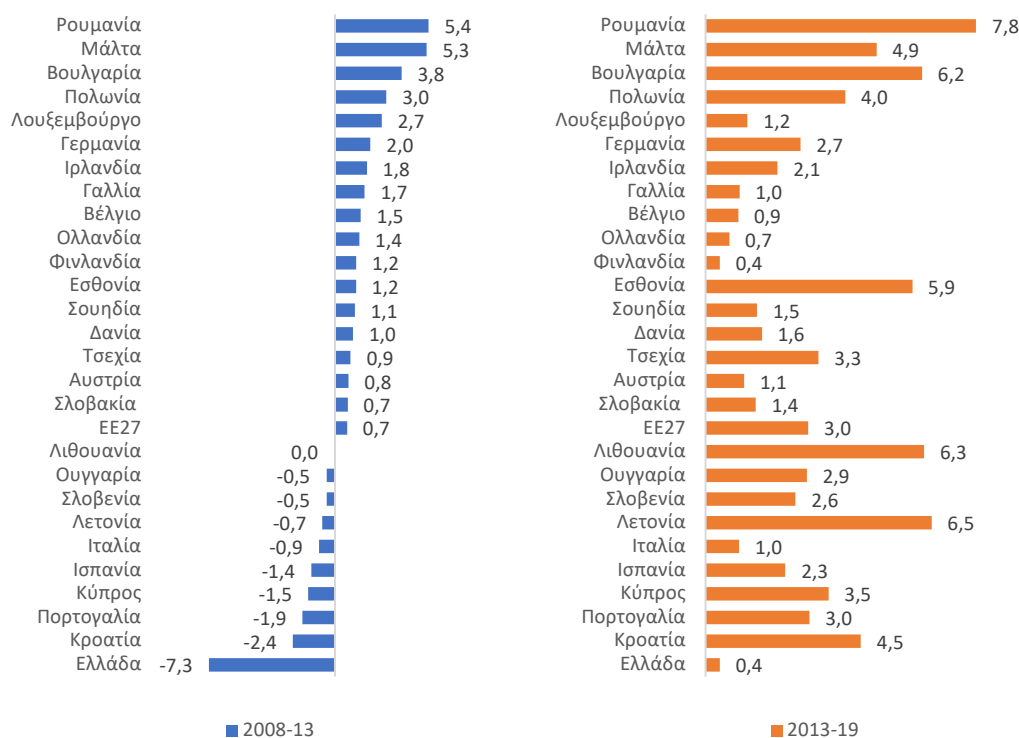


Πηγή: Eurostat, 2023 OECD Health Statistics, 2023, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Την περίοδο 2009-2019, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώθηκε στην Ελλάδα κατά 30%, με μεγαλύτερη μείωση να καταγράφεται στη δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη (-37%), ενώ στην ΕΕ27 τόσο η κατά κεφαλήν δαπάνη όσο και η δημόσια δαπάνη αυξήθηκαν κατά 30% και 32% την ίδια περίοδο. Ανά χώρα, την περίοδο 2013-2019 η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσίασε τη μικρότερη αύξηση (+0,4%) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

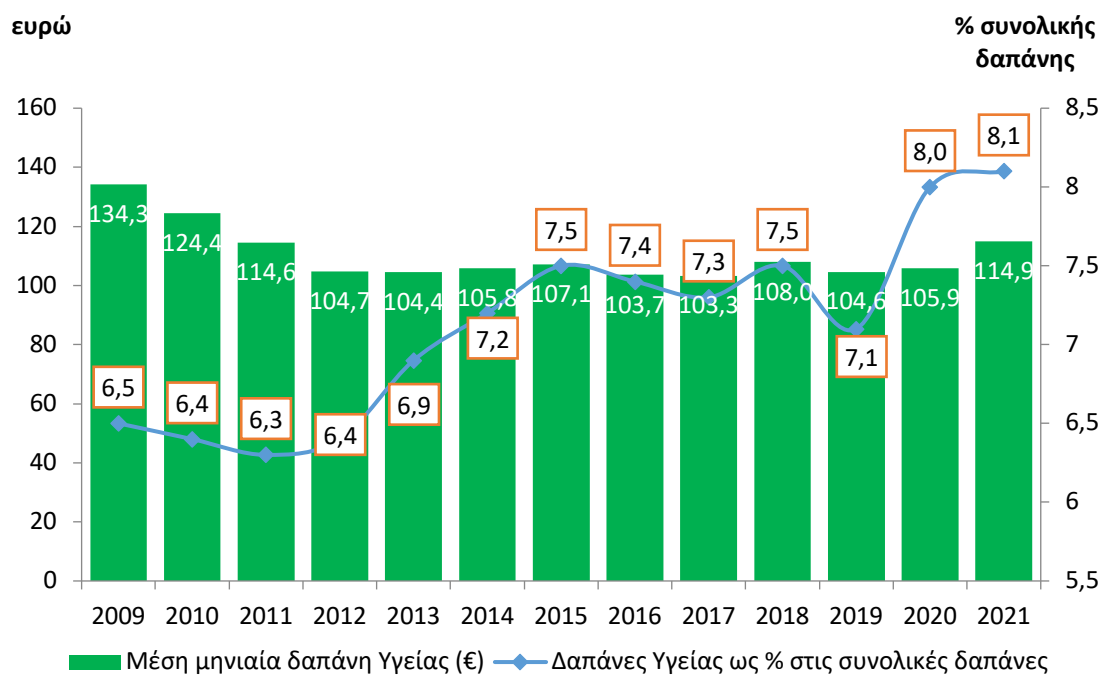
Οι δαπάνες υγείας αποτελούν το 8,1% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών που πραγματοποιούνται μέσα από συναλλαγές στην αγορά για το 2021, έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2021 παρουσίασε μείωση κατά -14,4% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (€114,9 το 2021 έναντι €134,3 το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες υγείας και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις συγκεκριμένες κατηγορίες.

Διάγραμμα 2.13: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες της ΕΕ27, σε ποσοστά, 2008-2013 και 2013-2019



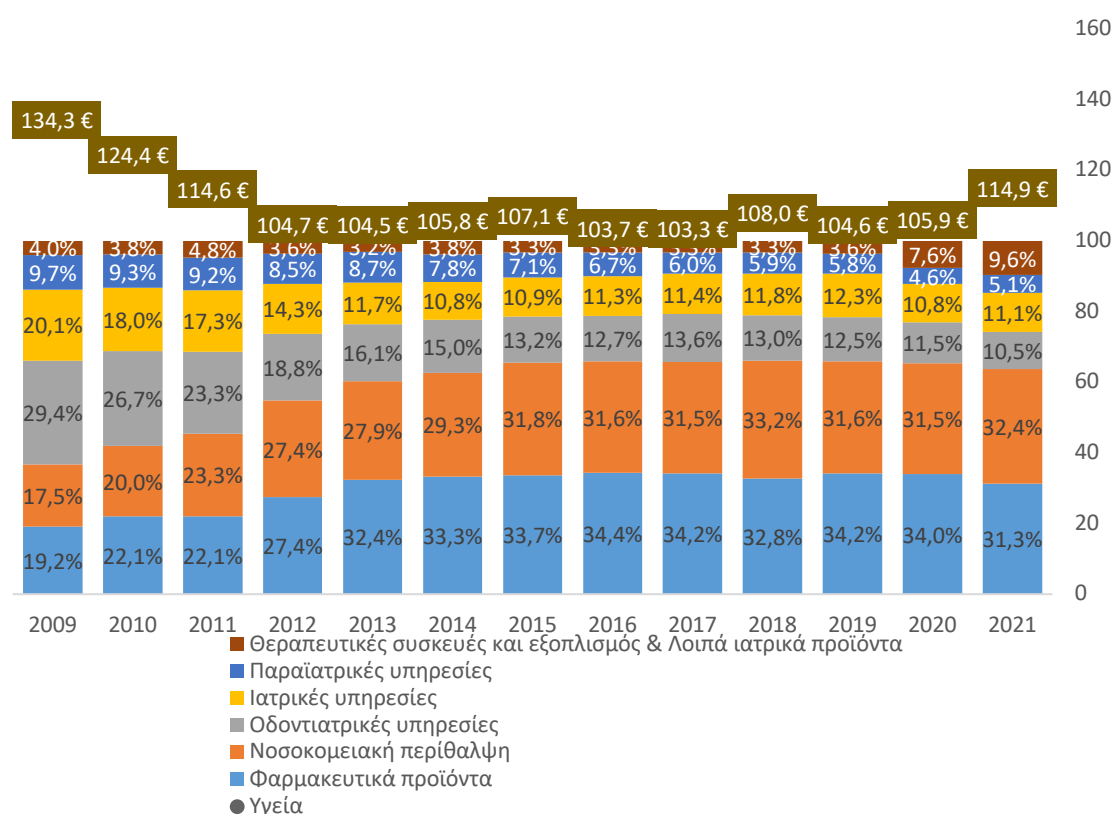
Πηγή: OECD Health Statistics, 2020

Διάγραμμα 2.14: Δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία (€) ανά μήνα - Ελλάδα



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022, **Επεξεργασία στοιχείων:** ΙΟΒΕ. Οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), διεξάγονται σε ετήσια βάση από την ΕΛΣΤΑΤ, παρέχουν πληροφόρηση για τη σύνθεση των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, ανάλογα με διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοικοκυριού

Διάγραμμα 2.15: Κατανομή των δαπανών υγείας (%) για τα νοικοκυριά - Ελλάδα



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022 , Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Την περίοδο της κρίσης, η δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία μετατοπίστηκε κυρίως στην κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, από τα €114,9 μηνιαίας δαπάνης των νοικοκυριών για την υγεία, το 31,4% αφορά στη φαρμακευτική περίθαλψη και το 32,4% στην κάλυψη νοσοκομειακών αναγκών. Το δεύτερο έτος της πανδημίας (2021), τριπλασιάστηκε το μερίδιο της δαπάνης για θεραπευτικές συσκευές, εξοπλισμός και λοιπά ιατρικά προϊόντα (σε 9,6%, από 3,6% το 2019), ενώ μειώθηκαν αντίστοιχα τα μερίδια των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες (από 12,3% σε 11,1%), οδοντιατρικές υπηρεσίες (από 12,5% σε 10,5%) και παραϊατρικές υπηρεσίες (από 5,8% σε 5,1%).

2.7 Το ανθρώπινο δυναμικό και οι επιδόσεις του τομέα υγείας

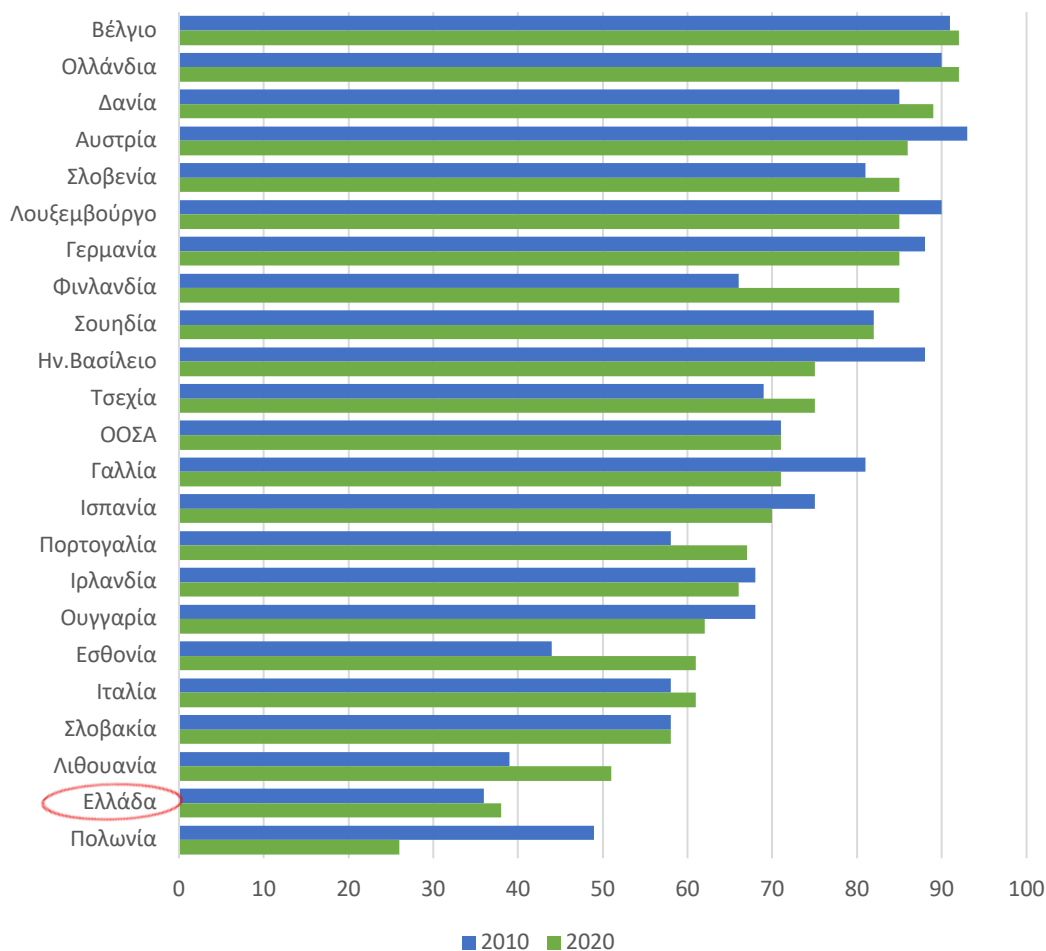
Σύμφωνα με το «Τακτικό Ευρωβαρόμετρο EB 94», υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης εκφράζεται στην Ελλάδα μόνο στον θεσμό της υγείας και του ιατρικού προσωπικού, με όλους τους άλλους θεσμούς που παραθέτει η έρευνα να συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά δυσπιστίας.¹³ Ειδικότερα, 8 στους 10 Έλληνες πολίτες εμπιστεύονται το ιατρικό προσωπικό, καταγράφοντας το ίδιο ποσοστό εμπιστοσύνης με τον μέσο όρο της ΕΕ (ΕΛ:80%, ΕΥ27:80%). Φαίνεται πως η διαχείριση της πανδημίας του κορωνοϊού που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το

¹³Τακτικό Ευρωβαρόμετρο 94, Εθνική έκθεση, Κοινή γνώμη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ελλάδα, Χειμώνας 2020/2021. Σημείωση: διεξήχθη δια ζώσης και ολοκληρώθηκε κατ' εξαίρεση με διαδικτυακές συνεντεύξεις, λόγω της πανδημίας Covid-19

υγειονομικό προσωπικό επιδοκιμάζεται με την ψήφο εμπιστοσύνης που εκφράζεται από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων της έρευνας, σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Ωστόσο, η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών στην Ελλάδα παραμένει χαμηλή. Ως αποτέλεσμα, η χώρα έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας στα Ευρωπαϊκά μέλη του ΟΟΣΑ, με 38% για το 2020, από 36% το 2010 (Διάγραμμα 2.16). Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης καταγράφονται στο Βέλγιο και την Ολλανδία, όπου ξεπερνούν το 90%, ενώ ο μέσος όρος για τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ βρίσκεται στο 71%.

Διάγραμμα 2.16: Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα υγείας Ελλάδα-ΟΟΣΑ, 2010 και 2020



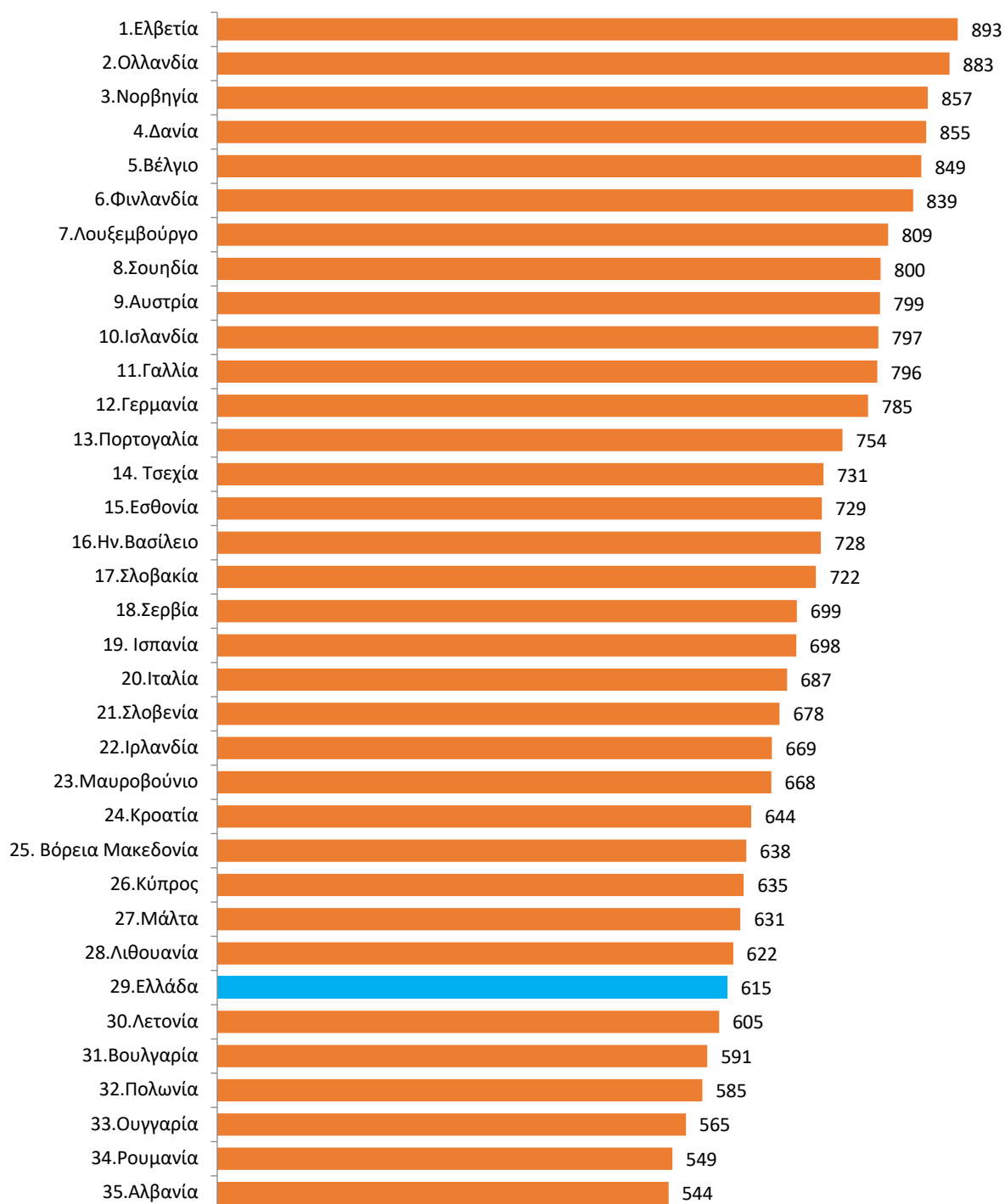
Πηγή: Gallup World Poll 2020 (database)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της αξιολόγησης συστημάτων υγείας 35 χωρών από το Euro Health Consumer Index (ECHI),¹⁴ το 2018 η Ελλάδα κατείχε την 29^η θέση με 615 βαθμούς (άριστα οι 1.000 βαθμοί και πρωτοπόρα η Ελβετία με 893 βαθμούς), ενώ το 2012 κατείχε την 22^η θέση (Διάγραμμα 2.18). Στις επιμέρους επιδόσεις, υψηλή βαθμολογία επιτυγχάνεται σε πεδία όπως η άμεση πρόσβαση σε γιατρούς, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, ο

¹⁴Health Consumer Powerhouse (2018), Euro Health Consumer Index. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, χαμηλή επίδοση επιτυγχάνεται σε πεδία όπως η πληροφόρηση και τα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, οι μεταμοσχεύσεις, οι άτυπες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση αντιβιοτικών.

Διάγραμμα 2.17: Αξιολόγηση συστημάτων υγείας , ECHI (2018)

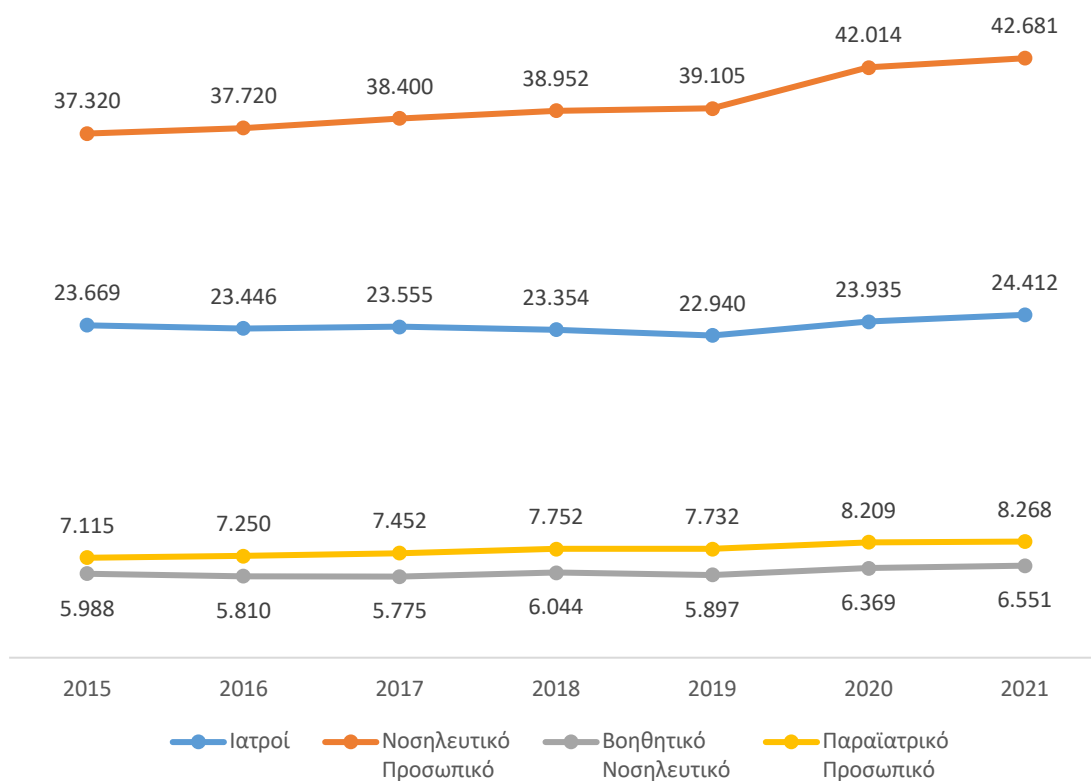


Πηγή: Euro Health Consumer Index (ECHI), 2018

Η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε έναν συνδυασμό σύγχρονης τεχνολογίας και υγειονομικού δυναμικού (ιατρικό, νοσηλευτικό, τεχνικό, και διοικητικό προσωπικό), ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο αποτέλεσμα που είναι η προαγωγή της υγείας και η αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Διαχρονικά παρατηρείται, ανισοκατανομή του προσωπικού στις δομές υγείας με συγκέντρωση ιατρικού προσωπικού στα αστικά κέντρα Αθήνας και Θεσσαλονίκης και υποστελέχωση στην περιφέρεια. Επίσης, κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, υπήρξε ρεύμα μετανάστευσης ιατρών και νοσηλευτών προς το εξωτερικό.¹⁵

Ειδικότερα, την περίοδο 2015-2021 παρατηρήθηκε αύξηση κατά 3,1% στον αριθμό του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά), ενώ το 2021 σε σχέση με το 2020 η αύξηση ήταν 2,0%. Αύξηση κατά 14,4% παρατηρείται στο νοσηλευτικό προσωπικό την περίοδο 2015-2021, αύξηση κατά 16,2% στο παραϊατρικό προσωπικό (τεχνολόγοι εργαστηρίων και βοηθοί εργαστηρίων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι, χειριστές-εμφανιστές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) και αύξηση κατά 9,4% στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων (βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς, άλλες βοηθητικές ειδικότητες - Διάγραμμα 2.18).

Διάγραμμα 2.18: Προσωπικό νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) ανά ειδικότητα για τα έτη 2015-2021



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2023

¹⁵Zilidis, C., Kastanioti, C., Polyzos, N., και Yfantopoulos, J., (2015). Development of a Health Work force Monitoring System in Greece. *Journal of Investment and Management*, 4 (5), 256-263. Doi: 10.11648/j.jim.20150405.27.

Όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομεία, την περίοδο 2012-2016 σημειώθηκε μείωση κατά 16,3% στον αριθμό του ιατρικού προσωπικού (από 21,8 χιλ., σε 18,3 χιλ.), ενώ έκτοτε σημειώνεται μερική ανάκαμψη μέχρι το 2019, με αύξηση το 2022 σε σχέση με το 2021 κατά 6,4% (σε 19,9 χιλ.). Στο νοσηλευτικό προσωπικό, η αρχική μείωση ήταν πιο απότομη, αλλά και σύντομη (-13,4% την τριετία), ανακάμπτοντας στη συνέχεια με αποτέλεσμα το 2022 να πλησιάζει τα επίπεδα που σημείωνε το 2012 (36,9 χιλ., από 36,6 αντίστοιχα). Παρόμοια πορεία είχε και το διοικητικό προσωπικό, καταγράφοντας μείωση κατά 24,0% την περίοδο 2012-2021 (από 10,4 χιλ. σε 7,9 χιλ.), ανακάμπτοντας πλήρως έως το 2018 (10,5 χιλ.), αλλά σημειώνοντας ξανά απότομη πτώση το 2021 (7,3 χιλ.) και μικρή ανάκαμψή το 2022 (7,6 χιλ.). Τέλος, το τεχνικό προσωπικό μειώθηκε σημαντικά την περίοδο 2012-2015 (από 3,6 χιλ. σε 2,4 χιλ.), παρέμεινε σταθερό έως το 2018 και έκτοτε σημειώνει μερική ανάκαμψη (2,9 χιλ. το 2022 - Διάγραμμα 2.19).

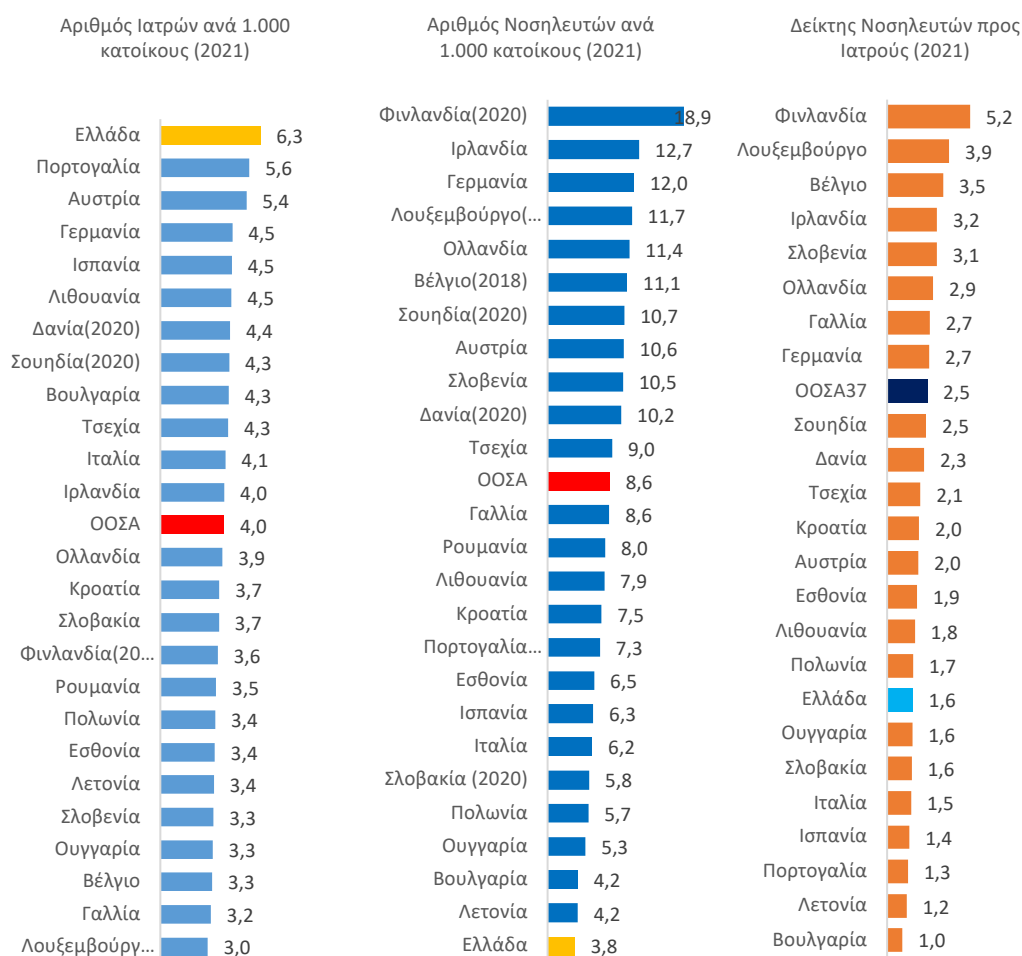
Η Ελλάδα παρουσιάζει ιδιομορφία σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΕ όσον αφορά τη σύνθεση του υγειονομικού δυναμικού. Διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών με άδεια εξάσκησης επαγγέλματος (6,3) ανά 1.000 κατοίκους μεταξύ των μελών της ΕΕ για το 2021, σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (4,0), με μέρος της διαφοράς να οφείλεται σε διαφορετικό ορισμό του δείκτη. Αντίθετα, η χώρα διαθέτει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους μεταξύ των χωρών μελών της ΕΕ, χαμηλότερος κατά 54,2% σε σύγκριση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (3,8 έναντι 8,6). Ο δείκτης νοσηλευτών προς ιατρούς που εργάζονται σε νοσοκομεία στην Ελλάδα (1,6) είναι επίσης χαμηλότερος σε σχέση με τον μέσο όρο τους ΟΟΣΑ (2,5) και χαμηλότερος σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

Διάγραμμα 2.19: Προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων (χιλ.) ανά ειδικότητα για τα έτη 2012-2021



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, Σημείωση: Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται οι υπηρετούντες ιατροί (ΕΣΥ), οι υπηρετούντες πανεπιστημιακοί ιατροί και οι υπηρετούντες επικουρικοί και αγροτικοί ιατροί

Διάγραμμα 2.20: Αναλογίες ιατρών και νοσηλευτών ανά χώρα



Πηγή: OECD, Health Statistics. Σημείωση: Οι δείκτες υπολογίζονται με βάση τον αριθμό γιατρών και νοσηλευτών που προσφέρουν φροντίδα απευθείας σε ασθενείς. Εξαίρεση στους γιατρούς αποτελούν η Σλοβακία, στην οποία υπολογίζεται με βάση τον αριθμό ιατρών που εργάζονται στον τομέα της υγείας ακόμα και εάν δεν προσφέρουν φροντίδα σε ασθενείς (δηλ. εργάζονται ως διοικητές, καθηγητές, ερευνητές, κλπ.), καθώς και η Ελλάδα και η Πορτογαλία, όπου ο αριθμός υπολογίζεται με βάση τον αριθμό γιατρών με άδεια εξάσκησης επαγγέλματος. Αντίστοιχα, στους νοσηλευτές, εξαίρεση αποτελούν η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Σλοβακία, όπου ο αριθμός περιλαμβάνει και νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα της υγείας χωρίς να προσφέρουν φροντίδα άμεσα σε ασθενείς. Τέλος, στον δείκτη νοσηλευτών προς ιατρούς, η Ελλάδα αποτελεί εξαίρεση, καθώς ο δείκτης υπολογίζεται με βάση τον αριθμό νοσηλευτών και ιατρών που εργάζονται σε νοσοκομεία.

2.8 Μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας με βάση τα τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής

Στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) που συμφώνησε η Ελλάδα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) το 2010, υλοποιήθηκε μια σειρά μέτρων δημοσιονομικού χαρακτήρα. Ο κλάδος της δημόσιας υγείας, με τις παθογένειες δεκαετιών που τον χαρακτήριζε, βρέθηκε στο επίκεντρο των δράσεων και των πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού. Οι μειώσεις των δαπανών για την υγεία ήταν καθολικές και άμεσες, με αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, αλλά παράλληλα η κρίση ήταν η αρχή για τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις που χρειαζόταν ο χώρος της υγείας.

Ειδικότερα, τον Μάιο του 2010 τέθηκε στόχος για τη μείωση των δαπανών υγείας στο 6% του ΑΕΠ έως το 2012 και παράλληλα συγκράτηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κάτω από το 1%, κοντά στον μέσο όρο των κρατών μελών της Ε.Ε. Νομοθετήθηκαν και υλοποιήθηκαν σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών μέσω εκσυγχρονισμού του συστήματος ως ακολούθως:

- Με τον **N. 3863/2010**, Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, καθώς και ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις πραγματοποιήθηκε ο διαχωρισμός των κεφαλαίων υγείας από τη διαχείριση του τομέα των συντάξεων, με σκοπό το κατακερματισμένο σύστημα να λειτουργήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, συγκεντρώνοντας όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας.
- Με τον **N.3868/2010** περί αναβάθμισης του ΕΣΥ καθώς και την απαγόρευση του καπνίσματος και άλλων διατάξεων για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας, δημιουργήθηκε η ολόκληρη λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων όπου οι ιατροί εξετάζουν και αμείβονται κατά πράξη και το νοσοκομείο λαμβάνει ποσοστά επί των εισπράξεων.
- Με τον **N.3892/2010**, εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με σκοπό τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω και του ηλεκτρονικού ελέγχου. Το μέτρο ίσχυε καθολικά για όλους και συμπεριλάμβανε τόσο δημόσια όσο και ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Με τον **N.3918/2011** πραγματοποιήθηκε η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση με την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Δημιουργήθηκε από τη συνένωση των επτά μεγαλύτερων ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, Οίκος Ναύτου) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι παροχές που προσφέρει το νέο ασφαλιστικό ταμείο είναι σε είδος και σε χρήμα και λειτουργεί παράλληλα ως πάροχος αλλά και ως αγοραστής των υπηρεσιών υγείας.
- Σύμφωνα με την **Κ.Υ.Α. Υ4α/ οικ. 85649 (ΦΕΚ 1702/τ.Β'/1-8-2011)** καθορίστηκαν οι αποζημιώσεις για τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και το Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ με τη θεσμοθέτηση των KEN- DRGs.¹⁶
- Με τον **N.3918/2011** δημιουργήθηκε το σύστημα προμηθειών υγείας και επιπρόσθετα με τον **N.4052/2012** ρυθμίστηκαν θέματα της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) με σκοπό την απλούστευση των διαδικασιών σχετικά με τις προμήθειες. Αναλυτικότερα, ανατέθηκε στην ΕΠΥ η διαχείριση των κεντρικών προμηθειών και περιφερειακά στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές με σκοπό την εξοικονόμηση από τις δαπάνες κυρίως για τη φαρμακευτική περίθαλψη που κατέβαλε ο ΕΟΠΥΥ.

Τον Φεβρουάριο του 2012, συμφωνήθηκε το Δεύτερο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής. Στο πλαίσιο του προγράμματος, ψηφίστηκε ο **N.4238/2014** με τον οποίο άλλαξε ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Ο σκοπός αυτής της αλλαγής ήταν να διαχωρίσουν οι δαπάνες και να

¹⁶Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN – DRGs) αφορούν αποζημιώσεις ανά θεραπευτική κατηγορία παθήσεων όπου η τιμολόγηση βασίζεται σε έναν κωδικό σύμφωνα με την κατηγορία της πάθησης του ασθενούς, στην οποία αντιστοιχεί ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία.

συγκεντρωθούν σε έναν πάροχο με σκοπό να υπάρχει η δυνατότητα καλύτερου ελέγχου των δαπανών. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτελεί και η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που διοικείται από τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Π.Ε.) της χώρας. Σημαντική αλλαγή στο ΕΣΥ πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2013 όταν με την **Κ.Υ.Α με αριθμό Υ4α/οικ.123895 (ΦΕΚ 3515/τ.Β΄/31.12.2012)** συνενώθηκαν νοσοκομεία με την τοποθέτηση κοινής διοίκησης με σκοπό την κοινή λειτουργία, χωρίς να δημιουργηθεί αλλαγή στο νομικό καθεστώς τους. Η αλλαγή αυτή αποσκοπούσε σε περιορισμό των δαπανών για εξοικονόμηση πόρων.

Άλλες σημαντικές μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του δεύτερου ΠΟΠ είναι οι ακόλουθες:

- Υλοποιήθηκε η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ μέσω των εφαρμογών **e-Dapy και e-Prescription**¹⁷ και πλέον όλες οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες παρέχονται στους χρήστες αποκλειστικά μέσω πληροφοριακών εφαρμογών.
- Με το άρθρο 11 του Ν.4052/2012 θεσπίστηκε το **clawback**¹⁸ όπου οι πάροχοι υγείας και οι φαρμακοβιομηχανίες υποχρεώνονται να επιστρέφουν στον ΕΟΠΥΥ το χρηματικό που προκύπτει βάσει του τζίρου τους και μετά την αφαίρεση του παρακρατηθέντος ποσού που έχει προκύψει από την εφαρμογή του **rebate**¹⁹ το οποίο αποτελεί έκπτωση επί του τιμολογίου.
- Σύμφωνα με την αρ. οικ. 3457/14.1.2014 Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων, η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων²⁰ καθίσταται προτεραιότητα του Υπουργείου Υγείας για εξοικονόμηση πόρων από τους ασφαλισμένους, με ενεργή συμμετοχή των φαρμακοποιών που υποχρεούνται να ενημερώνουν τους ασφαλισμένους για τις φθηνότερες επιλογές που έχουν στα σκευάσματα της δραστικής ουσίας που τους έχει γράψει ο γιατρός.

¹⁷ Μέσω των εφαρμογών *e-Dapy* και *e-Prescription* παρακολουθείται βήμα προς βήμα όλη η πορεία από την συνταγογράφηση και δημιουργία του παραπεμπτικού για μια διαγνωστική εξέταση ή για μια θεραπεία μέχρι την στιγμή που υποβάλλεται το παραστατικό ή το τιμολόγιο στον ΕΟΠΥΥ για να πληρωθεί αυτή η πράξη.» <https://www.moh.gov.gr>, <https://edapy.gr/>, <https://www.e-prescription.gr>

¹⁸ Ο όρος Clawback σημαίνει την επιστροφή χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο, και συγκεκριμένα προς τον ΕΟΠΥΥ ή/και το Υπουργείο Υγείας, και προκύπτει ετησίως από την υπέρβαση του προκαταβολικά προκαθορισμένου ορίου του προϋπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. <https://gsri.gov.gr/protovoulies-drasesis/avtomati-epistrofi-farmakevtikis-dapanis-clawback/>

¹⁹ Ο όρος Rebate σημαίνει μηνιαίο κλιμακωτό ποσοστό εκπτώσεων (rebates) που υπολογίζεται και αφαιρείται κατά τη μηνιαία υποβολή δαπάνης του παρόχου, ο οποίος εκδίδει το νόμιμο φορολογικό παραστατικό και εφαρμόζονται επί των ισχυουσών συμβάσεων που έχουν συναφθεί μεταξύ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας. <http://www.opengov.gr/yyka/?p=3250>

²⁰ Τα γενόσημα είναι φάρμακα παρόμοια με τα πρωτότυπα, περιέχοντας την ίδια δραστική ουσία, γεγονός που συνεπάγεται και παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα γενόσημα φάρμακα κυκλοφορούν νόμιμα μετά τη λήξη της εικοσαετούς προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (πατέντας) του πρωτότυπου φαρμάκου αναφοράς. Χρησιμοποιούνται ευρέως από τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, ως αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις έναντι των ακριβότερων πρωτότυπων φαρμάκων. <https://www.pef.gr/farmaka/genosima>

- Στις 2 Σεπτεμβρίου 2013, ξεκίνησε το Πρόγραμμα Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Health Voucher).²¹ Στόχος του προγράμματος είναι η ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα, καθώς και των προστατευόμενων μελών των οικογενειών τους, σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.
- Σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/2014 (ΦΕΚ 1465/τ.Β/5-6-2014), ορίστηκε ο καθορισμός και οι προϋποθέσεις για την πρόσβαση στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.
- Επιπρόσθετα με την Κ.Υ.Α. Γ.Π./οικ.56432/2014 (ΦΕΚ/τ.Β'/28-06-2014) καθορίστηκαν οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια καθώς και οι διαδικασίες πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.
- Με την Υπουργική Απόφαση 3457/2014 - ΦΕΚ 64/Β/16-1-2014 θεσπίστηκε πλαφόν στα όρια συνταγογράφησης ανά ιατρό που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, για τον περιορισμό της «προκλητής ζήτησης»²² στον αριθμό των επισκέψεων για τις οποίες μπορεί να αποζημιωθεί ο ιατρός που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης πλαφόν τέθηκε και στις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και στη συνολική αξία των φαρμάκων που έχει δικαίωμα να συνταγογραφεί ο ιατρός ανά μήνα λαμβάνοντας υπόψη την έδρα του καθώς υπολογίζονται πλέον και πληθυσμιακά κριτήρια.
- Με την **υπ' αριθμ. Κ.Υ.Α. αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754/1.4.2015** πλέον οι νοσοκομειακές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) δεν λαμβάνουν το εξέταστρο των πέντε (5) ευρώ που υπήρχε ως συμμετοχή των ασθενών.

Τον Αύγουστο του 2015 υπογράφηκε το Τρίτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής, το οποίο περιέλαβε μέτρα για τον εξορθολογισμό των δαπανών που σχετίζονταν με την υγειονομική και τη φαρμακευτική δαπάνη. Αναλυτικότερα:

- Με τον **N.4336/2015**, ορίστηκε ως στόχος έως το Δεκέμβριο του 2015 (και έως τον Δεκέμβριο του 2016 αντιστοίχως), η αύξηση του ποσοστού των προμηθειών που διενεργούνται συγκεντρωτικά στο 60% (και στο 80 %), του μεριδίου των γενόσημων φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς κατά όγκο στο 40% (και στο 60%), των γενόσημων φαρμάκων για ενδοноσοκομειακούς ασθενείς στο 50% (και στο 60%) και του μεριδίου των προμηθειών φαρμακευτικών προϊόντων ανά δραστική ουσία από τα νοσοκομεία στα 2/3 (και στα 3/4) του συνόλου, σύμφωνα με τους συμφωνηθέντες στόχους.

²¹ Το Πρόγραμμα "Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Health Voucher) μεριμνά ώστε πολίτες που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα (και ήταν είτε άμεσα είτε έμμεσα ασφαλισμένοι) και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, να αποκτήσουν δυνατότητα-δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (επισκέψεις σε ιατρό και εργαστηριακούς ελέγχους) καθώς και σε έλεγχο-παρακολούθηση κύησης. Είναι το πρώτο από μια σειρά προγραμμάτων που θα υλοποιήσει το Υπουργείο Υγείας για την κάλυψη αναγκών ευπαθών ομάδων.

²² Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στην τάση των γιατρών να ορίζουν θεραπεία υψηλότερου κόστους και μεγαλύτερου όγκου υπηρεσιών υγείας από αυτή που θα επέλεγε ο ασθενής, αν είχε την γνώση που έχει ο γιατρός.

- Με τον **N.4368/2016**, επιτυγχάνεται η καθολική ασφαλιστική κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ. Στοιχειώδης στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης προς όλους τους πολίτες. Να αναφέρουμε ότι η οικονομική κρίση είχε προκαλέσει ραγδαία αύξηση στους ανασφάλιστους καθώς υπήρχε αδυναμία πληρωμής των ασφαλιστικών τους εισφορών αλλά και λόγω της αύξησης της ανεργίας.
- Με τον **N. 4412/2016**, πραγματοποιήθηκε μια από τις μεγαλύτερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα των Δημόσιων Προμηθειών προς συμμόρφωση της χώρας μας στις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής πλατφόρμας «ΕΣΗΔΗΣ»²³ και «ΚΗΜΔΗΣ»²⁴ οι δημόσιες συμβάσεις προμηθειών υλοποιούνται με διαφάνεια προς κάθε ενδιαφερόμενο. Ο νόμος επέφερε θεσμικές αλλαγές προκειμένου οι προμήθειες να πραγματοποιούνται μέσω διαγωνιστικών διαδικασιών με κατώτατα όρια και όχι με τη συνήθη διαδικασία των απευθείας αναθέσεων. Στόχος της αναθεώρησης του νομοθετικού πλαισίου είναι ο εξορθολογισμός και η βελτίωση της διαδικασίας ανάθεσης προμήθειας, η εξασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος, η ενίσχυση του ανταγωνισμού και η καταπολέμηση της διαφθοράς.
- Με τον **N.4472/2017**, ιδρύθηκε η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ),²⁵ με σκοπό τη δημιουργία ενός ευέλικτου και αποκεντρωμένου συστήματος προμηθειών μετά τη συγχώνευση με την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας (ΕΚΑΠΤΥ Α.Ε.).
- Με τον **N.4486/2017**, αλλάζει ριζικά η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πλέον παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία καθώς και τα Τοπικά Ιατρεία. Με τη δημιουργία των ΤΟΜΥ ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Συγκεκριμένα παρέχουν υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, με σκοπό την ενδυνάμωση της Π.Φ.Υ. και απώτερο στόχο την αποσυμφόρηση των Δημόσιων Νοσοκομείων από περιστατικά που τυγχάνουν πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

²³Το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων (ΕΣΗΔΗΣ) αποτελεί τον κεντρικό ηλεκτρονικό κόμβο για τις δημόσιες συμβάσεις στην Ελλάδα. Στόχος του είναι ο εκσυγχρονισμός και η απλοποίηση των διαδικασιών ανάθεσης και η υποστήριξη των ενδιαφερομένων (πολίτες, αναθέτουσες αρχές, προμηθευτές, εποπτικές αρχές). www.promitheus.gov.gr

²⁴Το Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων «ΚΗΜΔΗΣ» του άρθρου 11 του ν. 4013/2011 (Α' 204) αποτελεί μέρος του ΕΣΗΔΗΣ και έχει ως σκοπό τη συλλογή, την επεξεργασία και τη δημοσιοποίηση στοιχείων αναφορικά με τις συμβάσεις των Βιβλίων Ι και ΙΙ οι οποίες συνάπτονται γραπτώς, προφορικά ή με ηλεκτρονικά μέσα από αναθέτουσες αρχές, αναθέτοντες φορείς και κεντρικές αρχές αγορών, εκτιμώμενης αξίας ίσης ή ανώτερης του ποσού των χιλίων (1.000) ευρώ και ανεξαρτήτως διαδικασίας ανάθεσης.» <https://mitos.gov.gr/>

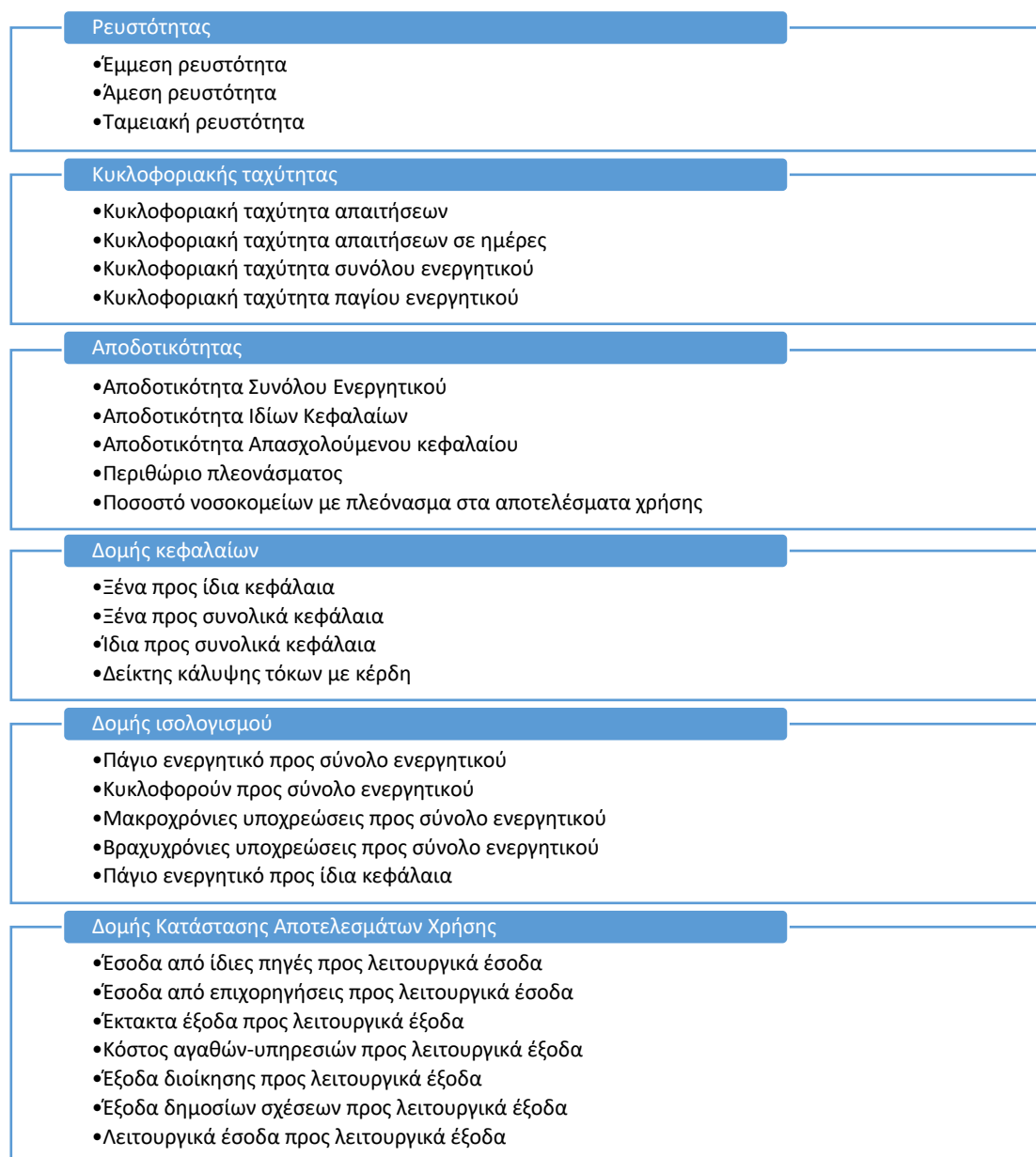
²⁵ Η. Ε.Κ.Α.Π.Υ. αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και σκοπός της είναι η εξασφάλιση υλοποίησης κεντροποιημένων προμηθειών, όπως επίσης και ο έλεγχος ανάλωσης, κατανάλωσης, τιμολόγησης όλου του εφοδιαστικού κύκλου προμήθειας προϊόντων και υπηρεσιών του συστήματος υγείας. <https://www.moh.gov.gr/articles/ethnikh-kentrikh-arxh-promhtheiwn-ygeias-ekapy/7965-skopos-kai-ergo-ths-ekapy>

Μέρος Β. Η εξέλιξη των οικονομικών των δημόσιων
νοσοκομείων: Ανάλυση με αριθμοδείκτες

3. ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Σε αυτό το τμήμα της μελέτης χρησιμοποιούνται στοιχεία από δημοσιευμένες λογιστικές καταστάσεις τέλους χρήσης των νοσοκομείων που παράγονται βάσει του Π.Δ. 146/2003, προκειμένου να καταγραφεί η εξέλιξη των χρηματοοικονομικών στοιχείων και να υπολογιστούν αριθμοδείκτες σχετικοί με την αποδοτικότητα, τη ρευστότητα, τη δομή κεφαλαίων, τη δομή του ισολογισμού, την κυκλοφοριακή ταχύτητα και τη δομή των αποτελεσμάτων χρήσης.²⁶

Διάγραμμα 3.1: Αριθμοδείκτες για την εξέταση των οικονομικών των νοσοκομείων



²⁶ Στο παράρτημα του κεφαλαίου περιλαμβάνονται οι ορισμοί των αριθμοδεικτών που έχουν χρησιμοποιηθεί.

Η ανάλυση βασίζεται στις πληροφορίες που δημοσιεύονται στις λογιστικές καταστάσεις και σε στοιχεία για τη νοσηλευτική κίνηση των νοσοκομείων που συγκεντρώθηκαν από τη βάση δεδομένων Bi-forms του Υπουργείου Υγείας. Οι οικονομικές καταστάσεις αντλήθηκαν από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, από τις ιστοσελίδες των ΥΠΕ, των νοσοκομείων και από το πρόγραμμα Διαύγεια. Η ανάλυση δεν λαμβάνει υπόψη άλλα στοιχεία που είναι ενδεχομένως χρήσιμα στην αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης (όπως σχόλια των ελεγκτών επί των λογιστικών καταστάσεων ή ποιοτικά χαρακτηριστικά νοσοκομείων). Ο σκοπός της ανάλυσης είναι να εξεταστούν τα οικονομικά των νοσοκομείων μέσω ανάλυσης με αριθμοδείκτες. Η ανάλυση με τη χρήση αριθμοδεικτών αποτελεί σημαντικό εργαλείο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων όσον αφορά την οικονομική διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων.

Η ανάλυση στηρίζεται σε ένα δείγμα 828 συνολικά οικονομικών καταστάσεων για την περίοδο 2012-2020 που καταρτίζονται βάσει του ΠΔ 146/2003.²⁷ Στην ανάλυση δεν έχουν συμπεριληφθεί τα νοσοκομεία του χρησιμοποιούν στις οικονομικές τους καταστάσεις τα Διεθνή Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Αναφοράς (International Financial Reporting Standards - IFRS). Ειδικότερα, εκτός δείγματος λόγω χρήσης διεθνών λογιστικών προτύπων τέθηκαν 5 νοσοκομεία το 2012, 7 νοσοκομεία τα έτη 2013 έως 2016, 9 νοσοκομεία το 2017, 10 νοσοκομεία το 2018, 8 νοσοκομεία το 2019 και 7 νοσοκομεία το 2020. Επιπλέον, δεν συμπεριλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία και τα νοσοκομεία που εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας, καθώς και τα νοσοκομεία που δεν δημοσίευσαν τις οικονομικές τους καταστάσεις (Παράρτημα 8.5).

Πίνακας 3.1: Σύνολο νοσοκομείων δείγματος ανά έτος και ΥΠΕ

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1η ΥΠΕ	23	19	17	15	14	12	12	12	13
2η ΥΠΕ	20	19	19	18	19	19	18	17	16
3η ΥΠΕ	9	6	9	9	9	9	10	10	10
4η ΥΠΕ	15	12	11	11	13	13	14	16	13
5η ΥΠΕ	11	12	12	11	13	12	13	13	13
6η ΥΠΕ	16	19	21	18	17	17	16	16	16
7η ΥΠΕ	5	6	6	6	6	8	8	8	8
Σύνολο	99	93	95	88	91	90	91	92	89

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

Πριν την παρουσίαση των οικονομικών των νοσοκομείων, πρέπει να επισημανθούν ορισμένες ιδιαιτερότητες της καταγραφής ορισμένων σημαντικών κονδυλίων στους λογαριασμούς των νοσοκομείων. Ειδικότερα, η μισθοδοσία των υπαλλήλων των δημόσιων μονάδων υγείας εμφανίζεται στην Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσεως (ΚΑΧ), ενώ η μισθοδοσία των υπαλλήλων δεν εμφανίζεται στον Προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, καθώς τα ποσά αυτά καταβάλλονται από το Υπουργείο Υγείας.

Για τη λογιστική παρακολούθηση χρησιμοποιούνται οι λογαριασμοί «Κόστος Αγαθών και Υπηρεσιών» και «Έξοδα Διοικητικής Λειτουργίας» στην Κατάσταση Αποτελεσμάτων Χρήσεως

²⁷ΠΔ 146/2003 Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας

, όπου περιλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν τη μισθοδοσία των υπαλλήλων καθώς και ο λογαριασμός «Άλλα Έσοδα» που περιλαμβάνει το έσοδο που λαμβάνεται ως επιδότηση από το Υπουργείο Υγείας για να καλύψει αυτές τις δαπάνες.

Επίσης, βάσει των οικονομικών καταστάσεων και των πληροφοριών που αναγράφονται στα προσαρτήματά τους, η λογιστική παρακολούθηση του clawback²⁸ γίνεται: α) όταν υπάρχουν έγκαιρα πληροφορίες για την κλειόμενη χρήση, με μείωση του κόστους πωληθέντων και β) όταν υπάρχει καθυστέρηση στην ενημέρωση η αξία του clawback εμφανίζεται ως έσοδο προηγούμενων χρήσεων. Στην δεύτερη περίπτωση τα κοστολογικά δεδομένα της χρήσης δεν είναι σωστά διότι περιλαμβάνουν το επιπλέον κόστος των φαρμάκων, το οποίο αργότερα εμφανίζεται ως έκτακτο έσοδο στα αποτελέσματα χρήσης επόμενων χρήσεων.

3.1 Εξέλιξη των χρηματοοικονομικών στοιχείων των δημόσιων νοσοκομείων

Από τις διαθέσιμες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων με δημοσιευμένους ισολογισμούς για τα οικονομικά έτη 2012-2020, φαίνεται πως τα διαθέσιμα αυξήθηκαν σημαντικά το 2016, ενώ από το 2016 μέχρι το 2020 σημειώνουν σταδιακή υποχώρηση, καταγράφοντας Μέσο Ετήσιο Ρυθμό Μεταβολής (ΜΕΡΜ) +9,9% συνολικά την εξεταζόμενη περίοδο (Πίνακας 3.2). Αυτή η τάση επιβεβαιώνεται και όταν η ανάλυση επικεντρώνεται στα νοσοκομεία με διαθέσιμα στοιχεία για κάθε έτος της εξεταζόμενης περιόδου (σταθερό δείγμα), όπου τα διαθέσιμα σημειώνουν σημαντική αύξηση έως το 2017 και σταδιακή υποχώρηση έπειτα, καταγράφοντας ΜΕΡΜ +13,4% συνολικά την εξεταζόμενη περίοδο (Πίνακας 3.2). Αυτό το αποτέλεσμα ενδεχομένως συνδέεται με αυστηρότερες διαδικασίες για τη διενέργεια αγορών.

Οι απαιτήσεις στο συνολικό δείγμα σημείωσαν στη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου ΜΕΡΜ +6,7%, καταγράφοντας σημαντικές αυξομειώσεις από έτος σε έτος. Παρόμοια είναι η εικόνα και στο σταθερό δείγμα, όπου οι απαιτήσεις σημείωσαν στη διάρκεια της ίδιας περιόδου ΜΕΡΜ +8,5%.

Στην πλευρά του παθητικού, οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις ήταν κατά 56,3% χαμηλότερες το 2020 συγκριτικά με το 2012, παρά την αύξηση που σημείωσαν από €539 εκατ. το 2017 σε €835 εκατ. το 2020. Η αντίστοιχη πτώση στο σταθερό δείγμα υπολογίζεται σε 48,3%. Σχεδόν το σύνολο των υποχρεώσεων των νοσοκομείων τη συγκεκριμένη περίοδο είχαν βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα. Η μείωση των υποχρεώσεων οφείλεται και στις επιχορηγήσεις που δόθηκαν στα νοσοκομεία από το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Οικονομικών, σχετικά με την εκκαθάριση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεών τους. Αντίθετα, τα ίδια κεφάλαια των νοσοκομείων ενισχύθηκαν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, με αποτέλεσμα η συνολική τους αξία για το συνολικό δείγμα το 2020 να αγγίζει τα €8,2 δισεκ., αυξημένη κατά €2,9 δισεκ. σε σχέση με το 2012 (+53,4%). Στο σταθερό δείγμα, η αύξηση στα ίδια κεφάλαια υπολογίζεται σε 75,7% (από €2,9 δισεκ. το 2012 σε €5,1 δισεκ. το 2020).

²⁸ Αφορά στην υποχρέωση που έχουν οι φαρμακευτικές εταιρείες να επιστρέφουν το χρηματικό ποσό στο δημόσιο, όταν το προϋπολογιζόμενο προκαθορισμένο όριο της φαρμακευτικής δαπάνης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ υπερβαίνει τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.

Πίνακας 3.2: Εξέλιξη βασικών χρηματοοικονομικών στοιχείων (σε εκατ. €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ΜΕΡΜ '12-'20	ΠΜ% '12-'20
Αριθμός νοσοκομείων	99	94	96	89	92	90	91	92	89	-	-
Διαθέσιμα	228	367	292	305	860	823	758	521	483	9,9%	112,3%
Απαιτήσεις	3.460	3.048	4.573	5.084	3.400	4.245	5.552	4.489	5.808	6,7%	67,9%
Πάγιο ενεργητικό	2.787	2.940	3.023	2.311	2.481	2.095	2.175	2.049	2.077	-3,6%	-25,5%
Σύνολο ενεργητικού	7.442	7.256	9.039	8.483	7.759	7.991	9.507	8.066	9.255	2,8%	24,4%
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	1.911	1.072	1.043	1.164	753	593	615	661	835	-9,8%	-56,3%
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	0,199	0,080	0,062	0,220	0,160	0,163	0,085	0,042	0,058	-14,3%	-71,0%
Σύνολο υποχρεώσεις	1.912	1.072	1.043	1.164	753	593	615	661	835	-9,8%	-56,3%
Ίδια κεφάλαια	5.401	6.059	7.855	7.163	6.862	7.261	8.785	7.312	8.287	5,5%	53,4%
Έσοδα από ίδιες πηγές	1.835	2.019	1.891	1.589	1.845	1.828	2.012	2.038	1.887	0,3%	2,8%
Έσοδα από επιχορηγήσεις	2.646	2.619	2.302	1.894	2.397	1.917	1.928	1.782	2.014	-3,4%	-23,9%
Λειτουργικά έσοδα	4.481	4.638	4.193	3.483	4.242	3.745	3.940	3.820	3.909	-1,7%	-12,8%
Κόστος αγαθών & υπηρεσιών	3.658	3.400	3.373	2.671	2.893	2.850	2.915	2.969	3.128	-1,9%	-14,5%
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	540	465	432	376	373	378	381	345	374	-4,5%	-30,8%
Λειτουργικά έξοδα	4.208	3.874	3.808	3.058	3.270	3.232	3.302	3.317	3.505	-2,3%	-16,7%
Αποτελέσματα χρήσης	272	263	531	437	338	530	768	157	557	9,4%	104,8%

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** ΙΟΒΕ. **ΜΕΡΜ:** Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής, **ΠΜ:** Ποσοστιαία μεταβολή. Τα ετήσια στοιχεία επηρεάζονται από τον αριθμό των νοσοκομείων και τα επιμέρους νοσοκομεία που περιλαμβάνονται στα ετήσια στοιχεία

Όσον αφορά στα λειτουργικά έσοδα, μετά τη σημαντική υποχώρηση που σημείωσαν το 2014 (σε €4,1 δισεκ. από €4,6 δισεκ. το 2013) και το 2015 (σε €3,5 δισεκ.), την περίοδο 2017-2020 διακυμαίνονται στο εύρος €3,7 με €3,9 δισεκ. Η τάση επιβεβαιώνεται και στο σταθερό δείγμα, όπου παρατηρείται μείωση έως το 2015 (σε €2,1 δισεκ. από €2,5 δισεκ. το 2012) και σταδιακή ανάκαμψη στη συνέχεια (σε €2,6 δισεκ. το 2020). Βασική πηγή εσόδων για τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας αποτελούν οι κρατικές επιχορηγήσεις, οι οποίες στη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου μειώθηκαν κατά 23,9% (μέσος ετήσιος ρυθμός -3,4% αντίστοιχα) στο συνολικό δείγμα και κατά 9,0% (-0,9% ΜΕΡΜ) στο σταθερό δείγμα. Αντίθετα, τα έσοδα από ίδιες πηγές παρέμειναν σχετικά σταθερά στο συνολικό δείγμα (+2,8% σωρευτική μεταβολή), ενώ στο σταθερό δείγμα αυξήθηκαν συνολικά κατά 16,9% την περίοδο 2012-2020, αναδεικνύοντας μια στροφή των νοσοκομείων σε μεγαλύτερη αυτοτέλεια ως προς τις πηγές των εσόδων τους.

Στο σκέλος των εξόδων, το κόστος αγαθών και υπηρεσιών αποτελεί τη μεγαλύτερη λειτουργική δαπάνη των νοσοκομείων και ακολουθούν τα έξοδα διοίκησης. Το 2020 οι δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες του συνολικού δείγματος νοσοκομείων διαμορφώθηκαν στα €3,1 δισεκ. από €3,7 δισεκ. το 2012 (μείωση κατά €600 εκατ. ή -14,5%), γεγονός που υποδηλώνει την προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων την περίοδο 2012-2015 (σε €2,7 δισεκ. το 2015), ενώ έκτοτε παρατηρείται σταδιακή άνοδος. Στο σταθερό δείγμα, οι δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες του εξεταζόμενου δείγματος νοσοκομείων διαμορφώθηκαν στα €2,0 δισεκ. το 2020, στα ίδια επίπεδα με το 2012, παρουσιάζοντας αρχικά μια πτώση έως το 2015

και ανάκαμψη στη συνέχεια. Πολύ σημαντική μείωση την περίοδο 2012-2020, τόσο στο συνολικό όσο και στο σταθερό δείγμα, σημειώνεται στα έξοδα διοικητικής λειτουργίας, κατά 30,8% και 26,0% αντίστοιχα, με διακυμάνσεις τα ενδιάμεσα έτη της περιόδου.

Ως αποτέλεσμα των μεταβολών στα έσοδα και τα έξοδα, τα καθαρά αποτελέσματα χρήσης των νοσοκομείων διαμορφώθηκαν σε πλεόνασμα το 2020 (€557 εκατ. στο συνολικό δείγμα και €391 εκατ. στο σταθερό δείγμα), καταγράφοντας τη δεύτερη μεγαλύτερη επίδοση της περιόδου. Οι καλύτερες επιδόσεις σε όρους καθαρών αποτελεσμάτων χρήσης καταγράφηκαν το 2018, όταν και συνολικά διαμορφώθηκαν στα €768 εκατ. στο συνολικό και €464 εκατ. στο σταθερό δείγμα.

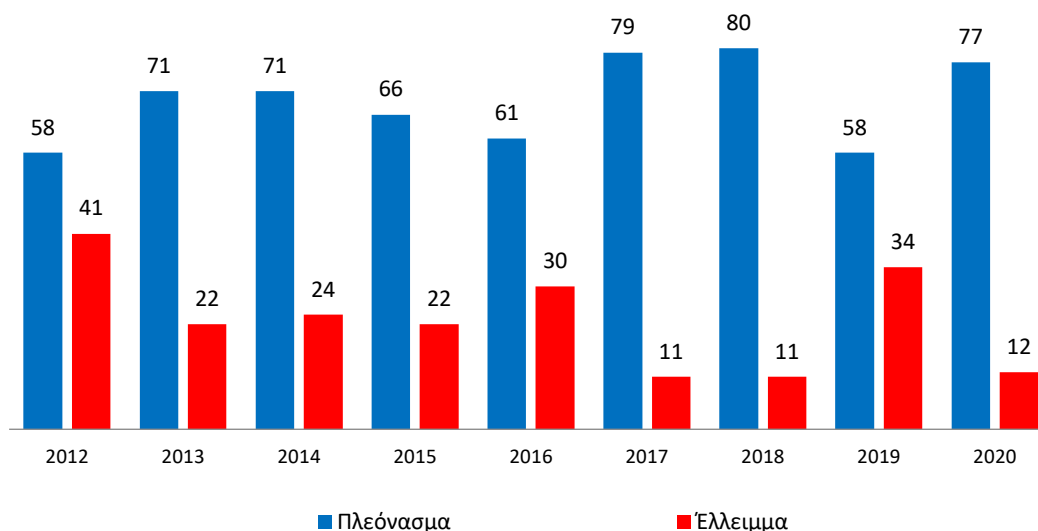
Πίνακας 3.3: Εξέλιξη βασικών χρηματοοικονομικών στοιχείων για το σταθερό δείγμα νοσοκομείων (σε εκατ. €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ΜΕΡΜ '12-'20	ΠΜ% '12-'20
Αριθμός νοσοκομείων	60	60	60	60	60	60	60	60	60	-	-
Διαθέσιμα	114	164	138	198	464	823	449	316	311	13,4%	174,2%
Απαιτήσεις	1.791	1.542	2.297	2.871	1.817	2.464	3.080	2.457	3.446	8,5%	92,4%
Πάγιο ενεργητικό	1.568	1.510	1.529	1.410	1.375	1.346	1.339	1.346	1.341	-1,9%	-14,5%
Σύνολο ενεργητικού	3.976	3.661	4.520	4.943	4.176	4.844	5.535	4.820	5.691	4,6%	43,1%
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	1.019	545	518	689	446	377	366	397	527	-7,9%	-48,3%
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	0,198	0,063	0,051	0,211	0,155	0,056	0,044	0,041	0,055	-14,7%	-72,0%
Σύνολο υποχρεώσεις	1.019	545	518	689	446	377	366	397	527	-7,9%	-48,3%
Ίδια κεφάλαια	2.904	3.073	3.956	4.192	3.680	4.410	5.111	4.362	5.102	7,3%	75,7%
Έσοδα από ίδιες πηγές	1.023	1.061	974	913	1.021	1.107	1.190	1.290	1.196	2,0%	16,9%
Έσοδα από επιχορηγήσεις	1.478	1.408	1.268	1.171	1.289	1.244	1.246	1.200	1.345	-1,2%	-9,0%
Λειτουργικά έσοδα	2.500	2.469	2.242	2.085	2.310	2.351	2.435	2.491	2.550	0,2%	2,0%
Κόστος αγαθών & υπηρεσιών	2.044	1.843	1.800	1.610	1.642	1.786	1.802	1.935	2.042	0,0%	-0,1%
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	291	237	205	195	193	212	221	202	215	-3,7%	-26,0%
Λειτουργικά έξοδα	2.345	2.089	2.008	1.816	1.839	2.002	2.028	2.140	2.261	-0,5%	-3,6%
Αποτελέσματα χρήσης	153	129	276	214	-13	320	464	100	391	12,4%	155,3%

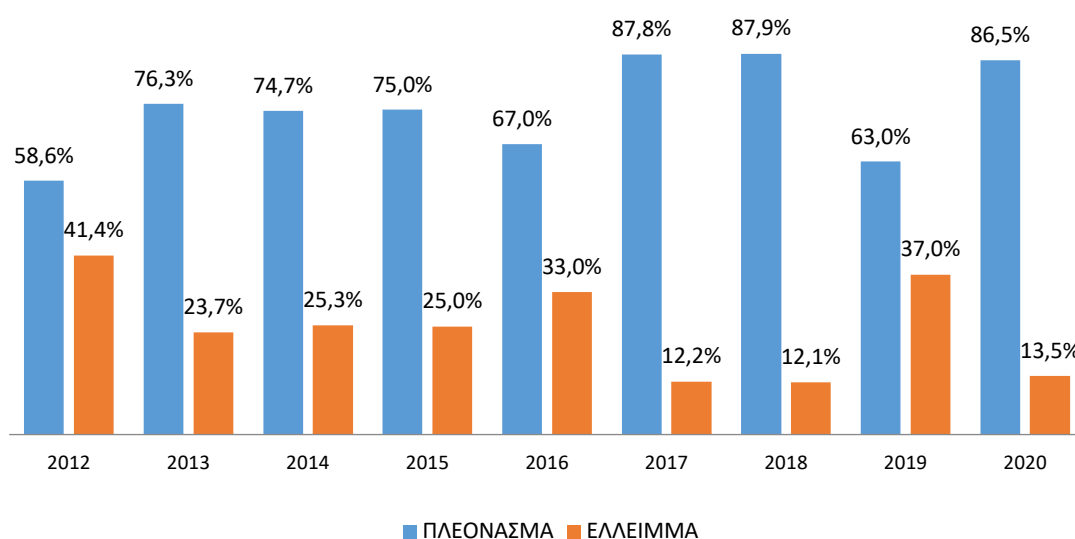
Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** ΙΟΒΕ. **ΜΕΡΜ:** Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής, **ΠΜ:** Ποσοστιαία μεταβολή. Τα ετήσια στοιχεία επηρεάζονται από τον αριθμό των νοσοκομείων και τα επιμέρους νοσοκομεία που περιλαμβάνονται στα ετήσια στοιχεία

Συνολικά την περίοδο 2012-2020, 207 οικονομικές καταστάσεις δημόσιων νοσοκομείων παρουσίασαν έλλειμμα, με τις περισσότερες να εντοπίζονται στην 2^η ΥΠΕ (56 οικονομικές καταστάσεις). Το 2012 ήταν η χρονιά που 41 νοσοκομεία σημείωσαν έλλειμμα, ενώ το 2020 ο αριθμός των νοσοκομείων που εμφάνισαν έλλειμμα ήταν 12.

Από την άλλη πλευρά, 621 οικονομικές καταστάσεις σημείωσαν πλεόνασμα την περίοδο 2012-2020. Τα έτη 2017, 2018 και 2020 ένας υψηλός αριθμός οικονομικών καταστάσεων δημόσιων νοσοκομείων καταγράφει πλεόνασμα (-79, 80 και 77 αντίστοιχα). Αντίθετα, τα έτη με τις λιγότερες οικονομικές καταστάσεις νοσοκομείων με πλεόνασμα χρήσης ήταν το 2012 (58 οικονομικές καταστάσεις) και το 2019 (58 οικονομικές καταστάσεις).

Διάγραμμα 3.2: Αριθμός των νοσοκομείων με πλεόνασμα και με έλλειμμα, 2012-2020

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Διάγραμμα 3.3: Ποσοστό των νοσοκομείων με πλεόνασμα και με έλλειμμα, 2012-2020

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

3.2 Αριθμοδείκτες ρευστότητας

Οι αριθμοδείκτες ρευστότητας υποδεικνύουν τον βαθμό στον οποίο μια οικονομική οντότητα έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της (Πίνακας 3.4). Ο δείκτης γενικής ρευστότητας μετρά το ύψος των κυκλοφοριακών κεφαλαίων σε σχέση με τις τρέχουσες υποχρεώσεις. Ο δείκτης άμεσης ρευστότητας δεν λαμβάνει υπόψη τα αποθέματα, τα οποία ενδέχεται να μην μπορούν να ρευστοποιηθούν άμεσα. Τέλος, ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας μετρά κατά πόσο τα διαθέσιμα ενός νοσοκομείου καλύπτουν τις τρέχουσες υποχρεώσεις του. Όσο υψηλότερη η τιμή των δεικτών ρευστότητας, τόσο ισχυρότερη είναι η δυνατότητα των νοσοκομείων να ανταποκριθούν στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις τους.

Οι δείκτες άμεσης και γενικής ρευστότητας το 2020 διαμορφώνεται σε 7,81 και 8,04 μονάδες αντίστοιχα, από 10,79 και 11,04 αντίστοιχα το 2018 και 2,29 και 2,38 το 2012. Παρόμοια κινήθηκε και ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας, με άνοδο την περίοδο 2012-2017 από 0,12 σε 1,26 μονάδες, υποχωρώντας στη συνέχεια σε 0,54 μονάδες το 2020.

Επομένως, η δυνατότητα των νοσοκομείων να ανταποκριθούν στις τρέχουσες υποχρεώσεις τους αυξήθηκε σημαντικά κατά την περίοδο 2012-2020. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι τα έτη 2016-2018 τα ταμειακά διαθέσιμα επαρκούσαν να καλύψουν πλήρως τις υποχρεώσεις, χωρίς συνεισφορά από τις απαιτήσεις ή τα αποθέματα.

Σημαντικός παράγοντας της βελτίωσης των δεικτών ρευστότητας είναι η μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Οι δείκτες γενικής και άμεσης ρευστότητας επηρεάζονται επίσης από τις διαγραφές απαιτήσεων των νοσοκομείων προς ΕΟΠΥΥ που πραγματοποιούνται από το Υπουργείο Υγείας. Ωστόσο, η ύπαρξη υψηλών διαθεσίμων μπορεί να δηλώνει κάποια από αυτά είναι δεσμευμένα για συγκεκριμένες χρήσεις και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποπληρωμή υποχρεώσεων.

Τα νοσοκομεία βάσει του άρθρου 111 του Ν.4600/2019 υποχρεώθηκαν να προβούν στη διαγραφή απαιτήσεων για τα έτη 2015-2017 και να προβούν σε απεικόνιση του αποτελέσματος των ανωτέρω διαγραφών απαιτήσεων και υποχρεώσεων στις λογιστικές καταστάσεις (ισολογισμούς) της οικονομικής χρήσης του έτους 2019.

Πίνακας 3.4: Εξέλιξη αριθμοδεικτών ρευστότητας

	Αριθμοδείκτες Ρευστότητας		
	Γενική Ρευστότητα	Άμεση Ρευστότητα	Ταμειακή Ρευστότητα
2012 (99)	2,38	2,29	0,12
2013 (94)	3,87	3,73	0,33
2014 (96)	5,49	5,35	0,27
2015 (89)	5,10	4,99	0,25
2016 (92)	6,61	6,41	1,08
2017 (90)	9,21	8,96	1,26
2018 (91)	11,04	10,79	1,14
2019 (92)	8,46	8,22	0,73
2020 (89)	8,04	7,81	0,54

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

3.3 Αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας

Οι αριθμοδείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα με την οποία τα νοσοκομεία διαχειρίζονται τα περιουσιακά τους στοιχεία για να συλλέξουν λειτουργικά έσοδα. Ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων υπολογίζεται ως ο λόγος των λειτουργικών εσόδων προς τις απαιτήσεις και δηλώνει την ταχύτητα είσπραξης των απαιτήσεων. Κατά αναλογία, οι δείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίου και συνολικού ενεργητικού υποδεικνύουν το ύψος λειτουργικών εσόδων που δημιουργούν τα νοσοκομεία για κάθε ευρώ παγίου και συνολικού ενεργητικού αντίστοιχα (Πίνακας 3.5).

Ο δείκτης απαιτήσεων μπορεί να εκφραστεί και σε ημέρες, διαιρώντας τις 365 ημέρες του ημερολογιακού έτους με την κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων. Με αυτόν τον τρόπο, γίνεται εμφανές πόσες ημέρες απαιτούνται προκειμένου να μετατραπεί μία απαίτηση σε

έσοδο. Κατ' αυτήν την έννοια, ο δείκτης μπορεί να ερμηνευτεί και ως η μέση διάρκεια είσπραξης των απαιτήσεων. Για παράδειγμα, εάν τα ετήσια λειτουργικά έσοδα έχουν το ίδιο ύψος με τις απαιτήσεις την ημερομηνία κλεισίματος του ισολογισμού χρήσης, αυτό σημαίνει ότι τα έσοδα που έχουν καταλογιστεί κατά τη διάρκεια του έτους παραμένουν ως απαίτηση κατά μέσο όρο έναν ολόκληρο χρόνο. Αντίστοιχα, εάν οι πωλήσεις είναι διπλάσιες από τις απαιτήσεις, αυτό το γεγονός μπορεί να ερμηνευτεί ως ταχύτερη είσπραξη των απαιτήσεων, καθώς οι μισές πωλήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους, εισπράχθηκαν και δεν καταγράφονται πλέον ως απαιτήσεις.

Ο αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων αυξήθηκε από 1,30 το 2012 σε 1,52 το 2013 υποδηλώνοντας ότι τα δημόσια νοσοκομεία είχαν την ικανότητα να μετατρέψουν τις απαιτήσεις τους σε έσοδο από σχεδόν 1 φορά το έτος μόλις σε 1,5 φορά. Ενώ τα υπόλοιπα έτη (με εξαίρεση το 2016) η ικανότητα τους αυτή ήταν ακόμη μικρότερη. Ο αριθμοδείκτης της κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων σε ημέρες επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα του αριθμοδείκτη σε φορές. Πιο συγκεκριμένα, τα έτη 2012, 2013 και 2016 φαίνεται ότι τα δημόσια νοσοκομεία χρειάζονται περίπου 282, 240 και 293 ημέρες αντίστοιχα για να εισπράξουν τις απαιτήσεις τους ενώ τα υπόλοιπα έτη 2014 (398 ημέρες), 2015 (533 ημέρες), 2017 (414 ημέρες), 2018 (514 ημέρες), 2019 (429 ημέρες) και 2020 (542 ημέρες) δείχνουν ότι απαιτούνται περισσότερες ημέρες από ένα ημερολογιακό έτος για να μετατραπεί η απαίτηση σε έσοδο κάνοντας κατανοητό πως για όλες αυτές τις περιόδους τα δημόσια νοσοκομεία δεν μπορούν να εισπράξουν καμία απαίτηση μέσα στο έτος. Οι παραπάνω δείκτες υποδηλώνουν αδυναμία έγκαιρης είσπραξης απαιτήσεων. Αντίθετα, μικρή διαφοροποίηση, με εξαίρεση το έτος 2012-2013, παρατηρείται στον δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας συνόλου ενεργητικού, ο οποίος διαμορφώθηκε περίπου στο 0,5. Ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίου ενεργητικού, μετά από πτώση την περίοδο 2012-2014, αυξήθηκε σταδιακά και διαμορφώθηκε σε 1,88 το 2020 (από 1,39 το 2014 και 1,61 το 2012).

Πίνακας 3.5: Εξέλιξη αριθμοδεικτών κυκλοφοριακής ταχύτητας

	Αριθμοδείκτες Κυκλοφοριακής Ταχύτητας			
	Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων	Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Απαιτήσεων σε ημέρες	Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Συνόλου Ενεργητικού	Κυκλοφοριακή Ταχύτητα Παγίου Ενεργητικού
2012 (99)	1,30	281,83	0,60	1,61
2013 (94)	1,52	239,91	0,64	1,58
2014 (96)	0,92	398,09	0,46	1,39
2015 (89)	0,69	532,83	0,41	1,51
2016 (92)	1,25	292,53	0,55	1,71
2017 (90)	0,88	413,72	0,47	1,79
2018 (91)	0,71	514,31	0,41	1,81
2019 (92)	0,85	428,88	0,47	1,86
2020 (89)	0,67	542,38	0,42	1,88

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: IOBE

3.4 Αριθμοδείκτες δομής κεφαλαίων

Οι αριθμοδείκτες δομής κεφαλαίων δείχνουν τον τρόπο που διαρθρώνονται τα κεφάλαια των δημόσιων νοσοκομείων και αποτυπώνουν τον βαθμό στον οποίο ένα νοσοκομείο βασίζεται

σε δανεικά κεφάλαια ή ίδια κεφάλαια προκειμένου να λειτουργήσει και εν τέλει τη δυνατότητά του να είναι συνεπές με τις υποχρεώσεις του (Πίνακας 3.6). Ο δείκτης ξένων προς ίδια κεφάλαια δείχνει την αναλογία των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων προς τα ίδια κεφάλαια της οικονομικής μονάδας. Επιπλέον, οι δείκτης ξένων προς συνολικά κεφάλαια και ιδίων προς συνολικά κεφάλαια δείχνει τι ποσοστό του συνόλου των κεφαλαίων του ενεργητικού αποτελούν τα ξένα και τα ίδια κεφάλαια αντίστοιχα. Τέλος, ο δείκτης κάλυψης τόκων με κέρδη προ τόκων και φόρων δείχνει τη δυνατότητα του νοσοκομείου να αποπληρώσει τους τόκους από το πλεόνασμα που δημιουργεί η λειτουργία του.

Όσο χαμηλότεροι είναι οι δείκτες ξένα προς ίδια κεφάλαια και ξένα προς συνολικά κεφάλαια, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα η οικονομική μονάδα να βρεθεί σε κατάσταση να μην μπορεί να εξυπηρετεί τις υποχρεώσεις της. Αντίθετα, για τον δείκτη κάλυψης τόκων με κέρδη, ο οποίος όμως επικεντρώνεται στις αντίστοιχες ροές (τόκοι και κέρδη προ τόκων και φόρων), αντί για τα συσσωρευμένα μεγέθη (ξένα και ίδια κεφάλαια), επιθυμητές είναι υψηλότερες τιμές.

Από τα οικονομικά αποτελέσματα προκύπτει ότι η αναλογία των ξένων κεφαλαίων στο παθητικό των νοσοκομείων είναι χαμηλή, καθώς η χρηματοδότηση τους προέρχεται κυρίως από ίδια κεφάλαια. Ειδικότερα, ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια διαμορφώθηκε σε 0,12 το 2020, από 0,08 το 2018 και 0,38 το 2012, ενώ ο δείκτης ξένα προς συνολικά κεφάλαια σε 10,5% το 2020, από 7,6% το 2018 και 27,4% το 2012. Αντίστοιχα, ο δείκτης ιδίων κεφαλαίων προς το σύνολο του ενεργητικού αυξήθηκε από 72,6% το 2012 σε 92,4% το 2018, υποχωρώντας στη συνέχεια σε 89,5% το 2020.

Πίνακας 3.6: Εξέλιξη αριθμοδεικτών δομής κεφαλαίων στο σύνολο τους δείγματος

	Αριθμοδείκτες Δομής Κεφαλαίων			
	Ξένα προς Ίδια Κεφάλαια	Ξένα προς Συνολικά Κεφάλαια	Ίδια προς Συνολικά Κεφάλαια	Δείκτης Κάλυψης Τόκων
2012 (99)	0,38	0,27	0,73	76,04
2013 (94)	0,20	0,16	0,84	523,07
2014 (96)	0,15	0,13	0,87	5032,98
2015 (89)	0,18	0,16	0,84	3877,88
2016 (92)	0,13	0,12	0,88	2284,79
2017 (90)	0,10	0,09	0,91	8074,31
2018 (91)	0,08	0,08	0,92	5542,33
2019 (92)	0,10	0,09	0,91	962,71
2020 (89)	0,12	0,10	0,90	1171,92

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

Ο δείκτης κάλυψης τόκων με λειτουργικό πλεόνασμα παρουσίασε έντονη διακύμανση. Συγκεκριμένα, την τριετία 2012-2014 ακολούθησε ανοδική πορεία, την περίοδο 2014-2015 υποχώρησε σημαντικά και το 2017 ανέκαμψε για να σημειώσει μείωση κατόπιν το 2018 και το 2019 και άνοδος το 2020. Η έντονη μεταβλητότητα του δείκτη σε πολύ υψηλά επίπεδα οφείλεται στο γεγονός ότι οι δαπάνες για τόκους των νοσοκομείων (ο παρονομαστής του συγκεκριμένου δείκτη) αποτελούν πολύ μικρό μέρος των δαπανών των νοσοκομείων, καθώς ο μακροχρόνιος δανεισμός δεν φαίνεται να είναι συνήθης πρακτική για τα δημόσια νοσοκομεία στη χώρα.

3.5 Αριθμοδείκτες δομής ισολογισμού

Οι δείκτες σε αυτή την ενότητα εξετάζουν τη δομή των περιουσιακών στοιχείων των νοσοκομείων (Πίνακας 3.7). Ο δείκτης πάγιου ενεργητικού προς το σύνολο του ενεργητικού εξετάζει τον βαθμό στον οποίο τα περιουσιακά στοιχεία ενός νοσοκομείου αποτελούνται από πάγια στοιχεία, όπως κτήρια και εξοπλισμός. Αντίστοιχα, ο δείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς το σύνολο του ενεργητικού μετράει κατά πόσο τα περιουσιακά στοιχεία ενός νοσοκομείου έχουν περισσότερο ρευστό χαρακτήρα. Επιπλέον, οι δείκτες μακροχρόνιων και βραχυχρόνιων υποχρεώσεων προς το σύνολο του ενεργητικού καταγράφουν το βαθμό στον οποίο τα περιουσιακά στοιχεία χρηματοδοτούνται από μακροχρόνιες και βραχυχρόνιες υποχρεώσεις αντίστοιχα. Τέλος, ο δείκτης πάγιου ενεργητικού προς ίδια κεφάλαια απεικονίζει τον βαθμό χρηματοδότησης των παγίων του νοσοκομείου από τα ίδια κεφάλαιά του.

Ο δείκτης πάγιο προς σύνολο ενεργητικού το έτος 2020 διαμορφώνεται σε 22,4%, από 37,4% το 2012 και 25,4% το 2019, παρουσιάζοντας διαχρονική μείωση της συμμετοχής των παγίων στο σύνολο του ενεργητικού. Αυτή η εξέλιξη προσφέρει ενδείξεις ότι οι νέες επενδύσεις σε πάγια στοιχεία υστερούν. Ο δείκτης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων παρουσιάζει πτωτική τάση από 25,7% το 2012 σε 9,0% το 2020. Επιπλέον, υποχωρεί και ο δείκτης παγίου ενεργητικού προς τα ίδια κεφάλαια ο οποίος διαμορφώνεται σε 0,25 το 2020 από 0,52 το 2012(Πίνακας 3.7).

Πίνακας 3.7: Εξέλιξη αριθμοδεικτών δομής ισολογισμού στο σύνολο του δείγματος

	Αριθμοδείκτες Δομής Ισολογισμού			
	Πάγιο προς Σύνολο Ενεργητικού	Κυκλοφορούν προς Σύνολο Ενεργητικού	Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις προς Σύνολο Ενεργητικού	Πάγιο προς Ίδια Κεφάλαια
2012 (99)	0,37	0,52	0,26	0,52
2013 (94)	0,41	0,49	0,15	0,49
2014 (96)	0,33	0,56	0,12	0,38
2015 (89)	0,27	0,65	0,14	0,32
2016 (92)	0,32	0,57	0,10	0,36
2017 (90)	0,26	0,65	0,07	0,29
2018 (91)	0,23	0,68	0,06	0,25
2019 (92)	0,25	0,64	0,08	0,28
2020 (89)	0,22	0,70	0,09	0,25

Σημείωση: Εκτός από πάγια στοιχεία και κυκλοφορούν ενεργητικό, το σύνολο ενεργητικού περιλαμβάνει και μεταβατικούς λογαριασμούς (περίπου 2-3% του συνολικού ενεργητικού την εξεταζόμενη περίοδο).

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

3.6 Αριθμοδείκτες δομής κατάστασης αποτελεσμάτων χρήσης

Σε αυτήν την ενότητα εξετάζονται δείκτες που συσχετίζουν στοιχεία εσόδων και εξόδων από την κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης των νοσοκομείων (Πίνακας 3.8). Οι πρώτοι δύο δείκτες εξετάζουν τη δομή των λειτουργικών εσόδων και κατά πόσο αυτά προέρχονται από ίδιες πηγές ή επιχορηγήσεις. Αντίστοιχα, οι επόμενοι τρεις δείκτες εξετάζουν τη διάρθρωση των λειτουργικών εξόδων (κόστος αγαθών-υπηρεσιών, έξοδα διοίκησης και έξοδα δημοσίων

σχέσεων). Τέλος, ο δείκτης λειτουργικών εσόδων προς λειτουργικά έξοδα απεικονίζει κατά πόσο τα νοσοκομεία καλύπτουν τα λειτουργικά τους έξοδα μέσα από τα λειτουργικά τους έσοδα.

Στο σκέλος των εσόδων, παρατηρείται σταδιακή μείωση της εξάρτησης από επιχορηγήσεις, με ενίσχυση των ίδιων πηγών την περίοδο 2016-2019. Τη διετία 2018-2019 τα νοσοκομεία του δείγματος κατάφεραν να συγκεντρώσουν περισσότερα έσοδα από ίδιες πηγές παρά από επιχορηγήσεις, ωστόσο με την πανδημία το 2020 αυτό το αποτέλεσμα ανατράπηκε. Ως αποτέλεσμα, ο δείκτης έσοδα από επιχορηγήσεις προς λειτουργικά έσοδα την εξεταζόμενη περίοδο διαμορφώνεται σε 51,5% το 2020 από 46,7% το 2019 και 59% το 2012. Αντίθετα, ο δείκτης έσοδα από ίδιες πηγές προς λειτουργικά έσοδα διαμορφώνεται σε 48,3% το 2020, από 53,3% το 2019 και 41,0% το 2012.

Στην πλευρά των εξόδων, η διάρθρωση παρουσιάζει οριακές μεταβολές την εξεταζόμενη περίοδο. Ο δείκτης που αποτυπώνει το κόστος αγαθών και υπηρεσιών προς το σύνολο των λειτουργικών εξόδων διαμορφώνεται σε 89,2% το 2020, από 89,5% το 2019 και 86,9% το 2012. Αντίστοιχα, στα έξοδα διοικητικής λειτουργίας, ο δείκτης υπολογίζεται σε 10,7% το 2020, από 12,8% το 2012. Τέλος, ο δείκτης λειτουργικά έσοδα προς λειτουργικά έξοδα παρουσιάζει εντονότερη μεταβλητότητα και κυμαίνεται στο εύρος 1,06 - 1,30 την περίοδο 2012 - 2020 (Πίνακας 3.8).

Πίνακας 3.8: Εξέλιξη αριθμοδεικτών δομής αποτελεσμάτων χρήσης στο σύνολο τους δείγματος

	Αριθμοδείκτες Δομής Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης				
	Έσοδα από ίδιες πηγές προς Λειτουργικά Έσοδα	Έσοδα από επιχορηγήσεις προς Λειτουργικά Έσοδα	Κόστος αγαθών και υπηρεσιών προς Λειτουργικά Έξοδα	Έξοδα διοικητικής λειτουργίας προς Λειτουργικά Έξοδα	Λειτουργικά Έσοδα προς Λειτουργικά Έξοδα
2012 (99)	0,41	0,59	0,87	0,13	1,06
2013 (94)	0,44	0,56	0,88	0,12	1,20
2014 (96)	0,45	0,55	0,89	0,11	1,10
2015 (89)	0,46	0,54	0,87	0,12	1,14
2016 (92)	0,43	0,57	0,88	0,11	1,30
2017 (90)	0,49	0,51	0,88	0,12	1,16
2018 (91)	0,51	0,49	0,88	0,12	1,19
2019 (92)	0,53	0,47	0,90	0,10	1,15
2020 (89)	0,48	0,52	0,89	0,11	1,12

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: IOBE

3.7 Αριθμοδείκτες αποδοτικότητας

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας υποδεικνύουν την ικανότητα των νοσοκομείων να δημιουργούν πλεονάσματα από την λειτουργία τους (Πίνακας 3.9). Ο δείκτης αποδοτικότητας συνόλου ενεργητικού (return on assets – ROA) συσχετίζει τα καθαρά αποτελέσματα χρήσης με το σύνολο των περιουσιακών στοιχείων. Αντίστοιχα, ο δείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων (return on equity – ROE) αποτυπώνει την ικανότητα των

νοσοκομείων να δημιουργούν πλεόνασμα από τα ίδια κεφάλαια που διαθέτουν. Ο δείκτης αποδοτικότητας απασχολούμενου κεφαλαίου (return on capital employed) εξετάζει επιπλέον των ιδίων κεφαλαίων και τις μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις. Τέλος, το περιθώριο πλεονάσματος εξετάζει την ικανότητα των νοσοκομείων να δημιουργούν πλεόνασμα από τα λειτουργικά έσοδα που εισπράττουν. Η δημιουργία πλεονασμάτων δεν εντάσσεται στους βασικούς σκοπούς λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, ωστόσο οι δείκτες αποδοτικότητας προσφέρουν καλές ενδείξεις για τον βαθμό στον οποίο ένα νοσοκομείο εκτίθεται στον κίνδυνο δημιουργίας και συσσώρευσης ελλειμμάτων.

Ο δείκτης αποδοτικότητας συνόλου ενεργητικού διαμορφώνεται σε 6,1% το 2020, από 2,1% το 2019, 8,2% το 2018 και 3,7% το 2012. Αντίστοιχη συμπεριφορά έχουν και οι δείκτες αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων και απασχολούμενου κεφαλαίου - διαμορφώνονται σε περίπου 7% το 2020, από περίπου 2,1% το 2019 και 5,0% το 2012. Ο δείκτης περιθωρίου πλεονάσματος κατά την εξεταζόμενη περίοδο 2012 - 2020 είναι θετικός με σημαντικές διακυμάνσεις. Το 2020 διαμορφώθηκε σε 14,3%, από 4,1% το 2019, 19,5% το 2018 και 6,1% το 2012.

Πίνακας 3.9: Εξέλιξη αριθμοδεικτών αποδοτικότητας στο σύνολο τους δείγματος

	Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας			
	Αποδοτικότητα συνόλου Ενεργητικού	Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	Αποδοτικότητα Απασχολούμενου Κεφαλαίου	Περιθώριο Πλεονάσματος
2012 (99)	0,04	0,05	0,05	0,06
2013 (94)	0,04	0,04	0,04	0,06
2014 (96)	0,06	0,07	0,07	0,13
2015 (89)	0,05	0,06	0,06	0,13
2016 (92)	0,04	0,05	0,05	0,08
2017 (90)	0,07	0,07	0,07	0,14
2018 (91)	0,08	0,09	0,09	0,19
2019 (92)	0,02	0,02	0,02	0,04
2020 (89)	0,06	0,07	0,07	0,14

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

3.8 Συμπεράσματα

Η πορεία αρκετών μεγεθών και δεικτών την εξεταζόμενη περίοδο (2012-2020) μπορεί να χαρακτηριστεί από μια σχετικά ισχυρή τάση αρχικά στην κατεύθυνση περιορισμού χρηματοοικονομικών κινδύνων και εξυγίανσης και μια μετέπειτα πορεία σταδιακής διόρθωσης προς την αντίθετη κατεύθυνση. Στην πλευρά των συνολικών μεγεθών, παρατηρείται επίσης μια αρκετά έντονη μεταβλητότητα από έτος σε έτος.

Ειδικότερα, το ενεργητικό των νοσοκομείων αυξήθηκε σημαντικά μέχρι τα μέσα της περιόδου, λόγω αύξησης των διαθεσίμων και των απαιτήσεων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σχετική σταθεροποίηση. Αντίστοιχα, οι υποχρεώσεις (πρακτικά όλες βραχυπρόθεσμες) κατέγραψαν έντονες διακυμάνσεις τη συγκεκριμένη περίοδο, με τη χαμηλότερη τιμή να σημειώνεται το 2018 στο σταθερό δείγμα 60 δημόσιων νοσοκομείων και το 2017 στο συνολικό δείγμα. Παρόμοια είναι η εικόνα και ως προς τα λειτουργικά έσοδα που κατέγραψαν έντονη μείωση έως το 2016-2017, με σταδιακή ανάκαμψη στη συνέχεια.

Παρατηρείται έντονη μεταβλητότητα στα καθαρά αποτελέσματα, τα οποία σε γενικές γραμμές εμφανίζουν αρκετά υψηλότερες θετικές τιμές προς το τέλος της περιόδου σε σύγκριση με τη διετία 2012-2013.

Η σημαντική μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων σε συνδυασμό με τις διαγραφές απαιτήσεων των νοσοκομείων του ΕΟΠΥΥ από την πλευρά του Υπουργείου είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των δεικτών ρευστότητας των νοσοκομείων την περίοδο 2012-2018. Ως αποτέλεσμα, η δυνατότητα των νοσοκομείων να ανταποκριθούν στις τρέχουσες υποχρεώσεις τους αυξήθηκε σημαντικά τη συγκεκριμένη περίοδο. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι τα έτη 2016-2018 τα ταμειακά διαθέσιμα επαρκούσαν να καλύψουν πλήρως τις υποχρεώσεις, χωρίς συνεισφορά από τις απαιτήσεις ή τα αποθέματα.

Ο αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων εκφραζόμενος σε ημέρες αυξήθηκε τη συγκεκριμένη περίοδο, με έντονες διακυμάνσεις από έτος σε έτος. Ειδικότερα, ο μέσος χρόνος είσπραξης είναι αυξημένος κατά 261 ημέρες το 2020 σε σχέση με το 2012, υποδηλώνοντας αδυναμία έγκαιρης είσπραξης απαιτήσεων.

Χαμηλή και με τάση έντονης πτώσης είναι η αναλογία των ξένων κεφαλαίων στο παθητικό των νοσοκομείων, η χρηματοδότηση των οποίων προέρχεται κυρίως από ίδια κεφάλαια. Ειδικότερα, το μερίδιο των ίδιων κεφαλαίων στα συνολικά κεφάλαια των νοσοκομείων αυξήθηκε από 72,6% το 2012 σε 89,5% το 2020. Ο δείκτης κάλυψης τόκων με λειτουργικό πλεόνασμα παρουσίασε έντονη μεταβλητότητα σε πολύ υψηλά επίπεδα, καθώς οι δαπάνες για τόκους των νοσοκομείων (ο παρονομαστής του συγκεκριμένου δείκτη) αποτελούν πολύ μικρό μέρος των δαπανών των νοσοκομείων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο μακροχρόνιος δανεισμός δεν φαίνεται να είναι συνήθης πρακτική για τα δημόσια νοσοκομεία στη χώρα.

Επιπλέον, η χαμηλή δανειακή επιβάρυνση των νοσοκομείων αποτυπώνεται και στους δείκτες βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων προς το σύνολο του ενεργητικού, οι οποίοι στην πλειονότητα των νοσοκομείων διαμορφώθηκαν σε επίπεδο χαμηλότερο από 10% μετά το 2016. Η ελλιπής ανάπτυξη υποδομών από τα νοσοκομεία αποτυπώνεται στη χαμηλή τιμή του αριθμοδείκτη παγίων στο σύνολο του ενεργητικού, ο οποίος διαμορφώθηκε περίπου στο 30% κατά μέσο όρο την περίοδο 2012-2020, με έντονη πτωτική τάση (από 37,4% το 2012 σε 22,4% το 2020).

Αναφορικά με τη δομή της κατάστασης αποτελεσμάτων χρήσης, αξιοσημείωτη είναι η σταδιακή αύξηση του ποσοστού εσόδων από ίδιες πηγές στο σύνολο των λειτουργικών εσόδων που αυξήθηκε από 41,0% το 2012 σε 53,3% το 2019, υποχωρώντας σε 48,3% το πρώτο έτος της πανδημίας. Ενδιαφέρον έχει επίσης η σημαντική μείωση (με έντονες διακυμάνσεις) του ποσοστού νοσοκομείων με έλλειμμα, από 41,4% το 2012 σε περίπου 12% τη διετία 2017-2018 και 13,5% το 2020, αλλά και 37,0% το 2019. Τέλος, στους περισσότερους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας καταγράφονται αξιοσημείωτες διακυμάνσεις μεταξύ 2012 και 2020, χωρίς να διαφαίνονται συγκεκριμένες τάσεις ανόδου ή καθόδου.

4. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

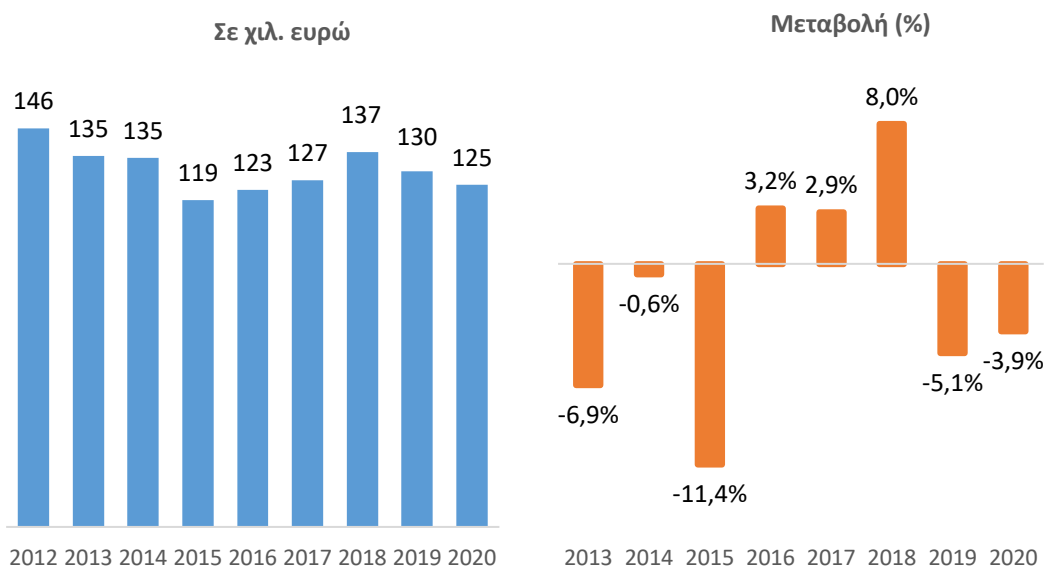
4.1 Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο της μελέτης, υπολογίστηκαν δείκτες με βάση το λειτουργικό κόστος όπως προκύπτει από την κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης, και στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας όπως αυτά προκύπτουν από τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (B.I. forms). Ειδικότερα, υπολογίζονται δείκτες επίδοσης με βάση τον αριθμό των κλινών, τον αριθμό των νοσηλευθέντων και τις ημέρες νοσηλείας, σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, αλλά και ανάλογα με το μέγεθος των νοσοκομείων (μικρά μεσαία, μεγάλα, πολύ μεγάλα). Οι δείκτες επιτρέπουν την εξέταση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων τόσο σε διαχρονική προοπτική στο σύνολο του δείγματος και ανά μέγεθος νοσοκομείων, όσο και συγκριτικά μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών της χώρας.

4.2 Εξέλιξη δεικτών στο σύνολο κλινών, νοσηλευθέντων, ημερών νοσηλείας

Το λειτουργικό κόστος προς τον συνολικό αριθμό των κλινών των νοσοκομείων παρουσιάζει μείωση την περίοδο 2012-2015 και ανοδική τάση από το 2015 μέχρι και το 2018 ενώ το 2019 και το 2020 υποχωρεί και πάλι. Η μεγαλύτερη ετήσια αύξηση, κατά 8%, σημειώνεται το 2018 και η μεγαλύτερη μείωση (-11,4%) το 2015.

Διάγραμμα 4.1: Λειτουργικό κόστος προς σύνολο κλινών 2012-2020 (σε ευρώ €)



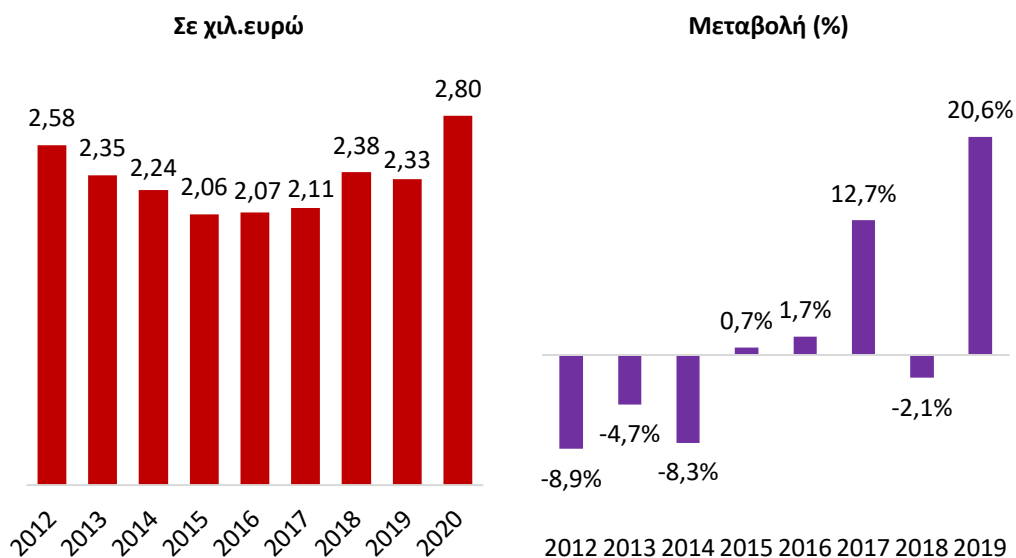
Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

Το λειτουργικό κόστος προς το σύνολο των νοσηλευθέντων υποχωρεί από €2,6 χιλ. ανά άτομο το 2012 σε €2,1 χιλ. το 2015. Στη συνέχεια, παρατηρείται σταθεροποίηση το διάστημα 2015-2017, αύξηση την διετία 2018-2019 και περαιτέρω αύξηση το 2020 στα επίπεδα του 2012 (€2,6 χιλ. ανά άτομο).

Παρόμοια είναι η τάση και στο λειτουργικό κόστος προς τις ημέρες νοσηλείας. Ειδικότερα, καταγράφεται πτωτική τάση από €667 ανά ημέρα το 2012 σε €583 το 2015, σχετική σταθεροποίηση τη διετία 2016-2017 σε σχεδόν €620 ανά ημέρα και έντονη ανοδική τάση,

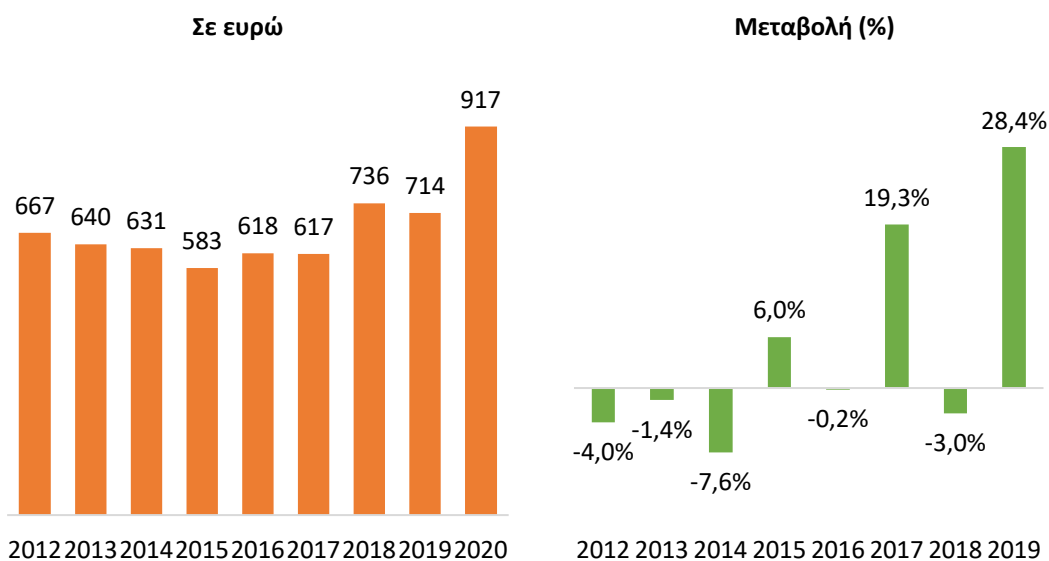
έως €915 ανά ημέρα το 2020, το πρώτο έτος της πανδημίας. Η μεγαλύτερη ετήσια αύξηση, κατά 28,2%, σημειώνεται το 2020 και η μεγαλύτερη υποχώρηση το 2014 (-7,6%).

Διάγραμμα 4.2: Λειτουργικό κόστος προς το σύνολο νοσηλευθέντων 2012-2020



Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Διάγραμμα 4.3: Λειτουργικό κόστος προς ημέρες νοσηλείας 2012-2020



Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

4.3 Εξέλιξη δεικτών ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ)

4.3.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ

Μείωση του λειτουργικού κόστους ανά αριθμό κλινών σημειώνεται σε όλες τις ΥΠΕ την περίοδο 2012-2015. Την επόμενη τριετία (2016-2018) επικρατούν ανοδικές τάσεις στις περισσότερες ΥΠΕ, με εξαίρεση την 3η ΥΠΕ (Μακεδονίας) και την 5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας) όπου ο δείκτης διακυμαίνεται κοντά στα επίπεδα του 2015. Το 2020, με

διαφορά το υψηλότερο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη καταγράφεται στην 4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης), με €162 χιλ. ανά κλίνη, η οποία είναι και η μόνη ΥΠΕ στην οποία ο δείκτης βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα το 2020 σε σύγκριση με το 2012. Ακολουθούν η 1^η ΥΠΕ (Αττικής) με €129 χιλ. και η 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας) με €127 χιλ. Ο δείκτης είναι χαμηλότερος στην 7^η ΥΠΕ (Κρήτης) με €106 χιλ. ανά κλίνη. Η μεγαλύτερη μείωση του δείκτη την περίοδο 2012-2020, κατά €35,2 χιλ. καταγράφεται στην 5^η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας).

Πίνακας 4.1: Εξέλιξη λειτουργικού κόστους προς αριθμό κλινών ανά ΥΠΕ, 2012-2020 (σε ευρώ €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1η ΥΠΕ	151.677	133.341	141.558	121.096	125.400	132.153	134.140	151.800	128.610
2η ΥΠΕ	140.462	120.722	114.063	102.427	99.935	108.323	115.197	100.407	112.864
3η ΥΠΕ	141.446	136.526	149.303	129.012	127.306	135.383	131.063	129.270	127.173
4η ΥΠΕ	144.653	126.801	131.633	112.885	146.907	160.335	164.011	153.050	162.061
5η ΥΠΕ	160.863	174.471	162.643	142.882	132.490	112.213	142.013	119.638	125.676
6η ΥΠΕ	139.227	136.909	126.279	121.014	123.305	129.291	155.036	136.376	111.132
7η ΥΠΕ	140.289	119.285	116.715	105.105	105.552	108.591	115.604	117.761	105.790
Σύνολο	145.517	135.436	134.599	119.203	122.985	126.613	136.723	129.757	124.758

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων, στοιχεία BI Forms. **Επεξεργασία στοιχείων:**

4.3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΑ

Το 2020 το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα εντοπίζεται στην 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης), με €4,1 χιλ. Ακολουθούν σε απόσταση, με €3,0 χιλ. ανά νοσηλευθέντα, η 1^η ΥΠΕ (Αττικής) και η 2^η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου). Το χαμηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα το 2020 καταγράφεται στην 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας) με €2,0 χιλ. Αρκετά διαφορετική είναι η κατάταξη το έτος αμέσως πριν την πανδημία, όταν το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα σημείωσε η 1^η ΥΠΕ (Αττικής), με €3,6 χιλ. και το χαμηλότερο η 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας) με €1,6 χιλ.

Πίνακας 4.2: Εξέλιξη λειτουργικού κόστους προς νοσηλευθέντες ανά ΥΠΕ, 2012-2020 (σε ευρώ €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1η ΥΠΕ	2.803	2.344	2.136	2.053	2.193	2.367	2.288	3.555	3.040
2η ΥΠΕ	3.286	2.770	2.832	2.365	2.179	2.203	2.262	2.288	2.729
3η ΥΠΕ	2.411	2.189	2.171	1.941	1.763	1.772	1.605	1.599	1.988
4η ΥΠΕ	2.596	1.937	1.811	1.575	2.386	2.567	2.730	2.468	4.110
5η ΥΠΕ	2.439	2.709	2.601	2.478	2.177	1.910	1.969	1.682	2.516
6η ΥΠΕ	2.153	2.436	2.232	2.214	2.149	2.173	3.855	2.687	2.650
7η ΥΠΕ	2.395	2.096	1.924	1.777	1.658	1.765	1.923	1.996	2.594
Σύνολο	2.583	2.354	2.244	2.058	2.072	2.108	2.376	2.325	2.804

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων, στοιχεία BI Forms. **Επεξεργασία στοιχείων:** ΙΟΒΕ.

Συγκρίνοντας τα επίπεδα του δείκτη ανά ΥΠΕ το 2012 και το 2019, σημειώνεται μείωση του κόστους ανά νοσηλευθέντα σε 5 από τις 7 ΥΠΕ, με μεγαλύτερη τη μείωση στην 2^η ΥΠΕ

(Πειραιώς και Αιγαίου), κατά €998 ανά νοσηλευθέντα. Αύξηση καταγράφεται στην 1^η ΥΠΕ (Αττικής), κατά €752 χιλ., καθώς και στην 6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας), κατά €534. Το πρώτο έτος της πανδημίας (2020), η τάση αντιστρέφεται και καταγράφεται αύξηση σε όλες τις ΥΠΕ, εκτός από την 1^η και την 6^η ΥΠΕ.

4.3.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Σε όρους λειτουργικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας, σημαντική αύξηση για το 2020 παρατηρείται σε όλες τις ΥΠΕ, με μεγαλύτερη την αύξηση στην 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης), κατά €396 ανά ημέρα. Ως αποτέλεσμα, η υψηλότερη τιμή την εξεταζόμενη περίοδο παρατηρείται το έτος 2020 λόγω της πανδημίας Covid-19 και της ανάπτυξης επιπλέον κλινών ΜΕΘ με πολλαπλάσιο κόστος λειτουργίας από τις απλές κλίνες.²⁹

Πριν την πανδημία, υψηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας το 2019 σε σύγκριση με το 2012 καταγράφεται σε 4 από τις 7 ΥΠΕ, με μεγαλύτερη τη διαφορά στην 6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας), κατά €454 ανά ημέρα. Από τις 3 ΥΠΕ με μείωση του λειτουργικού κόστους ανά ημέρα συνολικά την περίοδο 2012-2019, η μεγαλύτερη αρνητική μεταβολή παρατηρείται στην 5^η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας), κατά €102 ανά ημέρα.

Συγκρίνοντας το επίπεδο του δείκτη μεταξύ των ΥΠΕ της χώρας, τη μεγαλύτερη τιμή (€1,2 χιλ.) παρουσιάζουν η 6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας) και η 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης). Αντίθετα, το χαμηλότερο λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας καταγράφεται στην 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας), με €754 ανά ημέρα.

Πίνακας 4.3: Εξέλιξη λειτουργικού κόστους προς ημέρες νοσηλείας ανά ΥΠΕ, 2012-2020, (σε ευρώ €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1η ΥΠΕ	601	515	520	469	484	530	543	623	755
2η ΥΠΕ	746	666	714	622	624	610	635	675	779
3η ΥΠΕ	666	657	714	649	659	673	632	630	754
4η ΥΠΕ	724	618	588	534	732	783	852	774	1.170
5η ΥΠΕ	746	835	779	758	760	645	750	644	904
6η ΥΠΕ	606	632	581	564	574	552	1.159	1.060	1.188
7η ΥΠΕ	578	559	522	488	490	528	579	589	875
Σύνολο	667	640	631	583	618	617	736	714	917

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** ΙΟΒΕ

4.4 Εξέλιξη δεικτών ανά μέγεθος νοσοκομείου

Το μέγεθος των νοσοκομείων επηρεάζει και τις επιδόσεις τους λόγω της ύπαρξης οικονομιών κλίμακας. Για μια περισσότερο ομοιογενή σύγκριση των λειτουργικών δεικτών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ εξετάστηκαν οι δείκτες λειτουργικού κόστους ανά κατηγορία

²⁹ Ελεγκτικό Συνέδριο, Φεβρουάριος 2023, ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ, Συνοψείς των Εκθέσεων θεματικών ελέγχων του Ελεγκτικού Συνεδρίου, Αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ κατά την Πανδημία

νοσοκομείων σύμφωνα με τη δυναμικότητα των κλινών. Έτσι, για τους σκοπούς της μελέτης, νοσοκομεία δυναμικότητας από 0 έως 100 κλίνες κατηγοριοποιήθηκαν ως μικρά, από 101 έως 250 κλίνες ως μικρομεσαία, από 251 έως 400 κλίνες ως μεσαία, και άνω των 400 κλινών ως μεγάλα νοσοκομεία.

4.4.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ

Το λειτουργικό κόστος ανά κλίνη μειώθηκε συνολικά την περίοδο 2012-2020 στις περισσότερες κατηγορίες. Ειδικότερα, ο δείκτης βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα το 2020 από ό,τι το 2012 στα μεγάλα, τα μεσαία και μικρομεσαία νοσοκομεία, ενώ στα μικρά σημείωσε οριακή μέση ετήσια αύξηση την περίοδο 2012-2020. Η μεγαλύτερη μείωση του δείκτη την περίοδο 2012-2020, κατά €40,5 χιλ. καταγράφεται στα μικρομεσαία νοσοκομεία.

Την περίοδο 2012-2015, η μείωση του λειτουργικού κόστους ανά κλίνη επικρατούσε σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομείων. Στα μεγάλα, ο δείκτης μειώθηκε σε €115 χιλ. από €141 χιλ. ανά κλίνη, με εξίσου έντονη πτώση στα μικρομεσαία (από €156 χιλ. σε €126 χιλ.) και μικρά νοσοκομεία (από €135 χιλ. σε €101 χιλ.). Η πτώση στα μικρομεσαία νοσοκομεία ήταν πιο ήπια τη συγκεκριμένη περίοδο (από €149 χιλ. σε €134 χιλ. αντίστοιχα).

Την επόμενη τριετία (2016-2018) επικράτησε έντονη ανοδική τάση στα μικρά νοσοκομεία (σε €148 χιλ. ο δείκτης το 2018), με υποχώρηση το 2019 σε €134 χιλ., ενώ ηπιότερη άνοδος σημειώθηκε στα μεγάλα νοσοκομεία (σε 129 χιλ. ευρώ τη διετία 2017-2018 και €134 χιλ. το 2019). Στα μεσαία νοσοκομεία, παρά τη σχετική σταθερότητα αρχικά τη διετία 2016-2017, το 2018 σημειώθηκε σημαντική άνοδος (σε €159 χιλ.), με έντονη υποχώρηση στη συνέχεια (σε €145 χιλ. το 2019 και €117 χιλ. ανά κλίνη το 2020). Τέλος, στα μικρομεσαία νοσοκομεία, ο δείκτης παρέμεινε αρκετά σταθερός την περίοδο 2016-2019, υποχωρώντας στη συνέχεια σε €115 χιλ. το 2020.

Ως αποτέλεσμα αυτών των τάσεων, το πρώτο έτος της πανδημίας (2020), με διαφορά το υψηλότερο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη καταγράφεται στα μικρά νοσοκομεία, με €141 χιλ. ανά κλίνη. Ακολουθούν τα μεγάλα με €122 χιλ., τα μεσαία με 117 χιλ. και τέλος τα μικρομεσαία με €115 χιλ.

Πίνακας 4.4: Λειτουργικό Κόστος (€ ευρώ) / Αριθμός Κλινών ανά μέγεθος νοσοκομείου

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Μεγάλα	141.092	133.977	129.879	115.454	119.272	129.348	128.599	134.311	122.258
Μεσαία	149.202	145.791	143.637	133.641	135.604	129.159	159.359	144.701	116.733
Μικρομεσαία	155.513	143.382	142.212	126.020	123.201	125.246	123.301	122.531	115.014
Μικρά	134.869	118.115	119.035	100.966	113.943	120.318	147.822	133.854	140.583

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE.

4.4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΑ

Το λειτουργικό κόστος ανά νοσηλευθέντα, παρουσίασε έντονες διακυμάνσεις στις περισσότερες κατηγορίες, καταγράφοντας χαμηλότερη τιμή το 2020 σε σύγκριση με το 2012 στα μεγάλα, μεσαία και μικρομεσαία νοσοκομεία. Αντίθετα στα μικρά νοσοκομεία εντοπίζεται σημαντική αύξηση στον δείκτη το διάστημα 2012-2020.

Εξετάζοντας τις τάσεις σε υποπεριόδους, σε όλες τις κατηγορίες παρατηρείται τάση μείωσης του δείκτη από το 2012 έως περίπου τα μέσα της περιόδου. Ειδικότερα, στα μεγάλα νοσοκομεία, ο δείκτης καταγράφει τη χαμηλότερη τιμή το 2016 (€1,7 χιλ. ανά νοσηλευθέντα, από €2,3 χιλ. το 2012), ενώ στη συνέχεια παρατηρούνται διακυμάνσεις σε ελαφρώς υψηλότερα (κατά μέσο όρο) επίπεδα. Στα μεσαία νοσοκομεία, η χαμηλότερη τιμή του δείκτη καταγράφεται το 2017 (σε €1,6 χιλ., από €2,2 χιλ.), σημειώνοντας μικρή αύξηση στη συνέχεια (σε €1,7 χιλ. το 2019). Αντίστοιχα, στα μικρομεσαία το κόστος υποχωρεί σταδιακά σε €2,0 χιλ. το 2018 (από €2,6 χιλ. το 2012), παρουσιάζοντας μία μικρή αύξηση σε €1,1 χιλ. το 2019. Τέλος, στα μικρομεσαία, ο δείκτης υποχωρεί σταδιακά σε €2,8 χιλ. το 2015, από €3,7 χιλ. το 2012, σημειώνοντας στη συνέχεια έντονες διακυμάνσεις (€4,2 χιλ. το 2018, αλλά και €3,7 χιλ. το 2019).

Το 2020, το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα εντοπίζεται στα μικρά νοσοκομεία, με €5,3 χιλ. (είναι το υψηλότερο για όλα τα νοσοκομεία την περίοδο 2012-2020), ενώ ακολουθούν, με περίπου €2,3 χιλ. ανά νοσηλευθέντα, τα μικρομεσαία. Το χαμηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα το 2020 καταγράφεται στα μεσαία με €1,8 χιλ. Η κατάταξη δεν διαφοροποιείται το 2019 αμέσως πριν την πανδημία, όταν το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα σημείωσαν και πάλι τα μικρά, με €3,7 χιλ. και το χαμηλότερο τα μεσαία με €1,7 χιλ.

Πίνακας 4.5: Λειτουργικό Κόστος (€ ευρώ) / Νοσηλευθέντα ανά μέγεθος νοσοκομείου

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Μεγάλα	2.272	2.019	1.906	1.756	1.722	1.816	1.738	1.726	2.123
Μεσαία	2.116	1.971	1.916	1.752	1.700	1.618	1.824	1.651	1.814
Μικρομεσαία	2.613	2.528	2.546	2.240	2.108	2.048	2.000	2.121	2.340
Μικρά	3.747	3.199	2.922	2.760	3.013	2.985	4.216	3.692	5.324

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE.

4.4.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Στο λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, ο δείκτης καταγράφει υψηλότερη τιμή το 2020 σε σύγκριση με το 2012 σε όλες τις κατηγορίες. Αυτό το αποτέλεσμα ενδεχομένως εξηγείται με τον περιορισμό στην παραμονή στα νοσοκομεία που επέβαλαν οι συνθήκες πανδημίας. Η μεγαλύτερη αύξηση την περίοδο 2012-2020 παρατηρείται στα μικρά νοσοκομεία (σε €1,8 χιλ. ανά ημέρα το 2020, από €883 το 2012).

Πριν την πανδημία, επικρατούσαν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες κατηγορίες, με αρκετές διακυμάνσεις. Στα μεγάλα και στα μικρά νοσοκομεία, η χαμηλότερη τιμή του δείκτη καταγράφεται το 2015 (€428 και €739 ανά ημέρα αντίστοιχα), ενώ στα μεσαία και τα μικρομεσαία η χαμηλότερη τιμή σημειώνεται το 2017 (€530 και €608 ανά ημέρα αντίστοιχα).

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει το μέγεθος των νοσοκομείων σε όρους αποτελεσματικότητας διακρίνονται εντονότερα στον συγκεκριμένο δείκτη, καθώς συγκρίνοντας το επίπεδο του δείκτη μεταξύ των νοσοκομείων ανάλογα με τη δυναμικότητά τους, τα περισσότερα έτη της ανάλυσης είναι εμφανής η αντίστροφη σχέση. Εξαιρέση αποτελεί μόνο το έτος 2018, όταν τα μεσαία νοσοκομεία καταγράφουν υψηλότερη τιμή σε σχέση με τα μικρομεσαία (€639 έναντι €615). Την περίοδο 2012-2019, η υψηλότερη τιμή

σημειώνεται το 2019 στα μικρά νοσοκομεία με €1,3 χιλ. ανά ημέρα και η χαμηλότερη το 2015 στα μεγάλα νοσοκομεία (€428 ανά ημέρα).

Πίνακας 4.6: Λειτουργικό Κόστος (€ ευρώ) / Ημέρες Νοσηλείας ανά μέγεθος νοσοκομείου

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Μεγάλα	499	496	469	428	446	491	484	510	617
Μεσαία	620	612	592	552	580	530	639	587	633
Μικρομεσαία	710	662	689	646	637	608	615	613	762
Μικρά	883	814	809	739	859	821	1.286	1.178	1.853

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE.

4.5 Συμπεράσματα

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, υπολογίστηκαν δείκτες επίδοσης που επιτρέπουν την εξέταση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων με βάση τον αριθμό των κλινών, τον αριθμό των νοσηλευθέντων και τις ημέρες νοσηλείας, σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, αλλά και ανάλογα με το μέγεθος των νοσοκομείων (μικρά, μικρομεσαία, μεσαία, μεγάλα,). Οι συγκεκριμένοι δείκτες υπολογίστηκαν τόσο σε διαχρονική προοπτική στο σύνολο του δείγματος και ανά μέγεθος νοσοκομείων, όσο και συγκριτικά μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών της χώρας.

Το λειτουργικό κόστος προς τον συνολικό αριθμό των κλινών των νοσοκομείων παρουσιάζει μείωση την περίοδο 2012-2015 και ανοδική τάση από το 2015 μέχρι και το 2018 ενώ το 2019 και το 2020 υποχωρεί και πάλι. Το λειτουργικό κόστος προς το σύνολο των νοσηλευθέντων επίσης υποχωρεί το διάστημα 2012-2015 (από €2,6 χιλ. σε €2,1 χιλ. ανά άτομο), σταθεροποιείται το διάστημα 2015-2017 και διαμορφώνεται την περίοδο 2018- 2020 σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά του 2012. Παρόμοια είναι η τάση και στο λειτουργικό κόστος προς τις ημέρες νοσηλείας, καθώς καταγράφεται πτωτική τάση από το 2012 στο 2015, σχετική σταθεροποίηση τη διετία 2016-2017 και έντονη ανοδική τάση, έως €915 ανά ημέρα το 2020, το πρώτο έτος της πανδημίας. Σε επίπεδο υγειονομικών περιφερειών, παρατηρείται μείωση του λειτουργικού κόστους ανά αριθμό κλινών σε όλες τις ΥΠΕ την περίοδο 2012-2015. Την επόμενη τριετία (2016-2018) σημειώνονται ανοδικές τάσεις στις περισσότερες ΥΠΕ, με εξαίρεση την 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας) και την 5^η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας) όπου ο δείκτης βρίσκεται κοντά στα επίπεδα του 2015. Με διαφορά το υψηλότερο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη το 2020 καταγράφεται στην 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης), με €162 χιλ. ανά κλίνη, η οποία είναι και η μόνη ΥΠΕ στην οποία ο δείκτης βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα το 2020 σε σύγκριση με το 2012. Η μεγαλύτερη μείωση του δείκτη την περίοδο 2012-2020, κατά €35,2 χιλ. καταγράφεται στην 5^η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας).

Από την άλλη πλευρά, το λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας το 2020, σημειώνει αύξηση σε όλες τις ΥΠΕ λόγω της πανδημίας Covid-19 και της ανάπτυξης επιπλέον κλινών ΜΕΘ με πολλαπλάσιο κόστος λειτουργίας από τις απλές κλίνες, με μεγαλύτερη την αύξηση στην 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης). Πριν την πανδημία, υψηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας το 2019 σε σύγκριση με το 2012 καταγράφεται σε 4 από τις 7 ΥΠΕ, με μεγαλύτερη τη διαφορά στην 6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας). Η υψηλότερη τιμή (€1,2 χιλ.) μεταξύ των 7 ΥΠΕ σημειώνεται στην 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης) και στην 6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας).

Αντίθετα, το χαμηλότερο λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας καταγράφεται στην 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας), με €754 ανά ημέρα.

Σχετικά με τις επιδόσεις ανά μέγεθος νοσοκομείου, το λειτουργικό κόστος ανά κλίνη μειώθηκε συνολικά την περίοδο 2012-2020 στις περισσότερες κατηγορίες. Ειδικότερα, ο δείκτης βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα το 2020 από ό,τι το 2012 στα μεγάλα, τα μεσαία και μικρομεσαία νοσοκομεία (όπου καταγράφεται η μεγαλύτερη μείωση κατά €40,5 χιλ.), ενώ στα μικρά ο δείκτης σημείωσε οριακή αύξηση την ίδια περίοδο. Ως αποτέλεσμα αυτών των τάσεων, το πρώτο έτος της πανδημίας (2020), με διαφορά το υψηλότερο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη καταγράφεται στα μικρά νοσοκομεία, με €141 χιλ. ανά κλίνη.

Ανά νοσηλευθέντα, το λειτουργικό κόστος παρουσίασε έντονες διακυμάνσεις στις περισσότερες κατηγορίες, καταγράφοντας χαμηλότερη τιμή το 2020 σε σύγκριση με το 2012 στα μεγάλα, μεσαία και μικρομεσαία νοσοκομεία. Αντίθετα στα μικρά νοσοκομεία εντοπίζεται σημαντική αύξηση στον δείκτη το διάστημα 2012-2020.

Στο λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, ο δείκτης καταγράφει υψηλότερη τιμή το 2020 σε σύγκριση με το 2012 σε όλες τις κατηγορίες. Η μεγαλύτερη αύξηση την περίοδο 2012-2020 παρατηρείται στα μικρά νοσοκομεία (σε €1,8 χιλ. ανά ημέρα το 2020, από €883 το 2012). Πριν την πανδημία, επικρατούσαν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες κατηγορίες, με αρκετές διακυμάνσεις. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι συγκρίνοντας το επίπεδο του δείκτη μεταξύ των νοσοκομείων ανάλογα με την δυναμικότητά τους, στα περισσότερα έτη της ανάλυσης είναι εμφανής η αντίστροφη σχέση, όπου τα μεγαλύτερα νοσοκομεία καταγράφουν χαμηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (οικονομίες κλίμακα).

Γενικότερα, παρατηρείται διαφοροποίηση της τάσης στους δείκτες λειτουργικού κόστους προς το τέλος της περιόδου, με πτώση στο κόστος ανά κλίνη, αλλά και αύξηση στο κόστος ανά νοσηλευθέντα και ακόμα σημαντικότερη αύξηση στο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας. Διαφαίνεται ότι οι συνθήκες πανδημίας δημιούργησαν ανάγκες για πιο δαπανηρή και πιο σύντομη παραμονή στα νοσοκομεία, καθώς και για περισσότερες διαθέσιμες κλίνες.

5. ΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ-ΔΕΔΟΥΛΕΥΜΕΝΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

5.1 Θέματα που σχετίζονται με τη μη κατάλληλη χρήση της λογιστικής του δεδουλευμένου

Η ανάλυση που προηγήθηκε στα κεφάλαια 3 και 4 βασίστηκε στη χρήση πληροφοριών από τις δημοσιευμένες λογιστικές καταστάσεις που διαθέτουν αφενός μεγαλύτερο πλούτο πληροφορίας για σωρευμένα μεγέθη όπως τα πάγια, οι απαιτήσεις, οι υποχρεώσεις και τα ίδια κεφάλαια και αφετέρου καταγράφουν τις ροές, όπως τα έσοδα και τα έξοδα σε δεδουλευμένη βάση και όχι απλώς βάσει της είσπραξης ή της πληρωμής τους.

Η ελλιπής καταγραφή της λογιστικής πληροφορίας είναι δυνατό να επιφέρει σημαντικές, αλυσιδωτές, αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη διαχείριση όσο και στη λειτουργία των Δημοσίων Μονάδων Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η μη χρήση πληροφοριών δεδουλευμένης λογιστικής οδηγεί σε ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με το κόστος. Έτσι τα ενδιαφερόμενα μέρη δεν μπορούν να διαμορφώσουν μια ολοκληρωμένη οπτική αναφορικά με την αποδοτικότητα του δημόσιου νοσοκομείου.

Επιπροσθέτως, η πλημμελής καταγραφή συναλλαγών για τα αποθέματα μέσω της δεδουλευμένης λογιστικής (δηλαδή, των εισροών και των εκροών από την αποθήκη) δεν επιτρέπει τη σωστή παρουσίαση των ποσοτήτων και της αποτίμησης των αποθεμάτων που υπάρχουν στην αποθήκη φαρμάκων και αναλωσίμων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε πρόσθετα ανεπιθύμητα κόστη λόγω μη αποδοτικής διαχείρισης.

Επιπλέον, οι Δημόσιες Μονάδες Υγείας λόγω της φύσης της λειτουργίας τους, εμφανίζουν υψηλά ποσά απαιτήσεων που αναμένουν να εξοφληθούν από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο λόγω της περιορισμένης χρήσης των προβλέψεων για την αναγνώριση της εισπραξιμότητας των απαιτήσεων, εγείρεται ζήτημα για την ποιότητα της πληροφορίας, που προέρχεται από τους λογαριασμούς αυτούς.

Ένα ακόμη πρόβλημα που εντοπίζεται στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας είναι η έλλειψη συγκρισιμότητας των οικονομικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν στο τέλος του έτους για το σύνολο των φορέων. Η πλειονότητα των Δημοσίων Μονάδων Υγείας καταγράφει την οικονομική πληροφορία με βάση τα όσα ορίζονται στο ΠΔ 146/2003, ενώ μία μειοψηφία χρησιμοποιεί τις αρχές και τους κανόνες που ορίζουν τα Διεθνή Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Αναφοράς (International Financial Reporting Standards-IFRS). Η ανομοιομορφία στις λογιστικές αρχές και τα πρότυπα που χρησιμοποιούν οι δύο αυτές υποομάδες στερεί από τις εποπτεύουσες αρχές και τα ενδιαφερόμενα μέρη τη δυνατότητα σύγκρισης τους στα στοιχεία που περιλαμβάνονται στις καταστάσεις και τους συνακόλουθους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας, βιωσιμότητας, κλπ.

Επίσης, μόνο με τη λογιστική του δεδουλευμένου μπορεί να αξιολογηθεί η παλαιότητα του εξοπλισμού των Δημοσίων Μονάδων Υγείας. Από τη σύγκριση της αξίας κτήσης και της λογιστικής αξίας (δηλαδή της αξίας κτήσης μείον τις σωρευμένες αποσβέσεις) μπορεί να προκύψουν χρήσιμες πληροφορίες για την παλαιότητα του εξοπλισμού και των υποδομών των Δημοσίων Μονάδων Υγείας. Όσο πιο μεγάλη είναι η απόκλιση μεταξύ της αξίας κτήσης και της λογιστικής αξίας τόσο περισσότερο τα εν λόγω στοιχεία του ενεργητικού πλησιάζουν το τέλος του ωφέλιμου βίου τους.

Τέλος, λόγω του ιδιαίτερου καθεστώτος που επιβάλλει το ΠΔ 146/2003 εφαρμόζεται η συνύπαρξη ταμειακής και δεδουλευμένης λογιστικής. Έτσι, οι Δημόσιες Μονάδες Υγείας προχωρούν στην κατάρτιση προϋπολογισμών-απολογισμών βάσει της ταμειακής λογιστικής και καταστάσεων τέλους χρήσης βάσει της δεδουλευμένης λογιστικής. Επομένως πολλές φορές δημιουργείται σύγχυση ότι το αποτέλεσμα της ταμειακής λογιστικής είναι το αποτέλεσμα της χρήσης, ενώ στην ουσία αφορά μόνο τη μεταβολή στο ταμείο. Το αποτέλεσμα της χρήσης, πλεόνασμα ή έλλειμμα, είναι αυτό που προκύπτει από τη λογιστική του δεδουλευμένου. Αυτή η λανθασμένη αντίληψη ενδέχεται να οδηγήσει σε λανθασμένες αποφάσεις και στρατηγικές.

5.2 Πως θα μπορούσε η λογιστική του δεδουλευμένου να βοηθήσει τα δημόσια νοσοκομεία

Τα τελευταία χρόνια έγινε αντιληπτό πως η λογιστική του δεδουλευμένου έπρεπε να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της λειτουργίας των Δημόσιων Μονάδων Υγείας. Με το λογιστικό αυτό πλαίσιο αναγνωρίζονται όλα τα στοιχεία του ενεργητικού, οι υποχρεώσεις, τα έσοδα και τα έξοδα.

Βασικό πλεονέκτημα της εφαρμογής της λογιστικής του δεδουλευμένου είναι ότι παρέχει στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας καλύτερη παρακολούθηση και γνώση του κόστους. Επομένως, διαθέτοντας σωστή πληροφορία για τα κόστη, μπορεί να οδηγήσει τους διοικούντες του φορέα σε καλύτερη λήψη αποφάσεων, εξοικονόμηση κόστους (καθώς υπάρχει πληρέστερη και ολοκληρωμένη καταγραφή των δαπανών), καθώς επίσης παρέχει στον φορέα ευελιξία στο να προσαρμοστεί σε έκτακτες συνθήκες. Αξιοποιώντας τα οφέλη (πληρέστερη απεικόνιση της οικονομικής πληροφορίας και καλύτερη γνώση του κόστους) που παρέχονται από τη δεδουλευμένη λογιστική και συνδυάζοντας τα με σύγχρονα τεχνολογικά συστήματα μπορούν να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες αλλά ταυτόχρονα να υπάρχει και ορθότερη διαχείριση του κόστους, δημιουργώντας με τον τρόπο αυτόν «Έξυπνα Νοσοκομεία».

Επιπροσθέτως, το σύστημα της δεδουλευμένης λογιστικής θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει τα συστήματα εφοδιαστικής αλυσίδας. Πλέον, με το λογιστικό πλαίσιο της δεδουλευμένης λογιστικής γίνεται ορθότερη καταγραφή και παρακολούθηση των φαρμάκων, παρέχοντας ορθότερη εικόνα αναφορικά με τις διαθέσιμες ποσότητες αλλά και τις ελλείψεις φαρμάκων.

Άλλο σημείο που αναμένεται ότι η δεδουλευμένη λογιστική μπορεί να συμβάλλει είναι οι απαιτήσεις και οι υποχρεώσεις που έχουν οι Δημόσιες Μονάδες Υγείας. Η καταγραφή τους γίνεται τη στιγμή που δημιουργείται η απαίτηση ή η υποχρέωση προσφέροντας στους χρήστες της οικονομικής πληροφορίας πιο αντικειμενική ενημέρωση σχετικά με τις αξιώσεις που έχουν οι Δημόσιες Μονάδες Υγείας από τρίτους αλλά και των οφειλών τους. Με το σύστημα της δεδουλευμένης λογιστικής, γίνεται καλύτερη παρακολούθηση και του χρόνου που εισπράττονται οι απαιτήσεις ή εξοφλούνται οι υποχρεώσεις, παρέχοντας τη δυνατότητα στους χρήστες των οικονομικών καταστάσεων πληρέστερη εικόνα αναφορικά με την αποδοτικότητα και τη λειτουργία του φορέα, για τη χάραξη στρατηγικών αλλά και για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων.

Τέλος, η εφαρμογή της δεδουλευμένης λογιστικής μέσα από τα Διεθνή Πρότυπα Δημοσίου Τομέα (International Public Sector Accounting Standards-IPSAS) αναμένεται ότι θα ενισχύσει ακόμη περισσότερο τη διαφάνεια και τη λογοδοσία των Δημόσιων Μονάδων Υγείας, παρέχοντας συγκρίσιμα οικονομικά δεδομένα όχι μόνο σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο, αναδεικνύοντας τις αδυναμίες και τις ελλείψεις του φορέα.

Οι Δημόσιες Μονάδες Υγείας εφόσον συμπεριλαμβάνονται στους φορείς Γενικής Κυβέρνησης έχουν υποχρέωση από 1/1/2025 να εφαρμόσουν το νέο Λογιστικό Πλαίσιο Γενικής Κυβέρνησης. Το πλαίσιο αυτό βασίζεται στη λογιστική του δεδουλευμένου και εκσυγχρονίζει τα λογιστικά συστήματα του δημοσίου με γνώμονα τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα Δημοσίου Τομέα (IPSAS). Η εισαγωγή τους θα οδηγήσει σε εξάλειψη του υφιστάμενου προβλήματος της συγκρισιμότητας μεταξύ φορέων που εφαρμόζουν αυτή τη στιγμή Διεθνή Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Αναφοράς και αυτών που εφαρμόζουν το ΠΔ 146/2003 εφόσον όλες οι Δημόσιες Μονάδες Υγείας θα συντάσσουν λογιστικές καταστάσεις με το ίδιο λογιστικό πλαίσιο.

Ταυτόχρονα, το ΠΔ54/2018 προσφέρει και προοπτικές βελτίωσης σε θέματα παρακολούθησης του κόστους. Πέρα από την οικονομική ταξινόμηση που προβλέπει το ΠΔ 54/2018 υπάρχει και η δυνατότητα ταξινόμησης για κοστολογικούς σκοπούς η οποία κατάλληλα οργανωμένη θα μπορούσε να υποστηρίξει τις Δημόσιες Δομές Υγείας στην παρακολούθηση του κόστους τους.

Τέλος, η ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης της οικονομικής επίδοσης των Δημοσίων Μονάδων Υγείας από το Υπουργείο Υγείας με τη χρήση των αριθμοδεικτών και κοστολογικών δεδομένων σε ένα dash board συνολικά αλλά και με βάση την ΥΠΕ ή/και το μέγεθός τους θα μπορούσε να αυξήσει τη διαφάνεια και τη λογοδοσία των νοσοκομείων.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων παρέχουν πληροφορίες για τη χρηματοοικονομική θέση και επίδοση τους, ενώ παρέχεται πληροφόρηση που εξυπηρετεί σκοπούς δημόσιας λογοδοσίας και λήψης αποφάσεων. Αξιοποιώντας αυτές τις πληροφορίες, ο βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των οικονομικών μεγεθών και αποτελεσμάτων των δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο 2012 έως και 2020, με βάση τις δημοσιευμένες χρηματοοικονομικές καταστάσεις, των αριθμοδεικτών, αλλά και δεικτών με βάση το λειτουργικό κόστος και τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας που αντλήθηκαν από τη βάση δεδομένων (B.I.forms) του Υπουργείου Υγείας (κλίνες, ημέρες νοσηλείας, νοσηλευθέντες).

Η πορεία αρκετών μεγεθών και δεικτών την εξεταζόμενη περίοδο (2012-2020) μπορεί να χαρακτηριστεί με μια σχετικά ισχυρή τάση αρχικά στην κατεύθυνση περιορισμού χρηματοοικονομικών κινδύνων και εξυγίανσης, σταθεροποίησης στη συνέχεια και μια σταδιακή διόρθωση προς την κατεύθυνση επιστροφής σε επίπεδα πιο κοντά σε μακροχρόνιους μέσους όρους. Στην πλευρά των συνολικών μεγεθών, παρατηρείται επίσης μια αρκετά έντονη μεταβλητότητα από έτος σε έτος.

Ειδικότερα, το ενεργητικό των νοσοκομείων αυξήθηκε σημαντικά μέχρι τα μέσα της περιόδου, λόγω αύξησης των διαθεσίμων και των απαιτήσεων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σχετική σταθεροποίηση. Αντίστοιχα, οι υποχρεώσεις (κυρίως βραχυπρόθεσμες) κατέγραψαν έντονες διακυμάνσεις τη συγκεκριμένη περίοδο, με την χαμηλότερη τιμή να σημειώνεται τη διετία 2017-2018. Παρόμοια είναι η εικόνα και ως προς τα λειτουργικά έξοδα που κατέγραψαν έντονη μείωση έως το 2016-2017, με σταδιακή ανάκαμψη στη συνέχεια. Παρατηρείται έντονη μεταβλητότητα στα καθαρά αποτελέσματα, τα οποία σε γενικές γραμμές εμφανίζουν αρκετά υψηλότερες θετικές τιμές προς το τέλος της περιόδου σε σύγκριση με τη διετία 2012-2013.

Η ανάλυση με βάση τους χρηματοοικονομικούς αριθμοδείκτες ανέδειξε σημαντικά συμπεράσματα. Η σημαντική μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων σε συνδυασμό με τις διαγραφές απαιτήσεων των νοσοκομείων του ΕΟΠΥΥ από την πλευρά του Υπουργείου είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των δεικτών ρευστότητας, αναδεικνύοντας ότι η σημαντική αύξηση της δυνατότητας των νοσοκομείων να ανταποκριθούν στις τρέχουσες υποχρεώσεις τους αυξήθηκε σημαντικά τη συγκεκριμένη περίοδο. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι τα έτη 2016-2018 τα ταμειακά διαθέσιμα επαρκούσαν να καλύψουν πλήρως τις υποχρεώσεις, χωρίς συνεισφορά από τις απαιτήσεις ή τα αποθέματα.

Ο αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας απαιτήσεων εκφραζόμενος σε ημέρες αυξήθηκε την περίοδο 2012-2020, με έντονες διακυμάνσεις από έτος σε έτος, αναδεικνύοντας αυξημένη αδυναμία των νοσοκομείων για έγκαιρη είσπραξη των απαιτήσεων. Χαμηλή και με τάση έντονης πτώσης είναι η αναλογία των ξένων κεφαλαίων στο παθητικό των νοσοκομείων, η χρηματοδότηση των οποίων ολοένα και περισσότερο προέρχεται από ίδια κεφάλαια. Επιπλέον, διαφαίνεται από τους δείκτες μια ιδιαίτερα χαμηλή δανειακή επιβάρυνση των νοσοκομείων, τα οποία δεν καταφεύγουν σχεδόν καθόλου σε μακροχρόνιο δανεισμό. Ωστόσο, η πτωτική τάση στον αριθμοδείκτη παγίων στο σύνολο του ενεργητικού αποτυπώνει την περιορισμένη ανάπτυξη νέων υποδομών από τα νοσοκομεία. Αναφορικά με τη δομή της κατάστασης αποτελεσμάτων χρήσης, αξιοσημείωτη είναι η σταδιακή αύξηση του

ποσοστού εσόδων από ίδιες πηγές στο σύνολο των λειτουργικών εσόδων μέχρι την έναρξη της πανδημίας. Τέλος, στους περισσότερους αριθμοδείκτες αποδοτικότητας καταγράφονται αξιοσημείωτες διακυμάνσεις μεταξύ 2012 και 2020, χωρίς να διαφαίνονται συγκεκριμένες τάσεις ανόδου ή καθόδου.

Στην ανάλυση για τους δείκτες επίδοσης έγινε εξέταση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων με βάση τον αριθμό των κλινών, τον αριθμό των νοσηλευθέντων και τις ημέρες νοσηλείας, τόσο σε διαχρονική προοπτική στο σύνολο του δείγματος και ανά μέγεθος νοσοκομείων (μικρά, μικρομεσαία, μεσαία και μεγάλα), όσο και συγκριτικά μεταξύ των επτά υγειονομικών περιφερειών (ΥΠΕ) της χώρας. Από τη συγκεκριμένη ανάλυση προέκυψε ότι το λειτουργικό κόστος προς τον συνολικό αριθμό των κλινών των νοσοκομείων παρουσιάζει μείωση την περίοδο 2012-2015 και ανοδική τάση από το 2015 μέχρι και το 2018 ενώ το 2019 και το 2020 υποχωρεί και πάλι. Το λειτουργικό κόστος προς το σύνολο των νοσηλευθέντων υποχωρεί το διάστημα 2012-2015, σταθεροποίηση το διάστημα 2015-2017, και αύξηση από 2018-2020 στα επίπεδα του 2012. Παρόμοια ήταν η τάση και στο λειτουργικό κόστος προς τις ημέρες νοσηλείας.

Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των δεικτών μεταξύ των ΥΠΕ της χώρας, καθώς και ανάλογα με το μέγεθος των νοσοκομείων. Με διαφορά το υψηλότερο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη το 2020 καταγράφεται στην 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης), ενώ το χαμηλότερο κόστος σημειώνεται στην 7^η ΥΠΕ (Κρήτης). Ανά νοσηλευθέντα, εξακολουθεί η 4^η ΥΠΕ να παρουσιάζει το μεγαλύτερο κόστος το 2020, ενώ το χαμηλότερο κόστος καταγράφεται στην 3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας). Τέλος, ανά ημέρα νοσηλείας, το υψηλότερο λειτουργικό κόστος καταγράφεται στην 6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας) και την 4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης), ενώ η χαμηλότερη τιμή του δείκτη καταγράφεται στην 1^η ΥΠΕ (Αττικής). Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται έντονες μεταβολές στις κατατάξεις των ΥΠΕ με βάση τους δείκτες από έτος σε έτος.

Σχετικά με τους δείκτες ανά μέγεθος νοσοκομείου, η γενική εικόνα δείχνει ότι πράγματι υπάρχουν σημαντικές οικονομίες κλίμακα. Ειδικότερα, τα μικρά νοσοκομεία (έως 100 κλίνες) καταγράφουν τις υψηλότερες τιμές στους δείκτες λειτουργικού κόστους ανά νοσηλευθέντα και ανά ημέρα νοσηλείας τα περισσότερα έτη της ανάλυσης. Αντίστοιχα, οι χαμηλότερες τιμές στο λειτουργικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας καταγράφονται πάντα στα μεγάλα νοσοκομεία (άνω των 400 κλινών), χωρίς ωστόσο αυτό να ισχύει σε όλα τα έτη της ανάλυσης στον δείκτη ανά νοσηλευθέντα, όπου τα μεσαία νοσοκομεία (από 251 έως 400 κλίνες) καταγράφουν κάποια έτη ακόμα χαμηλότερη τιμή. Λιγότερο εμφανείς είναι οι οικονομίες κλίμακα στο κόστος ανά κλίνη, όπου την τριετία 2018-2020 η χαμηλότερη τιμή καταγράφεται στα μικρομεσαία νοσοκομεία (από 101 έως 250 κλίνες).

Γενικότερα, στους δείκτες λειτουργικού κόστους παρατηρείται στο σύνολο του δείγματος και στις περισσότερες υποκατηγορίες διαφοροποίηση της τάσης προς το τέλος της περιόδου. Το κόστος ανά κλίνη υποχωρεί, ενώ αυξάνεται το κόστος ανά νοσηλευθέντα, με ακόμα σημαντικότερη την αύξηση στο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας. Διαφαίνεται ότι οι συνθήκες πανδημίας δημιούργησαν ανάγκες για περισσότερες διαθέσιμες κλίνες, καθώς και για πιο δαπανηρή και πιο σύντομη παραμονή στα νοσοκομεία.

Όπως αναδείχθηκε από αυτή την ανάλυση, οι χρηματοοικονομικές καταστάσεις που καταρτίζονται σύμφωνα με την αρχή του δεδουλευμένου παράγουν καλύτερη πληροφόρηση

για τη λήψη των αποφάσεων και συμβάλλουν στην καλύτερη διοίκηση και την βιώσιμη οικονομική διαχείριση. Επιπλέον, ο έλεγχος των οικονομικών καταστάσεων από εξωτερικούς ελεγκτές, είναι ένας σημαντικός μηχανισμός διαφάνειας και λογοδοσίας για τα δημόσια νοσοκομεία. Η εξέταση των στοιχείων σε δεδουλευμένη βάση και μελλοντικά η σύγκρισή τους με τα ταμειακά στοιχεία αναδεικνύουν επιπλέον πτυχές της οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων και παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Επομένως, η υποχρέωση που έχουν τα δημόσια νοσοκομεία να συντάσσουν και να δημοσιεύουν τις ετήσιες οικονομικές καταστάσεις στο ηλεκτρονικό διαδικτυακό πρόγραμμα «Διαύγεια», σύμφωνα με το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο των Δημοσίων Μονάδων Υγείας (Π.Δ. 146/2003), με υποχρεωτική εφαρμογή από 1/1/2006, αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα στον εκσυγχρονισμό της λογιστικής – κοστολογικής τους οργάνωσης.

Συμπερασματικά, οι οικονομικές καταστάσεις παρέχουν εξαιρετικά χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τη χρηματοοικονομική θέση και επίδοση των νοσοκομείων, προκειμένου σε πρώτο βαθμό η διοίκηση τους, σε δεύτερο οι διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών (Υ.ΠΕ) και σε τελικό στάδιο η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, να έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις για την εύρυθμη και οικονομικά αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομείων, αξιοποιώντας τα στοιχεία για αποτελεσματικότερη διαχείριση των χρησιμοποιούμενων πόρων, μεγαλύτερη διαφάνεια, μικρότερο κόστος παραγωγής των υπηρεσιών τους, με τελικό σκοπό την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/el/home>
- ΔιαΝΕΟσις, 2015, Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση, Ποσοτική Έρευνα, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis
- ΔιαΝΕΟσις, 2016, Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση «Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας» https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf
- ΔιαΝΕΟσις, 2020, Το νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf
- Ελεγκτικό Συνέδριο, Φεβρουάριος 2023, ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ, Συνόψεις των Εκθέσεων θεματικών ελέγχων του Ελεγκτικού Συνεδρίου, https://www.elsyn.gr/sites/default/files/book_files/%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%9A%CE%A1%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%A3_0.pdf
- ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ,(2023), Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2022, http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_05102023_REP_GR.pdf
- Καναβός, Π. και Σουλιώτης Κ. (2017) ‘Υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Εξισορρόπηση της δημοσιονομικής προσαρμογής με τις υγειονομικές ανάγκες’, σε *Πέρα από τη λιτότητα : Για μια νέα δυναμική στην ελληνική οικονομία*. Εκδόσεις: ΠΕΚ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΡΗΤΗΣ
- ΣΕΒ, (2020) ‘Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον’.
- Τακτικό Ευρωβαρόμετρο 94, Εθνική έκθεση, Κοινή γνώμη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ελλάδα, Χειμώνας 2020/2021. Σημείωση: διεξήχθη δια ζώσης και ολοκληρώθηκε κατ’εξαίρεση με διαδικτυακές συνεντεύξεις, λόγω της πανδημίας Covid-19, Ελλάδα, Χειμώνας 2020/2021, https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/02/eb_94_nat_el_el-1.pdf
- Τούντας Γ., Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Νεκτάριος Μ., Σουλιώτης Κ., Υφαντόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (2020), Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΔιαΝΕΟσις, https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf
- Οικονόμου, Χ. (2012) ‘Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας’, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf>
- Υπουργείο Υγείας, Bi-Health, <https://portal.bi.moh.gov.gr/>
- Υπουργείο Ανάπτυξης, (2020) ‘Σχέδιο Ανάπτυξης για την Ελληνική Οικονομία’
- Υπουργείο Υγείας, (2019) ‘Εθνικό στρατηγικό σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία’

Ξενόγλωση

- Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01): <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>
- Council conclusions on Health systems and fiscal sustainability (8.11.2016): <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/en/pdf>
- Economou, C. (2015) 'Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece', Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017) 'Greece: Health system review. Health Systems in Transition'; 19(5):1–192, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf
- Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Health Consumer Powerhouse (2018), Euro Health Consumer Index. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- OECD-Health Statistics, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9>
- Zilidis, C., Kastanioti, C., Polyzos, N., και Yfantopoulos, J., (2015). Development of a Health Work force Monitoring System in Greece. Journal of Investment and Management, 4 (5), 256-263. Doi: 10.11648/j. jim.20150405.27

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 8.1: Τυπολόγιο αριθμοδεικτών

Αριθμοδείκτες	Τύπος υπολογισμού
Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας	
Αποδοτικότητα συνόλου Ενεργητικού	$\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα χρήσης} + \text{Τόκοι έξοδα}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων	$\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα χρήσης}}{\text{Συνολικά Ίδια Κεφάλαια}}$
Αποδοτικότητα Απασχολούμενου Κεφαλαίου	$\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα χρήσης}}{\text{Ίδια Κεφάλαια} + \text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}$
Περιθώριο Πλεονάσματος	$\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα χρήσης}}{\text{Λειτουργικά έσοδα}}$
Αριθμοδείκτες Ρευστότητας	
Έμμεση Ρευστότητα	$\frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό} + \text{Μεταβατικοί Λογαριασμοί Ενεργητικού}}{\text{Βραχύπροθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού}}$
Άμεση Ρευστότητα	$\frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό} - \text{Αποθέματα} + \text{Μετ. Λογ. Ενεργητικού}}{\text{Βραχύπροθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού}}$
Ταμειακή Ρευστότητα	$\frac{\text{Διαθέσιμα}}{\text{Βραχύπροθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού}}$
Αριθμοδείκτες Κυκλοφοριακής Ταχύτητας	
Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων σε φορές	$\frac{\text{Λειτουργικά έσοδα}}{\text{Απαιτήσεις}}$
Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων σε ημέρες	$\frac{365}{\text{Κυκλοφοριακή ταχύτητα Απαιτήσεων σε φορές}}$
Κυκλοφοριακή ταχύτητα συνόλου Ενεργητικού	$\frac{\text{Λειτουργικά έσοδα}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Κυκλοφοριακή ταχύτητα Παγίου Ενεργητικού	$\frac{\text{Λειτουργικά έσοδα}}{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}$
Αριθμοδείκτες Δομής Κεφαλαίων	
Ξένα* προς Ίδια κεφάλαια	$\frac{\text{Ξένα κεφάλαια}}{\text{Ίδια κεφάλαια}}$
Ξένα προς Συνολικά κεφάλαια	$\frac{\text{Ξένα κεφάλαια}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Ίδια προς Συνολικά κεφάλαια	$\frac{\text{Ίδια κεφάλαια}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Δείκτης κάλυψης τόκων με πλεόνασμα	$\frac{\text{Καθαρά αποτελέσματα χρήσης} + \text{Χρεωστικοί τόκοι}}{\text{Χρεωστικοί τόκοι}}$
Αριθμοδείκτες Δομής Ισολογισμού	
Πάγιο προς σύνολο Ενεργητικού	$\frac{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Κυκλοφορούν προς σύνολο Ενεργητικού	$\frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις προς σύνολο Ενεργητικού	$\frac{\text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις προς σύνολο Ενεργητικού	$\frac{\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}}{\text{Σύνολο Ενεργητικού}}$
Πάγιο προς Ίδια κεφάλαια	$\frac{\text{Πάγιο Ενεργητικό}}{\text{Ίδια κεφάλαια}}$
Αριθμοδείκτες Δομής Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης	
Έσοδα από ίδιες πηγές** προς Λειτουργικά έσοδα***	$\frac{\text{Έσοδα από ίδιες πηγές}}{\text{Λειτουργικά έσοδα}}$
Έσοδα από επιχορηγήσεις προς Λειτουργικά έσοδα	$\frac{\text{Έσοδα από Επιχορηγήσεις}}{\text{Λειτουργικά έσοδα}}$
Κόστος αγαθών & υπηρεσιών προς Λειτουργικά έξοδα****	$\frac{\text{Κόστος αγαθών και υπηρεσιών}}{\text{Λειτουργικά έξοδα}}$
Έξοδα Διοικητικής Λειτουργίας προς Λειτουργικά έξοδα	$\frac{\text{Έξοδα Διοικητικής Λειτουργίας}}{\text{Λειτουργικά έξοδα}}$
Λειτουργικά έσοδα προς Λειτουργικά έξοδα	$\frac{\text{Λειτουργικά έσοδα}}{\text{Λειτουργικά έξοδα}}$

(*) Ως Ξένα Κεφάλαια ορίζεται το άθροισμα των Μακροπρόθεσμων Υποχρεώσεων, των Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων, των Μεταβατικών Λογαριασμών Παθητικού και των Προβλέψεων για Κινδύνους & Έξοδα

(**) Έσοδα από Ίδιες Πηγές θεωρούνται τα έσοδα από πώληση αγαθών & υπηρεσιών

(***) Τα Συνολικά Λειτουργικά Έσοδα αποτελούνται από τα έσοδα από πώληση αγαθών & υπηρεσιών τις τακτικές επιχορηγήσεις από κρατικό προϋπολογισμό και τα άλλα έσοδα

(****) Τα Συνολικά Λειτουργικά Έξοδα αποτελούνται από το κόστος Αγαθών & Υπηρεσιών, τα έξοδα Διοικητικής Λειτουργίας, τα έξοδα Λειτουργίας Ερευνών & αναπτύξεως, τα έξοδα Λειτουργίας Δημοσίων Σχέσεων και τις μη ενσωματωμένες αποσβέσεις στο λειτουργικό κόστος (ΚΑΧ)

Πίνακας 8.2: Χρηματοδότηση φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (εκατ. ευρώ) 2016-2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	17/16 (%)	18/17 (%)	19/18 (%)	20/19 (%)	21/20 (%)
1.Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4) (HF.1,HF.4)	14.743	14.391	14.581	15.031	15.720	16.665	-2,40	1,3	3,1	4,6	6
2.Δημόσιος τομέας (2Α+2Β) (HF.1.1,HF.1.2)	9.050	8.715	8.634	9.246	9.720	10.353	-3,70	-0,9	7,1	5,1	6,5
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	4.561	4.188	4.394	4.639	4.901	5.484	-8,20	4,9	5,6	5,7	11,9
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.054	1.093	1.121	1.216	1.199	1.259	3,70	2,5	8,5	-1,4	5
Έμποροι λιανικής και λουτοί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.435	3.434	3.120	3.391	3.619	3.610	0,00	-9,2	8,7	6,7	-0,2
2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.519	3.985	3.916	4.109	4.428	5.059	-11,80	-1,7	4,9	7,8	14,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	3.660	3.168	3.097	3.200	3.423	3.971	-13,50	-2,2	3,3	7	16
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	709	680	684	788	787	816	-4,1	0,6	15,2	-0,1	3,7
Έμποροι λιανικής και λουτοί φορείς (HP.4 έως HP.0)	150	138	135	121	218	272	-8,4	-2,2	-10,2	80,2	25
2Β.ΟΚΑ (HF.1.2)	4.531	4.730	4.718	5.138	5.292	5.294	4,40	-0,3	8,9	3	0
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	901	1.021	1.296	1.439	1.478	1.513	13,30	27	11	2,7	2,3
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	346	413	437	428	412	443	19,5	5,7	-1,9	-3,8	7,5
Έμποροι λιανικής και λουτοί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.285	3.296	2.985	3.271	3.402	3.338	0,40	-9,4	9,6	4	-1,9
3.Ιδιωτικός τομέας(3Α+3Β) (HF.2.1,HF.3.1)	5.625	5.615	5.891	5.729	5.935	6.248	-0,20	4,9	-2,7	3,6	5,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	2.003	1.998	2.262	2.098	2.181	2.314	-0,30	13,2	-7,3	4	6,1
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.373	1.435	1.490	1.437	1.294	1.346	4,50	3,8	-3,6	-9,9	4
Έμποροι λιανικής και λουτοί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.249	2.182	2.139	2.195	2.459	2.588	-3,00	-2	2,6	12,1	5,2

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	17/16 (%)	18/17 (%)	19/18 (%)	20/19 (%)	21/20 (%)
3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)	568	578	630	672	678	693.5	1,9	9	6,7	0,9	2,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	423	435	468	507	525	532	2,7	7,6	8,3	3,6	1,4
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	54	50	63	62	42	46	-8,3	26,6	-1,2	-32,2	8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	90	94	99	103	111	116	4,1	6	3,9	7,7	4
3Β.Πληρωμές ιδιωτών (HF.3.1)	5.058	5.036	5.261	5.057	5.256	5.554	-0,40	4,5	-3,9	3,9	5,7
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.580	1.563	1.795	1.591	1.657	1.782	-1,10	14,8	-11,3	4,1	7,5
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.319	1.385	1.427	1.374	1.252	1.300	5,00	3	-3,7	-8,9	3,9
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.159	2.088	2.040	2.092	2.348	2.472	-3,30	-2,3	2,5	12,3	5,3
4.Λοιπές δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	67	62	56	56	65	64	-8	-9,9	0,4	16,6	-1,5

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας 8.3: Κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2016-2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	17/16 (%)	18/17 (%)	19/18 (%)	20/19 (%)	21/20 (%)
Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.9)	14.743	14.391	14.581	15.031	15.720	16.665	-2,40	1,3	3,1	4,6	6
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	8.951	8.749	9.261	9.334	9.503	10.074	-2,30	5,8	0,8	1,8	6
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	538	599	428	624	564	729	11,4	-28,5	45,8	-9,6	29,3
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	4.835	4.636	4.476	4.648	5.116	5.026	-4,10	-3,5	3,8	10,1	-1,8
Διοίκηση τομέα υγείας, κ.λπ. (HC.6-HC.0)	419	407	416	426	536	835	-2,9	2	2,4	26,1	55,7
Νοσοκομεία (HP.1)	6.434	5.972	6.364	6.545	6.877	7.545	-7,20	6,6	2,9	5,1	9,7
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	6.434	5.972	6.364	6.545	6.877	7.312	-7,20	6,6	2,9	5,1	6,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κ.λπ. (HC.6-HC.0)	0	0	0	0	0	234	-	-	-	-	-
Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.2)	177	253	325	224	249	294	42,9	28,3	-31	10,9	18,2
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	177	253	325	224	249	294	42,9	28,3	-31	10,9	18,2
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	2.447	2.550	2.633	2.675	2.516	2.628	4,20	3,2	1,6	-6	4,5
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	2.285	2.394	2.477	2.489	2.312	2.415	4,80	3,5	0,5	-7,1	4,4
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	19	17	17	18	19	20	-10	0,5	4	7,6	7,9
Διοίκηση τομέα υγείας, κ.λπ. (HC.6-HC.0)	144	140	138	169	185	193	-2,6	-1,1	22,3	9,3	4,2

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	17/16 (%)	18/17 (%)	19/18 (%)	20/19 (%)	21/20 (%)
Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών (HP.4)	519	582	411	607	545	709	12,1	-29,3	47,5	-10,1	30
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	519	582	411	607	545	709	12,1	-29,3	47,5	-10,1	30
Έμποροι λιανικής (HP.5)	4.835	4.636	4.476	4.648	5.116	5.026	-4,10	-3,5	3,8	10,1	-1,8
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	4.835	4.636	4.476	4.648	5.116	5.026	-4,10	-3,5	3,8	10,1	-1,8
Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς (HP.6-HP.9)	331	398	372	332	418	463	20,2	-6,5	-10,8	25,9	10,9
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	55	130	95	75	66	54	135,8	-27,4	-20,4	-12,2	-17,8
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκ/κους ασθενείς (HC.4,HC.5)	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κ.λπ. (HC.6-HC.0)	276	267	277	256	352	409	-3	3,7	-7,5	37,1	16,4

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Νοσοκομεία ΕΣΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια**1^η ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής**

- "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
- Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"
- Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"
- Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"
- Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"
- Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"
- Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"
- Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
- Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"
- Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"
- Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"
- Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"
- Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"
- Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.
- Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"
- Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"
- Γ.Ν.Α. "ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"
- ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
- ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"
- ΝΟΣ. ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"
- ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"
- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

2^η ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου

- Γ.Ν. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ" ΒΟΥΛΑΣ
- Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
- Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"
- Γ.Ν. ΘΗΡΑΣ
- Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ
- Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ"
- Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"
- Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ"
- Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ"
- Γ.Ν. ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ "ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ"
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΘΗΡΩΝ "ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ"

- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΩ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ
- ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚ. ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"
- ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"
- Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"
- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
- ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

3η ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας

- Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"
- Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ
- Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ
- Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ
- Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ
- Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"
- Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"
- Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
- Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
- Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ
- Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"
- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

4η ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης

- ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ
- Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ
- Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ
- Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ
- Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ
- Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ
- Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ"
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
- ΠΡΩΤΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"

5η ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

- Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ
- Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ
- Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
- Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ
- Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ
- Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ
- Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ
- Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

- Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ
- Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ
- Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ
- Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ
- Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ
- Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ"
- Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"
- Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
- Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ
- Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ
- Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ
- Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ
- Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ "ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"
- Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ
- Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"
- Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"
- Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ
- Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"
- Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ

7η ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

- Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ
- Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
- Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ
- Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"
- Γ.Ν.- Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

Πίνακας 8.4: Αριθμός χρήσεων με έλλειμμα

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ΣΥΝΟΛΟ
1η ΥΠΕ	14	5	9	6	3	2	1	5	3	48
2η ΥΠΕ	11	6	5	9	7	5	4	6	3	56
3η ΥΠΕ	1	1	0	0	6	0	0	5	2	15
4η ΥΠΕ	3	1	0	0	8	0	0	8	0	20
5η ΥΠΕ	4	3	2	3	1	1	1	7	1	23
6η ΥΠΕ	6	4	6	3	3	3	4	2	2	33
7η ΥΠΕ	2	2	2	1	2	0	1	1	1	12
Σύνολο	41	22	24	22	30	11	11	34	12	207

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Πίνακας 8.5: Αριθμός χρήσεων με πλεόνασμα

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ΣΥΝΟΛΟ
1η ΥΠΕ	9	14	8	9	11	10	11	7	10	89
2η ΥΠΕ	9	13	14	9	12	14	14	11	13	109
3η ΥΠΕ	8	5	9	9	3	9	10	5	8	66
4η ΥΠΕ	12	11	11	11	5	13	14	8	13	98
5η ΥΠΕ	7	9	10	8	12	11	12	6	12	87
6η ΥΠΕ	10	15	15	15	14	14	12	14	14	123
7η ΥΠΕ	3	4	4	5	4	8	7	7	7	49
Σύνολο	58	71	71	66	61	79	80	58	77	621

Πηγή: Λογιστικές καταστάσεις νοσοκομείων. Επεξεργασία στοιχείων: ΙΟΒΕ

Πίνακας 8.6: Νοσοκομεία ΕΣΥ της ανάλυσης του δείγματος ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ανά λογιστικό πρότυπο

ΥΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	X	X							
1	ΓΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ		X	X						
1	Γ.Ν.Α. «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»	X	X							
1	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	X/IFRS	X/IFRS	X/IFRS	X/IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	X
1	Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ «ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»	X	X	X						IFRS
1	Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	X	X	X				X	X	X
1	Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	X								
1	Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»	X	X							
1	Γ.Ν. ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ & ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ		X	X	X	X				
1	Γ.Ν. ΠΑΤΗΣΙΩΝ									
1	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ									
1	Γ.Ν. ΝΟΣΗΜ. ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «ΣΩΤΗΡΙΑ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»	X	X	X	X	X				X
1	Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	X	X	X	X	X	X			
1	Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»	X								
1	Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	X								
1	ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ		X	X	X	X	X	X	X	X
1	«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ- Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»	X	X							
1	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ									
1	Γ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	Γ. Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΕΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ΥΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Γ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ»	X	X	X	X	X	X	X	X	
1	Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»	X	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS		
1	ΝΟΣΟΚ. ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	«ΩΝΑΣΕΙΟ» Κ/Χ ΚΕΝΤΡΟ									
1	Γ. Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	
1	ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ				X	X	X	X	X	X
1	Γ.Ν.Α. «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»	X/IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS
2	ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	X								
2	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΗΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣ. «ΑΤΤΙΚΟΝ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ» ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ					X	X	X		
2	Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ. Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν. ΔΥΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ									
2	Γ. Ν.- ΚΥ ΚΥΘΗΡΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν ΣΑΜΟΥ «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν. ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΪΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	
2	ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ	X	X	X					IFRS	
2	Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ «Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»	X/IFRS	X/IFRS	X/IFRS	X	X	X			X

ΥΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ «ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΩ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	X								
3	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»			X	X	X	X	X	X	X
3	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	X								
3	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»			X	X	X				
3	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ & ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	ΝΟΣ. ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ									
3	Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	X								
3	Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ									
3	Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ									
3	Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ			X	X	X	X	X	X	X
3	Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	ΨΥΧ. ΝΟΣ. ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ									
3	Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»							X	X	X
3	Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Γ.Ν ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS
3	Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ			X	X	X	X	X	X	X
4	Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	ΠΡΩΤΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	ΝΟΣ. ΑΦΡΟΔ. & ΔΕΡΜ. ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	X						X	X	
4	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»	X	X	X/IFRS	X/IFRS	X/IFRS	X	X	X	X

ΥΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
4	Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	X				X	X	X	X	X
4	Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	X						X	X	
4	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	
4	ΓΝ ΕΒΡΟΥ		X	X	X	X	X	X	X	X
4	Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	X							X	X
4	Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	X	X/IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS
4	Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	X	X	X	X	X
5	ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΛΑΡΙΣΑΣ	X	X	X		X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»	X	X	X	X	X		X	X	X
5	Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ					X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ		X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	X								

ΥΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6	ΝΟΣΟΚ. ΝΟΣΗΜ. ΘΩΡΑΚΟΣ Ν.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»									
6	Γ.Ν. ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ	IFRS	IFRS				IFRS	IFRS	IFRS	IFRS
6	Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ		X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	X	X	X					X	X
6	Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ						IFRS	IFRS		
6	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ							IFRS		
6	Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ «Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»									
6	Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ		X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ									
6	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ									
6	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΤΡΙΠΟΛΗΣ									
6	Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣ. ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	X	X	X	X	X	X	X		
6	Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	X	X	X	X					
6	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ		X	X						
6	Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν.-Κ-Υ- ΜΟΛΑΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	
6	Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ		X	X				X	X	X
6	Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»									
6	Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ			X	X	X	X		X	X
6	Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ	X	X	X	X	X	X			
6	ΠΑΝΕΠΙΣΤ. Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS
6	Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS	IFRS
6	Γ.Ν.- Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ΥΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ									
6	Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	X	X	X	X	X	X	X		X
6	Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ «ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	X	X	X	X	X	X			
6	Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ»			X	X	X	X	X	X	X
6	Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	X	X	X/IFRS	X/IFRS	X	X	X	X/IFRS	X
7	Γ.Ν ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ»		X	X	X	X	X	X	X	X
7	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΧΑΝΙΩΝ									
7	Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ «ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Γ.Ν. ΛΑΣΙΘΙΟΥ		X	X	X	X	X	X	X	X
7	Ο.Μ. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ						X	X	X	X
7	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ		X	X	X	X	X	X	X	X
7	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ ΚΡΗΤΗΣ «ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ»	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ΥΠΟΜΝΗΜΑ

X: Οικονομικές καταστάσεις βάσει ΠΔ 146/2003

X/IFRS: Οικονομικές καταστάσεις βάσει ΠΔ 146/2003+ Οικονομικές καταστάσεις βάσει IFRS

IFRS: Οικονομικές καταστάσεις μόνο βάσει IFRS

Κενό: Δεδομένα που λείπουν από τη βάση