



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

«Χρηματοοικονομική ανάλυση νοσοκομείων αρμοδιότητας της 5ης
Υ.ΠΕ. την τελευταία δεκαετία»

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής: ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΡΟΥΠΙΑΣ

Αθήνα, Μάιος 2026



«Χρηματοοικονομική ανάλυση νοσοκομείων αρμοδιότητας της 5ης
Υ.ΠΕ. την τελευταία δεκαετία »

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΡΟΥΠΙΑΣ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Αθήνα, Μάιος 2026

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει τη χρηματοοικονομική πορεία των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων κατά την περίοδο 2013 έως 2024. Σκοπός της μελέτης είναι η αποτίμηση της οικονομικής θέσης, της λειτουργικής κυκλοφορίας, της ρευστότητας, της αποδοτικότητας και της κεφαλαιακής βιωσιμότητας των τριών νοσοκομειακών μονάδων της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας. Η μεθοδολογία βασίστηκε σε ποσοτική χρηματοοικονομική ανάλυση δημοσιευμένων ισολογισμών και καταστάσεων αποτελεσμάτων χρήσης. Υπολογίστηκαν βασικά οικονομικά μεγέθη, δείκτες τάσεων και αριθμοδείκτες δραστηριότητας, ρευστότητας, αποδοτικότητας και διαρθρώσεως κεφαλαίων. Τα ευρήματα δείχνουν σημαντική ενίσχυση της λογιστικής περιουσιακής και κεφαλαιακής βάσης των νοσοκομείων, κυρίως μέσω κυκλοφορούντων στοιχείων, απαιτήσεων, επιχορηγήσεων και ιδίων κεφαλαίων. Παράλληλα, αναδεικνύεται έντονη πίεση στη λειτουργική αποδοτικότητα, καθώς το κόστος παροχής υπηρεσιών υπερβαίνει σταθερά τα λειτουργικά έσοδα. Η ρευστότητα εμφανίζεται ισχυρή σε λογιστικό επίπεδο, αλλά η ταμειακή εικόνα είναι σαφώς πιο περιορισμένη. Κεντρικό συμπέρασμα είναι ότι τα νοσοκομεία παρουσιάζουν ενισχυμένη βιωσιμότητα σε επίπεδο ισολογισμού, ενώ η ουσιαστική οικονομική ανθεκτικότητα εξαρτάται από ταχύτερη είσπραξη απαιτήσεων, συγκράτηση κόστους και ανανέωση των παγίων υποδομών..

Λέξεις – Κλειδιά

Χρηματοοικονομική ανάλυση, Δημόσια Νοσοκομεία, Αριθμοδείκτες

Abstract

This study examines the financial development of the General Hospitals of Volos, Karditsa and Trikala during the period 2013 to 2024. The aim of the research is to assess the financial position, operating activity, liquidity, profitability and capital sustainability of three public hospitals operating within the 5th Health Region of Greece. The methodology is based on quantitative financial analysis of published balance sheets and income statements. The analysis includes core accounting figures, trend indicators and financial ratios related to activity, liquidity, profitability and capital structure. The findings show a substantial strengthening of the hospitals' accounting asset base and equity position, mainly through current assets, receivables, public grants and accumulated equity. At the same time, the results reveal strong pressure on operational performance, as the cost of goods and services consistently exceeds operating revenues. Liquidity appears strong from an accounting perspective, yet cash liquidity remains much more limited. This distinction is crucial, because a significant part of current assets consists of receivables rather than immediately available cash. The main conclusion is that the hospitals display improved balance sheet sustainability, while their real financial resilience depends on faster collection of receivables, tighter cost control, systematic monitoring of cash flows and renewal of fixed infrastructure.

Keywords

financial analysis, public hospitals, financial ratios

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Abstract	4
Περιεχόμενα	5
Κατάλογος Πινάκων	7
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	7
Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ, Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΟΜΗ ΚΑΙ Η 5 ^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ.....	9
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	9
1.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΤΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ.....	13
1.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ	17
1.4 Η 5 ^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	25
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 2.1	
ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ	25
ΑΝΑΛΥΣΗΣ	25
2.2 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	27
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	27
2.3 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ...	31
2.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	34
2.5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ, ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΡΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ	43
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	43
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΜΠΕΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	43
3.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	46
3.2.1 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	46
3.2.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ.....	48
3.2.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΡΙΚΗ.....	50
3.2.4 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ.....	50
3.2.5 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΙΑ.....	51
3.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	52
3.4 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	57
3.4.1 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ	57
3.4.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	59
3.4.3 ΚΕΡΔΟΦΟΡΙΑ, ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ.....	60
3.5 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ, ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ	61
3.6 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	65

3.7 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ	68
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	68
3.8 ΣΥΝΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	73
4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	73
4.2 Πηγή και συλλογή δεδομένων	74
4.3 Δείγμα και χρονική περίοδος	74
4.4 Επεξεργασία και Ομογενοποίηση στοιχείων	74
4.5 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	91
4.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	92
4.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΔΟΧΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ.....	92
4.8 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	93
5.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013- 2024.	93
5.2 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ.....	102
5.2.1 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	103
5.2.2 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ.....	110
5.2.3 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	121
Βιβλιογραφία.....	126

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Διοικητική διάρθρωση και αρμοδιότητες του συστήματος υγείας	19
Πίνακας 2. Φορείς υγείας της 5ης ΥΠΕ που εντάσσονται στο πεδίο της έρευνας.....	24
Πίνακας 3. Βασικοί αριθμοδείκτες	39
Πίνακας 4. Τυπολόγιο αριθμοδεικτών	91

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Πάγιο Ενεργητικό των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	95
Διάγραμμα 2. Κυκλοφορούν Ενεργητικό των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	96
Διάγραμμα 3. Ενεργητικό των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	97
Διάγραμμα 4. Σύνολο Υποχρεώσεων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024	98
Διάγραμμα 5. Ίδια Κεφάλαια των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	99
Διάγραμμα 6. Κύκλος εργασιών των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	100
Διάγραμμα 7. Μεικτό αποτέλεσμα των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	101
Διάγραμμα 8. Καθαρό αποτέλεσμα χρήσης των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.....	102
Διάγραμμα 9. Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	104
Διάγραμμα 10. Μέση Περίοδος Είσπραξης σε ημέρες των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	105
Διάγραμμα 11. Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	106
Διάγραμμα 12. Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	107
Διάγραμμα 13. Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	108
Διάγραμμα 14. Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.....	109
Διάγραμμα 15. Μέση Περίοδος Εξόφλησης σε ημέρες των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	110
Διάγραμμα 16. Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής ή Γενικής Ρευστότητας των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	112
Διάγραμμα 17. Αριθμοδείκτης Άμεσης ή Ειδικής Ρευστότητας των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	113
Διάγραμμα 18. Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	114
Διάγραμμα 19. Δείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	115
Διάγραμμα 20. Δείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.....	116
Διάγραμμα 21. Δείκτης αποδοτικότητας Ενεργητικού των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	118
Διάγραμμα 22. Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Πάγια των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	119
Διάγραμμα 23. Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Ξένα Κεφάλαια των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.	120
Διάγραμμα 24. Αριθμοδείκτης Κυκλοφορούντος Ενεργητικού προς Συνολικές Υποχρεώσεις των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.....	121

Εισαγωγή

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνθετο πεδίο δημόσιας πολιτικής, στο οποίο η χρηματοδότηση, η διοικητική οργάνωση και η αποδοτικότητα των νοσοκομείων επηρεάζουν άμεσα τη συνέχεια και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική κρίση, οι αυστηροί δημοσιονομικοί περιορισμοί της προηγούμενης δεκαετίας και η πρόσφατη πανδημία COVID-19 ανέδειξαν την επιτακτική ανάγκη συστηματικής παρακολούθησης και αξιολόγησης των οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων. Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η χρηματοοικονομική ανάλυση στον χώρο της υγείας δεν πρέπει να περιορίζεται σε μία στεία λογιστική προσέγγιση, αλλά χρειάζεται να συνδυάζει τα λογιστικά μεγέθη με το θεσμικό πλαίσιο και την κοινωνική αποστολή των δημόσιων μονάδων (Economou et al., 2017; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Η αναγκαιότητα της εργασίας συνδέεται με την ανάγκη τεκμηριωμένης αποτίμησης της οικονομικής πορείας νοσοκομείων που ανήκουν στην ίδια Υγειονομική Περιφέρεια και λειτουργούν μέσα σε κοινό θεσμικό πλαίσιο, αλλά, ταυτόχρονα, παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς το μέγεθος και τη δυναμικότητά τους. Σκοπός της έρευνας είναι η χρηματοοικονομική ανάλυση των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων για την περίοδο 2013 έως 2024, μια διευρυμένη χρονική περίοδο που επιτρέπει τη μελέτη των νοσοκομείων σε συνθήκες δημοσιονομικής στενότητας, υγειονομικής κρίσης και μετα-πανδημικής προσαρμογής.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα αφορούν την εξέλιξη των στοιχείων ισολογισμού και αποτελεσμάτων χρήσης, τη συμπεριφορά των αριθμοδεικτών (ρευστότητας, αποδοτικότητα, δραστηριότητας), τις συγκλίσεις και αποκλίσεις μεταξύ των τριών νοσοκομείων, καθώς και τη συνολική εικόνα της οικονομικής βιωσιμότητας. Η συμβολή της εργασίας βρίσκεται στη συγκριτική και διαχρονική αποτύπωση των τριών κομβικών δημόσιων νοσοκομείων της 5ης ΥΠΕ, προσφέροντας χρήσιμα συμπεράσματα για τη λήψη αποφάσεων στη διοίκηση της υγείας.

Η εργασία οργανώνεται σε έξι κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας, τη διοικητική του δομή και τον ρόλο της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, ενώ το δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσει το θεωρητικό πλαίσιο της χρηματοοικονομικής ανάλυσης και των αριθμοδεικτών νοσοκομείων. Το τρίτο κεφάλαιο συνθέτει την εμπειρική βιβλιογραφία για ρευστότητα, δραστηριότητα, αποδοτικότητα, κεφαλαιακή διάρθρωση και βιωσιμότητα των μονάδων υγείας. Το τέταρτο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία της έρευνας και το πέμπτο

παρουσιάζει και ερμηνεύει τα αποτελέσματα. Τέλος, το έκτο κεφάλαιο διατυπώνει τα συμπεράσματα, τους περιορισμούς και τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ, Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΟΜΗ ΚΑΙ Η 5^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

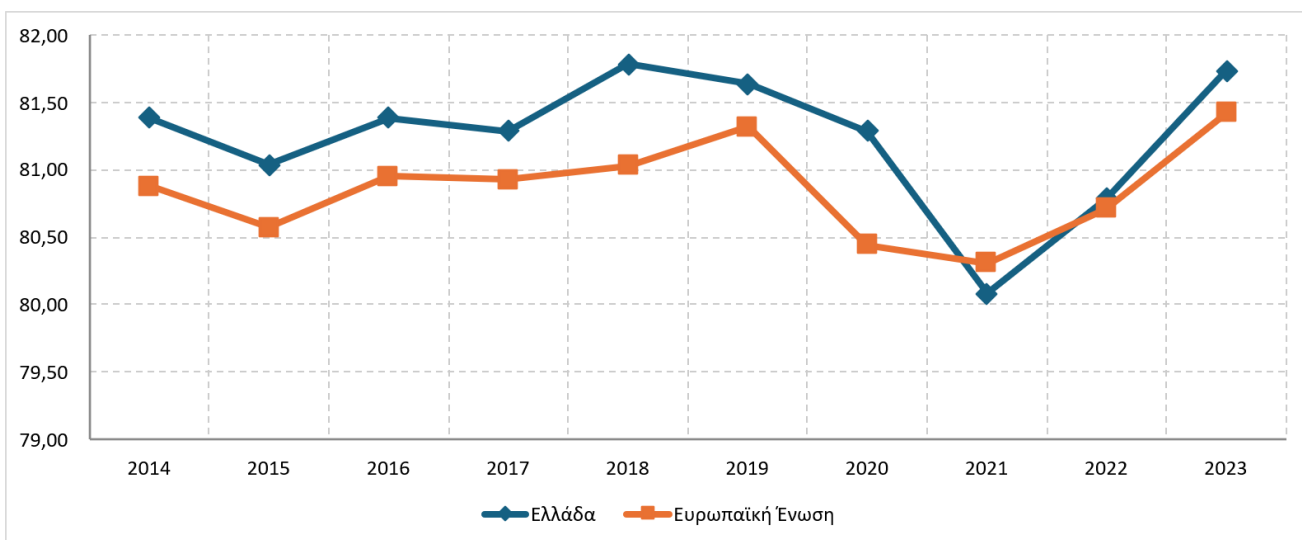
Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει μικτό χαρακτήρα και έντονα συγκεντρωτική διοικητική οργάνωση, καθώς συνδυάζει τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με μηχανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και με σημαντική παρουσία του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο θεσμικός του πυρήνας είναι το Υπουργείο Υγείας, το οποίο καθορίζει την πολιτική, ρυθμίζει τα δημόσια νοσοκομεία, εποπτεύει τους επαγγελματίες και διαμορφώνει τις εθνικές προτεραιότητες. Από το 2011, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) λειτουργεί ως ο μοναδικός αγοραστής για τις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες, συνάπτοντας συμβάσεις με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους και προσφέροντας ένα ενιαίο πακέτο παροχών (Economou et al., 2017). Αυτή η δομή δίνει στο σύστημα έναν καθολικό προσανατολισμό, καθώς οι πολίτες λαμβάνουν κάλυψη μέσω των μηχανισμών δημόσιας χρηματοδότησης, ενώ τα νοσοκομεία παραμένουν οι κύριοι πάροχοι ενδονοσοκομειακής περίθαλψης (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας, 2025).

Ιστορικά, το ελληνικό σύστημα αναπτύχθηκε μέσω μιας άνισης συνύπαρξης των δημόσιων παροχών, της κοινωνικής ασφάλισης, της ιδιωτικής εξωνοσοκομειακής δραστηριότητας και των αυξημένων πληρωμών των νοικοκυριών. Οι Economou et al. (2017) περιγράφουν ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από ισχυρή κρατική ρύθμιση, κεντρική λήψη αποφάσεων και επίμονες δυσκολίες στον προγραμματισμό των πόρων. Η οικονομική κρίση μετά το 2010 επιτάχυνε μια ατζέντα μεταρρυθμίσεων, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ, της τυποποίησης των παροχών, της

αποκατάστασης της καθολικής πρόσβασης μέσω της νομοθεσίας το 2016, αλλαγών στη φαρμακευτική πολιτική, νέων μηχανισμών προμηθειών και μεταρρυθμίσεων στις πληρωμές των νοσοκομείων μέσω των Ομάδων Σχετιζόμενων με τη Διάγνωση (Diagnosis-Related Groups - DRGs / Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια). Αυτές οι μεταρρυθμίσεις στόχευαν στον έλεγχο των δαπανών, αντιμετωπίζοντας παράλληλα τις διαρθρωτικές ανεπάρκειες που συσσωρεύτηκαν με την πάροδο του χρόνου.

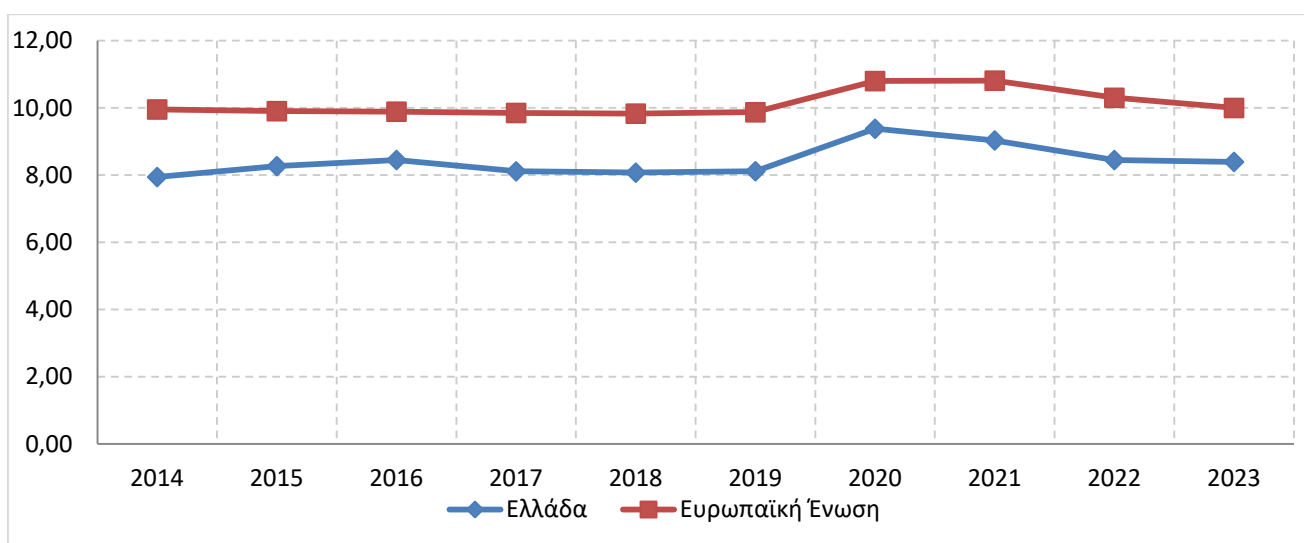
Το σύγχρονο προφίλ του συστήματος δείχνει αφενός σημαντικά βήματα προόδου και αφετέρου μια συνεχιζόμενη πίεση. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα έφτασε τα 81,9 έτη το 2024, ελαφρώς πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αν και η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τη ζήτηση για διαχείριση χρόνιων παθήσεων και μακροχρόνια φροντίδα. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος παραμένουν οι κύριες αιτίες θνησιμότητας, ενώ οι παράγοντες κινδύνου που εξαρτώνται από τη συμπεριφορά, ιδίως το κάπνισμα και η παχυσαρκία των εφήβων, συνεχίζουν να δημιουργούν προκλήσεις (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας, 2025). Αυτά τα πρότυπα δείχνουν ότι το σύστημα πρέπει να ανταποκρίνεται ταυτόχρονα στις ανάγκες οξείας φροντίδας, στις χρόνιες παθήσεις, στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.

Η διαχρονική εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής δείχνει ότι η Ελλάδα διατήρησε ελαφρώς υψηλότερες τιμές από την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά το μεγαλύτερο μέρος της περιόδου 2014 έως 2023. Η μεγαλύτερη κάμψη καταγράφηκε το 2021, όταν το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα περιορίστηκε στα 80,08 έτη, αποτυπώνοντας τις επιπτώσεις της πανδημικής κρίσης. Στη συνέχεια σημειώθηκε σταδιακή ανάκαμψη και το 2023 η τιμή ανήλθε στα 81,74 έτη, έναντι 81,42 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η συνολική πορεία αναδεικνύει τη σχετική ανθεκτικότητα του δείκτη και την ευαισθησία του απέναντι σε εκτεταμένες υγειονομικές κρίσεις (World Bank, n.d.-a).

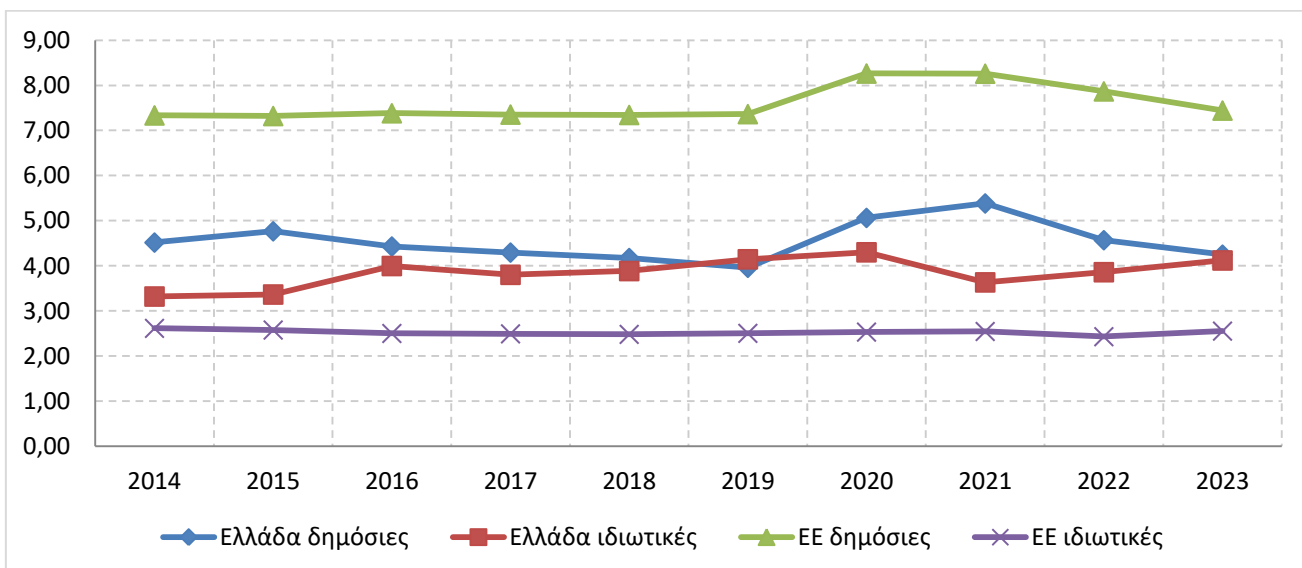


Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα παρέμειναν χαμηλότερες από τις αντίστοιχες δαπάνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ολόκληρη τη δεκαετία. Η μεγαλύτερη αύξηση εμφανίστηκε το 2020, όταν οι δαπάνες στην Ελλάδα ανήλθαν στο 9,38 τοις εκατό του ΑΕΠ, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση έφθασαν στο 10,80 τοις εκατό. Η μεταβολή αυτή συνδέεται χρονικά με την αυξημένη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας κατά την πανδημία. Το 2023 οι δαπάνες διαμορφώθηκαν στο 8,39 τοις εκατό στην Ελλάδα και στο 10,00 τοις εκατό στην Ευρωπαϊκή Ένωση, επιβεβαιώνοντας τη σταθερή χρηματοδοτική απόσταση μεταξύ των δύο περιπτώσεων (World Bank, n.d.-b).



Η σύνθεση της χρηματοδότησης αναδεικνύει ουσιώδη διαφοροποίηση ανάμεσα στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η δημόσια χρηματοδότηση διατηρεί σαφή υπεροχή έναντι της ιδιωτικής, ενώ στην Ελλάδα οι δύο κατηγορίες κινούνται σε πολύ κοντινά επίπεδα. Το 2023 οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανήλθαν στο 4,25 τοις εκατό του ΑΕΠ στην Ελλάδα και στο 7,44 τοις εκατό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι ιδιωτικές δαπάνες διαμορφώθηκαν αντίστοιχα στο 4,12 και στο 2,56 τοις εκατό. Η εικόνα αυτή αναδεικνύει τη μεγαλύτερη συμμετοχή των ιδιωτικών πόρων στη χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας και τη μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών (World Bank, n.d.-b, n.d.-c, n.d.-d).



Η χρηματοδότηση παραμένει ένα από τα πιο ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης. Το 2023, οι τρέχουσες δαπάνες υγείας αντιπροσώπευαν το 8,4% του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 10,0% σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η δημόσια χρηματοδότηση κάλυπτε το 61% των δαπανών για την υγεία, ενώ οι άμεσες πληρωμές αντιπροσώπευαν το 34%, ένα από τα υψηλότερα μερίδια στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας, 2025). Αυτή η χρηματοοικονομική δομή επιβαρύνει σημαντικά τα νοικοκυριά, ιδίως για φάρμακα, οδοντιατρική περίθαλψη, διαγνωστικές υπηρεσίες και ιδιωτικά λαμβανόμενες υπηρεσίες. Οι Economou et al. (2017) υπογραμμίζουν ομοίως ότι οι ιδιωτικές πληρωμές λειτουργούν εδώ και καιρό ως κεντρικό στοιχείο της ελληνικής χρηματοδότησης της υγείας, αντανακλώντας τα κενά κάλυψης, τις πιέσεις πρόσβασης και την εξάρτηση από τις ιδιωτικές παροχές.

Επιπλέον, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά ένα μεγάλο μερίδιο πόρων, ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη ιστορικά παρέμεινε ασθενέστερη, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης. Η εισαγωγή και η ενίσχυση του συστήματος προσωπικών ιατρών επιδιώκουν να βελτιώσουν τον συντονισμό, τη συνέχεια, την πρόληψη και την πρώτη επαφή με την περίθαλψη. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός έχει καταστεί κεντρικός

για την ανθεκτικότητα του συστήματος, μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, των ψηφιακών παραπομπών, της τηλεϊατρικής, της εφαρμογής MyHealth, των ηλεκτρονικών αρχείων υγείας και του ενιαίου ψηφιακού καταλόγου χειρουργείων (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας, 2025). Αυτές οι πρωτοβουλίες υποδηλώνουν μια σταδιακή στροφή προς την καλύτερη παρακολούθηση, πιο ολοκληρωμένες ροές πληροφοριών και βελτιωμένη πρόσβαση σε απομακρυσμένες περιοχές.

Συνολικά, το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει έναν σύνθετο συνδυασμό καθολικής κάλυψης, κεντρικής διακυβέρνησης, κυρίαρχου ρόλου των νοσοκομείων, υψηλών δαπανών των νοικοκυριών και εκσυγχρονισμού με γνώμονα τις μεταρρυθμίσεις. Η τρέχουσα πορεία του διαμορφώνεται από την ανάγκη ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, βελτίωσης της ισότητας πρόσβασης, υποστήριξης της πρόληψης, διαχείρισης της πρόκλησης της γήρανσης του πληθυσμού και ενοποίησης των ψηφιακών και διοικητικών μεταρρυθμίσεων σε ένα πιο βιώσιμο σύστημα δημόσιας υγείας. Μέσα σε αυτό το ευμετάβλητο περιβάλλον, η κατανόηση της χρηματοοικονομικής συμπεριφοράς και της βιωσιμότητας των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων καθίσταται κομβική.

1.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΤΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Το θεσμικό πλαίσιο που παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα δείχνει ότι το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας διαμορφώθηκε την τελευταία δεκαετία γύρω από τρεις βασικούς άξονες: την καθολική κάλυψη, την κεντρική διοίκηση και τον έντονο ρόλο των νοσοκομείων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη του συστήματος από τα μέσα της δεκαετίας του 2010 μπορεί επομένως να γίνει κατανοητή ως μια προσπάθεια μετάβασης από την προσαρμογή έκτακτης ανάγκης σε ένα ανθεκτικό και ψηφιακά ενεργοποιημένο μοντέλο. Αυτή η εξέλιξη έχει διαμορφωθεί από τρεις αλληλεπικαλυπτόμενες πιέσεις: τη δημοσιονομική στενότητα, την κοινωνική απαίτηση για ισότιμη πρόσβαση και την ανάγκη προετοιμασίας του τομέα της υγείας για τη γήρανση του πληθυσμού, τις χρόνιες ασθένειες και τις μελλοντικές κρίσεις.

Ένα κεντρικό ορόσημο ήταν η αποκατάσταση της πρόσβασης για τους ανασφάλιστους πολίτες μέσω του Νόμου 4368/2016 και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Α3(ε)/ΓΠ/25132/2016. Το Υπουργείο Υγείας παρουσίασε αυτό το πλαίσιο ως εξίσωση των δικαιωμάτων των ασφαλισμένων, των ανασφάλιστων και των οικονομικά ευάλωτων ατόμων όσον αφορά την πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας. Η μεταρρύθμιση κάλυπτε την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια δημόσια περίθαλψη, τα

νοσοκομεία, τις μονάδες ψυχικής υγείας, τις διαγνωστικές διαδικασίες, την πρόληψη, τη μαιευτική περίθαλψη, τα ιατρικά βοηθήματα και τη φαρμακευτική περίθαλψη, με διατάξεις για μηδενική φαρμακευτική συμμετοχή μεταξύ των ευάλωτων κατηγοριών (Υπουργείο Υγείας, 2016). Από άποψη πολιτικής, αυτό το μέτρο διόρθωσε μία από τις πιο σοβαρές κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, καθώς πολλοί πολίτες είχαν βιώσει απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης. Από χρηματοοικονομική άποψη, ωστόσο, η μεταρρύθμιση αυτή μετέφερε ένα σημαντικό μέρος του οικονομικού βάρους απευθείας στους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία κλήθηκαν να ανταποκριθούν στην κατακόρυφη αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες περίθαλψης χωρίς πάντοτε την ανάλογη ενίσχυση των τακτικών τους κονδυλίων.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου διάσωσης και μετά από αυτήν, η πολιτική υγείας έγινε πεδίο πειραματισμού μεταρρυθμίσεων. Οι Exadaktylos et al. (2023) δείχνουν ότι οι εξωτερικά επιβεβλημένες μεταρρυθμίσεις παρήγαγαν άνισα αποτελέσματα. Η απελευθέρωση των φαρμακείων προχώρησε με μεγαλύτερη επιτυχία, οι μεταρρυθμίσεις σχετικά με τον αναβαθμισμένο ρόλο του οικογενειακού γιατρού πέτυχαν μερική εφαρμογή και το σύστημα παραπομπής αντιμετώπισε ισχυρότερα εμπόδια. Η ανάλυση των ερευνητών δείχνει ότι η επιτυχία της μεταρρύθμισης συνδεόταν με τη διαμόρφωση εγχώριων συμμαχιών, την επιρροή ισχυρών επαγγελματικών ομάδων, την επάρκεια της διοικητικής ικανότητας και τη δυνατότητα της κυβέρνησης να εξασφαλίσει κοινωνική στήριξη. Αυτή η ερμηνεία είναι σημαντική επειδή η νόμιμη υιοθέτηση από μόνη της σπάνια εξασφάλιζε λειτουργική αλλαγή. Οι μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τις παραπομπές και την οργάνωση του εργατικού δυναμικού απαιτούσαν πολιτική διαπραγμάτευση, θεσμικό συντονισμό και αποδοχή από τους επαγγελματίες του χώρου και τους πολίτες. Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως τεστ αντοχής και ως επιταχυντής της αλλαγής. Οι Kyriopoulos et al. (2025) υποστηρίζουν ότι το σύστημα υγείας της Ελλάδας έχει αντιμετωπίσει σωρευτικές πιέσεις από τη γήρανση του πληθυσμού, τις χρόνιες ασθένειες, τα δημοσιονομικά όρια, την κλιματική απειλή και το πανδημικό σοκ. Παρόλο που οι διαδοχικές μεταρρυθμίσεις έχουν στοχεύσει στη χρηματοδότηση, την παροχή φροντίδας και τη δημόσια υγεία, οι συγγραφείς τονίζουν τη συνεχιζόμενη ανάγκη για τεκμηριωμένη χάραξη πολιτικής, θεσμική ικανότητα, συντονισμό και ισχυρότερη λογοδοσία. Η αξιολόγησή τους υποδηλώνει ότι η τελευταία δεκαετία θα πρέπει να ερμηνευθεί ως μια μετάβαση από μια μεταρρύθμιση που βασίζεται στη λιτότητα προς μια μεταρρύθμιση που βασίζεται στην ανθεκτικότητα. Αυτή η μετάβαση έχει διευρύνει την πολιτική ατζέντα από τον έλεγχο των δαπανών στην πρόληψη, την ετοιμότητα, την παρακολούθηση της ποιότητας και τη βιωσιμότητα.

Ειδικότερα για τη νοσοκομειακή διοίκηση, η περίοδος της πανδημίας ανέτρεψε πλήρως τη στοχοθεσία των προϋπολογισμών, προκαλώντας έκτακτες λειτουργικές δαπάνες οι οποίες καλύφθηκαν εν μέρει από έκτακτες κρατικές επιχορηγήσεις, επηρεάζοντας άμεσα τους αριθμοδείκτες ρευστότητας και αποδοτικότητας των μονάδων.

Το Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «Ελλάδα 2.0» ενίσχυσε αυτή την τάση συνδέοντας τη μεταρρύθμιση της υγείας με τον ευρύτερο εκσυγχρονισμό του κράτους. Το σχέδιο περιλάμβανε επενδύσεις σε υποδομές νοσοκομείων και κέντρων υγείας, ιατρικό εξοπλισμό, ψηφιοποίηση των υπηρεσιών, πρόληψη της δημόσιας υγείας, μεταρρύθμιση στον χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεραπευτικά πρωτόκολλα στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την εφαρμογή του ψηφιακού αρχείου υγείας των ασθενών (Ελληνική Κυβέρνηση, 2021). Η υγεία ενσωματώθηκε επομένως σε ένα ευρύτερο πρόγραμμα ψηφιακού μετασχηματισμού, κοινωνικής συνοχής και αποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα. Αυτό το πλαίσιο έδωσε στο ελληνικό σύστημα την ευκαιρία να αντιμετωπίσει τα ελλείμματα στις υποδομές, προωθώντας παράλληλα ψηφιακά εργαλεία που υποστηρίζουν τον συντονισμό και την παρακολούθηση.

Αναλυτικότερα, η ψηφιακή υγεία αποτελεί μια από τις πιο ορατές διαστάσεις των πρόσφατων εξελίξεων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, οι ψηφιακές παραπομπές, τα συστήματα ηλεκτρονικών ραντεβού, η τηλεϊατρική και τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας έχουν ενισχύσει την ικανότητα του συστήματος να διαχειρίζεται τις πληροφορίες και να βελτιώνει τη συνέχεια της φροντίδας. Η εφαρμογή ψηφιακών αρχείων ασθενών και η επέκταση της τηλεϊατρικής είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους νησιωτικούς, αγροτικούς και απομακρυσμένους πληθυσμούς, όπου τα γεωγραφικά εμπόδια έχουν ιστορικά περιορίσει την έγκαιρη πρόσβαση. Παράλληλα, τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων άρχισαν να αναβαθμίζονται, προσφέροντας καλύτερη λογιστική παρακολούθηση των αποθεμάτων, των προμηθειών και του κόστους ανά ασθενή.

Η ποιότητα και η ασφάλεια των ασθενών αποτελούν μια άλλη σημαντική κατεύθυνση της μεταρρύθμισης. Η Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών 2025-2030 θεσπίζει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο βασισμένο στη διακυβέρνηση, την καινοτομία, την υγειονομική παιδεία και τη συμμετοχή των ασθενών. Το όραμά της συνδέει την ποιότητα με την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια, την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και την εμπιστοσύνη του κοινού. Η στρατηγική δίνει επίσης έμφαση στη διακυβέρνηση που βασίζεται σε δεδομένα, στις κατευθυντήριες γραμμές, στην αναφορά περιστατικών ασφάλειας των ασθενών, στην υγειονομική παιδεία και στη σταδιακή εφαρμογή των δράσεων μέσω ιεραρχημένων δράσεων (Υπουργείο

Υγείας, 2025). Αυτή η εξέλιξη είναι σημαντική επειδή το ελληνικό σύστημα παραδοσιακά επικεντρώνεται περισσότερο στην πρόσβαση και τις δαπάνες παρά στη συστηματική μέτρηση της ποιότητας. Η νέα στρατηγική σηματοδοτεί μια προσπάθεια θεσμοθέτησης της ποιότητας ως συνήθους ευθύνης σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, συνδέοντας την κλινική αποτελεσματικότητα με την ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων.

Ανακεφαλαιώνοντας θα πρέπει να σημειωθεί ότι η τελευταία δεκαετία ήταν μια περίοδος μετασχηματισμού για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το σύστημα ενσωμάτωσε προηγμένα ψηφιακά εργαλεία, ενίσχυσε την πρόληψη, εισήγαγε έναν σχεδιασμό προσανατολισμένο στην ποιότητα και συνέδεσε την πολιτική υγείας με την ευρωπαϊκή χρηματοδότηση. Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, η πορεία των μεταρρυθμίσεων εξακολουθεί να διαμορφώνεται από ανισορροπίες στο εργατικό δυναμικό, υψηλές ιδιωτικές πληρωμές, κατακερματισμένη διακυβέρνηση και κενά εφαρμογής, καθώς και διαρκείς πιέσεις στη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα.

Μεταπανδημικές νομοθετικές παρεμβάσεις στο ΕΣΥ

Κατά την περίοδο που ακολούθησε την οξεία φάση της πανδημίας, η εξέλιξη του ΕΣΥ συνδέθηκε με στοχευμένες νομοθετικές παρεμβάσεις που επηρέασαν την οργάνωση της πρωτοβάθμιας και της νοσοκομειακής περίθαλψης, τη στελέχωση και τη χρηματοοικονομική λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Πρώτο σημαντικό ορόσημο αποτέλεσε ο Ν. 4931/2022, με τον οποίο ενισχύθηκε ο θεσμός του προσωπικού ιατρού και αναδιοργανώθηκαν βασικές λειτουργίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η θεσμοθέτηση ενός κεντρικού σημείου πρώτης επαφής για τους πολίτες αποσκοπούσε στην καλύτερη καθοδήγηση των ασθενών, στην πρόληψη και στην ορθολογικότερη παραπομπή προς εξειδικευμένες και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Για τα δημόσια νοσοκομεία, η μεταρρύθμιση συνδέεται με την επιδίωξη αποτελεσματικότερης διαχείρισης των ροών των ασθενών και περιορισμού της επιβάρυνσης των εξωτερικών ιατρείων και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών.

Ιδιαίτερα άμεση επίδραση στη λειτουργία των νοσοκομείων είχε ο Ν. 4999/2022 για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, την ιατρική εκπαίδευση και τις μισθολογικές ρυθμίσεις των ιατρών και οδοντιάτρων του ΕΣΥ. Ο νόμος ρύθμιζε ζητήματα σχετικά με την επιλογή, την εξέλιξη, την αξιολόγηση και τις αποδοχές του ιατρικού προσωπικού, επηρεάζοντας τον διοικητικό σχεδιασμό, τη στελέχωση και τις δαπάνες μισθοδοσίας των νοσοκομειακών μονάδων. Η σημασία του για τη χρηματοοικονομική λειτουργία των

νοσοκομείων βρίσκεται στη σύνδεση της επάρκειας του ανθρώπινου δυναμικού με το λειτουργικό κόστος, την κάλυψη των εφημεριών και τη δυνατότητα διατήρησης των κλινικών και των ειδικών μονάδων σε πλήρη λειτουργία.

Τρίτο νομοθετικό αποτέλεσμα ο Ν. 5102/2024 για τις δράσεις δημόσιας υγείας και την ενίσχυση του ΕΣΥ. Οι ρυθμίσεις του αφορούν τη λειτουργία των υγειονομικών δομών και των Υγειονομικών Περιφερειών, την τοποθέτηση ειδικευόμενων νοσηλευτών και την άσκηση ιδιωτικού έργου από ιατρούς του ΕΣΥ υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Παράλληλα, το νομοθετικό πλαίσιο συνδέθηκε με παρεμβάσεις στην προμήθεια νοσοκομειακών φαρμάκων, στην εξόφληση των προμηθευτών και στη λειτουργία των απογευματινών χειρουργείων. Οι παρεμβάσεις αυτές επηρέασαν τη διοίκηση του προσωπικού, τη διαχείριση των προμηθειών, τις λειτουργικές δαπάνες και τη δυνατότητα των νοσοκομείων να αναπτύξουν πρόσθετες υπηρεσίες. Οι τρεις νόμοι αποτυπώνουν τη σταδιακή μετατόπιση της πολιτικής υγείας από τη διαχείριση της πανδημικής έκτακτης ανάγκης προς την οργανωτική ανασυγκρότηση του ΕΣΥ. Η μεταπανδημική νομοθεσία επικεντρώθηκε στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην ενίσχυση και κινητροδότηση του ανθρώπινου δυναμικού και στην αναμόρφωση κρίσιμων διοικητικών και οικονομικών λειτουργιών των νοσοκομειακών μονάδων.

1.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ

Η διοικητική οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί βασικό άξονα κατανόησης της λειτουργίας του ΕΣΥ, καθώς συνδέει την κεντρική χάραξη πολιτικής με την περιφερειακή εφαρμογή των υπηρεσιών. Μετά την ανάλυση της εξέλιξης του συστήματος κατά την τελευταία δεκαετία, ιδιαίτερη σημασία αποκτά ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται οι αρμοδιότητες ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας, τις Υγειονομικές Περιφέρειες και τις επιμέρους μονάδες παροχής υπηρεσιών. Η ελληνική περίπτωση χαρακτηρίζεται από ισχυρή κεντρική εποπτεία και από περιφερειακούς διοικητικούς μηχανισμούς που λειτουργούν ως ενδιάμεσοι φορείς σχεδιασμού, συντονισμού, ελέγχου και υποστήριξης.

Η πρώτη θεσμική προσπάθεια περιφερειακής αναδιάρθρωσης του ΕΣΥ αποτυπώθηκε στον Νόμο 2889/2001, ο οποίος εισήγαγε τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας. Ο νόμος αυτός όρισε ότι η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες

αντιστοιχούν στις διοικητικές περιφέρειες, με ειδικές ρυθμίσεις για περιοχές αυξημένης πληθυσμιακής και λειτουργικής πολυπλοκότητας, όπως η Αττική, η Κεντρική Μακεδονία και το Νότιο Αιγαίο. Σκοπός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας ήταν η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο περιφέρειας, από την πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα έως τη νοσοκομειακή περίθαλψη, την αποκατάσταση και την κατ'οίκον φροντίδα (Νόμος 2889/2001, 2001). Η ρύθμιση αυτή εισήγαγε τη λογική του περιφερειακού σχεδιασμού, με στόχο τη λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα των μονάδων υγείας.

Η μεταγενέστερη διοικητική μορφή των Υγειονομικών Περιφερειών προσδιορίστηκε με τον Νόμο 3329/2005, ο οποίος καθιέρωσε τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ). Η ΔΥΠΕ διαθέτει δικό της προϋπολογισμό, αρχείο, πρωτόκολλο και διοικητική υπόσταση, ενώ εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας. Ο σκοπός της συνίσταται στον προγραμματισμό, τον συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης εντός της περιοχής ευθύνης της (Νόμος 3329/2005). Η θεσμική αυτή εξέλιξη ενίσχυσε τη διοικητική διαμεσολάβηση ανάμεσα στο κεντρικό κράτος και τις μονάδες υγείας, δίνοντας έμφαση στον εξ ορθολογισμό των δαπανών και στην εποπτεία της χρηματοοικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων

Ο ρόλος του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας είναι ιδιαίτερα κρίσιμος, καθώς συγκεντρώνει αρμοδιότητες στρατηγικού σχεδιασμού, επιχειρησιακού προγραμματισμού, οικονομικής παρακολούθησης, διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και ελέγχου της λειτουργίας των εποπτευόμενων φορέων. Ο Διοικητής καταρτίζει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης, εισηγείται μεταβολές στη διάρθρωση μονάδων και τμημάτων, παρακολουθεί την εκτέλεση των προϋπολογισμών και συμμετέχει στον ετήσιο προγραμματισμό προσλήψεων (Νόμος 3329/2005). Με αυτόν τον τρόπο, η ΔΥΠΕ λειτουργεί ως ενδιάμεσο επίπεδο διοίκησης, συνδέοντας τον περιφερειακό σχεδιασμό με την καθημερινή επιχειρησιακή εποπτεία των μονάδων υγείας.

Παράλληλα, το Διοικητικό Συμβούλιο της ΔΥΠΕ ασκεί εγκριτικές και εισηγητικές αρμοδιότητες σε ζητήματα επιχειρησιακών σχεδίων, προμηθειών, έργων, κοινών διαγωνισμών, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και αξιοποίησης περιουσιακών στοιχείων. Η εποπτεία των προμηθειών μέσω κοινών περιφερειακών διαγωνισμών αποτελεί βασικό

εργαλείο για την επίτευξη οικονομιών κλίμακας και τη μείωση του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων. Η ύπαρξη συλλογικού οργάνου ενισχύει τη θεσμική συγκρότηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και επιτρέπει τη συμμετοχή εκπροσώπων από διαφορετικά πεδία διοίκησης και επαγγελματικής δραστηριότητας. Στο ίδιο πλαίσιο, το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας λειτουργεί ως γνωμοδοτικός και συντονιστικός μηχανισμός, με συμμετοχή διοικητών νοσοκομείων και εκπροσώπων επαγγελματικών και περιφερειακών φορέων (Νόμος 3329/2005, 2005).

Η κεντρική διάσταση της διοίκησης αποτυπώνεται στον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας. Το Προεδρικό Διάταγμα 121/2017 ορίζει ως αποστολή του Υπουργείου την προστασία και προαγωγή της υγείας, τη διασφάλιση καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε επαρκείς υπηρεσίες υγείας και την εποπτεία των δημόσιων και των ιδιωτικών φορέων υγειονομικής φροντίδας. Σημαντική θέση κατέχουν οι γενικές διευθύνσεις, η Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, η στατιστική ανάλυση δεδομένων υγείας, ο σχεδιασμός ηλεκτρονικών υπηρεσιών και ο συντονισμός τεχνικών έργων και υποδομών (Προεδρικό Διάταγμα 121/2017, 2017). Η διοικητική οργάνωση του Υπουργείου στηρίζει τις ΔΥΠΕ μέσω παροχής γενικών κατευθύνσεων, ελέγχου, τεχνικής υποστήριξης και ψηφιακού συντονισμού.

Σήμερα, το περιφερειακό σχήμα του ΕΣΥ οργανώνεται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (1η Αττικής, 2η Πειραιώς και Αιγαίου, 3η Μακεδονίας, 4η Μακεδονίας και Θράκης, 5η Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, 6η Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, και 7η Κρήτης). Η διοικητική αυτή κατανομή επιδιώκει την προσαρμογή των πολιτικών υγείας στις γεωγραφικές, πληθυσμιακές και επιδημιολογικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την παρούσα μελέτη παρουσιάζει η 5η Υγειονομική Περιφέρεια, εντός της οποίας λειτουργούν τα τρία υπό εξέταση Γενικά Νοσοκομεία (Βόλου, Καρδίτσας, Τρικάλων). Στον Πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται τα επίπεδα διοίκησης του ελληνικού συστήματος υγείας, ο βασικός τους ρόλος καθώς και οι κύριες αρμοδιότητές τους, όπως αυτές απορρέουν από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

Πίνακας 1. Διοικητική διάρθρωση και αρμοδιότητες του συστήματος υγείας

Επίπεδο διοίκησης	Βασικός ρόλος	Κύριες αρμοδιότητες
Υπουργείο Υγείας	Κεντρική χάραξη και εποπτεία πολιτικής	Εθνικός σχεδιασμός, νομοθετική ρύθμιση, εποπτεία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, ψηφιακή στρατηγική
Κεντρικό Συμβούλιο	Συντονισμός	Εναρμόνιση πολιτικών, επικοινωνία

Υγειονομικών Περιφερειών	περιφερειακών διοικήσεων	Υπουργείου και ΔΥΠΕ, παρακολούθηση αποφάσεων
Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας	Περιφερειακή εφαρμογή πολιτικής υγείας	Προγραμματισμός, εποπτεία μονάδων, οικονομικός έλεγχος, διαχείριση προσωπικού, επιχειρησιακά σχέδια
Διοικητής ΔΥΠΕ	Εκτελεστική διοίκηση της περιφέρειας	Συντονισμός φορέων, εισηγήσεις για μονάδες, προϋπολογισμοί, προσλήψεις, μετακινήσεις προσωπικού
Διοικητικό Συμβούλιο ΔΥΠΕ	Συλλογική διοικητική έγκριση	Έγκριση σχεδίων δράσης, προμηθειών, έργων, κοινών προγραμμάτων και ετήσιων εκθέσεων
Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας	Γνωμοδοτικός και συντονιστικός ρόλος	Δημόσια υγεία, επιχειρησιακός σχεδιασμός, αξιολόγηση φορέων, προτάσεις βελτίωσης

1.4 Η 5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα περιφερειακής διοικητικής εφαρμογής του ΕΣΥ, καθώς συνδέει δύο ευρείες γεωγραφικές ενότητες με διαφορετικά πληθυσμιακά, υγειονομικά και χωρικά χαρακτηριστικά. Με βάση τη διοικητική λογική που αναλύθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η 5η ΥΠΕ λειτουργεί ως ενδιάμεσος θεσμικός φορέας ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας και στις αποκεντρωμένες μονάδες φροντίδας, έχοντας την ευθύνη εποπτείας, συντονισμού, προγραμματισμού και ελέγχου των υπηρεσιών που παρέχονται στην περιοχή της Θεσσαλίας και της Στερεάς Ελλάδας. Η σημασία της είναι καθοριστική για την παρούσα εργασία, καθώς στο ερευνητικό πεδίο περιλαμβάνονται τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων, τα οποία εντάσσονται στην περιοχή ευθύνης της.

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η 5η ΥΠΕ έχει υπό την άμεση εποπτεία της τα Κέντρα Υγείας της περιοχής ευθύνης της, τα οποία λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες. Οι δομές αυτές αναλαμβάνουν την ενημέρωση του πληθυσμού, την καταγραφή νοσημάτων, την αντιμετώπιση των συνεπειών στην υγεία και την ανάπτυξη σχεδίων πρόληψης. Παράλληλα, παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, επείγουσας αντιμετώπισης περιστατικών, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, οδοντιατρική φροντίδα, υπηρεσίες φροντίδας μητέρας και παιδιού, φροντίδα παιδιών και εφήβων, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, κοινωνική ιατρική,

δημόσια υγεία και προαγωγής υγείας (5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, χ.χ.-α). Η έκταση και η ποικιλία αυτών των λειτουργιών δείχνουν ότι η περιφέρεια στηρίζεται σε ένα ευρύ δίκτυο πρωτοβάθμιων δομών, το οποίο καλύπτει αστικά, ημιαστικά, αγροτικά, ορεινά και νησιωτικά περιβάλλοντα.

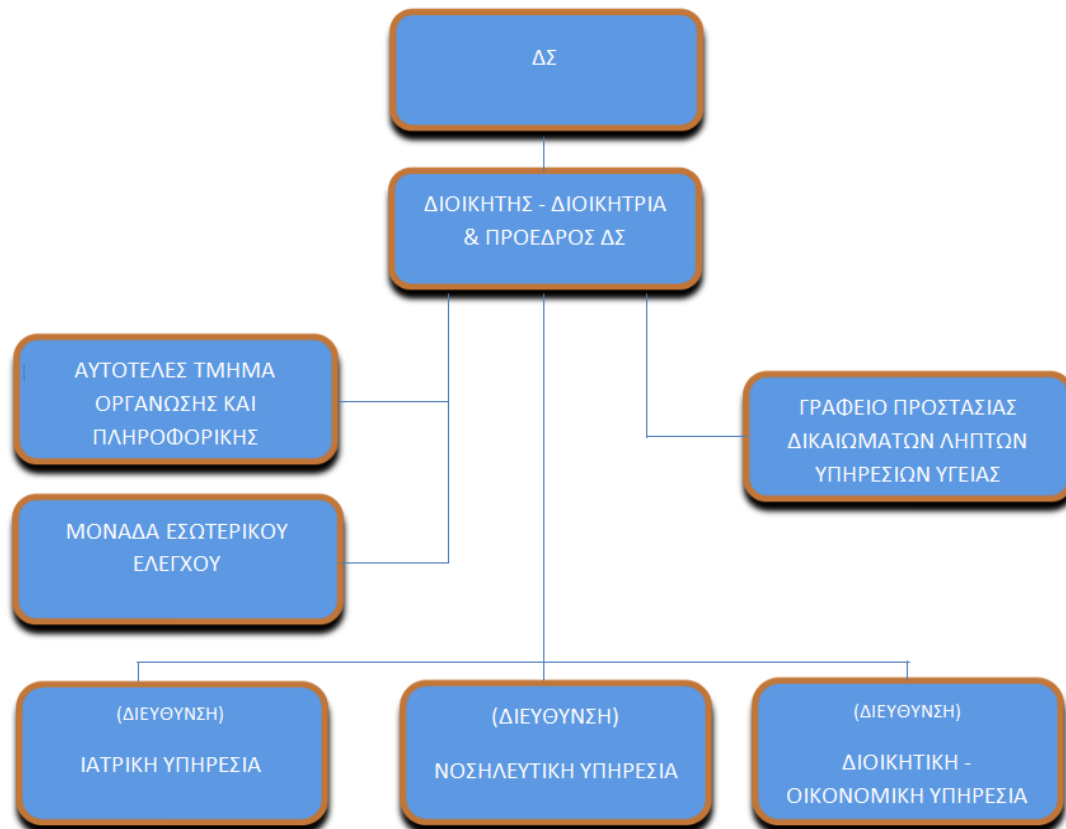
Η κατανομή των Κέντρων Υγείας αποτυπώνει την φυσιολογία της 5ης ΥΠΕ. Στη Θεσσαλία περιλαμβάνονται δομές στους νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων, όπως τα Κέντρα Υγείας Καρδίτσας, Μουζακίου, Σοφάδων, Λάρισας, Τυρνάβου, Φαρσάλων, Βόλου, Σκιάθου, Σκοπέλου, Καλαμπάκας, Πύλης και Τρικάλων (5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, χ.χ.-α). Η γεωγραφική αυτή διασπορά καθιστά τον συντονισμό ιδιαίτερα απαιτητικό, καθώς η ίδια περιφέρεια καλείται να ανταποκριθεί τόσο σε ανάγκες μεγάλων αστικών κέντρων, μικρών πόλεων όσο και απομακρυσμένων ή νησιωτικών κοινοτήτων.

Στο επίπεδο της νοσοκομειακής φροντίδας, η 5η ΥΠΕ ασκεί εποπτεία και έλεγχο στα νοσοκομεία της περιοχής της σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο του Νόμου 3329/2005. Οι αρμοδιότητές της αφορούν τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τον συντονισμό και τον έλεγχο της εφαρμογής των πολιτικών υγείας. Επιπλέον, παρακολουθεί σε μηνιαία βάση την εκτέλεση των προϋπολογισμών και την οικονομική λειτουργία των νοσοκομείων, γνωμοδοτεί για το ύψος των επιχορηγήσεων, αξιολογεί προτάσεις και αιτήματα, εγκρίνει προσλήψεις επικουρικού προσωπικού και συμμετέχει σε ζητήματα οικονομικής διαχείρισης (5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, χ.χ.-β). Με αυτή την έννοια, η 5η ΥΠΕ λειτουργεί ως μηχανισμός επιχειρησιακής εποπτείας και δημοσιονομικής σταθερότητας.

Το νοσοκομειακό δίκτυο της 5ης ΥΠΕ περιλαμβάνει σημαντικές μονάδες στη Θεσσαλία και στη Στερεά Ελλάδα. Στη Θεσσαλία λειτουργούν το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου και το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων. Στη Στερεά Ελλάδα περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, τα νοσοκομεία Λιβαδειάς, Θήβας, Χαλκίδας, Κύμης, Καρύστου, Καρπενησίου, Άμφισσας και Λαμίας (5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, χ.χ.-β). Η Θεσσαλία αποτελεί κατάλληλο πεδίο μελέτης, καθώς τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων αποτελούν τους βασικούς πυλώνες δευτεροβάθμιας φροντίδας για τους αντίστοιχους νομούς, σηκώνοντας το κύριο βάρος της νοσηλευτικής κίνησης στην περιφέρεια, εκτός του πανεπιστημιακού πόλου της Λάρισας. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» αποτελεί βασικό φορέα της παρούσας έρευνας. Η επίσημη παρουσίασή του δίνει έμφαση στην παροχή υπηρεσιών με επίκεντρο

τον πολίτη και αναδεικνύει σημαντικές μονάδες, όπως τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, την Καρδιολογική Μονάδα, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), το Τμήμα Αιμοδοσίας, το Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, τα Εξωτερικά Ιατρεία, τη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, τα εργαστήρια και το Τμήμα Φυσικής Ιατρικής (Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, χ.χ.). Η μονάδα αυτή ενισχύει την υγειονομική κάλυψη της Μαγνησίας και εξυπηρετεί ανάγκες που αφορούν τόσο την επείγουσα όσο και την τακτική φροντίδα και επιβαρύνεται και με τη νοσοκομειακή κάλυψη των νησιών των Σποράδων, γεγονός που επηρεάζει τη λειτουργική και οικονομική του δραστηριότητα, ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων αποτελεί έναν εξίσου κρίσιμο πόλο στο δίκτυο της 5ης ΥΠΕ. Διαθέτει σύγχρονες υποδομές και αναπτυγμένο Παθολογικό και Χειρουργικό τομέα, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και ένα δραστήριο δίκτυο Εξωτερικών Ιατρείων (Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, χ.χ.). Το νοσοκομείο καλύπτει έναν μεγάλο πληθυσμό, ο οποίος περιλαμβάνει τόσο τον αστικό ιστό όσο και εκτεταμένες ορεινές περιοχές, και η χρηματοοικονομική του διαχείριση παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της προσπάθειας εξορθολογισμού των λειτουργικών του δαπανών τα τελευταία έτη.



Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας συμπληρώνει το υπό εξέταση δείγμα της έρευνας. Λειτουργεί ως ο βασικός πάροχος δευτεροβάθμιας περίθαλψης στον νομό Καρδίτσας, διαθέτοντας Παθολογική, Χειρουργική και Παιδιατρική κλινική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΜΕΘ και εργαστηριακό τομέα (Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, χ.χ.). Η οικονομική του πορεία συνδέεται στενά με τις ανάγκες ενός κατεξοχόν αγροτικού πληθυσμού, ενώ οι προϋπολογισμοί του αντανακλούν τις πιέσεις που δέχονται τα επαρχιακά νοσοκομεία της χώρας όσον αφορά τη στελέχωση και τη χρηματοδότηση.



Συνολικά, η 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας αποτελεί μια σύνθετη διοικητική και λειτουργική ενότητα. Η ευθύνη της καλύπτει ένα εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, με σημαντικές χωρικές διαφοροποιήσεις και αυξημένες απαιτήσεις συντονισμού. Για την παρούσα έρευνα, τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Τρικάλων και Καρδίτσας συγκροτούν ένα ιδανικό πεδίο συγκριτικής χρηματοοικονομικής ανάλυσης. Αν και λειτουργούν κάτω από το ίδιο περιφερειακό διοικητικό πλαίσιο και αντιμετωπίζουν τις ίδιες γενικές κατευθύνσεις δημοσιονομικής πολιτικής, οι διαφορές τους ως προς το μέγεθος, τη γεωγραφική θέση και τη δομή των δαπανών τους προσφέρουν πρόσφορο έδαφος για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικά με τη βιωσιμότητα των νοσοκομειακών μονάδων της επαρχίας.

Πίνακας 2. Φορείς υγείας της 5ης ΥΠΕ που εντάσσονται στο πεδίο της έρευνας

Φορέας	Περιοχή	Βασικά χαρακτηριστικά	Σημασία για την έρευνα
Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας	Καρδίτσα	Δημόσιο γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 266 κλινών, από τις οποίες έξι συνδέονται με το ΚΕΦΙΑΠ. Περιλαμβάνει παθολογικές, χειρουργικές και ειδικές μονάδες, όπως ΜΑΑ και ΜΕΘ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας. (Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας)	Αποτελεί τον βασικό νοσοκομειακό φορέα της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας και επιτρέπει την αποτύπωση οικονομικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών ενός γενικού νοσοκομείου με σύνθετη κλινική διάρθρωση.
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων	Τρίκαλα	Δημόσιο γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 300 κλινών. Η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται σε παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό τομέα και τομέα ψυχικής υγείας. Στην αρμοδιότητά του υπάγονται τρία Κέντρα Υγείας και 34 Περιφερειακά Ιατρεία. (trikalahospital.gr)	Αποτελεί βασικό νοσοκομειακό φορέα της Περιφερειακής Ενότητας Τρικάλων και προσφέρει κατάλληλη μονάδα ανάλυσης για τη μελέτη της χρηματοοικονομικής λειτουργίας νοσοκομείων με γενικό περιφερειακό ρόλο.
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου	Μαγνησία	Δημόσιο γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 400 κλινών με Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΜΕΘ οκτώ κλινών, Καρδιολογική Μονάδα, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Τμήμα Αιμοδοσίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Εξωτερικά Ιατρεία και εργαστηριακές υπηρεσίες. (ghv.gr)	Αποτελεί τον κεντρικό νοσοκομειακό φορέα της Μαγνησίας και ενισχύει τη συγκριτική διάσταση της έρευνας, καθώς διαθέτει ευρύ φάσμα υπηρεσιών και σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών υγείας του Βόλου και της ευρύτερης περιοχής.
5η ΥΠΕ	Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα	Εποπτεία νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας, οικονομικός και επιχειρησιακός έλεγχος	Διοικητικό πλαίσιο των εξεταζόμενων νοσοκομείων

Αξίζει να σημειωθεί ότι Για το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, η επίσημη σελίδα επικοινωνίας αναφέρει ρητά τη ΜΑΑ και τη ΜΕΘ. Ωστόσο, στις δημοσιευμένες κλινικές και στα εξωτερικά ιατρεία δεν εμφανίζεται αυτοτελής ογκολογική μονάδα. Για το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, η επίσημη διάρθρωση του Χειρουργικού Τομέα περιλαμβάνει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παράλληλα, στον τηλεφωνικό κατάλογο καταγράφονται Ογκολογικό Ιατρείο και χημειοθεραπείες. Η ακριβέστερη διατύπωση επομένως είναι ογκολογικές υπηρεσίες και υπηρεσίες χημειοθεραπείας, αντί για Ογκολογική Κλινική.

Τέλος, για το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, η επίσημη ιστοσελίδα αναφέρει ΜΕΘ οκτώ κλινών και Μονάδα Χημειοθεραπείας. Η δεύτερη αποτελεί ειδική μονάδα του Παθολογικού Τομέα και διακρίνεται οργανωτικά από μια πλήρη αυτοτελή Ογκολογική Κλινική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

2.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Η χρηματοοικονομική ανάλυση αποτελεί μια συστηματική διαδικασία μέσω της οποίας τα οικονομικά δεδομένα μετατρέπονται σε ουσιαστικά στοιχεία για αξιολόγηση, σχεδιασμό και λήψη αποφάσεων. Στη γενική της μορφή, περιλαμβάνει την εξέταση οικονομικών καταστάσεων, λογιστικών πληροφοριών και συμπληρωματικών λειτουργικών δεδομένων, προκειμένου να αξιολογηθεί η απόδοση, η οικονομική θέση, η αποδοτικότητα και οι μελλοντικές προοπτικές των οργανισμών. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο CFA (2026), οι αναλυτές χρησιμοποιούν δεδομένα οικονομικών καταστάσεων για να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την προηγούμενη απόδοση, τη συγκριτική θέση, τη μελλοντική ανάπτυξη και τη δημιουργία αξίας για τον οργανισμό. Υπό αυτή την έννοια, η χρηματοοικονομική ανάλυση είναι τόσο μια τεχνική όσο και μια ερμηνευτική διαδικασία, καθώς ο σκοπός της εκτείνεται πέρα από τους απλούς αριθμητικούς υπολογισμούς, επιδιώκοντας την απόδοση της οικονομικής σημασίας πίσω από τα στοιχεία και τους δείκτες.

Η θεωρητική σημασία της χρηματοοικονομικής ανάλυσης έγκειται στην ικανότητά της να συνδέει τις λογιστικές πληροφορίες με τη διοικητική κρίση. Ο Subramanyam (2014) τονίζει ότι η ανάλυση οικονομικών καταστάσεων υποστηρίζει τη λήψη αποφάσεων από επενδυτές, διαχειριστές, πιστωτές και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη, ενώ συνδυάζει τη λογιστική ανάλυση, την ανάλυση ταμειακών ροών, την αξιολόγηση της πιστοληπτικής ικανότητας, την ανάλυση και την αποτίμηση της κερδοφορίας. Αυτή η προσέγγιση είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα νοσοκομεία, επειδή οι οικονομικές τους καταστάσεις συνδέονται με τη χωρητικότητα των υπηρεσιών, την κατανομή των πόρων, τη δημόσια λογοδοσία και τη λειτουργική βιωσιμότητα. Στους δημόσιους οργανισμούς υγείας, η

χρηματοοικονομική ανάλυση βοηθά τους διαχειριστές να κατανοήσουν εάν οι διαθέσιμοι πόροι χρησιμοποιούνται με τρόπο που υποστηρίζει την πρόσβαση, την ποιότητα και τη συνέχεια της φροντίδας.

Εξάλλου, ένας κεντρικός σκοπός της οικονομικής ανάλυσης είναι η συγκριτική αξιολόγηση. Τα οικονομικά στοιχεία αποκτούν νόημα όταν εξετάζονται διαχρονικά, σε παρόμοιους οργανισμούς ή σε σχέση με στρατηγικούς στόχους. Η ανάλυση χρονοσειρών μελετά την ανάπτυξη ενός οργανισμού σε διάφορες περιόδους, ενώ η διατομεακή ανάλυση συγκρίνει διαφορετικούς οργανισμούς κατά την ίδια περίοδο. Το Ινστιτούτο CFA (2026) σημειώνει ότι τέτοιες συγκρίσεις επιτρέπουν στους αναλυτές να αξιολογούν την απόδοση σε σχέση με προηγούμενα αποτελέσματα και τους ανταγωνιστές. Στον νοσοκομειακό τομέα, αυτή η λογική υποστηρίζει τη σύγκριση νοσοκομείων εντός της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας, την αξιολόγηση των ετήσιων μεταβολών στο κόστος και τα έσοδα και τον εντοπισμό τάσεων στις δαπάνες, τη ρευστότητα ή την αποδοτικότητα.

Η οικονομική ανάλυση υποστηρίζει επίσης την εσωτερική διαχείριση. Το OpenStax εξηγεί ότι η ανάλυση οικονομικών καταστάσεων μπορεί να ενημερώσει τον προϋπολογισμό, τον έλεγχο του κόστους, τη βελτίωση των εσόδων και τις αποφάσεις για κεφαλαιουχικές επενδύσεις (Franklin et al., 2019). Για τα νοσοκομεία, αυτός ο ρόλος είναι ιδιαίτερα σημαντικός επειδή η διοίκηση πρέπει να συντονίζει τις κλινικές ανάγκες, τις απαιτήσεις προσωπικού, τις υποδομές, τον εξοπλισμό, τις προμήθειες και τις φαρμακευτικές δαπάνες εντός καθορισμένων δημοσιονομικών ορίων. Μέσω της οικονομικής ανάλυσης, οι διοικητές των νοσοκομείων μπορούν να εξετάσουν εάν τα πρότυπα δαπανών ευθυγραμμίζονται με τη ζήτηση υπηρεσιών και εάν η επιχειρησιακή δραστηριότητα δημιουργεί αναλογική χρήση πόρων.

Τα κύρια εργαλεία της οικονομικής ανάλυσης περιλαμβάνουν την οριζόντια ανάλυση, την κάθετη ανάλυση και την ανάλυση αριθμοδεικτών. Η οριζόντια ανάλυση εξετάζει τις αλλαγές με την πάροδο του χρόνου και βοηθά στον εντοπισμό αυξήσεων ή μειώσεων σε συγκεκριμένα στοιχεία των οικονομικών καταστάσεων. Η κάθετη ανάλυση εκφράζει κάθε στοιχείο ως ποσοστό ενός βασικού μεγέθους, όπως το σύνολο του ενεργητικού ή τα συνολικά έσοδα, επιτρέποντας μια σαφέστερη εικόνα της οικονομικής δομής. Η ανάλυση αριθμοδεικτών μετατρέπει τα λογιστικά δεδομένα σε δείκτες που συνοψίζουν τη ρευστότητα, τη φερεγγυότητα, την αποδοτικότητα και την κερδοφορία (Franklin et al., 2019). Αυτά τα εργαλεία είναι χρήσιμα επειδή μειώνουν την πολυπλοκότητα των οικονομικών καταστάσεων και επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ οργανισμών διαφορετικού μεγέθους.

Στα νοσοκομεία, η ανάλυση δεικτών απαιτεί προσεκτική ερμηνεία επειδή ο στόχος

ενός δημόσιου νοσοκομείου διαφέρει από αυτόν μιας επιχείρησης που επιδιώκει το κέρδος. Οι δείκτες κερδοφορίας μπορεί να έχουν περιορισμένη επεξηγηματική ισχύ όταν η δραστηριότητα του νοσοκομείου καθοδηγείται από την κοινωνική του αποστολή, τη δημόσια χρηματοδότηση και την καθολική πρόσβαση. Ωστόσο, οι δείκτες ρευστότητας, οι δείκτες κόστους, οι δείκτες αποδοτικότητας και οι δείκτες δομής δαπανών είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι, σε κάθε περίπτωση, καθώς μπορούν να δείξουν εάν ένα νοσοκομείο μπορεί να ανταποκριθεί στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του, εάν το κόστος ανά ασθενή ή ανά ημέρα νοσηλείας αυξάνεται και εάν τα διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία και οι ανθρώπινοι πόροι υποστηρίζουν αποτελεσματικά την παροχή υπηρεσιών.

Το Ινστιτούτο CFA (2026) τονίζει ότι οι δείκτες υποδεικνύουν τι συνέβη, ενώ η ερμηνεία εξηγεί γιατί συνέβη. Αυτή η διάκριση είναι απαραίτητη στην ανάλυση των νοσοκομείων, όπου οι αυξημένες δαπάνες μπορεί να αντανakλούν αναποτελεσματικότητα, υψηλότερη πολυπλοκότητα περιστατικών, τεχνολογική αναβάθμιση ή συνθήκες κρίσης. Συνεπώς, ο σκοπός της οικονομικής ανάλυσης στα νοσοκομεία είναι αξιολογικός, διαχειριστικός και στρατηγικός. Συμβάλλει στη διαφάνεια, ενισχύει τη λογοδοσία και υποστηρίζει τη διοίκηση που βασίζεται σε στοιχεία. Επίσης, βοηθά τις αρχές πολιτικής υγείας να παρακολουθούν την οικονομική βιωσιμότητα σε όλα τα νοσοκομεία και τις υγειονομικές περιφέρειες. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η οικονομική ανάλυση παρέχει τη θεωρητική βάση για την εξέταση της οικονομικής και λειτουργικής απόδοσης επιλεγμένων νοσοκομείων (Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων) της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

2.2 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Όπως σημειώθηκε και προηγουμένως, το νοσοκομειακό περιβάλλον απαιτεί μια πιο προσεκτική ερμηνεία των λογιστικών πληροφοριών, επειδή τα δημόσια νοσοκομεία συνδυάζουν την οικονομική διαχείριση, την κοινωνική ευθύνη και την αποστολή τους. Σε μια συμβατική επιχείρηση, η χρηματοοικονομική ανάλυση συνήθως αξιολογεί την κερδοφορία, τη φερεγγυότητα, τη ρευστότητα και τη δημιουργία αξίας για τους ιδιοκτήτες ή τους επενδυτές. Σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, τα ίδια εργαλεία εξυπηρετούν έναν ευρύτερο σκοπό. Υποστηρίζουν τη διαχείριση των δημόσιων πόρων, τη συνέχεια της περίθαλψης, την πειθαρχία του προϋπολογισμού και την λογοδοσία προς το κράτος, τους ασθενείς και την κοινωνία. Επομένως, η ανάλυση των δημόσιων νοσοκομείων πρέπει να

συνδέει τα οικονομικά στοιχεία με τον όγκο των υπηρεσιών, τις ανάγκες του πληθυσμού, την ποιότητα της περίθαλψης και τις θεσμικές υποχρεώσεις.

Μια πρώτη ιδιαιτερότητα αφορά το μοντέλο χρηματοδότησης. Τα δημόσια νοσοκομεία εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους κρατικούς προϋπολογισμούς, τη κοινωνική ασφάλιση των πολιτών, τα προγράμματα δημόσιων επενδύσεων και τους κεντρικά καθορισμένους μηχανισμούς αποζημίωσης. Οι Curtis και Roupas (2009) υποστηρίζουν ότι η περιφερειακή οργάνωση της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης μέσω των Υγειονομικών Περιφερειών είχε ως στόχο να προωθήσει μια πιο ορθολογική κατανομή πόρων και μια αποκεντρωμένη λήψη αποφάσεων. Αυτό έχει σημασία για την παρούσα μελέτη, επειδή τα νοσοκομεία που υπάγονται σε μια Υγειονομική Περιφέρεια αξιολογούνται οικονομικά εντός ενός συγκεκριμένου διοικητικού πλαισίου. Η οικονομική τους κατάσταση αντικατοπτρίζει την εσωτερική διαχείριση, την εποπτεία και την εθνική πολιτική υγείας. Ως αποτέλεσμα, η οικονομική ανάλυση των νοσοκομείων πρέπει να εξετάσει τη μονάδα ως οικονομικό οργανισμό και ως μέρος ενός συστήματος δημόσιας διακυβέρνησης.

Μια δεύτερη ιδιαιτερότητα είναι η έννοια της απόδοσης. Στα δημόσια νοσοκομεία, η απόδοση περιλαμβάνει την οικονομική ισορροπία, την επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα, την ασφάλεια, την κλινική αποτελεσματικότητα και την ανταπόκριση στις ανάγκες των πολιτών. Οι Chua και Preston (1994) δείχνουν ότι οι λογιστικές έννοιες στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένου του κόστους, φέρουν κοινωνικές και οργανωτικές διαστάσεις. Η μέτρηση του κόστους μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική συμπεριφορά, τις διοικητικές προτεραιότητες και τον τρόπο με τον οποίο συνδυάζεται η επιστημονική αυτονομία των επαγγελματιών υγείας με τις απαιτήσεις οικονομικής διαχείρισης. Για τον λόγο αυτό, οι οικονομικοί δείκτες στα νοσοκομεία απαιτούν προσεκτική ερμηνεία. Η μείωση των δαπανών μπορεί να εκφράζει την αποτελεσματικότητα, αλλά μπορεί επίσης να αντανakλά τη μείωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, την έλλειψη συντήρησης των περιουσιακών στοιχείων των οργανισμών ή τους περιορισμούς στο προσωπικό και τις προμήθειες. Αντίθετα, το αυξημένο κόστος μπορεί να αντανakλά τη σπατάλη, αλλά μπορεί επίσης να προέρχεται από πιο σύνθετες περιπτώσεις, τεχνολογική ανανέωση ή πιέσεις έκτακτης ανάγκης.

Ένα τρίτο χαρακτηριστικό αφορά την ποιότητα των δεδομένων και τα λογιστικά συστήματα. Οι Curtis και Roupas (2009) τονίζουν ότι η αποτελεσματική οικονομική παρακολούθηση των νοσοκομείων εξαρτάται από τα κατάλληλα οικονομικά δεδομένα και από την υιοθέτηση της διπλογραφικής λογιστικής. Στα δημόσια νοσοκομεία, οι ταμειακές

ροές, οι συσσωρευμένες υποχρεώσεις, τα χρέη έναντι των προμηθευτών, οι φαρμακευτικές δαπάνες και το κόστος εξοπλισμού μπορεί να εξελίσσονται με διαφορετικές ταχύτητες. Η αξιόπιστη οικονομική ανάλυση απαιτεί συνεπή λογιστικά αρχεία, έγκαιρη αναφορά και συγκρίσιμες ταξινομήσεις μεταξύ των νοσοκομείων. Όπου η υιοθέτηση της λογιστικής παραμένει μερική, οι δείκτες μπορεί να περιγράφουν τμήματα της οικονομικής πραγματικότητας και όχι την πλήρη οικονομική θέση του οργανισμού.

Η ανάλυση αριθμοδεικτών διαφέρει επίσης στα δημόσια νοσοκομεία. Οι δείκτες ρευστότητας παραμένουν σημαντικοί επειδή δείχνουν την ικανότητα κάλυψης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές. Οι δείκτες φερεγγυότητας ερμηνεύονται μέσω της δημόσιας χρηματοδότησης και των συσσωρευμένων υποχρεώσεων. Οι δείκτες αποδοτικότητας είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι, επειδή συνδέουν τους πόρους με τις εκροές, όπως το κόστος ανά νοσηλευόμενο ασθενή, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, η πληρότητα κλινών, η μέση διάρκεια νοσηλείας και το φαρμακευτικό κόστος ανά ασθενή. Οι δείκτες κερδοφορίας έχουν δευτερεύοντα ρόλο, καθώς το δημόσιο νοσοκομείο στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών και όχι στη μεγιστοποίηση του κέρδους.

Εξάλλου, η αναλυτική εστίαση μετατοπίζεται από την απόδοση στη βιωσιμότητα, από το κέρδος στον έλεγχο του κόστους και από την αγοραία αξία στη δημόσια αξία. Η πρόσφατη βιβλιογραφία διευρύνει περαιτέρω αυτήν την άποψη. Οι Vesty et al. (2023) υποστηρίζουν ότι τα ξεπερασμένα λογιστικά μοντέλα δημιουργούν δυσκολίες στην αξιολόγηση των επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη, ιδίως στην ψηφιακή υγεία και την περίθαλψη που βασίζεται στην αξία. Η μελέτη τους υπογραμμίζει την ανάγκη για μετρήσεις που ενσωματώνουν κοινωνική και ηθική αξία, εκτός από τους τεχνικούς υπολογισμούς κόστους. Ομοίως, οι Shi et al. (2025) δείχνουν ότι τα λογιστικά συστήματα διαχείρισης νοσοκομείων έχουν διαγνωστικούς, διαδραστικούς, πολιτιστικούς, πολιτικούς και συμβολικούς ρόλους. Αυτό σημαίνει ότι τα λογιστικά συστήματα διαμορφώνουν την επικοινωνία μεταξύ διοικητικών στελεχών, κλινικών ιατρών και άλλων φορέων. Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τη συνεργασία, την εμπιστοσύνη και τον βαθμό εμπλοκής των ιατρικών επαγγελματιών και των ασθενών.

Τέλος, η οικονομική ανάλυση των δημόσιων νοσοκομείων επηρεάζεται από σύγχρονες πιέσεις όπως η γήρανση του πληθυσμού, οι κρίσεις, οι μεταρρυθμίσεις στην ψηφιοποίηση και οι απαιτήσεις για λογοδοσία. Οι Kern και Sargiacomo (2025) προσδιορίζουν τον συντονισμό της φροντίδας, την επαγγελματική αυτονομία, την ενδυνάμωση των ασθενών, την ψηφιοποίηση και τις εξωτερικές απειλές ως σημαντικές προκλήσεις για τη λογιστική στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι προκλήσεις υποδεικνύουν ότι η οικονομική ανάλυση των νοσοκομείων θα πρέπει να

νοείται ως εργαλείο διακυβέρνησης και όχι ως μια μηχανική άσκηση υπολογισμού, καθώς θα πρέπει να αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο οι δημόσιοι πόροι μετατρέπονται σε υπηρεσίες υγείας, το πώς τα νοσοκομεία παραμένουν οικονομικά βιώσιμα και το πώς ο οικονομικός έλεγχος μπορεί να συνυπάρχει με την ποιότητα, την ισότητα και την περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή. Αυτές ακριβώς οι θεωρητικές και πρακτικές ιδιαιτερότητες θα εξεταστούν στη συνέχεια σε σχέση με την οικονομική πορεία των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων.

2.3 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Οι λογιστικές πληροφορίες αποτελούν τη βασική υποδομή μέσω της οποίας η νοσοκομειακή δραστηριότητα καθίσταται ορατή, μετρήσιμη και διοικητικά διαχειρίσιμη. Στο πλαίσιο των δημόσιων νοσοκομείων, μεταφράζουν την κλινική δραστηριότητα, τη δημόσια χρηματοδότηση, τις υποχρεώσεις μισθοδοσίας, τις φαρμακευτικές δαπάνες, τις υποχρεώσεις των προμηθευτών, τα κεφαλαιουχικά περιουσιακά στοιχεία και τις εκροές υπηρεσιών σε δομημένες πληροφορίες που μπορούν να υποστηρίξουν τον σχεδιασμό, τον έλεγχο και την λογοδοσία. Για το λόγο αυτό, οι οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων αποτελούν κεντρικά έγγραφα τόσο για την εσωτερική διαχείριση όσο και για την εξωτερική εποπτεία, ειδικά όταν η απόδοση των νοσοκομείων αξιολογείται μέσω οικονομικών, λειτουργικών και ποιοτικών δεικτών.

Η σημασία των οικονομικών καταστάσεων στην υγειονομική περίθαλψη έχει πρόσφατα επισημανθεί από τους Chandawarkar et al. (2024), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι κλινικοί ιατροί και οι διοικητικοί υπάλληλοι χρειάζονται μια βασική κατανόηση των οικονομικών καταστάσεων, επειδή αυτά τα έγγραφα επηρεάζουν τις αποφάσεις των τμημάτων, την κατανομή των πόρων και την οικονομική βιωσιμότητα της κλινικής πρακτικής. Τα νοσοκομειακά τμήματα καταναλώνουν πόρους, δημιουργούν δραστηριότητα, απαιτούν προσωπικό και εξοπλισμό και συμμετέχουν σε ευρύτερες δημοσιονομικές αποφάσεις. Επομένως, οι λογιστικές πληροφορίες βοηθούν τους διοικητές των κλινικών να κατανοήσουν πώς τα τμήματά τους επηρεάζουν το νοσοκομείο στο σύνολό του. Υπό αυτή την έννοια, οι οικονομικές καταστάσεις δημιουργούν μια κοινή γλώσσα μεταξύ του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και οικονομικού προσωπικού.

Οι κύριες οικονομικές καταστάσεις που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των νοσοκομείων περιλαμβάνουν την κατάσταση οικονομικής θέσης (ισολογισμός), την κατάσταση οικονομικής απόδοσης (αποτέλεσμα χρήσης) και την κατάσταση ταμειακών ροών. Η κατάσταση οικονομικής θέσης παρουσιάζει τα περιουσιακά στοιχεία, τις υποχρεώσεις και την καθαρή θέση του νοσοκομείου σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία. Σε ένα νοσοκομείο, τα περιουσιακά στοιχεία περιλαμβάνουν μετρητά, απαιτήσεις από δημόσια κεφάλαια ή ασφαλιστές, αποθέματα φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών εφοδίων, ιατρικό εξοπλισμό, κτίρια και υποδομές. Οι υποχρεώσεις περιλαμβάνουν υποχρεώσεις προς προμηθευτές, δεδουλευμένα έξοδα, δάνεια και άλλες δεσμεύσεις. Αυτή η κατάσταση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη επειδή δείχνει την ικανότητα του νοσοκομείου να

υποστηρίζει την παροχή υπηρεσιών μέσω των διαθέσιμων πόρων του, αλλά και των συσσωρευμένων οικονομικών πιέσεων.

Η κατάσταση οικονομικής απόδοσης καταγράφει έσοδα και έξοδα για μια συγκεκριμένη περίοδο. Στα δημόσια νοσοκομεία, τα έσοδα μπορούν να προέρχονται από κρατική χρηματοδότηση, αποζημιώσεις, επιχορηγήσεις, ασφαλιστικούς μηχανισμούς και άλλες θεσμικές πηγές. Τα έξοδα περιλαμβάνουν το κόστος προσωπικού, τις φαρμακευτικές δαπάνες, τα ιατρικά εφόδια, τις υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, τη συντήρηση, τις υπηρεσίες που ανατίθενται σε τρίτους, τις αποσβέσεις και άλλα λειτουργικά έξοδα. Αυτό το έγγραφο επιτρέπει στους διευθυντές να εξετάσουν εάν οι πόροι καταναλώνονται σύμφωνα με τις υποχρεώσεις δραστηριότητας και παροχής υπηρεσιών. Οι Chandawarkar et al. (2024) τονίζουν ότι οι πληροφορίες για τα κέρδη και τις ζημίες μπορούν να βοηθήσουν τους υπεύθυνους να αναγνωρίσουν τις οικονομικές συνέπειες των λειτουργικών τους επιλογών, ακόμη και όταν ο τελικός σκοπός της παροχής φροντίδας δεν παραμένει αυστηρά εμπορικός.

Η κατάσταση ταμειακών ροών έχει ξεχωριστό ρόλο, επειδή ακολουθεί την κίνηση των μετρητών και όχι την αναγνώριση των εσόδων και των εξόδων. Στα νοσοκομεία, αυτή η διάκριση είναι κρίσιμη. Ένα νοσοκομείο μπορεί να αναγνωρίζει αιτήματα εσόδων ή αποζημίωσης, ενώ εξακολουθεί να αντιμετωπίζει καθυστερημένες ταμειακές εισροές. Ταυτόχρονα, μπορεί να φέρει άμεσες υποχρεώσεις πληρωμής προς προμηθευτές, εργολάβους και έξοδα που σχετίζονται με το προσωπικό. Η κατάσταση ταμειακών ροών υποστηρίζει επομένως τη διαχείριση της ρευστότητας, τον προγραμματισμό προμηθειών και τη βραχυπρόθεσμη επιχειρησιακή συνέχεια. Βοηθά επίσης την ηγεσία του νοσοκομείου να εντοπίσει εάν η οικονομική πίεση προκύπτει από διαρθρωτικά ελλείμματα, καθυστερημένες εισπράξεις, αυξημένο κόστος ή χρονικές διαφορές μεταξύ της λογιστικής δεδουλευμένων και της ταμειακής τους διευθέτησης.

Ένα σημαντικό ζήτημα στη λογιστική των νοσοκομείων αφορά την ποιότητα της οικονομικής αναφοράς. Οι Ibrahim et al. (2025) τονίζουν ότι η ποιότητα της χρηματοοικονομικής αναφοράς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί κεντρικό θέμα έρευνας, ιδιαίτερα μετά την αποκάλυψη αδυναμιών στη διακυβέρνηση που ήταν προσανατολισμένη στη μείωση του κόστους, πριν από την πανδημία COVID-19 και την αύξηση της ανάγκης για ανθεκτικά και δίκαια συστήματα υγείας. Η υψηλής ποιότητας χρηματοοικονομική αναφορά απαιτεί ακρίβεια, συγκρισιμότητα, διαφάνεια και έγκαιρη γνωστοποίηση. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν σημασία στα νοσοκομεία, επειδή οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων βασίζονται σε λογιστικά δεδομένα για την αξιολόγηση των

υπηρεσιών, την αιτιολόγηση της χρηματοδότησης, τον σχεδιασμό επενδύσεων και την παρακολούθηση της απόδοσης. Η χαμηλή ποιότητα αναφοράς μπορεί να διαστρεβλώσει την ερμηνεία της νοσοκομειακής δραστηριότητας, ενώ η ισχυρή αναφορά ενισχύει την εμπιστοσύνη μεταξύ νοσοκομείων, Υγειονομικών Περιφερειών, υπουργείων και πολιτών. Στον ελληνικό δημόσιο τομέα, η μετάβαση προς τη λογιστική που βασίζεται σε δεδουλευμένα και τα πρότυπα που βασίζονται στα IPSAS προσδίδει σε αυτό το ζήτημα πρόσθετη σημασία. Οι Filos & Gkouma (2022) εξηγούν ότι το Προεδρικό Διάταγμα 54 του 2018 εισήγαγε πρότυπα που βασίζονται σε IPSAS και ένα κοινό λογιστικό σχέδιο για τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης στην Ελλάδα. Αυτή η μεταρρύθμιση είναι σημαντική για τα νοσοκομεία επειδή προωθεί την πληρέστερη αναγνώριση των περιουσιακών στοιχείων, των υποχρεώσεων, των εσόδων και των εξόδων. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι στην πράξη, η καθολική και ομοιόμορφη εφαρμογή αυτών των προτύπων στα επαρχιακά νοσοκομεία του ΕΣΥ αντιμετώπισε σημαντικές προκλήσεις, λόγω της ανάγκης αναβάθμισης των πληροφοριακών συστημάτων και της στελέχωσης των οικονομικών υπηρεσιών με εξειδικευμένο προσωπικό.

Οι λογιστικές πληροφορίες υποστηρίζουν επίσης τη μέτρηση της απόδοσης. Σύμφωνα με τους Ibrahim et al. (2025), η λογιστική των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης συνδέει την οικονομική αναφορά με δείκτες απόδοσης, συστήματα κοστολόγησης και ψηφιοποίηση. Στα νοσοκομεία, η μέτρηση της απόδοσης μπορεί να περιλαμβάνει κόστος ανά ασθενή, κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, δαπάνες τμήματος, εκτέλεση προϋπολογισμού, χρήση ιατρικού εξοπλισμού, χρόνους αναμονής, δείκτες όγκου υπηρεσιών και ποιότητας. Αυτά τα μέτρα μπορούν να εμπλουτίσουν την ερμηνεία των οικονομικών καταστάσεων, επειδή συνδέουν τα λογιστικά στοιχεία με την πραγματική παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Έτσι, τα έξοδα ενός νοσοκομείου αποκτούν αναλυτική σημασία όταν εξετάζονται σε σχέση με τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, την κλινική πολυπλοκότητα, τις διαθέσιμες κλίνες και τη δυναμικότητα των υπηρεσιών.

Η ψηφιοποίηση αλλάζει περαιτέρω τον ρόλο των λογιστικών πληροφοριών. Τα σύγχρονα λογιστικά συστήματα των νοσοκομείων μπορούν να ενσωματώσουν οικονομικά, διοικητικά και κλινικά δεδομένα, υποστηρίζοντας ταχύτερη αναφορά και πιο λεπτομερή ανάλυση. Οι Yonce και Barnes (2022) δείχνουν ότι η έρευνα για τη λογιστική στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζει την αξία ποικίλων πηγών δεδομένων και ευρύτερων μεθοδολογικών προσεγγίσεων. Τα ψηφιακά συστήματα μπορούν να βελτιώσουν τη διαθεσιμότητα των νοσοκομειακών δεδομένων, να ενισχύσουν την εσωτερική παρακολούθηση και να υποστηρίξουν τη διαχείριση που βασίζεται σε στοιχεία. Ταυτόχρονα, ο Pflueger (2015) υποστηρίζει ότι η λογιστική για την ποιότητα

απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, επειδή τα συστήματα μέτρησης επηρεάζουν την οργανωτική συμπεριφορά. Αυτό το σημείο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα νοσοκομεία, όπου οι λογιστικές πληροφορίες θα πρέπει να υποστηρίζουν τη βελτίωση της φροντίδας, τη διαφάνεια και την υπεύθυνη χρήση των πόρων.

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι οι οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων εκτός από επίσημα λογιστικά αποτελέσματα, αποτελούν εργαλεία διακυβέρνησης, επικοινωνίας και στρατηγικής διαχείρισης. Στα δημόσια νοσοκομεία, η αξία τους αυξάνεται όταν συνδέονται με την κλινική δραστηριότητα, τους δείκτες ποιότητας και τον περιφερειακό σχεδιασμό υγείας. Για τον λόγο αυτό, οι λογιστικές πληροφορίες αποτελούν απαραίτητη βάση για κάθε οικονομική ανάλυση των νοσοκομείων και για κάθε προσπάθεια αξιολόγησης της βιωσιμότητας και της συμβολής τους στο δημόσιο σύστημα υγείας.

2.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Ένα σύστημα δεικτών για την αξιολόγηση των νοσοκομειακών μονάδων θα πρέπει να νοείται ως ένα ολοκληρωμένο αναλυτικό πλαίσιο. Στα νοσοκομεία, η οικονομική απόδοση έχει πιο σύνθετη έννοια από ό,τι στις συνηθισμένες επιχειρηματικές οντότητες, όπως έχει αναλυθεί σε προηγούμενες ενότητες. Για τον λόγο αυτό, οι δείκτες θα πρέπει να επιλέγονται με τρόπο που να αποτυπώνει την οικονομική ικανότητα του νοσοκομείου να διατηρεί την ποιότητα της περίθαλψης, να ανανεώνει τις υποδομές του, να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους πόρους του και να διατηρεί τη φερεγγυότητά του με την πάροδο του χρόνου. Αυτό συνδέεται άμεσα με την οικονομική ανάλυση, επειδή τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στις οικονομικές καταστάσεις αποκτούν διαχειριστική αξία μόνο όταν μετατρέπονται σε συγκρίσιμους, ερμηνεύσιμους και προσανατολισμένους στη λήψη αποφάσεων δείκτες.

Η κλασική συμβολή των Zeller, Stanko και Cleverley (1996) είναι σημαντική επειδή αμφισβήτησε την υπερβολική χρήση μεγάλων λιστών δεικτών νοσοκομείων. Η μελέτη τους εξέτασε 2.189 νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών και έδειξε ότι η οικονομική απόδοση των νοσοκομείων μπορεί να συνοψιστεί μέσω ενός μικρότερου αριθμού βασικών οικονομικών χαρακτηριστικών. Αυτή η προσέγγιση είναι χρήσιμη για τη διοίκηση των νοσοκομείων επειδή μειώνει την υπερφόρτωση πληροφοριών και βοηθά τους διοικητές, τα διοικητικά συμβούλια και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να επικεντρωθούν σε διαστάσεις που εξηγούν πραγματικά την οικονομική κατάσταση. Η μεταγενέστερη εργασία των Zeller et al. (1997) ομαδοποίησε την οικονομική απόδοση των νοσοκομείων σε έξι κύρια χαρακτηριστικά: κερδοφορία, αποδοτικότητα παγίων

Διπλωματική Εργασία

περιουσιακών στοιχείων, κεφαλαιακή διάρθρωση, ηλικία παγίων περιουσιακών στοιχείων, αποδοτικότητα κεφαλαίου κίνησης και ρευστότητα. Αυτές οι κατηγορίες παρέχουν μια συστηματική βάση για την ανάλυση νοσοκομείων επειδή καλύπτουν τόσο τη βραχυπρόθεσμη λειτουργική ικανότητα όσο και τη μακροπρόθεσμη θεσμική τους βιωσιμότητα.

Οι δείκτες κερδοφορίας αντιπροσωπεύουν την πρώτη διάσταση της αξιολόγησης των νοσοκομείων, αν και στα δημόσια νοσοκομεία ο όρος κερδοφορία θα πρέπει να ερμηνεύεται προσεκτικά. Ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν υπάρχει κυρίως για να μεγιστοποιήσει το κέρδος του, αλλά εξακολουθεί να χρειάζεται να ελέγχει τη σχέση μεταξύ εσόδων και εξόδων. Το λειτουργικό περιθώριο και το συνολικό περιθώριο είναι επομένως βασικοί δείκτες. Το λειτουργικό περιθώριο μετράει εάν οι συνήθειες δραστηριότητες του νοσοκομείου παράγουν επαρκή λειτουργικά έσοδα για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων, ενώ το συνολικό περιθώριο διευρύνει αυτήν την άποψη συμπεριλαμβάνοντας λειτουργικά και μη λειτουργικά έσοδα. Στα δημόσια νοσοκομεία, ένα διαρκές λειτουργικό έλλειμμα μπορεί να υποδηλώνει υποχρηματοδότηση, αναποτελεσματικές δομές κόστους, αδύναμες διαδικασίες τιμολόγησης και είσπραξης, υπερβολική εξάρτηση από κρατικές επιδοτήσεις ή υψηλή πίεση δαπανών από φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικά εφόδια και υποχρεώσεις που σχετίζονται με το προσωπικό. Το CHIA ορίζει το λειτουργικό περιθώριο ως τη διαφορά μεταξύ των συνολικών λειτουργικών εσόδων και των συνολικών εξόδων διαιρούμενων με τα συνολικά έσοδα, ενώ το συνολικό περιθώριο αξιολογεί το συνολικό πλεόνασμα ή ζημία τόσο από τη λειτουργική όσο και από τη μη λειτουργική δραστηριότητα.

Οι δείκτες ρευστότητας αποτελούν τη δεύτερη βασική διάσταση της χρηματοοικονομικής αξιολόγησης των νοσοκομείων και αποτυπώνουν την ικανότητα του οργανισμού να καλύπτει έγκαιρα τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η ρευστότητα έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι καθυστερήσεις στις πληρωμές προς προμηθευτές, η περιορισμένη ταμειακή επάρκεια και η βραχεία είσπραξη απαιτήσεων επηρεάζουν άμεσα την ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτό, ιδιαίτερη αξία έχουν ο δείκτης γενικής ρευστότητας, ο δείκτης άμεσης ρευστότητας, οι ημέρες ταμειακής επάρκειας, η μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων και η μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων. Ο δείκτης γενικής ρευστότητας δείχνει τον βαθμό στον οποίο το κυκλοφορούν ενεργητικό καλύπτει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Ο δείκτης άμεσης ρευστότητας εστιάζει στα περισσότερα άμεσα ρευστοποιήσιμα στοιχεία, όπως τα ταμειακά διαθέσιμα, οι βραχυπρόθεσμες τοποθετήσεις και οι απαιτήσεις, σε σχέση με τις τρέχουσες υποχρεώσεις. Οι ημέρες ταμειακής

επάρκειας εκφράζουν το χρονικό διάστημα κατά το οποίο το νοσοκομείο μπορεί να καλύπτει τις λειτουργικές του ανάγκες με τα διαθέσιμα μετρητά και τις άμεσα ρευστοποιήσιμες τοποθετήσεις του. Η μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων αποτυπώνει την ταχύτητα μετατροπής των απαιτήσεων σε ταμειακές εισροές, ενώ η μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων δείχνει τον χρόνο που απαιτείται για την πληρωμή προμηθευτών και λοιπών βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Οι δείκτες αυτοί είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν μέσα σε πλαίσιο καθυστερημένων αποζημιώσεων, σύνθετων διοικητικών διαδικασιών και σημαντικής εξάρτησης από τη δημόσια χρηματοδότηση.

Οι δείκτες φερεγγυότητας αποτελούν την τρίτη διάσταση της χρηματοοικονομικής ανάλυσης και αξιολογούν τη μακροπρόθεσμη οικονομική αντοχή του νοσοκομείου. Μέσω αυτών εξετάζεται η ικανότητα διαχείρισης του χρέους, η επάρκεια των κεφαλαίων και η δυνατότητα κάλυψης μακροχρόνιων χρηματοοικονομικών δεσμεύσεων. Ενδεικτικοί δείκτες είναι ο δείκτης κάλυψης εξυπηρέτησης χρέους, οι λειτουργικές ταμειακές ροές προς συνολικό χρέος, ο δείκτης ιδίων κεφαλαίων προς συνολικά κεφάλαια και ο δείκτης μακροπρόθεσμου δανεισμού προς συνολική κεφαλαιοποίηση. Η φερεγγυότητα συνδέεται άμεσα με την επενδυτική ικανότητα του νοσοκομείου. Ένας οργανισμός με ισχυρή κεφαλαιακή βάση και επαρκείς λειτουργικές ταμειακές ροές έχει μεγαλύτερη δυνατότητα χρηματοδότησης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αναβάθμισης υποδομών, ανάπτυξης νέων υπηρεσιών και κάλυψης έκτακτων αναγκών. Στους νοσοκομειακούς οργανισμούς, όπου οι ανάγκες σε πάγιο εξοπλισμό και υποδομές είναι υψηλές, οι δείκτες φερεγγυότητας προσφέρουν ουσιαστική εικόνα για τη μακροχρόνια βιωσιμότητα. Ένα νοσοκομείο μπορεί να εμφανίζει ικανοποιητική βραχυπρόθεσμη ρευστότητα, ενώ η μακροπρόθεσμη οικονομική του θέση να παραμένει ευάλωτη όταν η κεφαλαιακή του διάρθρωση στηρίζεται υπέρμετρα στον δανεισμό ή όταν οι λειτουργικές ταμειακές ροές επαρκούν οριακά για επανεπένδυση και ανανέωση των υποδομών.

Οι δείκτες επανεπένδυσης σε πάγιο κεφάλαιο κατέχουν ιδιαίτερη θέση στη χρηματοοικονομική αξιολόγηση των νοσοκομείων, καθώς η ποιότητα και η συνέχεια της υγειονομικής φροντίδας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση των κτιριακών εγκαταστάσεων, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, των διαγνωστικών μέσων, των

πληροφοριακών συστημάτων και των λοιπών υποδομών. Βασικός δείκτης αυτής της κατηγορίας είναι η μέση λογιστική ηλικία των παγίων, η οποία προκύπτει από τη διαίρεση των σωρευμένων αποσβέσεων με τις ετήσιες αποσβέσεις. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει την οικονομική παλαιότητα των παγίων στοιχείων και παρέχει ένδειξη για τον βαθμό ανανέωσης του παραγωγικού εξοπλισμού του νοσοκομείου. Όσο υψηλότερη είναι η μέση ηλικία των παγίων, τόσο μεγαλύτερη εμφανίζεται η ανάγκη για μελλοντικές κεφαλαιουχικές δαπάνες, αντικατάσταση εξοπλισμού και τεχνική αναβάθμιση. Η συγκεκριμένη διάσταση αποκτά αυξημένη σημασία στα δημόσια νοσοκομεία, όπου η παλαιότητα των εγκαταστάσεων και η φθορά του εξοπλισμού μπορούν να αυξήσουν τις δαπάνες συντήρησης, να περιορίσουν την παραγωγικότητα και να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η επανεπένδυση σε πάγιο κεφάλαιο συνδέει, επομένως, τα λογιστικά δεδομένα με την πραγματική επιχειρησιακή ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει σύγχρονες, ασφαλείς και αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας.

Οι δείκτες αποδοτικότητας παγίων εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο το νοσοκομείο αξιοποιεί παραγωγικά τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και το σύνολο των περιουσιακών του στοιχείων. Οι Zeller et al. (1997) εντάσσουν την αποδοτικότητα των παγίων στα βασικά χαρακτηριστικά της οικονομικής επίδοσης των νοσοκομείων, αναγνωρίζοντας ότι η χρήση των υποδομών επηρεάζει άμεσα το λειτουργικό αποτέλεσμα. Στην πράξη, η αποδοτικότητα αυτή μπορεί να αποτιμηθεί μέσα από δείκτες όπως η κυκλοφοριακή ταχύτητα του συνολικού ενεργητικού, η κυκλοφοριακή ταχύτητα των παγίων, η πληρότητα κλινών και ο όγκος υπηρεσιών σε σχέση με τη βάση των παγίων. Η ερμηνεία των συγκεκριμένων δεικτών χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη το είδος των περιστατικών, τον βαθμό εξειδίκευσης, τη διδακτική και ερευνητική δραστηριότητα, τις γεωγραφικές ανάγκες και την ετοιμότητα για έκτακτα περιστατικά.

Η αποδοτικότητα του κεφαλαίου κίνησης αποτελεί επίσης κρίσιμη διάσταση της νοσοκομειακής χρηματοοικονομικής ανάλυσης. Αφορά τη διαχείριση των απαιτήσεων, των αποθεμάτων, των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων και των διαθέσιμων λειτουργικών πόρων. Τα νοσοκομεία διαχειρίζονται σημαντικά αποθέματα φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, εργαστηριακών αναλωσίμων και ιατρικών εφοδίων, γεγονός που καθιστά χρήσιμους δείκτες όπως η κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων και η μέση διάρκεια παραμονής αποθεμάτων. Οι δείκτες αυτοί βοηθούν στην αξιολόγηση της πολιτικής προμηθειών, της εφοδιαστικής αλυσίδας και της αποτελεσματικής χρήσης των υλικών πόρων. Στο ίδιο πεδίο εντάσσονται η μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων και η μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων. Η ορθολογική διαχείριση του κεφαλαίου κίνησης

ενισχύει την ταμειακή ευελιξία, στηρίζει τη σχέση με τους προμηθευτές και συμβάλλει στην αδιάλειπτη κλινική λειτουργία. Στα δημόσια νοσοκομεία, η διάσταση αυτή έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι διαδικασίες προμηθειών, οι καθυστερήσεις στις αποζημιώσεις και οι κεντρικοί μηχανισμοί πληρωμών συχνά δημιουργούν απόσταση ανάμεσα στη λογιστική εικόνα και στις καθημερινές λειτουργικές ανάγκες.

Η επιλογή των βασικών χρηματοοικονομικών αριθμοδεικτών χρειάζεται να στηρίζεται σε σαφή και τεκμηριωμένα κριτήρια. Οι Pink, Daniel, Hall και McKillop (2007) δείχνουν ότι οι κύριοι δείκτες οικονομικής επίδοσης μπορούν να επιλεγούν μέσα από συνδυασμό βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης, αξιολόγησης από ομάδα ειδικών και εμπειρικής επιβεβαίωσης. Η προσέγγιση αυτή έχει ιδιαίτερη μεθοδολογική αξία, καθώς ένα σύστημα αριθμοδεικτών οφείλει να συνδυάζει τεχνική εγκυρότητα και πρακτική χρησιμότητα για τη διοίκηση. Σε παρόμοια κατεύθυνση, οι Pink et al. (2006) ανέπτυξαν χρηματοοικονομικούς δείκτες για νοσοκομεία, αναδεικνύοντας ότι η ανάλυση αριθμοδεικτών χρειάζεται να προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Ο τύπος του ιδρύματος, το μέγεθος, το σύστημα αποζημίωσης, η γεωγραφική θέση και ο ρόλος των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάζουν ουσιαστικά την ερμηνεία των οικονομικών μεγεθών. Η διαπίστωση αυτή έχει άμεση εφαρμογή στην υπό εξέταση περίπτωση της 5ης ΥΠΕ, καθώς τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων, αν και ανήκουν στην ίδια κατηγορία (Γενικά Νοσοκομεία), καλούνται να εξυπηρετήσουν διαφορετικές πληθυσμιακές ανάγκες και παρουσιάζουν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (όπως η νησιωτική κάλυψη των Σποράδων από το νοσοκομείο του Βόλου ή ο ορεινός όγκος που καλύπτει το νοσοκομείο των Τρικάλων).

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα χρηματοοικονομικών δεικτών για την αξιολόγηση των νοσοκομείων χρειάζεται να αποτυπώνει την οικονομική θέση κάθε μονάδας σε σύνδεση με τη λειτουργία, την αποστολή και τις υποχρεώσεις της μέσα στο σύστημα υγείας. Ο ίδιος δείκτης μπορεί να αποκτά διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με την αποστολή και το προφίλ του νοσοκομείου. Ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο μπορεί να εμφανίζει υψηλότερο λειτουργικό κόστος, επειδή υποστηρίζει ταυτόχρονα εξειδικευμένη περίθαλψη, εκπαίδευση, έρευνα και σύνθετη κλινική δραστηριότητα. Ένα περιφερειακό νοσοκομείο μπορεί να διατηρεί τμήματα με μέτρια πληρότητα, καθώς η παρουσία τους εξυπηρετεί την υγειονομική κάλυψη του τοπικού πληθυσμού. Ένα νοσοκομείο με αυξημένη εφημεριακή επιβάρυνση μπορεί να εμφανίζει έντονη πίεση στις δαπάνες, η οποία αντανακλά κοινωνική και υγειονομική αναγκαιότητα. Για τον λόγο αυτό, οι χρηματοοικονομικοί αριθμοδείκτες λειτουργούν κυρίως ως ενδείξεις για βαθύτερη

διερεύνηση. Η ανάλυση αριθμοδεικτών αναδεικνύει τα σημεία που χρειάζονται ερμηνεία, ενώ η ποιοτική και λειτουργική αποτίμηση εξηγεί τους λόγους που οδήγησαν στα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Στην παρούσα μελέτη, το προτεινόμενο σύστημα δεικτών μπορεί να οργανωθεί σε επτά βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- η αποδοτικότητα ή κερδοφορία,
- η ρευστότητα,
- η φερεγγυότητα,
- η επανεπένδυση σε πάγιο κεφάλαιο,
- η αποδοτικότητα παγίων και συνολικού ενεργητικού,
- η αποδοτικότητα του κεφαλαίου κίνησης και
- η ένταση δαπανών.

Η ένταση των δαπανών έχει ιδιαίτερη σημασία στη νοσοκομειακή έρευνα, επειδή συνδέει τα οικονομικά στοιχεία με την πραγματική παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Δείκτες όπως το κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή, η φαρμακευτική δαπάνη ανά νοσηλευθέντα ασθενή, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας και η συμμετοχή της δαπάνης προσωπικού στο συνολικό κόστος μπορούν να αποτυπώσουν τον τρόπο με τον οποίο η κατανάλωση πόρων μεταβάλλεται σε σχέση με τον όγκο και τη σύνθεση των υπηρεσιών. Η χρησιμότητά τους αυξάνεται όταν συνδυάζονται με διαχρονική ανάλυση, σύγκριση μεταξύ ομοειδών νοσοκομείων και περιφερειακή συγκριτική αποτίμηση.

Πίνακας 3. Βασικοί αριθμοδείκτες

Κατηγορία αριθμοδεικτών	Ενδεικτικοί αριθμοδείκτες	Κύρια ερμηνεία στην αξιολόγηση νοσοκομείων
Κερδοφορία ή χρηματοοικονομική ισορροπία	Λειτουργικό περιθώριο, συνολικό περιθώριο	Ικανότητα κάλυψης των δαπανών μέσω των λειτουργικών και συνολικών εσόδων
Ρευστότητα	Δείκτης γενικής ρευστότητας, ημέρες ταμειακής επάρκειας, μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων	Ικανότητα κάλυψης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων και υποστήριξης της καθημερινής λειτουργίας
Φερεγγυότητα	Δείκτης κάλυψης εξυπηρέτησης χρέους, λειτουργικές ταμειακές ροές προς συνολικό χρέος, δείκτης ιδίων κεφαλαίων προς συνολικά κεφάλαια	Μακροπρόθεσμη οικονομική αντοχή και δυνατότητα εκπλήρωσης χρηματοοικονομικών υποχρεώσεων
Επανεπένδυση σε πάγιο κεφάλαιο	Μέση λογιστική ηλικία παγίων, δείκτες κεφαλαιουχικών δαπανών	Ανάγκη ανανέωσης υποδομών, εγκαταστάσεων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Αποδοτικότητα παγίων και ενεργητικού	Κυκλοφοριακή ταχύτητα παγίων, κυκλοφοριακή ταχύτητα συνολικού ενεργητικού, όγκος υπηρεσιών ανά βάση ενεργητικού	Βαθμός αξιοποίησης των υποδομών και των περιουσιακών στοιχείων σε σχέση με την παραγόμενη δραστηριότητα
Αποδοτικότητα κεφαλαίου κίνησης	Κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων, μέση διάρκεια εξόφλησης υποχρεώσεων, μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων	Διαχείριση αποθεμάτων, προμηθευτών, απαιτήσεων και βραχυπρόθεσμων λειτουργικών πόρων
Ένταση δαπανών	Κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή, κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, φαρμακευτική δαπάνη ανά ασθενή	Σχέση μεταξύ όγκου παρεχόμενων υπηρεσιών και κατανάλωσης οικονομικών πόρων

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση των νοσοκομειακών μονάδων απαιτεί ένα σύστημα δεικτών που είναι επιλεκτικό, δομημένο και ευαίσθητο στο εκάστοτε πλαίσιο. Η κύρια αξία ενός τέτοιου συστήματος έγκειται στην ικανότητά του να μεταφράζει τα λογιστικά δεδομένα σε στοιχεία για τη διακυβέρνηση, τον προϋπολογισμό, τον προγραμματισμό και την λογοδοσία. Η περιορισμένη εστίαση σε έναν δείκτη μπορεί να διαστρεβλώσει την ερμηνεία, ενώ ένα ισορροπημένο πλαίσιο μπορεί να αποκαλύψει οικονομική πίεση, λειτουργική αναποτελεσματικότητα, υποεπένδυση κεφαλαίου και μακροπρόθεσμο κίνδυνο. Για τα δημόσια νοσοκομεία, οι οικονομικοί δείκτες θα πρέπει να υποστηρίζουν την καλύτερη διαχείριση των δημόσιων πόρων και την ισχυρότερη θεσμική ανθεκτικότητα, παραμένοντας παράλληλα ευθυγραμμισμένοι με την κεντρική αποστολή της δίκαιης, ασφαλούς και συνεχούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

2.5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ, ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η ερμηνεία των χρηματοοικονομικών αριθμοδεικτών των νοσοκομείων χρειάζεται να στηρίζεται σε σαφή μεθοδολογική βάση, η οποία συνδέει τα λογιστικά μεγέθη με τον θεσμικό ρόλο, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών και το λειτουργικό περιβάλλον κάθε μονάδας υγείας. Η ανάλυση αριθμοδεικτών αποκτά αξία όταν εντάσσεται σε μια συνεκτική διαδικασία αποτίμησης της θέσης, της αξιοποίησης των πόρων και της οργανωτικής επάρκειας. Οι Choate και Tanaka (1979) διατυπώνουν με σαφήνεια αυτή τη λογική, καθώς προσεγγίζουν την ανάλυση αριθμοδεικτών ως εργαλείο με το οποίο ένα νοσοκομείο μπορεί να παρακολουθεί την πορεία του στον χρόνο και να συγκρίνει τη θέση

του με αντίστοιχες μονάδες. Η διαδικασία αρχίζει με την αναμόρφωση των οικονομικών καταστάσεων, συνεχίζεται με τον υπολογισμό και την ερμηνεία των επιμέρους δεικτών και ολοκληρώνεται με τη σύνθεσή τους σε ευρύτερα αναλυτικά σχήματα. Η ακολουθία αυτή είναι σημαντική στον νοσοκομειακό τομέα, όπου οι διαφορές στη λογιστική ταξινόμηση και στον τρόπο παρουσίασης των οικονομικών στοιχείων επηρεάζουν τη συγκρισιμότητα.

Η πρώτη μεθοδολογική αρχή αφορά την προετοιμασία συγκρίσιμων οικονομικών δεδομένων. Πριν από τον υπολογισμό των αριθμοδεικτών, τα λογιστικά στοιχεία χρειάζονται έλεγχο και αναταξινόμηση σε κατηγορίες που εξυπηρετούν την ανάλυση. Τα έσοδα, οι λειτουργικές δαπάνες, οι επιχορηγήσεις, οι απαιτήσεις, οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις, οι αποσβέσεις και οι κεφαλαιουχικές δαπάνες χρειάζεται να αντιμετωπίζονται με ενιαία λογική σε όλα τα έτη και σε όλες τις μονάδες που συγκρίνονται. Οι Choate και Tanaka (1979) επισημαίνουν ότι η αναταξινόμηση των οικονομικών καταστάσεων περιορίζει τις στρεβλώσεις και ενισχύει την αξιοπιστία των δεικτών στους οποίους στηρίζονται οι διοικητικές αποφάσεις. Στον χώρο των νοσοκομείων, το στάδιο αυτό αποκτά βαρύτητα, επειδή οι διαφορετικές λογιστικές πρακτικές, οι ετερογενείς μορφές αναφοράς μπορούν να μεταβάλουν την εικόνα της οικονομικής θέσης μιας μονάδας.

Η δεύτερη αρχή αφορά την ακριβή κατανόηση του περιεχομένου κάθε δείκτη. Οι Burkhardt και Wheeler (2013) υπογραμμίζουν ότι η οικονομική επίδοση των νοσοκομείων μπορεί να αποτιμηθεί με πολλούς τρόπους, γεγονός που απαιτεί σαφή γνώση του περιεχομένου κάθε αριθμοδείκτη. Οι δείκτες ρευστότητας αποτυπώνουν την ικανότητα κάλυψης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Οι δείκτες φερεγγυότητας εξετάζουν τη μακροπρόθεσμη οικονομική αντοχή και τη δυνατότητα υποστήριξης χρηματοοικονομικών δεσμεύσεων. Οι δείκτες κερδοφορίας ή χρηματοοικονομικής ισορροπίας εκφράζουν τη σχέση μεταξύ εσόδων και δαπανών, ενώ οι δείκτες αποδοτικότητας δείχνουν τον βαθμό με τον οποίο οι διαθέσιμοι πόροι μετατρέπονται σε υπηρεσίες υγείας. Η διάκριση αυτή οδηγεί σε ασφαλέστερα συμπεράσματα, καθώς ένα νοσοκομείο μπορεί να εμφανίζει ικανοποιητική κεφαλαιακή διάρθρωση και ταυτόχρονα έντονη ταμειακή πίεση ή αποδεκτά λειτουργικά αποτελέσματα μαζί με βραδεία είσπραξη απαιτήσεων.

Η τρίτη αρχή συνδέεται με τη χρήση κατάλληλων σημείων αναφοράς. Η σύγκριση μπορεί να είναι εσωτερική, κλαδική ή μεταξύ όμοιων οργανισμών. Η εσωτερική σύγκριση εξετάζει την πορεία του ίδιου νοσοκομείου σε περισσότερα οικονομικά έτη και βοηθά στον εντοπισμό μεταβολών στην οικονομική ευρωστία, στη διάρθρωση του κόστους και

στη χρήση των πόρων. Η κλαδική σύγκριση τοποθετεί τη μονάδα μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον του συστήματος υγείας. Η σύγκριση με ομοειδή νοσοκομεία λαμβάνει υπόψη μέγεθος, αποστολή, κατηγορίες περιστατικών, ιδιοκτησιακό καθεστώς, εκπαιδευτικό ρόλο και γεωγραφική λειτουργία. Οι Choate και Tanaka (1979) αξιοποίησαν τόσο διαχρονικές συγκρίσεις όσο και συγκρίσεις εντός του κλάδου, προσφέροντας ένα πρότυπο που παραμένει χρήσιμο στη σύγχρονη αξιολόγηση των νοσοκομείων. Ένας αριθμοδείκτης αποκτά αναλυτική σημασία όταν ερμηνεύεται σε σχέση με ένα κατάλληλο μέτρο σύγκρισης.

Η τέταρτη αρχή αφορά τη διαχρονική αξιολόγηση. Οι οικονομικές καταστάσεις καταγράφουν παρελθόντα γεγονότα, όμως η αναλυτική τους αξία βρίσκεται στην ανάδειξη τάσεων που επηρεάζουν τη μελλοντική βιωσιμότητα. Η διαχρονική ανάλυση εξετάζει την κατεύθυνση, την ένταση και τη σταθερότητα των μεταβολών. Η οριζόντια ανάλυση, οι δείκτες τάσης και η επαναλαμβανόμενη μέτρηση των ίδιων αριθμοδεικτών επιτρέπουν την αξιολόγηση του χαρακτήρα των οικονομικών πιέσεων. Οι Garrison et al. εξηγούν ότι η ανάλυση τάσεων αναδεικνύει τις μεταβολές από έτος σε έτος και βοηθά τον αναλυτή να αξιολογήσει τη βαρύτητα των κινήσεων στα μεγέθη των οικονομικών καταστάσεων. Στα νοσοκομεία, η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την εξέταση κρίσιμων ζητημάτων, όπως η αύξηση του κόστους σε σχέση με τους ασθενείς, η συσσώρευση απαιτήσεων, η μεταβολή της ρευστότητας και η διάρκεια ζωής των παγίων στοιχείων.

Η πέμπτη αρχή αφορά τη σύνδεση των ποσοτικών δεικτών με την οργανωσιακή ερμηνεία. Οι αριθμοδείκτες αποτελούν αφετηρία ουσιαστικότερης ανάλυσης, καθώς αναδεικνύουν σημεία που χρειάζονται περαιτέρω ερμηνεία. Οι Suarez et al. (2011) υποστηρίζουν ότι οι χρηματοοικονομικοί δείκτες μπορούν να βοηθήσουν τους οργανισμούς δημόσιας υγείας να παρακολουθούν οικονομικές τάσεις, να εντοπίζουν ισχυρά και αδύναμα σημεία, να βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα και να ενισχύουν την ικανότητά τους. Η θέση αυτή είναι σημαντική για τα δημόσια νοσοκομεία, όπου η οικονομική ανάλυση υπηρετεί τη δημόσια λογοδοσία, την τεκμηρίωση των αποφάσεων της διοίκησης και τη συνέχεια των υπηρεσιών. Η επιδείνωση ενός δείκτη μπορεί να συνδέεται με χρηματοδοτική πίεση, αυξημένη ζήτηση, δυσλειτουργίες στις προμήθειες, ανισορροπίες στο ανθρώπινο δυναμικό, υψηλή συχνότητα εφημεριών ή κλινική πολυπλοκότητα. Η ερμηνεία χρειάζεται, συνεπώς, γνώση της αποστολής, των περιφερειακών υποχρεώσεων και του πραγματικού φόρτου κάθε νοσοκομείου.

Η έκτη αρχή σχετίζεται με την αξιοποίηση πολλαπλών πηγών δεδομένων. Ο οδηγός των Pauly et al. (2024, 2025) για την κατανόηση των νοσοκομειακών δαπανών μέσω χρηματοοικονομικής ανάλυσης αναδεικνύει τη σημασία των ελεγχμένων

οικονομικών καταστάσεων, των φορολογικών δηλώσεων και των αναφορών κόστους για την αποτίμηση της οικονομικής υγείας και βιωσιμότητας των νοσοκομείων. Κάθε πηγή προσφέρει διαφορετικό είδος πληροφόρησης. Οι ελεγμένες οικονομικές καταστάσεις παρέχουν συνολική εικόνα της οικονομικής θέσης, ενώ οι αναφορές κόστους διευκολύνουν την προσέγγιση επιμέρους λειτουργικών δεδομένων. Στη μελέτη δημόσιων νοσοκομείων, αντίστοιχη αξία έχουν οι προϋπολογισμοί, ισολογισμοί, καταστάσεις αποτελεσμάτων, τα στοιχεία ταμειακών ροών, οι αναφορές κόστους, οι βάσεις δεδομένων των αρμόδιων φορέων και λειτουργικά στατιστικά. Η τριγωνοποίηση των πηγών ενισχύει την εγκυρότητα, επειδή συνδέει τα οικονομικά μεγέθη με την πραγματική δραστηριότητα παροχής υπηρεσιών.

Τέλος, η σύγκριση μεταξύ νοσοκομείων χρειάζεται προσοχή ως προς τα δομικά χαρακτηριστικά των μονάδων. Οι Yildirim et al. (2024) δείχνουν ότι οι χρηματοοικονομικοί δείκτες διαφοροποιούνται ανάλογα με το ιδιοκτησιακό καθεστώς, τη γεωγραφική περιοχή και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων. Επομένως, οι διαφορές στην οικονομική επίδοση μπορούν να αντανακλούν τόσο διοικητικές πρακτικές όσο και διαρθρωτικές συνθήκες. Στην ανάλυση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, η συγκρισιμότητα χρειάζεται να ενσωματώνει το μέγεθος της μονάδας, τη στελέχωση, το δευτεροβάθμιο χαρακτήρα της, την περιφερειακή ευθύνη, την επιβάρυνση από τις εφημερίες, τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και την κατάσταση των υποδομών των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων. Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση συνδυάζει ανάλυση αριθμοδεικτών, διαχρονική εξέταση, σύγκριση ομοειδών μονάδων και θεσμική ερμηνεία. Με αυτόν τον τρόπο, η χρηματοοικονομική ανάλυση μετατρέπεται σε εργαλείο λογοδοσίας, προγραμματισμού και τεκμηριωμένης διοίκησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Η διεθνής εμπειρική βιβλιογραφία για τη χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων έχει εξελιχθεί σημαντικά, από τις αρχικές προσεγγίσεις που στηρίζονταν κυρίως στην ανάλυση αριθμοδεικτών προς πιο σύνθετα ερευνητικά σχήματα, τα οποία συνδέουν τη λογιστική πληροφόρηση με την αποδοτικότητα, τη διοίκηση, την

ανθεκτικότητα και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Οι πρώτες μελέτες χρησιμοποίησαν τους χρηματοοικονομικούς δείκτες ως εργαλεία σύγκρισης μεταξύ νοσοκομείων και ως μέσα παρακολούθησης της οικονομικής πορείας μιας μονάδας στον χρόνο. Η μεταγενέστερη βιβλιογραφία προχώρησε σε πολυδιάστατα μοντέλα αξιολόγησης, τα οποία συνδυάζουν δείκτες ρευστότητας, αποδοτικότητας, κεφαλαιακής διάρθρωσης, δραστηριότητας και κόστους. Η εξέλιξη αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για τα δημόσια νοσοκομεία, καθώς η λειτουργία τους διαμορφώνεται από κλινικές υποχρεώσεις, δημοσιονομικούς κανόνες, μηχανισμούς αποζημίωσης και κοινωνικούς στόχους. Έτσι, η χρηματοοικονομική ανάλυση των νοσοκομείων έχει αναδειχθεί σε εφαρμοσμένο πεδίο στο οποίο συναντώνται η λογιστική, η οικονομική της υγείας και η δημόσια διοίκηση.

Ένας πρώτος βασικός άξονας της βιβλιογραφίας αφορά την οικονομική κατάσταση και τον κίνδυνο χρηματοοικονομικής δυσχέρειας των νοσοκομείων. Μελέτες από την Ελλάδα, την Πολωνία, την Τανζανία, την Ιταλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες που θα παρουσιαστούν στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου δείχνουν ότι η οικονομική εικόνα ενός νοσοκομείου χρειάζεται να εξετάζεται πέρα από έναν μεμονωμένο δείκτη ρευστότητας ή δανειακής επιβάρυνσης, καθώς οι καθυστερημένες απαιτήσεις, η αύξηση του κόστους και η εξάρτηση από δημόσιες επιχορηγήσεις μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρές λειτουργικές πιέσεις (Bwana, 2018; Dubas-Jakóbczyk et al., 2020; Karakolias, 2025; Malone et al., 2025; Perger & Hecker, 2023). Η συμβολή αυτού του ερευνητικού ρεύματος είναι σημαντική, διότι προσαρμόζει την έννοια της οικονομικής βιωσιμότητας στις ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας. Στα δημόσια νοσοκομεία, η οικονομική αντοχή συνδέεται με τη συνέχεια της φροντίδας, τις σχέσεις με τους προμηθευτές, τη σταθερότητα της κρατικής χρηματοδότησης και τη δημοσιονομική δυνατότητα των περιφερειακών υγειονομικών αρχών.

Ένας δεύτερος άξονας επικεντρώνεται στο κεφάλαιο κίνησης, στις απαιτήσεις, στα αποθέματα και στις υποχρεώσεις προς προμηθευτές. Οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η ρευστότητα των νοσοκομείων έχει δυναμικό χαρακτήρα και εξαρτάται από τον χρόνο είσπραξης των εσόδων, τον ρυθμό εξόφλησης των προμηθευτών και την αποτελεσματική χρήση των αποθεμάτων. Οι Rauscher και Wheeler (2012), Upadhyay και Smith (2016), Siedlecki et al. (2021) και Krzeczewski (2024) αναδεικνύουν ότι οι δείκτες κεφαλαίου κίνησης φωτίζουν πλευρές της διοικητικής πρακτικής που καλύπτονται δυσκολότερα από τους στατικούς δείκτες ρευστότητας. Στη δημόσια υγεία, οι μεγάλες περίοδοι είσπραξης και οι καθυστερήσεις πληρωμών μπορούν να λειτουργήσουν ως άτυποι μηχανισμοί

χρηματοδότησης, μεταφέροντας την πίεση ανάμεσα στα νοσοκομεία, στους ασφαλιστικούς φορείς και στους προμηθευτές.

Ένας τρίτος άξονας αφορά την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αξιοποιηθεί μέθοδοι όπως η περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων, η στοχαστική ανάλυση συνόρων, οι δείκτες Malmquist και τα υβριδικά υποδείγματα, με εφαρμογές στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Αυστραλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι μελέτες αυτές εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα νοσοκομεία μετατρέπουν κλίνες, προσωπικό, δαπάνες και τεχνολογικό εξοπλισμό σε εξιτήρια, επισκέψεις, χειρουργικές πράξεις και συνολική κλινική δραστηριότητα (Flokou et al., 2017; Fourlopoulou et al., 2025; Kounetas & Parathanassopoulos, 2013; Rosko et al., 2020). Η αξία τους βρίσκεται στο ότι διακρίνουν τη χρηματοοικονομική επίδοση από την τεχνική αποδοτικότητα, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύουν τη μεταξύ τους σχέση. Η συγκράτηση του κόστους μπορεί να βελτιώσει τους δείκτες αποδοτικότητας όταν οι πόροι αξιοποιούνται με μεγαλύτερη πειθαρχία, ενώ οι εξωτερικές κρίσεις μπορούν να επηρεάσουν την παραγωγικότητα μέσω μεταβολών στη ζήτηση και αυξημένων έκτακτων δαπανών.

Η γεωγραφική διάσταση της βιβλιογραφίας προσφέρει επίσης χρήσιμη αναλυτική διαφοροποίηση. Οι ευρωπαϊκές μελέτες δίνουν έμφαση στη δημόσια χρηματοδότηση, στον περιφερειακό σχεδιασμό και στα συστήματα αποζημίωσης. Οι αμερικανικές μελέτες εστιάζουν συχνότερα στη χρηματοοικονομική δυσχέρεια, στους κεφαλαιακούς περιορισμούς και στην ευαλωτότητα των αγροτικών νοσοκομείων. Οι μελέτες από χώρες της Αφρικής και της Ασίας προσθέτουν κρίσιμες παρατηρήσεις για τη διαχείριση της ρευστότητας, τη συνέχεια της αποστολής και τη θεσμική ικανότητα σε περιβάλλοντα περιορισμένων πόρων. Συνολικά, η διεθνής εμπειρική βιβλιογραφία υποστηρίζει μια πολυδιάστατη προσέγγιση της οικονομικής επίδοσης των νοσοκομείων. Οι αριθμοδείκτες παρέχουν το βασικό χρηματοοικονομικό πλαίσιο, οι δείκτες κεφαλαίου κίνησης αναδεικνύουν τις βραχυπρόθεσμες πιέσεις, τα υποδείγματα αποδοτικότητας επιτρέπουν τη σύγκριση της μετατροπής πόρων σε υπηρεσίες και οι μελέτες διοίκησης εξηγούν τους λόγους για τους οποίους παρόμοια νοσοκομεία μπορούν να εμφανίζουν διαφορετικά αποτελέσματα. Αυτή η βάση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ανάλυση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, καθώς προσφέρει τα απαραίτητα εργαλεία για τη μελέτη των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων, των οποίων οι οικονομικές τους καταστάσεις αποτυπώνουν τόσο τη χρηματοοικονομική διαχείριση όσο και τις

υποχρεώσεις δημόσιας υπηρεσίας μέσα σε συγκεκριμένο περιφερειακό διοικητικό πλαίσιο.

3.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η εμπειρική έρευνα για τη χρηματοοικονομική επίδοση των νοσοκομείων έχει αναπτυχθεί μέσα από διαφορετικά εθνικά συστήματα υγείας, τα οποία διαμορφώνονται από τον τρόπο χρηματοδότησης, το λογιστικό πλαίσιο, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και τις εκάστοτε πιέσεις πολιτικής υγείας. Οι μελέτες που εξετάζονται στην παρούσα ενότητα δείχνουν ότι η χρηματοοικονομική ανάλυση των νοσοκομείων υπερβαίνει τον απλό υπολογισμό αριθμοδεικτών, καθώς εξετάζει τη ρευστότητα, τον δανεισμό, την κερδοφορία ή χρηματοοικονομική ισορροπία, τη βιωσιμότητα, την κεφαλαιακή διάρθρωση, τη διοίκηση και τη συνέχεια των υπηρεσιών σε οργανισμούς των οποίων ο βασικός σκοπός είναι η προστασία της δημόσιας υγείας.

Η γεωγραφική οργάνωση της βιβλιογραφίας είναι χρήσιμη, καθώς τα νοσοκομεία λειτουργούν μέσα σε διαφορετικούς θεσμικούς και δημοσιονομικούς περιορισμούς. Οι ελληνικές μελέτες δίνουν έμφαση στη δημόσια χρηματοδότηση, στις κρατικές επιχορηγήσεις, στα χαρακτηριστικά διοίκησης και στις πιέσεις της πανδημίας. Οι υπόλοιπες ευρωπαϊκές μελέτες επικεντρώνονται στο χρέος των δημόσιων νοσοκομείων, στη χρηματοοικονομική διακυβέρνηση σε περιφερειακό επίπεδο, στη στρατηγική διαχείρισης της ρευστότητας και στην πολυδιάστατη μέτρηση της απόδοσης. Οι αφρικανικές μελέτες αναδεικνύουν τη βιωσιμότητα νοσοκομείων με έντονη κοινωνική αποστολή σε περιβάλλοντα περιορισμένων πόρων, οι βορειοαμερικανικές έρευνες φέρνουν στο προσκήνιο τα υποδείγματα πρόβλεψης χρηματοοικονομικής δυσχέρειας και τις επιδράσεις που έχει η δημοσιοποίηση στοιχείων ρευστότητας στη συμπεριφορά των οργανισμών και, τέλος, οι ασιατικές μελέτες εστιάζουν ιδιαίτερα στη διαχείριση της ρευστότητας κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19.

3.2.1 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Η ελληνική εμπειρική έρευνα έχει άμεση σημασία για την παρούσα εργασία, καθώς συνδέει τη χρηματοοικονομική ανάλυση με τη δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας και με την περιφερειακή διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων. Ο Karakolias (2025) εξετάζει τη χρηματοοικονομική δυσχέρεια των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων με τη χρήση του δείκτη Altman Z'' double prime score και με παράλληλη αξιολόγηση χαρακτηριστικών διοίκησης, αξιοποιώντας δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις του 2022. Η μελέτη υποστηρίζει ότι η χρηματοοικονομική δυσχέρεια στον χώρο της δημόσιας υγείας χρειάζεται διαφορετική ερμηνεία από εκείνη που εφαρμόζεται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία μπορούν να εμφανίζουν υψηλές τιμές στον δείκτη Altman, λόγω χαμηλού δανεισμού και επαρκούς κεφαλαίου κίνησης, ενώ η εμφανιζόμενη οικονομική τους αντοχή στηρίζεται ουσιαστικά στις κρατικές επιχορηγήσεις και στη θεσμική συνέχεια της δημόσιας νοσοκομειακής λειτουργίας. Έτσι, η συζήτηση μετατοπίζεται από την τυπική πρόβλεψη πτώχευσης προς την πραγματική κατανομή της χρηματοοικονομικής πίεσης ανάμεσα στο κράτος, στους προμηθευτές και στις ίδιες τις νοσοκομειακές μονάδες.

Η Drakopoulou (2025) εξετάζει την οικονομική θέση έξι ελληνικών νοσοκομείων πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η αξία της μελέτης βρίσκεται στη συγκριτική της λογική, καθώς συνδέει την ανάλυση αριθμοδεικτών με έναν ισχυρό εξωτερικό κλονισμό. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η πανδημία αύξησε τις ανάγκες δαπανών για εξοπλισμό, προσωπικό και επείγουσα ανταπόκριση, ενώ τα νοσοκομεία του δείγματος διατήρησαν τη χρηματοοικονομική τους συνέχεια. Το αποτέλεσμα αυτό χρειάζεται προσεκτική ερμηνεία, καθώς η διατήρηση της οικονομικής λειτουργίας σε λογιστικούς όρους μπορεί να συνδέεται με έκτακτη δημόσια στήριξη, ειδική χρηματοδότηση και θεσμική προστασία των δημόσιων νοσοκομείων. Η μελέτη ενισχύει, επομένως, την άποψη ότι οι οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας στην Ελλάδα χρειάζεται να αξιολογούνται τόσο μέσα από τους αριθμοδείκτες όσο και μέσα από τους μηχανισμούς δημόσιας χρηματοδότησης.

Οι Terzoudis, Kontodimopoulos και Fanourgiakis (2024) διευρύνουν τη σχετική συζήτηση, εξετάζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν την κερδοφορία δημόσιων και ιδιωτικών γενικών νοσοκομείων μετά την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής και των μεταρρυθμίσεων στην υγεία. Η ανάλυσή τους, η οποία καλύπτει 84 νοσοκομεία κατά την περίοδο 2016 έως 2018, δείχνει ότι η ρευστότητα και το μέγεθος συνδέονται θετικά με την κερδοφορία τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ ο δανεισμός επηρεάζει κυρίως την κερδοφορία των ιδιωτικών μονάδων. Η μελέτη είναι χρήσιμη, διότι

συγκρίνει διαφορετικά ιδιοκτησιακά περιβάλλοντα μέσα στο ίδιο εθνικό σύστημα υγείας. Τα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται να λειτουργούν με υψηλότερη ρευστότητα και περιορισμένη σύνδεση με τη λογική του κέρδους, ενώ τα ιδιωτικά νοσοκομεία εκτίθενται περισσότερο στις χρηματοοικονομικές συνέπειες του δανεισμού. Η διάκριση αυτή έχει σημασία για την παρούσα εργασία, καθώς οι δείκτες των δημόσιων νοσοκομείων χρειάζεται να ερμηνεύονται σε σχέση με τη δημοσιονομική πολιτική και τις υποχρεώσεις παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι Georgouloroulou, Karagianni, Ntanos, Gikas και Sepetis (2026) εστιάζουν ειδικά στα δημόσια νοσοκομεία της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας της Ελλάδας για την περίοδο 2012 έως 2022. Η μελέτη τους συνδέεται άμεσα με το εμπειρικό πεδίο της παρούσας έρευνας, καθώς αξιολογεί τη ρευστότητα, τους δείκτες δραστηριότητας, τους δείκτες επίδοσης και τον δείκτη Altman Z score σε νοσοκομεία που εποπτεύονται από την 5η ΥΠΕ. Η συμβολή της μελέτης βρίσκεται στην περιφερειακή της οπτική. Η χρηματοοικονομική ανάλυση προσεγγίζεται ως εργαλείο διοίκησης για τον εντοπισμό ισχυρών και αδύναμων σημείων στην κατανομή των πόρων και στη λειτουργία των νοσοκομείων. Παράλληλα, η μελέτη επιβεβαιώνει τη χρησιμότητα του συνδυασμού αριθμοδεικτών και δεικτών χρηματοοικονομικής δυσχέρειας για την υποστήριξη τεκμηριωμένων διοικητικών αποφάσεων στη δημόσια υγεία. Η παρούσα εργασία έρχεται να επεκτείνει και να εξειδικεύσει αυτό το ερευνητικό ρεύμα, εστιάζοντας αποκλειστικά στα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων, και διευρύνοντας το χρονικό εύρος έως το 2024, ώστε να αποτυπωθεί η πλήρης μετα-πανδημική χρηματοοικονομική τους πορεία.

3.2.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Η ευρωπαϊκή εμπειρική βιβλιογραφία πέρα από την ελληνική περίπτωση αναδεικνύει τη μεγάλη διαφοροποίηση των χρηματοοικονομικών συνθηκών στα δημόσια νοσοκομεία. Οι Dubas-Jakóbczyk, Kocot και Koziel (2020) εξετάζουν το σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων της Πολωνίας για το έτος 2018 και δείχνουν ότι το ιδιοκτησιακό καθεστώς και η οργανωτική μορφή επηρεάζουν ουσιαστικά τη χρηματοοικονομική επίδοση. Τα ευρήματά τους καταγράφουν ότι σημαντικό μέρος των δημόσιων νοσοκομείων παρουσίαζε ζημίες και ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις, με τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις μονάδες που υπάγονται στις τοπικές αρχές να βρίσκονται σε δυσμενέστερη

οικονομική θέση. Η μελέτη έχει ιδιαίτερη αξία, διότι εντάσσει τη χρηματοοικονομική ανάλυση των νοσοκομείων σε πλαίσιο διοίκησης και διακυβέρνησης. Η οικονομική κατάσταση ενός δημόσιου νοσοκομείου συνδέεται με τον ρόλο του στο δίκτυο υπηρεσιών υγείας, το νομικό του καθεστώς και τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνει απέναντι στον πληθυσμό.

Ο Rabiej (2024) εξετάζει επίσης πολωνικά νοσοκομεία, εστιάζοντας στις στρατηγικές διαχείρισης ρευστότητας ανεξάρτητων δημόσιων μονάδων υγείας στις περιφέρειες Podkarpackie και Lublin. Η μελέτη δείχνει ότι τα νοσοκομεία μπορούν τυπικά να ακολουθούν επιθετική, μέτρια ή συντηρητική στρατηγική ρευστότητας, ενώ τα πραγματικά οικονομικά αποτελέσματα συχνά εμφανίζουν ζημίες, ασθενή ρευστότητα, αρνητικά ίδια κεφάλαια και αρνητικό κεφάλαιο κίνησης. Η κύρια συμβολή της μελέτης είναι εννοιολογική. Η κλασική θεωρία του κεφαλαίου κίνησης στηρίζεται στη σχέση αντιστάθμισης ανάμεσα στη ρευστότητα και την κερδοφορία, ωστόσο η εφαρμογή της στα δημόσια νοσοκομεία απαιτεί προσαρμογή. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων λειτουργούν μέσα σε περιορισμούς που σχετίζονται με τη συνέχεια της δημόσιας υπηρεσίας, το υψηλό σταθερό κόστος και τις θεσμικά καθορισμένες μορφές λειτουργίας. Για τον λόγο αυτό, η στρατηγική ρευστότητας στα νοσοκομεία χρειάζεται να προσεγγίζεται ως ζήτημα οικονομικής ασφάλειας και συνέχειας της φροντίδας.

Οι Perger και Hecker (2023) προσφέρουν εμπειρικά δεδομένα από την Ιταλία, διαμορφώνοντας έναν πολυδιάστατο δείκτη χρηματοοικονομικής επίδοσης για δημόσιους οργανισμούς υγείας. Η μελέτη τους συνδυάζει δείκτες κερδοφορίας, ρευστότητας και κεφαλαιακής διάρθρωσης και εξετάζει παράγοντες όπως η οικονομική κατάσταση της περιφέρειας, το μέγεθος του νοσοκομείου, η εξειδίκευση, ο πανεπιστημιακός ρόλος, η πληρότητα και η πολυπλοκότητα των περιστατικών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα περιφερειακά προγράμματα δημοσιονομικής εξυγίανσης και η αυξημένη πολυπλοκότητα της θεραπείας συνδέονται με ασθενέστερη χρηματοοικονομική επίδοση, ενώ οι μεσαίου μεγέθους και εξειδικευμένοι πάροχοι εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα. Η μελέτη είναι χρήσιμη, επειδή αναδεικνύει τη σημασία του ευρύτερου θεσμικού περιβάλλοντος. Η χρηματοοικονομική επίδοση ενός νοσοκομείου επηρεάζεται από τη δημοσιονομική πίεση της περιφέρειας και από τη σύνθεση των υπηρεσιών που παρέχει. Επομένως, οι δείκτες σε επίπεδο νοσοκομείου χρειάζεται να ερμηνεύονται σε συνάρτηση με μεταβλητές που αφορούν συνολικά το σύστημα υγείας.

3.2.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΡΙΚΗ

Ο Bwana (2018) εξετάζει δεκαεπτά νοσοκομεία στην Τανζανία κατά την περίοδο 2009 έως 2013, χρησιμοποιώντας το υπόδειγμα Financial Strength Index. Η μελέτη εφαρμόζει την ανάλυση χρηματοοικονομικής ισχύος σε νοσοκομεία με έντονη κοινωνική αποστολή μέσα σε ένα αναπτυσσόμενο σύστημα υγείας. Τα νοσοκομεία παρουσίασαν μέτρια χρηματοοικονομική ισχύ, κυρίως λόγω ικανοποιητικής ρευστότητας και περιορισμένης δανειακής χρηματοδότησης. Παράλληλα, η δυνατότητά τους να δημιουργούν πλεονάσματα για επανεπένδυση παρέμενε περιορισμένη, ενώ η ηλικία των εγκαταστάσεων ανέδειξε ανάγκες ανανέωσης του παγίου κεφαλαίου. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η ρευστότητα μπορεί να στηρίζει τη βραχυπρόθεσμη συνέχεια των υπηρεσιών, ενώ η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα προϋποθέτει και δυνατότητα χρηματοδότησης της συντήρησης, του εξοπλισμού και των υποδομών. Για νοσοκομεία που λειτουργούν σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων, η χρηματοοικονομική αντοχή εξαρτάται τόσο από την τρέχουσα ικανότητα κάλυψης υποχρεώσεων όσο και από τη μελλοντική επενδυτική δυνατότητα.

3.2.4 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ

Οι βορειοαμερικανικές μελέτες εισάγουν πιο σύνθετες προσεγγίσεις για την πρόβλεψη χρηματοοικονομικής δυσχέρειας και τη λογοδοσία. Οι Malone, Pink και Holmes (2025) αναπτύσσουν ένα επικαιροποιημένο υπόδειγμα πρόβλεψης χρηματοοικονομικής δυσχέρειας για αγροτικά νοσοκομεία, αξιοποιώντας μεγάλο δείγμα παρατηρήσεων για την περίοδο 2013 έως 2019. Το υπόδειγμα προβλέπει αποτελέσματα όπως αρνητικό περιθώριο ταμειακών ροών, αρνητικά ίδια κεφάλαια και κλείσιμο νοσοκομειακών μονάδων. Η μελέτη αντιμετωπίζει τη χρηματοοικονομική δυσχέρεια ως μελλοντικό κίνδυνο που μπορεί να εντοπιστεί μέσα από χρηματοοικονομικά στοιχεία, μηχανισμούς αποζημίωσης, οργανωτικά χαρακτηριστικά και συνθήκες της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Από πλευράς πολιτικής υγείας, ένα τέτοιο υπόδειγμα μπορεί να στηρίζει την έγκαιρη παρακολούθηση και τη στοχευμένη παρέμβαση, ιδίως σε αγροτικές περιοχές όπου η διακοπή λειτουργίας ενός νοσοκομείου επηρεάζει άμεσα τη γεωγραφική πρόσβαση στη φροντίδα.

Οι Bourveau, Giroud, Ji και Li (2023) εξετάζουν τη δημοσιοποίηση στοιχείων ρευστότητας σε αμερικανικά νοσοκομεία κοινωφελούς χαρακτήρα και εισάγουν μια

κριτική οπτική απέναντι στη διαφάνεια. Η μελέτη τους δείχνει ότι οι κανόνες δημοσιοποίησης μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των νοσοκομείων, ιδιαίτερα στις μονάδες με χαμηλότερη ρευστότητα. Τα νοσοκομεία είναι πιθανό να επιδιώξουν βελτίωση της ρευστότητας μέσω αύξησης των εσόδων και των κερδών, όμως τέτοιες κινήσεις μπορούν να επηρεάσουν την παροχή φροντίδας και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η σημασία της μελέτης βρίσκεται στην επισήμανση ότι οι μηχανισμοί χρηματοοικονομικής λογοδοσίας παράγουν και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Η διαφάνεια χρειάζεται, επομένως, να συνδέεται με ασφαλιστικές δικλίδες που προστατεύουν την ευημερία των ασθενών και διατηρούν την προτεραιότητα της κλινικής φροντίδας έναντι στενών χρηματοοικονομικών στόχων.

3.2.5 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΙΑ

Οι Hu, Jin, Yang και Hu (2022) εστιάζουν στη διαχείριση της κεφαλαιακής ρευστότητας στα δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Η μελέτη τους προσεγγίζει τη ρευστότητα ως κεντρικό στοιχείο της ανθεκτικότητας των νοσοκομείων. Σε συνθήκες υγειονομικής κρίσης, η επαρκής ρευστότητα επιτρέπει στις μονάδες υγείας να προμηθεύονται υλικά, να στηρίζουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, να ανταποκρίνονται σε απρόβλεπτη αύξηση της ζήτησης και να διατηρούν λειτουργική σταθερότητα. Η συμβολή της μελέτης είναι προσανατολισμένη στη διαχείριση κρίσεων, καθώς δείχνει ότι η χρηματοοικονομική διοίκηση των νοσοκομείων χρειάζεται να περιλαμβάνει αναγνώριση κινδύνων, πρόβλεψη ταμειακών ροών και σχεδιασμό ρευστότητας, ιδίως σε έκτακτες συνθήκες. Με αυτή την έννοια, η ρευστότητα αναδεικνύεται σε στρατηγικό πόρο κλινικής ετοιμότητας και σε μέσο υποστήριξης της επιχειρησιακής συνέχειας.

Οι μελέτες που εξετάστηκαν δείχνουν ότι η χρηματοοικονομική επίδοση των νοσοκομείων διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα γεωγραφικά και θεσμικά περιβάλλοντα. Η ελληνική βιβλιογραφία αναδεικνύει την ανάγκη ειδικής ερμηνείας της χρηματοοικονομικής δυσχέρειας στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς η κρατική στήριξη, οι επιχορηγήσεις και οι υποχρεώσεις δημόσιας υπηρεσίας επηρεάζουν τους λογιστικούς δείκτες. Η ευρύτερη ευρωπαϊκή εμπειρία δείχνει τον ρόλο της νομικής μορφής, της περιφερειακής διοίκησης, της στρατηγικής ρευστότητας και της πολυπλοκότητας των περιστατικών. Η αφρικανική εμπειρία αναδεικνύει τη σημασία της ρευστότητας και της

επενδυτικής ικανότητας σε νοσοκομεία με έντονη κοινωνική αποστολή. Οι βορειοαμερικανικές μελέτες συμβάλλουν με υποδείγματα πρόβλεψης χρηματοοικονομικής δυσχέρειας και με κριτική ανάλυση των επιδράσεων της δημοσιοποίησης οικονομικών στοιχείων, ενώ η ασιατική βιβλιογραφία συνδέει τη διαχείριση ρευστότητας με την ετοιμότητα απέναντι σε υγειονομικές κρίσεις.

Συνολικά, η βιβλιογραφία στηρίζει μια πολυδιάστατη προσέγγιση της χρηματοοικονομικής ανάλυσης των νοσοκομείων. Οι αριθμοδείκτες, τα υποδείγματα χρηματοοικονομικής δυσχέρειας και οι δείκτες επίδοσης χρειάζεται να συνδυάζονται με τη διοίκηση, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, τη χρηματοδότηση και το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών, ώστε η οικονομική αξιολόγηση να συμβάλλει σε βιώσιμη, υπεύθυνη και προσανατολισμένη στον ασθενή νοσοκομειακή διοίκηση.

3.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Η εμπειρική βιβλιογραφία για τη χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων δείχνει ότι οι δείκτες δραστηριότητας, οι απαιτήσεις, τα αποθέματα και οι υποχρεώσεις αποτελούν βασικό πεδίο ανάλυσης, καθώς συνδέουν τα λογιστικά μεγέθη με την καθημερινή λειτουργική ικανότητα των μονάδων υγείας. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η διαχείριση του κεφαλαίου κίνησης αφορά τον ρυθμό με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες, μετατρέπονται οι απαιτήσεις σε ταμειακές εισροές, καταναλώνονται τα αποθέματα και εξοφλούνται οι προμηθευτές. Η συγκεκριμένη διάσταση έχει ιδιαίτερη σημασία για τα δημόσια και κοινωνικά νοσοκομεία, επειδή ο οικονομικός τους προσανατολισμός συνδέεται πρωτίστως με τη συνέχεια της φροντίδας και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Για τον λόγο αυτό, η ερμηνεία των δεικτών δραστηριότητας και των υποχρεώσεων χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τις καθυστερήσεις αποζημίωσης, την εξάρτηση από τον δημόσιο προϋπολογισμό, την έκτακτη ζήτηση, την πίστωση από προμηθευτές και τη θεσμική υποχρέωση παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μια σημαντική ομάδα μελετών προσεγγίζει τη δραστηριότητα των νοσοκομείων μέσα από τον κύκλο μετατροπής μετρητών, δηλαδή τη χρονική σχέση ανάμεσα στις απαιτήσεις, τα αποθέματα και τις υποχρεώσεις προς προμηθευτές. Οι Siedlecki, Prędkiewicz, Bem και Szpulak (2021) εξετάζουν 77 πολωνικά κοινωνικά νοσοκομεία κατά την περίοδο 2015 έως 2018 και δείχνουν ότι η διαχείριση του κεφαλαίου κίνησης στα νοσοκομεία ακολουθεί ιδιαίτερη λογική σε σχέση με τις εμπορικές επιχειρήσεις. Τα αποτελέσματά

τους δείχνουν ότι η υψηλότερη κερδοφορία συνδέεται με μεγαλύτερο κύκλο μετατροπής μετρητών, ενώ η λειτουργική δραστηριότητα χρηματοδοτείται κυρίως από το παραγόμενο αποτέλεσμα και λιγότερο από την κεφαλαιακή διάρθρωση. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη αναλυτική αξία, διότι αναθεωρεί την κλασική παραδοχή σύμφωνα με την οποία οι μικρότεροι κύκλοι εισπράξεων, αποθεμάτων και πληρωμών εκφράζουν πάντοτε καλύτερη διαχείριση. Στα νοσοκομεία, ένας μεγαλύτερος κύκλος μπορεί να αντανakλά τις διαδικασίες αποζημίωσης, τον χρόνο καταβολής των δημόσιων πληρωμών και την ανάγκη διατήρησης συγκεκριμένων υπηρεσιών, ακόμη και όταν αυτές δημιουργούν πίεση στη ρευστότητα.

Οι Upadhyay και Smith (2016) εστιάζουν στη μελέτη νοσοκομείων στην πολιτεία της Ουάσιγκτον. Οι ερευνητές συγκρίνουν τους παραδοσιακούς δείκτες ρευστότητας με τον κύκλο μετατροπής μετρητών και παρουσιάζουν μέσες τιμές για τον δείκτη γενικής ρευστότητας, τον δείκτη άμεσης ρευστότητας, τις ημέρες ταμειακής επάρκειας και τα επιμέρους στοιχεία του κύκλου. Η μελέτη δείχνει ότι οι στατικοί δείκτες ρευστότητας και οι δυναμικοί δείκτες κεφαλαίου κίνησης αποτυπώνουν διαφορετικές όψεις της οικονομικής κατάστασης. Ο δείκτης γενικής ρευστότητας παρουσιάζει το απόθεμα βραχυπρόθεσμων πόρων σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ενώ ο κύκλος μετατροπής μετρητών παρακολουθεί τη διαδικασία είσπραξης, κατανάλωσης αποθεμάτων και εξόφλησης υποχρεώσεων. Έτσι, η ρευστότητα των νοσοκομείων κατανοείται πληρέστερα όταν οι παραδοσιακοί αριθμοδείκτες συνδυάζονται με δείκτες ροής του κεφαλαίου κίνησης.

Οι απαιτήσεις αποτελούν ένα από τα πιο ευαίσθητα στοιχεία της χρηματοοικονομικής ανάλυσης των νοσοκομείων, καθώς τα έσοδα συχνά εξαρτώνται από τρίτους πληρωτές, δημόσιους πόρους και ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι Rauscher και Wheeler (2012), χρησιμοποιώντας δεδομένα πάνελ από 1.397 νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών που είχαν εκδώσει ομολογίες κατά την περίοδο 2000 έως 2007, διαπιστώνουν ότι η μεγαλύτερη μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων συνδέεται με χαμηλότερη κερδοφορία. Το συμπέρασμα αυτό έχει σαφή πρακτική σημασία για τη διοίκηση των νοσοκομείων. Η καθυστέρηση στην είσπραξη αυξάνει τις ανάγκες χρηματοδότησης, επιβαρύνει τη διοικητική λειτουργία και δημιουργεί ταμειακή πίεση, ακόμη και όταν τα έσοδα έχουν ήδη αναγνωριστεί λογιστικά. Το εύρημα αυτό δείχνει επίσης ότι η ανάλυση των απαιτήσεων χρειάζεται να συνδέεται με την ποιότητα της τιμολόγησης, τη διαχείριση των απαιτήσεων και τις σχέσεις με τους φορείς αποζημίωσης.

Ο Karakolias (2025) εξετάζει το ίδιο ζήτημα στον ελληνικό δημόσιο τομέα, αποτυπώνοντας το χρηματοοικονομικό προφίλ όλων των δημόσιων νοσοκομείων με βάση τις οικονομικές καταστάσεις του 2022. Η μελέτη αναδεικνύει τον μεγάλο όγκο απαιτήσεων, κυρίως από δεδουλευμένες νοσηλείες που αναμένουν είσπραξη από ασφαλιστικούς φορείς, ως ένα από τα χαρακτηριστικότερα γνωρίσματα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Το εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, επειδή δείχνει ότι οι δείκτες ρευστότητας μπορούν να παρουσιάζουν ευνοϊκότερη εικόνα όταν οι απαιτήσεις παραμένουν για μεγάλο διάστημα ανείσπρακτες. Σε τέτοιες συνθήκες, ένα νοσοκομείο μπορεί να εμφανίζει λογιστική ρευστότητα, ενώ στην καθημερινή διαχείριση αντιμετωπίζει πραγματικούς ταμειακούς περιορισμούς μέσω καθυστερημένων πληρωμών προς προμηθευτές και προσεκτικής διαχείρισης των διαθέσιμων.

Η μελέτη των Agenya και Tumaini (2025) στην Κένυα εστιάζει επίσης στις απαιτήσεις και στις υποχρεώσεις εθνικών νοσοκομείων αναφοράς. Τα ευρήματά της δείχνουν ασθενή αλλά ευνοϊκή σχέση ανάμεσα στις απαιτήσεις και στο λειτουργικό περιθώριο, καθώς και μέτρια ευνοϊκή σχέση ανάμεσα στις υποχρεώσεις και στο λειτουργικό περιθώριο. Η μελέτη είναι χρήσιμη επειδή στρέφει την προσοχή σε μεγάλα νοσοκομεία αναφοράς, όπου ο όγκος των ασθενών, το μέγεθος του οργανισμού και οι σχέσεις με τους προμηθευτές δημιουργούν σύνθετες ανάγκες κεφαλαίου κίνησης. Παράλληλα, ενισχύει την άποψη ότι οι απαιτήσεις, οι υποχρεώσεις και η ταμειακή διαχείριση χρειάζεται να εξετάζονται ως ενιαίο πεδίο.

Οι δείκτες αποθεμάτων έχουν ιδιαίτερη σημασία στα νοσοκομεία, επειδή τα φάρμακα, το υγειονομικό υλικό, τα εργαστηριακά αναλώσιμα και τα ιατρικά εφόδια συνδέονται άμεσα με τη συνέχεια της κλινικής λειτουργίας. Οι Karakolias και Polyzos (2025), εξετάζοντας το φύλο των ανώτερων διοικητικών στελεχών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώνουν ότι τα νοσοκομεία με γυναίκες οικονομικές διευθύντριες είχαν καλύτερες επιδόσεις στην κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων, ενώ τα νοσοκομεία με γυναίκες διοικήτριες είχαν καλύτερες επιδόσεις στη ρευστότητα και στην κυκλοφοριακή ταχύτητα υποχρεώσεων. Παρότι η μελέτη επικεντρώνεται στη διοίκηση, συμβάλλει και στη βιβλιογραφία των δεικτών δραστηριότητας, επειδή δείχνει ότι η διαχείριση αποθεμάτων και προμηθευτών μπορεί να αντανakλά διοικητικές προτεραιότητες, οργανωτική πειθαρχία και ευαισθησία απέναντι στη δημόσια αποστολή του νοσοκομείου.

Οι Demirtas και Gider (2023) προσφέρουν πρόσθετα εμπειρικά δεδομένα από την Τουρκία, μέσα από την ανάλυση νοσοκομείου στην περιοχή του Αιγαίου πριν και μετά τη διασύνδεσή του με πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Η ανάλυση αριθμοδεικτών συνδέει τα

χρηματοοικονομικά μεγέθη με λειτουργικούς δείκτες, αναδεικνύοντας σχέσεις ανάμεσα στον όγκο υπηρεσιών και στους δείκτες κερδοφορίας, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις ακτινολογικές εξετάσεις, στις εργαστηριακές αναλύσεις και στην κυκλοφοριακή ταχύτητα των αποθεμάτων. Η συμβολή της μελέτης βρίσκεται στη σύνδεση της χρήσης αποθεμάτων με την κλινική δραστηριότητα. Στα νοσοκομεία, η κυκλοφοριακή ταχύτητα αποθεμάτων αποτελεί δείκτη που εκφράζει την ένταση της διαγνωστικής και θεραπευτικής παραγωγής, την οργάνωση των τμημάτων και την ικανότητα ευθυγράμμισης των προμηθειών με τη ζήτηση υπηρεσιών.

Οι Vernadakis και Roupas (2025) μελετούν τρία παιδιατρικά νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας κατά την περίοδο 2010 έως 2021. Η συγκριτική τους ανάλυση εξετάζει την αποδοτικότητα, τη δραστηριότητα, τη ρευστότητα και την κεφαλαιακή διάρθρωση μέσα στο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας COVID-19. Η μελέτη δείχνει ότι τα παιδιατρικά νοσοκομεία αποτελούν εξειδικευμένες μονάδες με ιδιαίτερα πρότυπα ζήτησης, διαφορετική διάρθρωση κόστους και ειδικές υποχρεώσεις παροχής φροντίδας. Οι δείκτες δραστηριότητας σε τέτοιες μονάδες χρειάζεται να ερμηνεύονται σε σχέση με την κλινική τους αποστολή, καθώς η εξειδικευμένη παιδιατρική φροντίδα απαιτεί διαθεσιμότητα πόρων που μπορεί να εμφανίζεται δαπανηρή λογιστικά, αλλά παραμένει κρίσιμη για τη δημόσια υγεία.

Μια τρίτη θεματική ομάδα αφορά τις υποχρεώσεις προς προμηθευτές, τον δανεισμό και τη διάρθρωση των υποχρεώσεων. Ο Krzeczewski (2024) συγκρίνει περιφερειακά και τοπικά δημόσια νοσοκομεία και εντοπίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές στον κύκλο μετατροπής μετρητών και στα επιμέρους στοιχεία του ανάλογα με την αρχή ιδιοκτησίας και εποπτείας. Τα τοπικά νοσοκομεία παρουσιάζουν καλύτερη βραχυπρόθεσμη χρηματοοικονομική διαχείριση σε σχέση με τα περιφερειακά νοσοκομεία. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι υποχρεώσεις και τα αποτελέσματα της διαχείρισης κεφαλαίου κίνησης επηρεάζονται από τις διοικητικές ρυθμίσεις, τα όργανα εποπτείας και τις αρμοδιότητες της αρχής στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο. Η μορφή εποπτείας επηρεάζει, επομένως, την επιχειρησιακή χρηματοοικονομική λειτουργία μέσα από τις πρακτικές πληρωμών, τον έλεγχο των αποθεμάτων και την είσπραξη απαιτήσεων.

Οι Miszczyńska και Miszczyński (2021) εξετάζουν το χρέος, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και το μέγεθος στα πολωνικά δημόσια νοσοκομεία και καταλήγουν ότι η πλειονότητα των νοσοκομείων εμφανίζει δανειακή επιβάρυνση, ενώ το ιδιοκτησιακό καθεστώς και το μέγεθος έχουν περιορισμένη ερμηνευτική ισχύ ως προς τη χρηματοοικονομική κατάσταση. Η μελέτη προσθέτει μια πιο σύνθετη οπτική στην ερμηνεία των

υποχρεώσεων. Το χρέος στα δημόσια νοσοκομεία μπορεί να προέρχεται από διαρθρωτική υποχρηματοδότηση, καθυστερημένες αποζημιώσεις και συσσωρευμένες υποχρεώσεις, παρά από στρατηγική επέκτασης. Για τον λόγο αυτό, οι δείκτες υποχρεώσεων χρειάζεται να ερμηνεύονται μέσα στο θεσμικό τους περιβάλλον, ιδιαίτερα σε συστήματα όπου η συνέχιση λειτουργίας των νοσοκομείων προστατεύεται από τη δημόσια ευθύνη.

Οι Wang και Xu (2024) εξετάζουν εισηγμένα ιδιωτικά νοσοκομεία της Κίνας πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Τα αποτελέσματά τους δείχνουν ότι η πανδημία περιόρισε την κερδοφορία, τη ρευστότητα και την κάλυψη του κόστους, ενώ αύξησε τη μόχλευση και επηρέασε την αποδοτικότητα. Η μελέτη βοηθά στη σύνδεση των υποχρεώσεων με τις συνθήκες κρίσης. Σε περιβάλλον αιφνίδιας μεταβολής της ζήτησης, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν χαμηλότερα λειτουργικά αποτελέσματα, υψηλότερο κόστος και μεγαλύτερη ανάγκη για εξωτερική χρηματοδότηση. Οι δείκτες δραστηριότητας λειτουργούν, συνεπώς, ως πρώιμες ενδείξεις πίεσης όταν ο όγκος υπηρεσιών, η εισπρακτική ικανότητα και η κάλυψη του κόστους μεταβάλλονται ταυτόχρονα.

Συνολικά, οι μελέτες που εξετάστηκαν δείχνουν ότι οι απαιτήσεις, τα αποθέματα, οι υποχρεώσεις προς προμηθευτές και ο δανεισμός συγκροτούν ένα ενιαίο πεδίο χρηματοοικονομικής ανάλυσης. Ο κύκλος μετατροπής μετρητών συνδέει τα στοιχεία αυτά με πιο δυναμικό τρόπο από τους μεμονωμένους δείκτες ρευστότητας. Οι απαιτήσεις αποτυπώνουν την αποτελεσματικότητα της τιμολόγησης, της εκκαθάρισης και της αποζημίωσης. Τα αποθέματα δείχνουν τη σχέση ανάμεσα στην κλινική παραγωγή και στη διαχείριση προμηθειών. Οι υποχρεώσεις και το χρέος αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο η χρηματοοικονομική πίεση μεταφέρεται στους προμηθευτές, στους πιστωτές ή στους δημόσιους φορείς.

Για τον λόγο αυτό, η ανάλυση των δεικτών δραστηριότητας στα νοσοκομεία χρειάζεται να συνδυάζει την ερμηνεία των αριθμοδεικτών με τη διοίκηση, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, τη δομή των πληρωτών και την εξειδίκευση των υπηρεσιών. Μια τέτοια προσέγγιση επιτρέπει την βαθύτερη αξιολόγηση της βιωσιμότητας των νοσοκομείων και βοηθά τις διοικήσεις να διακρίνουν τη λογιστική ρευστότητα από την πραγματική χρηματοοικονομική ανθεκτικότητα. Στο πλαίσιο της δικής μας ανάλυσης, η συγκεκριμένη δυναμική του κεφαλαίου κίνησης θα αποτελέσει το βασικό ερμηνευτικό κλειδί για τις οικονομικές διακυμάνσεις που παρουσιάζουν τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων κατά τη δωδεκαετία 2013-2024.

3.4 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η βιβλιογραφία για την αποδοτικότητα και την οικονομική επίδοση των νοσοκομείων έχει αναπτυχθεί γύρω από ένα κεντρικό ζήτημα πολιτικής υγείας: με ποιον τρόπο τα συστήματα υγείας μπορούν να διατηρούν επαρκή ικανότητα παροχής υπηρεσιών μέσα σε συνθήκες δημοσιονομικής πίεσης, υγειονομικών κρίσεων και αυξανόμενης ζήτησης; Στις μελέτες που παρουσιάζονται στην ενότητα αυτή, η αποδοτικότητα αναφέρεται συνήθως στη σχέση ανάμεσα στις εισροές, όπως οι κλίνες, το ανθρώπινο δυναμικό, ο εξοπλισμός και οι δαπάνες (τρίτων), και στις εκροές, όπως οι εισαγωγές, οι εξωτερικές επισκέψεις, οι χειρουργικές πράξεις, τα θεραπευμένα περιστατικά και τα αποτελέσματα υγείας.

Η οικονομική επίδοση έχει ευρύτερο περιεχόμενο, καθώς περιλαμβάνει την παραγωγικότητα του κόστους, τα περιθώρια αποτελέσματος, τις συνθήκες κλίμακας, τη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα και την ικανότητα του νοσοκομείου να μετατρέπει τους πόρους σε σταθερή και ποιοτική φροντίδα. Οι μελέτες που εξετάζονται στην ενότητα αυτή δείχνουν ότι η αξιολόγηση της αποδοτικότητας απαιτεί συνδυασμό μεθόδων. Επομένως, η αποδοτικότητα προσεγγίζεται τόσο ως λειτουργικό αποτέλεσμα όσο και ως ζήτημα διοίκησης και διακυβέρνησης των δημόσιων νοσοκομειακών συστημάτων.

3.4.1 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Η ελληνική βιβλιογραφία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς τα δημόσια νοσοκομεία βρέθηκαν αντιμέτωπα με δύο μεγάλες δοκιμασίες μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα: τη δημοσιονομική κρίση και την πανδημία COVID-19. Οι Xenos et al. (2017) εξετάζουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο 2009 έως 2012, αξιοποιώντας την ανάλυση Malmquist με τεχνικές επαναδειγματοληψίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η παραγωγικότητα ακολούθησε ανομοιόμορφη πορεία. Η πρώτη φάση της κρίσης επιβάρυνε την παραγωγικότητα, ενώ τα επόμενα έτη καταγράφηκαν σημαντικές βελτιώσεις, οι οποίες συνδέθηκαν κυρίως με την τεχνολογική μεταβολή, την πληρότητα, τον τύπο και το μέγεθος του νοσοκομείου. Η μελέτη ερμηνεύει τις βελτιώσεις της αποδοτικότητας μέσα σε περιβάλλον μεταρρυθμίσεων, όπου οι χρηματοδοτικοί περιορισμοί ενίσχυσαν τον διοικητικό έλεγχο και την εντατικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Οι Flokou, Aletras και Niakas (2017) εξετάζουν επίσης την περίοδο της κρίσης, εφαρμόζοντας window DEA στα νοσοκομεία του ΕΣΥ για τα έτη 2009 έως 2013. Η μελέτη τους εντοπίζει γενικά υψηλό επίπεδο τεχνικής αποδοτικότητας και αποδοτικότητας κλίμακας, ενώ ο δείκτης Malmquist δείχνει βελτίωση τόσο στην καθαρή τεχνική αποδοτικότητα όσο και στην αποδοτικότητα κλίμακας έως το 2013. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η δημοσιονομική προσαρμογή δημιούργησε πίεση για πιο πειθαρχημένη χρήση των πόρων, ενώ η τελική εικόνα της αποδοτικότητας επηρεάστηκε από την κατηγορία του νοσοκομείου, το μέγεθος και την τεχνολογική του ικανότητα.

Οι Kounetas και Papathanassopoulos (2013) στην μελέτη τους χρησιμοποιούν διπλή bootstrap DEA. Διαπιστώνουν ότι πάνω από το 80% των ελληνικών νοσοκομείων του δείγματος είχε βαθμολογία τεχνικής αποδοτικότητας κάτω από 0,8, ενώ η πλειονότητα των μονάδων εμφάνιζε αποδοτικότητα κλίμακας. Το εύρημα αυτό είναι ουσιαστικό, καθώς η αποδοτικότητα κλίμακας δείχνει ότι το μέγεθος πολλών νοσοκομείων μπορεί να θεωρηθεί σχετικά κατάλληλο, ενώ η τεχνική υστέρηση αναδεικνύει δυσκολίες στη μετατροπή των πόρων σε παραγόμενο έργο. Η μελέτη επισημαίνει επίσης τη σημασία της πληρότητας κλινών, των ιατρικών εξετάσεων, του προηγμένου εξοπλισμού και του τύπου του νοσοκομείου. Έτσι, δείχνει ότι οι επενδύσεις σε εξοπλισμό και η κατηγορία της μονάδας επηρεάζουν την επίδοση, ενώ η κατανομή των πόρων καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το τελικό αποτέλεσμα.

Οι νεότερες ελληνικές μελέτες μεταφέρουν τη συζήτηση στην περίοδο της πανδημίας. Οι Mitakos και Mpogiatzidis (2024) αξιολογούν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία το 2020 με τη χρήση DEA και AHP. Τα αποτελέσματα της DEA δείχνουν μέση αποδοτικότητα 83% με το υπόδειγμα BCC και 65% με το υπόδειγμα CCR, αναδεικνύοντας προβλήματα κλίμακας μέσα στην πίεση της πανδημίας. Η μέθοδος AHP ενσωματώνει τις προτιμήσεις των υπευθύνων λήψης αποφάσεων. Η περιορισμένη συσχέτιση ανάμεσα στα αποτελέσματα DEA και AHP δείχνει ότι οι διοικητικές αντιλήψεις και οι ποσοτικές μετρήσεις φωτίζουν διαφορετικές πλευρές της ίδιας πραγματικότητας. Το συμπέρασμα αυτό στηρίζει τη χρήση συνδυασμένων μεθόδων αξιολόγησης, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης.

Οι Fourlorpoulou, Xenos, Messinios και Maniadakis (2025) παρέχουν μια ευρύτερη διαχρονική οπτική, εξετάζοντας 109 ελληνικά δημόσια νοσοκομεία από το 2009 έως το 2021 με τον Multi Group Cost Malmquist Index. Τα ελληνικά νοσοκομεία βελτίωσαν την παραγωγικότητα κόστους κατά 13,2% στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ενώ η πανδημία προκάλεσε μείωση κατά 32,1%, κυρίως λόγω επιδείνωσης του ορίου κόστους.

Τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία εμφανίστηκαν πιο αποδοτικά ως προς το κόστος σε σχέση με τις μικρές και μεγάλες μονάδες, ενώ τα νοσοκομεία της 5ης και της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας παρουσίασαν καλύτερη εικόνα σε σχέση με εκείνα της 1ης και της 2ης ΥΠΕ. Η μελέτη δείχνει ότι η επίδοση διαμορφώνεται από το μέγεθος, την περιφερειακή διοίκηση και τους εξωτερικούς κλονισμούς.

3.4.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αρκετές ευρωπαϊκές μελέτες εμβαθύνουν στην ερμηνεία της νοσοκομειακής αποδοτικότητας, δίνοντας έμφαση στις περιφερειακές ανισότητες, στις θεσμικές διαφορές και στα συστήματα χρηματοδότησης. Οι Barra, Lagravinese και Zotti (2022) εξετάζουν τα ιταλικά νοσοκομεία κατά την περίοδο 2007 έως 2016 και εντοπίζουν σταθερές διαφορές αποδοτικότητας ανάμεσα στις βόρειες και νότιες περιφέρειες. Η χρήση σύνθετου δείκτη εκρών και στοχαστικής ανάλυσης συνόρων δείχνει ότι η αναποτελεσματικότητα συνδέεται με διοικητικούς παράγοντες και περιφερειακές ανισότητες.

Επιπλέον, οι Cavalieri, Guccio, Lisi και Pignataro (2015) διερευνούν εάν η έκταση της αποζημίωσης ανά περιστατικό επηρεάζει την αποδοτικότητα των νοσοκομείων στο ιταλικό ΕΣΥ. Τα αποτελέσματα της DEA δύο σταδίων δείχνουν ότι τα συστήματα προοπτικής αποζημίωσης βάσει Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (DRGs) επηρεάζουν σημαντικά την τεχνική αποδοτικότητα. Το εύρημα αυτό συνδέει τα χρηματοδοτικά κίνητρα με τη λειτουργική επίδοση. Οι μηχανισμοί αποζημίωσης διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των νοσοκομείων, επειδή επιβραβεύουν τη δραστηριότητα, την τυποποίηση και τον έλεγχο του κόστους, ενώ παράλληλα χρειάζονται προσαρμογή στη βαρύτητα και στην πολυπλοκότητα των περιστατικών.

Ο Bedogni (2026) μετακινεί την ανάλυση από το επίπεδο του νοσοκομείου στο επίπεδο των ευρωπαϊκών συστημάτων δημόσιας υγείας, εφαρμόζοντας DEA σε 25 ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ. Η μελέτη συγκρίνει τη δημόσια δαπάνη υγείας ανά κάτοικο με ένα σύνολο αποτελεσμάτων υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, η βρεφική θνησιμότητα και η αποφευκτική θνησιμότητα. Η συμβολή της βρίσκεται στην υπενθύμιση ότι η αποδοτικότητα μπορεί να αξιολογηθεί τόσο σε επίπεδο παρόχου όσο και σε επίπεδο συστήματος. Η περίπτωση της Ιρλανδίας, με ισχυρά αποτελέσματα υγείας αλλά υψηλή ένταση εισροών, δείχνει ότι οι υψηλές δαπάνες μπορούν να συνυπάρχουν με καλά αποτελέσματα και απόσταση από το όριο αποδοτικότητας.

Οι νεότερες μεθοδολογικές προσεγγίσεις εμπλουτίζουν περαιτέρω το σχετικό πεδίο έρευνας. Οι Baptista de Oliveira, Pereira και Figueira (2025) συνδυάζουν SuperSBM DEA και μηχανική μάθηση σε πορτογαλικά δημόσια νοσοκομεία για την περίοδο 2014 έως 2023. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους δείχνουν ότι το 76,82% των μονάδων λειτούργησε με περιθώρια βελτίωσης, ενώ ο αλγόριθμος XGBoost προέβλεψε τις βαθμολογίες αποδοτικότητας με υψηλή ακρίβεια. Η προστιθέμενη αξία της προσέγγισης είναι ο προσανατολισμός προς το μέλλον, καθώς επιτρέπει υποθετικά σενάρια και σταδιακές διαδρομές βελτίωσης, πιο χρήσιμες για τη διοίκηση σε σχέση με γενικούς άκαμπτους στόχους.

Οι Arbelo Pérez, De Vera και Arbelo (2026) εξετάζουν ισπανικά δημόσια νοσοκομεία μέσω Bayesian stochastic frontier model με τυχαίους συντελεστές. Δείχνουν ότι η παράβλεψη των διαφορών μεταξύ νοσοκομείων υπερεκτιμά την αναποτελεσματικότητα κόστους κατά 9,2 ποσοστιαίες μονάδες. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, επειδή τα νοσοκομεία διαφέρουν ως προς τον εκπαιδευτικό ρόλο, το μείγμα περιστατικών, την περιφέρεια, την τεχνολογία και το προφίλ υπηρεσιών.

3.4.3 ΚΕΡΔΟΦΟΡΙΑ, ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ

Οι μελέτες αποδοτικότητας συνδέονται επίσης με τη χρηματοοικονομική επίδοση. Οι Rosko, Al Amin και Tavakoli (2020) αναλύουν 1.317 μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία οξείας φροντίδας σε μητροπολιτικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών και διαπιστώνουν ότι τα πιο αποδοτικά νοσοκομεία είναι και πιο κερδοφόρα. Η κερδοφορία συνδέεται θετικά με το μέγεθος, τη συγκέντρωση εκροών, την πληρότητα και τη συμμετοχή σε μεγάλους νοσοκομειακούς οργανισμούς, ενώ ο εκπαιδευτικός ρόλος, η διάρκεια νοσηλείας, το μείγμα πληρωτών και η τοπική ανεργία ασκούν πίεση στα περιθώρια κέρδους. Παρότι το αμερικανικό πλαίσιο διαφέρει από τα ευρωπαϊκά δημόσια συστήματα, η μελέτη δείχνει ότι η βελτίωση της αποδοτικότητας μπορεί να δημιουργήσει οικονομικό χώρο για την εξυπηρέτηση κοινωφελών στόχων.

Οι Nguyen, Grosskopf, Yong και Zelenyuk (2022) μελετούν τη μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης βάσει δραστηριότητας στο Queensland της Αυστραλίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η χρηματοδότηση βάσει δραστηριότητας βελτίωσε την τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Το αποτέλεσμα επιβεβαιώνει ότι η μεταρρύθμιση των μηχανισμών πληρωμής μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των παρόχων, όταν η

χρηματοδότηση συνδέεται με μετρήσιμη δραστηριότητα και αποδοτική παραγωγή υπηρεσιών. Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι τα κίνητρα αποδοτικότητας χρειάζεται να ευθυγραμμίζονται με την πρόσβαση, την ποιότητα και την πολυπλοκότητα των περιστατικών.

Συνολικά, η εμπειρική βιβλιογραφία δείχνει ότι η αποδοτικότητα και η οικονομική επίδοση των νοσοκομείων απαιτούν σύνθετη ερμηνεία. Η περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων, οι δείκτες Malmquist, τα στοχαστικά υποδείγματα συνόρων, η πολυκριτηριακή ανάλυση AHP και η μηχανική μάθηση φωτίζουν διαφορετικές πλευρές της επίδοσης. Οι ελληνικές μελέτες δείχνουν ότι η δημοσιονομική προσαρμογή ενίσχυσε σε ορισμένες περιπτώσεις την πειθαρχία κόστους, ενώ η πανδημία επιβάρυνε την παραγωγικότητα μέσω αυξημένων δαπανών και πίεσης στη δυναμικότητα. Η διεθνής εμπειρία προσθέτει ότι οι περιφερειακές ανισότητες, ο σχεδιασμός των πληρωμών, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων και η διοικητική ικανότητα επηρεάζουν καθοριστικά τα αποτελέσματα.

Επομένως, η αποδοτικότητα των νοσοκομείων χρειάζεται να αξιολογείται ως πολυδιάστατη έννοια που συνδέει πόρους, εκροές, κόστος, κίνητρα και θεσμικό περιβάλλον. Η προοπτική αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τα δημόσια νοσοκομεία, όπου η οικονομική επίδοση στηρίζει τη συνέχεια των υπηρεσιών, τη λογοδοσία και την ισότιμη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Στη δική μας περίπτωση, η κατανόηση αυτής της ισορροπίας μεταξύ εισροών και κλινικού έργου θα μας επιτρέψει να ερμηνεύσουμε εάν τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων πέτυχαν να διατηρήσουν τη λειτουργική τους αποδοτικότητα κατά την υπό εξέταση περίοδο.

3.5 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ, ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ

Η βιβλιογραφία για την κεφαλαιακή διάρθρωση, τη βιωσιμότητα και την οικονομική σταθερότητα των νοσοκομείων προσεγγίζει τα δημόσια νοσοκομεία ως οργανισμούς των οποίων η αντοχή εξαρτάται από τη σχέση ανάμεσα στους κανόνες χρηματοδότησης, τη δανειακή επιβάρυνση, τα ταμειακά διαθέσιμα και τη δυνατότητα επανεπένδυσης σε πάγιο κεφάλαιο. Τα δημόσια νοσοκομεία υπηρετούν κοινωνική αποστολή, όμως οι οικονομικές τους καταστάσεις δείχνουν εάν οι διαθέσιμοι πόροι επαρκούν, εάν οι υποχρεώσεις παραμένουν διαχειρίσιμες και εάν οι υποδομές μπορούν να στηρίξουν με ασφάλεια τη συνέχεια των υπηρεσιών. Η κεφαλαιακή διάρθρωση, επομένως, αποκτά ιδιαίτερη σημασία

στον χώρο της υγείας, καθώς συνδέει τη βραχυπρόθεσμη οικονομική επάρκεια με τη μακροπρόθεσμη δυνατότητα των νοσοκομείων να διατηρούν, να ανανεώνουν και να αναβαθμίζουν την παραγωγική τους βάση.

Στην ελληνική βιβλιογραφία, η κρατική χρηματοδότηση βρίσκεται στο επίκεντρο της συζήτησης για τη βιωσιμότητα των δημόσιων νοσοκομείων. Ο Kesisoglou (2021) εξετάζει έξι γενικά δημόσια νοσοκομεία της 1ης, της 3ης και της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας κατά την περίοδο 2015 έως 2019, μετά την έντονη δημοσιονομική προσαρμογή του ελληνικού κράτους. Η μελέτη δείχνει ότι η οικονομική συνέχεια των νοσοκομείων στηρίχθηκε κυρίως στην τακτική κρατική χρηματοδότηση και λιγότερο στην έγκαιρη αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ. Το εύρημα αυτό είναι κρίσιμο για την ερμηνεία της κεφαλαιακής διάρθρωσης των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, επειδή η εμφανιζόμενη ρευστότητα και φερεγγυότητα αντανakλούν σε μεγάλο βαθμό τη δημοσιονομική στήριξη του κράτους. Παράλληλα, η μελέτη καταγράφει βελτίωση στη χρήση των πόρων μέσα από τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και την αύξηση της κάλυψης των κλινών, γεγονός που δείχνει ότι η οικονομική σταθερότητα επιδιώχθηκε μέσω συνδυασμού εξωτερικής χρηματοδότησης και ορθολογικότερης λειτουργίας.

Σε παρόμοια κατεύθυνση, η μελέτη της Pragianni (2022) για τέσσερα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας κατά την περίοδο 2011 έως 2019 αναλύει δείκτες ρευστότητας, αποδοτικότητας, βιωσιμότητας, λειτουργίας και τον δείκτη Altman Z score. Τα ευρήματα αναδεικνύουν έντονη οικονομική πίεση κατά τα έτη 2011 και 2012, καθώς και νέα επιβάρυνση το 2015 και το 2019. Μετά το 2012, ωστόσο, η ρευστότητα και η κεφαλαιακή αυτονομία εμφανίζονται ενισχυμένες, περιορίζοντας τον κίνδυνο αφερεγγυότητας. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει μια βασική ιδιαιτερότητα των δημόσιων νοσοκομείων. Οι οικονομικές τους καταστάσεις μπορεί να εμφανίζουν καλή κεφαλαιακή εικόνα και περιορισμένο δανεισμό, όμως αυτή η εικόνα στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη δημόσια χρηματοδότηση και στη θεσμική εγγύηση ότι τα νοσοκομεία συνεχίζουν να λειτουργούν λόγω του κοινωνικού τους ρόλου.

Η Loukidou (2025), εξετάζοντας νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής κατά την περίοδο 2018 έως 2022, προσθέτει τη διάσταση της πανδημίας. Η μελέτη αναδεικνύει ότι η COVID-19 επηρέασε τις ροές ασθενών, τη χρήση των υποδομών και την κατανομή των πόρων. Η ανάλυση αριθμοδεικτών λειτούργησε ως εργαλείο εντοπισμού αδυναμιών και διατύπωσης προτάσεων για μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και αποδοτικότητα. Η πανδημική εμπειρία δείχνει ότι η οικονομική σταθερότητα των νοσοκομείων εξαρτάται από την ικανότητα άμεσης προσαρμογής, τη διαθεσιμότητα

πόρων και την επάρκεια των μηχανισμών χρηματοδότησης σε περιόδους έκτακτης ανάγκης.

Η μελέτη του IOBE (2023) προσφέρει την ευρύτερη εθνική εικόνα για την Ελλάδα, αξιοποιώντας περίπου 90 νοσοκομεία ανά έτος και 828 οικονομικές καταστάσεις για την περίοδο 2012 έως 2020. Τα αποτελέσματα δείχνουν βελτίωση της ρευστότητας, χαμηλό επίπεδο δανεισμού, αύξηση των ίδιων εσόδων και σημαντική μείωση των νοσοκομείων με ελλειμματική λειτουργία. Το ετήσιο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη μειώθηκε από 146.000 ευρώ το 2012 σε 125.000 ευρώ το 2020, ενώ το κόστος ανά ασθενή και το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας αυξήθηκαν μετά το 2017, φθάνοντας το 2020 στα 2.800 ευρώ ανά ασθενή και στα 917 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η βιωσιμότητα βελτιώθηκε σε όρους ισολογισμού, ενώ οι λειτουργικές πιέσεις στο κόστος παρέμειναν έντονες. Ο χαμηλός λόγος παγίων προς σύνολο ενεργητικού αναδεικνύει επίσης περιορισμένη ανάπτυξη υποδομών, γεγονός που καθιστά την επανεπένδυση σε πάγιο κεφάλαιο βασική προϋπόθεση μακροπρόθεσμης σταθερότητας.

Οι διεθνείς μελέτες βοηθούν στην ερμηνεία των ελληνικών ευρημάτων μέσα σε ευρύτερα δημόσια συστήματα υγείας. Στην Πολωνία, οι Sowada, Kowalska-Bobko και Sagan (2020) εξετάζουν τις επιπτώσεις της εμπορευματοποίησης των δημόσιων νοσοκομείων και την αναζήτηση οικονομικής σταθερότητας. Η ανάλυσή τους δείχνει ότι οι οργανωτικές μεταρρυθμίσεις επιφέρουν περιορισμένα αποτελέσματα όταν οι κανόνες εσόδων, οι πιέσεις των εμπλεκόμενων φορέων και οι παράγοντες κόστους παραμένουν σύνθετοι.

Οι Dubas-Jakóbczyk και Kozieł (2020) αξιολογούν δύο δεκαετίες πολιτικών παρεμβάσεων στην Πολωνία και καταλήγουν σε ανάλογη διαπίστωση. Η ελάφρυνση χρέους, η αναδιάρθρωση, η εταιρική μετατροπή και η μεταρρύθμιση του νοσοκομειακού δικτύου οδήγησαν σε περιορισμένη βελτίωση των οικονομικών των επιμέρους νοσοκομείων. Η πολωνική εμπειρία δείχνει ότι η βιωσιμότητα των νοσοκομείων απαιτεί τεκμηριωμένη πολιτική, η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο την οικονομική επίδοση όσο και τον κοινωνικό ρόλο των μονάδων. Η πολωνική βιβλιογραφία είναι χρήσιμη επειδή δείχνει ότι η κεφαλαιακή διάρθρωση υπερβαίνει τη λογιστική σχέση ανάμεσα σε δανειακά και ίδια κεφάλαια, καθώς διαμορφώνεται επίσης από την πολιτική αποζημίωσης, τις υποχρεώσεις της ιδιοκτησίας και την πολιτική ανοχή απέναντι στα ελλείμματα. Τα δημόσια νοσοκομεία συχνά συνεχίζουν τη λειτουργία τους ακόμη και όταν εμφανίζουν δυσμενείς οικονομικές ενδείξεις, επειδή η διακοπή λειτουργίας τους θα περιόριζε την πρόσβαση στη φροντίδα και θα δημιουργούσε σημαντικό κοινωνικό κόστος. Το

χαρακτηριστικό αυτό παρουσιάζει ομοιότητες με την ελληνική περίπτωση, όπου οι κρατικές επιχορηγήσεις και οι καθυστερήσεις αποζημίωσης από τους πληρωτές επηρεάζουν την πραγματική σημασία της ρευστότητας, της φερεγγυότητας και της κεφαλαιακής αυτονομίας.

Οι Berger, Sommersguter-Reichmann και Czyrionka (2020) εμβαθύνουν περαιτέρω σε αυτή τη λογική μέσα από την έννοια των χαλαρών δημοσιονομικών περιορισμών στα αυστριακά νοσοκομεία. Η μελέτη τους δείχνει ότι η προσδοκία κρατικής στήριξης σε περίπτωση ελλειμμάτων μπορεί να αποδυναμώσει τα κίνητρα αποδοτικότητας. Η ευρωπαϊκή κρίση χρέους άλλαξε αυτό το περιβάλλον, καθώς αύξησε τη δημοσιονομική πίεση στα νοσοκομεία περιφερειών με υψηλότερο δημόσιο χρέος. Το εύρημα είναι σημαντικό για την ανάλυση της κεφαλαιακής διάρθρωσης, διότι ο χαμηλός κίνδυνος παύσης λειτουργίας μπορεί να μειώσει τη χρηματοοικονομική πειθαρχία, ενώ οι δημοσιονομικοί κλονισμοί μεταβάλλουν τη σημασία του χρέους, των ελλειμμάτων και της αποδοτικότητας.

Η επένδυση σε πάγιο κεφάλαιο αποτελεί άλλη κρίσιμη διάσταση της βιωσιμότητας. Ο Choi (2017), αξιοποιώντας δεδομένα νοσοκομείων της Καλιφόρνιας, δείχνει ότι η μεγάλη ύφεση περιόρισε τις κεφαλαιουχικές επενδύσεις στα δημόσια νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία στηρίχθηκαν στις εσωτερικές ταμειακές ροές για τη χρηματοδότηση επενδύσεων, ενώ οι περιορισμοί ρευστότητας επηρέασαν την ικανότητά τους να αποκτούν και να συντηρούν τεχνολογία, εξοπλισμό και υποδομές. Η μελέτη συνδέει τη βραχυπρόθεσμη οικονομική σταθερότητα με τη μακροπρόθεσμη ικανότητα παροχής υπηρεσιών. Ένα νοσοκομείο μπορεί να προστατεύει την τρέχουσα λειτουργία του, όμως η βιώσιμη επίδοση απαιτεί συνεχή ανανέωση του παγίου κεφαλαίου.

Τα υποδείγματα χρηματοοικονομικής δυσχέρειας επεκτείνουν τη συζήτηση για τη βιωσιμότητα, καθώς επιτρέπουν τον εντοπισμό νοσοκομείων που κινδυνεύουν πριν από την εκδήλωση μιας ορατής κρίσης. Οι Holmes, Kaufman και Pink (2017) αναπτύσσουν έναν δείκτη χρηματοοικονομικής δυσχέρειας για αγροτικά νοσοκομεία, αξιοποιώντας την έλλειψη κερδοφορίας, τη μείωση των ιδίων κεφαλαίων, την αφερεγγυότητα και τον κίνδυνο κλεισίματος. Το υπόδειγμα ταξινομεί τα νοσοκομεία σε κατηγορίες κινδύνου και δείχνει ότι οι μονάδες υψηλού κινδύνου παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα διακοπής λειτουργίας.

Οι Langabeer et al. (2026) παρέχουν μια διαχρονική ανάλυση των αμερικανικών νοσοκομείων οξείας φροντίδας για την περίοδο 2021 έως 2023 και εντοπίζουν αύξηση της έντονης χρηματοοικονομικής δυσχέρειας, η οποία συνδέεται με τους δείκτες χρέους, τη

διάρκεια νοσηλείας, την πληρότητα και το μέγεθος της αγοράς. Η υψηλότερη πληρότητα λειτουργεί προστατευτικά, ενώ η αύξηση της μόχλευσης ενισχύει την ευαλωτότητα.

Συνολικά, οι μελέτες δείχνουν ότι η βιωσιμότητα των νοσοκομείων στηρίζεται στην ισορροπία ανάμεσα στη δημόσια χρηματοδότηση, τη διαχείριση ρευστότητας, τη δανειακή επιβάρυνση, την ανανέωση των υποδομών και τη λειτουργική αποδοτικότητα. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία εμφανίζουν χαμηλό δανεισμό και βελτιωμένη ρευστότητα, όμως η σταθερότητά τους συνδέεται στενά με τις κρατικές επιχορηγήσεις, τη συμπεριφορά των φορέων αποζημίωσης και τους περιορισμούς στις κεφαλαιουχικές επενδύσεις. Η πολωνική και η αυστριακή εμπειρία επιβεβαιώνουν ότι η δημόσια στήριξη διασφαλίζει τη συνέχεια των υπηρεσιών, αλλά χρειάζεται να συνδυάζεται με μηχανισμούς οικονομικής πειθαρχίας. Η αμερικανική βιβλιογραφία προσθέτει ότι το χρέος, η πληρότητα, οι ταμειακές ροές και οι επενδύσεις σε πάγιο κεφάλαιο επηρεάζουν τον κίνδυνο χρηματοοικονομικής δυσχέρειας.

Επομένως, η ανάλυση της κεφαλαιακής διάρθρωσης στα νοσοκομεία χρειάζεται να εξετάζει τους θεσμικούς μηχανισμούς που στηρίζουν τη λειτουργία, την ποιότητα των παγίων που υποστηρίζουν τη μελλοντική φροντίδα και την οικονομική ανθεκτικότητα που απαιτείται για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων δημόσιας υπηρεσίας.

3.6 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συγκριτικές έρευνες μεταξύ νοσοκομείων και περιφερειακών συστημάτων υγείας έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς βοηθούν να αποσαφηνιστεί εάν οι διαφορές στην επίδοση προκύπτουν από τη διοικητική πρακτική, την περιφερειακή οργάνωση, τον τύπο του νοσοκομείου ή τις ευρύτερες θεσμικές συνθήκες. Η συγκριτική ανάλυση επιτρέπει την αποτίμηση της σχετικής αποδοτικότητας μονάδων που χρησιμοποιούν παρόμοιους πόρους, ενώ παράλληλα αναδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο οι μεταρρυθμίσεις, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και το περιφερειακό περιβάλλον επηρεάζουν την παραγωγικότητα. Στο πεδίο της υγείας, η σύγκριση χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, επειδή τα νοσοκομεία διαφέρουν ως προς το μέγεθος, τη σύνθεση των περιστατικών, τον εκπαιδευτικό ρόλο, τη γεωγραφική θέση και τις υποχρεώσεις κάλυψης του πληθυσμού. Η βιβλιογραφία που ακολουθεί συνθέτει ελληνικές και ευρωπαϊκές μελέτες, οι οποίες συγκρίνουν νοσοκομεία, ομάδες νοσοκομείων και περιφερειακά συστήματα υγείας με

μεθόδους όπως η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων, η Στοχαστική Ανάλυση Συνόρων και άλλες τεχνικές συγκριτικής αξιολόγησης.

Οι πρώτες ελληνικές μελέτες ανέδειξαν τη σημασία της Υγειονομικής Περιφέρειας ως επιπέδου ανάλυσης. Οι Prezerakos et al. (2007) εξέτασαν νοσοκομεία της Δεύτερης Περιφερειακής Διοίκησης Υγείας Αττικής κατά την περίοδο 1998 έως 2005, καλύπτοντας την πρώτη σημαντική φάση διοικητικών μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με τη χρήση της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων, η μελέτη έδειξε ότι η αποδοτικότητα βελτιώθηκε όταν οι εισροές και οι εκροές μετρήθηκαν σε φυσικές μονάδες, ιδιαίτερα μετά τις διοικητικές αλλαγές. Όταν, όμως, ενσωματώθηκαν στο υπόδειγμα τα λειτουργικά κόστη, η παραγωγικότητα εμφάνισε επιδείνωση. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη αξία, επειδή διακρίνει τη βελτίωση της τεχνικής λειτουργίας από την επιβάρυνση του κόστους. Με άλλα λόγια, τα νοσοκομεία μπορούσαν να παράγουν περισσότερη δραστηριότητα, αλλά με αυξημένο οικονομικό βάρος.

Οι Androutsou, Geitona και Yfantopoulos (2011) μετέφεραν τη συγκριτική ανάλυση στην Περιφερειακή Διοίκηση Υγείας Θεσσαλίας, εστιάζοντας σε επτά ομοιογενείς ειδικές κλινικές νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά την περίοδο 2002 έως 2006. Η ανάλυση παραγωγικότητας με τον δείκτη Malmquist έδειξε πρόοδο της παραγωγικότητας στις κλινικές, ενώ η τεχνική αποδοτικότητα διαφοροποιήθηκε ανάλογα με το κλινικό πεδίο. Οι ορθοπεδικές κλινικές εμφανίστηκαν πλησιέστερα στη μέγιστη αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους, ενώ άλλες κλινικές παρουσίασαν αχρησιμοποίητη παραγωγική δυναμικότητα.

Τέλος, ο Giokas (2001) παρείχε μια ευρύτερη αποτίμηση των ελληνικών δημόσιων, γενικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Εφαρμόζοντας παραμετρικές και μη παραμετρικές μεθόδους, εκτίμησε τις δυνατότητες εξοικονόμησης πόρων και το οριακό κόστος των νοσοκομειακών εκροών. Τα ευρήματα ανέδειξαν σημαντικές αναποτελεσματικότητες στις δαπάνες, με μεγαλύτερα κενά κόστους στα γενικά νοσοκομεία σε σύγκριση με τα πανεπιστημιακά. Η συμβολή της μελέτης είναι ουσιαστική, καθώς συνδέει τη μέτρηση της αποδοτικότητας με την τιμολόγηση, την κοστολόγηση και την κατανομή των πόρων. Σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, η εκτίμηση του οριακού κόστους μπορεί να στηρίξει πιο τεκμηριωμένο σχεδιασμό.

Οι Katharakis, Katharaki και Katostaras (2014) συνέκριναν άμεσα την Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων και τη Στοχαστική Ανάλυση Συνόρων σε τριάντα δύο ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Η μελέτη έδειξε ότι οι δύο μέθοδοι μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικές εκτιμήσεις αποδοτικότητας, καθώς η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων

αποδίδει τις αποκλίσεις από το αποδοτικό σύνορο σε αναποτελεσματικότητα, ενώ η Στοχαστική Ανάλυση Συνόρων διαχωρίζει την αναποτελεσματικότητα από την τυχαία διακύμανση. Περιβαλλοντικές μεταβλητές, όπως το καθεστώς του νοσοκομείου και η γεωγραφική του θέση, συνδέθηκαν με την επίδοση. Η μελέτη δείχνει ότι η συγκριτική αξιολόγηση επηρεάζεται αποφασιστικά από την επιλογή μεθόδου, τη διαμόρφωση του υποδείγματος και τον τρόπο ενσωμάτωσης των εξωτερικών συνθηκών.

Οι Balamatsis και Chondrocoukis (2014) διεύρυναν τη σύγκριση, εξετάζοντας δημόσια πανεπιστημιακά, δημόσια γενικά και ιδιωτικά νοσοκομεία εισηγμένα στο Χρηματιστήριο Αθηνών κατά την περίοδο 2009 έως 2012. Με τη χρήση της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων, διαπίστωσαν ισχυρότερη βελτίωση στην τεχνική αποδοτικότητα και στην αποδοτικότητα κλίμακας στα δημόσια πανεπιστημιακά και γενικά νοσοκομεία σε σύγκριση με τα ιδιωτικά. Η ερμηνεία τους συνδέει αυτή την εξέλιξη με την προσαρμογή των εισροών στα δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο της κρίσης. Η μελέτη προσθέτει την διάσταση της ιδιοκτησίας, καθώς δείχνει ότι η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας δεν συνεπάγεται αυτομάτως υψηλότερη αποδοτικότητα, όταν η σύνθεση των εισροών και η διάρθρωση του κόστους παραμένουν προβληματικές.

Σε επίπεδο περιφερειακού συστήματος υγείας, οι Halkos και Tzeremes (2011) εφάρμοσαν υπό όρους μη παραμετρικά υποδείγματα στις ελληνικές νομαρχίες. Η ανάλυση ανέδειξε αξιοσημείωτες διαφορές στην αποδοτικότητα της δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας μεταξύ γεωγραφικών περιοχών. Η υψηλότερη πληθυσμιακή πυκνότητα συνδέθηκε με καλύτερη αποδοτικότητα, ενώ το υψηλότερο περιφερειακό εισόδημα συνδέθηκε με ασθενέστερη σχετική επίδοση. Το εύρημα αυτό μεταφέρει τη συζήτηση από το μεμονωμένο νοσοκομείο στο περιφερειακό σύστημα, όπου η δημογραφική συγκέντρωση, η κατανομή των πόρων και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες διαμορφώνουν τις συνθήκες παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

Οι ευρωπαϊκές μελέτες διευρύνουν το πεδίο, δίνοντας έμφαση στη συγκρισιμότητα των δεδομένων και στη διεθνή αξιολόγηση. Ο Magee (2003), μέσα από το Hospital Data Project, ανέπτυξε κοινό πλαίσιο σύγκρισης της νοσοκομειακής δραστηριότητας στην Ευρώπη. Το έργο εστίασε στη νοσηλεία και στις ημερήσιες νοσηλείες, ανά ηλικία, φύλο, διάγνωση και τύπο εισαγωγής, μαζί με δείκτες εξιτηρίων και διάρκειας νοσηλείας. Η συμβολή του είναι κυρίως μεθοδολογική, καθώς δείχνει ότι η έγκυρη σύγκριση προϋποθέτει κοινές έννοιες, σαφή μεταδεδομένα και κανόνες μετατροπής των στοιχείων πριν από οποιαδήποτε αξιολόγηση αποδοτικότητας.

Οι Mateus, Joaquim και Nunes (2015) συνέκριναν την αποδοτικότητα νοσοκομείων στην Αγγλία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και τη Σλοβενία, χρησιμοποιώντας Στοχαστική Ανάλυση Συνόρων με διαστρωματικά και διαχρονικά δεδομένα. Η μελέτη έδειξε ότι τα διαχρονικά δεδομένα προσφέρουν πιο σταθερές εκτιμήσεις, ενώ η σημασία των εισροών διαφοροποιείται ανά χώρα. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι η διεθνής σύγκριση αποκτά ουσιαστικό νόημα όταν οι εκροές, οι εισροές και οι θεσμικές διαφορές αντιμετωπίζονται με συνέπεια.

Οι Varabyova et al. (2017) συνέκριναν νοσοκομεία στην Ιταλία και στη Γερμανία με υπό όρους μη παραμετρική προσέγγιση μερικού συνόρου. Η μέθοδος ενσωμάτωσε χαρακτηριστικά των νοσοκομείων και των περιφερειών, καθιστώντας την ανάλυση πιο ανθεκτική σε ακραίες τιμές και περιβαλλοντικές διαφορές. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στις δυνατότητες παραγωγής μεταξύ των δύο χωρών, ενώ το μέγεθος, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και η εξειδίκευση επηρέασαν την αποδοτικότητα.

Συνολικά, η συγκριτική έρευνα δείχνει ότι η αποδοτικότητα των νοσοκομείων είναι σχετική έννοια, η οποία διαμορφώνεται από τον τύπο της μονάδας, την ειδικότητα, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, τη γεωγραφία, την περιφερειακή διακυβέρνηση και τη μέθοδο ανάλυσης. Οι ελληνικές μελέτες αναδεικνύουν βελτιώσεις μετά από μεταρρυθμίσεις, αλλά και επίμονες πιέσεις κόστους, περιφερειακές ανισότητες και διαφοροποιήσεις σε επίπεδο υπηρεσίας. Οι ευρωπαϊκές μελέτες προσθέτουν ότι η σύγκριση απαιτεί εναρμονισμένα δεδομένα, υποδείγματα ευαίσθητα στο πλαίσιο και προσεκτική ερμηνεία. Για τη διοίκηση των νοσοκομείων και τον περιφερειακό σχεδιασμό υγείας, η βιβλιογραφία αυτή βοηθά στον εντοπισμό πεδίων υποαξιοποίησης πόρων, ανασχεδιασμού κόστους και πιο ισορροπημένης κατανομής υπηρεσιών.

3.7 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η ελληνική εμπειρική βιβλιογραφία για τη χρηματοοικονομική διαχείριση και την αποδοτικότητα των νοσοκομείων έχει αναπτυχθεί γύρω από ένα κοινό ερευνητικό ζήτημα. Τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν μέσα σε συνθήκες δημοσιονομικής πίεσης, ενώ ταυτόχρονα καλούνται να διατηρούν την πρόσβαση, την ποιότητα και τη συνέχεια της φροντίδας. Οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η επίδοση των ελληνικών νοσοκομείων χρειάζεται να αξιολογείται με ευρύτερα κριτήρια από τη συνολική μεταβολή των

δαπανών. Η ανάλυση χρειάζεται να συνδέει τον σχεδιασμό πολιτικής υγείας, τη συμμετοχή της διοίκησης, την ποιότητα των λογιστικών συστημάτων, το λειτουργικό κόστος και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα. Με αυτόν τον τρόπο, η οικονομική διαχείριση προσεγγίζεται ως σύνθετη διοικητική διαδικασία που αφορά τόσο την κατανομή των πόρων όσο και την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Οι Farantos και Koutsoukis (2023) εξετάζουν την επίδραση των πολιτικών υγείας της περιόδου διακυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝΕΛ στην αποδοτικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Η συμβολή της μελέτης είναι σημαντική, επειδή συνδέει την αποδοτικότητα με συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτικής, όπως οι πολιτικές εισφορών και χρηματοδότησης, οι πολιτικές που επηρεάζουν τον όγκο και την ποιότητα των υπηρεσιών και οι πολιτικές που σχετίζονται με το κόστος. Η εφαρμογή της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων σε κυλιόμενο χρονικό παράθυρο ανέδειξε διακυμάνσεις στην αποδοτικότητα, με ισχυρότερες επιδόσεις το 2015, το 2016 και το 2018 και χαμηλότερες επιδόσεις το 2017 και το 2019. Η μελέτη δείχνει ότι ορισμένες πολιτικές συνέβαλαν στη συγκράτηση του κόστους και στη βελτίωση της αποδοτικότητας, ενώ άλλες ενίσχυσαν την πρόσβαση και αύξησαν τις εισροές του συστήματος. Η ελληνική περίπτωση αναδεικνύει, επομένως, τη διαρκή ένταση ανάμεσα στη δημοσιονομική πειθαρχία και στην ισότητα στην πρόσβαση. Μια πολιτική που αυξάνει τη νοσοκομειακή δραστηριότητα μπορεί να ενισχύει την κοινωνική ωφέλεια, αλλά ταυτόχρονα να απαιτεί περισσότερη εργασία, περισσότερους πόρους και υψηλότερη δαπάνη. Για τον λόγο αυτό, η ανάλυση αποδοτικότητας αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο όταν ερμηνεύεται σε συνάρτηση με τους κοινωνικούς στόχους της δημόσιας υγείας.

Οι Letsios et al. (2022) μετατοπίζουν την έμφαση από την πολιτική υγείας στην εσωτερική διοίκηση των νοσοκομείων. Η μελέτη τους συνδυάζει λειτουργικά και χρηματοοικονομικά στοιχεία της περιόδου 2010 έως 2020 με δεδομένα έρευνας από διοικητές και ανώτερα στελέχη νοσοκομείων. Τα ευρήματα δείχνουν μείωση των δαπανών κατά την περίοδο 2010 έως 2015, παράλληλα με αύξηση των νοσηλευθέντων ασθενών, και στη συνέχεια αύξηση των δαπανών κατά την περίοδο 2016 έως 2020. Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε σταθερά, γεγονός που δείχνει βελτίωση στη ροή των περιστατικών και στην αξιοποίηση των κλινών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση των διοικητικών στελεχών για απόσταση ανάμεσα στον τυπικό στρατηγικό σχεδιασμό και στην πραγματική εφαρμογή του. Οι διαστάσεις που επηρέασαν περισσότερο την επίδοση ήταν τα στοιχεία του στρατηγικού σχεδιασμού, η αξιολόγηση

υπηρεσιών και προσωπικού, η δέσμευση των εργαζομένων και τα λειτουργικά αποτελέσματα.

Ένα δεύτερο σύνολο ελληνικών εμπειρικών μελετών εξετάζει επιμέρους κατηγορίες δαπανών που επηρεάζουν τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Οι Zaza, Sepetis και Bagos (2022) αναλύουν το ενεργειακό κόστος στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία κατά τα έτη 2018 και 2019. Τα υποδείγματα παλινδρόμησης δείχνουν ότι διαρθρωτικές μεταβλητές, όπως ο αριθμός των κλινών, ο τύπος του νοσοκομείου, ο αριθμός των εργαζομένων και η χρήση εναλλακτικών μορφών ενέργειας, προβλέπουν το ενεργειακό κόστος με υψηλή ερμηνευτική ικανότητα. Όταν προστίθενται λειτουργικές μεταβλητές, όπως οι νοσηλευθέντες ασθενείς, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι απεικονιστικές εξετάσεις, η ερμηνευτική ισχύς βελτιώνεται ακόμη περισσότερο. Η μελέτη έχει πρακτική αξία, διότι αναδεικνύει την ενέργεια ως πεδίο ελέγχου δαπανών, προϋπολογισμού και διοικητικής ευθύνης. Οι Sepetis et al. (2022) ακολουθούν παρόμοια εμπειρική λογική στο πεδίο της διαχείρισης υγειονομικών αποβλήτων. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από όλα τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, εντοπίζουν ως βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες των ποσοτήτων αποβλήτων και του σχετικού κόστους το μέγεθος του νοσοκομείου, τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τους νοσηλευθέντες ασθενείς, τις ημέρες νοσηλείας, τις χειρουργικές πράξεις, τις ειδικές μονάδες και τον αριθμό των εργαζομένων. Η έρευνα αυτή επεκτείνει τη χρηματοοικονομική διαχείριση πέρα από τους κλασικούς λογαριασμούς δαπανών και δείχνει ότι τα κόστη βιωσιμότητας ενσωματώνονται άμεσα στην κλινική δραστηριότητα. Το ενεργειακό κόστος και το κόστος διαχείρισης αποβλήτων αποτελούν πεδία όπου η αποδοτικότητα, η περιβαλλοντική πολιτική και η λογοδοσία συναντώνται.

Οι Eriotis, Stamatiadis και Vasiliou (2012) εστιάζουν στη μεταρρύθμιση της λογιστικής σε δεδουλευμένη βάση στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Η έρευνά τους, η οποία βασίζεται σε απαντήσεις οικονομικών διευθυντών νοσοκομείων, δείχνει ότι η υιοθέτηση της δεδουλευμένης λογιστικής και της κοστολόγησης προχώρησε με αργό ρυθμό κατά την περίοδο της μεταρρύθμισης. Η υιοθέτηση συνδέθηκε θετικά με την ποιότητα των πληροφοριακών συστημάτων, την εκπαίδευση, το μορφωτικό επίπεδο του λογιστικού προσωπικού και την υποστήριξη εξωτερικών συμβούλων. Η μελέτη είναι κεντρική για τη χρηματοοικονομική διαχείριση, επειδή η αξιόπιστη διοίκηση των πόρων προϋποθέτει θεσμική και τεχνική ικανότητα. Οι αριθμοδείκτες, οι προϋπολογισμοί και τα υποδείγματα αποδοτικότητας στηρίζονται στην ποιότητα των λογιστικών δεδομένων. Όταν η κοστολόγηση βρίσκεται σε αρχικό στάδιο ανάπτυξης, οι διοικήσεις δυσκολεύονται να συνδέσουν τους πόρους με συγκεκριμένες υπηρεσίες, τμήματα και

ομάδες ασθενών. Επομένως, η λογιστική μεταρρύθμιση αποτελεί αναγκαία βάση για μεγαλύτερη διαφάνεια, καλύτερη πληροφόρηση και τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.

Η ελληνική έρευνα για την αποδοτικότητα περιλαμβάνει και πιο σύνθετες μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Ο Polyzos (2012) αξιολόγησε 117 νοσοκομεία του ΕΣΥ κατά την περίοδο 2009 έως 2011 με προσανατολισμένη στις εισροές Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας, ιδιαίτερα στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, μέσα σε συνθήκες περικοπών και μεταρρυθμίσεων. Οι Mitropoulos, Mitropoulos και Sissouras (2013) συνέκριναν την παραγωγική και την οικονομική αποδοτικότητα σε 96 γενικά νοσοκομεία. Ο διπλός σχεδιασμός της μελέτης είναι χρήσιμος, επειδή ένα νοσοκομείο μπορεί να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους πόρους του σε φυσικούς όρους και ταυτόχρονα να εμφανίζει ασθενέστερα οικονομικά αποτελέσματα.

Οι Mitropoulos, Talias και Mitropoulos (2015) ενίσχυσαν τη μεθοδολογική τεκμηρίωση της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων, συνδυάζοντας στοχαστική DEA με Bayesian analysis σε 117 νοσοκομεία. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν παρόμοιες τεχνολογίες παραγωγής μεταξύ δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσοκομείων, ενώ τα νοσοκομεία πρωτοβάθμιας φροντίδας παρουσίασαν μεγαλύτερη τεχνολογική απόκλιση. Το εύρημα αυτό ενισχύει τη σημασία της σύγκρισης μεταξύ ομοειδών μονάδων, καθώς η αποδοτικότητα αποκτά πληρέστερο νόημα όταν τα νοσοκομεία αξιολογούνται σε σχέση με αντίστοιχες λειτουργίες και επίπεδα φροντίδας.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ελληνική εμπειρική βιβλιογραφία παρουσιάζει την αποδοτικότητα των νοσοκομείων ως πολυδιάστατο ζήτημα. Η δημόσια πολιτική επηρεάζει τις εισροές και τις εκροές, ο στρατηγικός σχεδιασμός καθορίζει την εφαρμογή των παρεμβάσεων, η λογιστική μεταρρύθμιση διαμορφώνει την αξιοπιστία των δεδομένων και οι στοχευμένες μελέτες κόστους αναδεικνύουν συγκεκριμένες πιέσεις στους προϋπολογισμούς. Τα υποδείγματα DEA και οι προηγμένες τεχνικές συνόρων προσφέρουν χρήσιμα σημεία σύγκρισης, ενώ η ερμηνευτική τους αξία ενισχύεται όταν συνδέονται με τη διοίκηση, τη λογιστική ικανότητα και την καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων. Συνολικά, οι μελέτες αυτές στηρίζουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της χρηματοοικονομικής διαχείρισης, όπου η αποδοτικότητα, η ανθεκτικότητα και η λογοδοσία εξετάζονται μαζί.

3.8 ΣΥΝΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ

Η βιβλιογραφία που εξετάστηκε δείχνει ότι η χρηματοοικονομική ανάλυση των νοσοκομείων έχει πλέον εξελιχθεί σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αξιολόγησης, το οποίο συνδυάζει λογιστικά, διοικητικά και λειτουργικά στοιχεία. Στις διεθνείς μελέτες, οι ερευνητές αξιοποιούν αριθμοδείκτες, δείκτες κεφαλαίου κίνησης, υποδείγματα χρηματοοικονομικής δυσχέρειας, δείκτες κόστους και μεθόδους αποδοτικότητας, προκειμένου να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο τα νοσοκομεία διατηρούν την οικονομική τους σταθερότητα και ταυτόχρονα παρέχουν αναγκαίες υπηρεσίες υγείας. Κεντρικό συμπέρασμα της ανασκόπησης είναι ότι η επίδοση ενός νοσοκομείου χρειάζεται πολυδιάστατη ερμηνεία. Η ρευστότητα, η αποδοτικότητα, η κεφαλαιακή διάρθρωση, οι απαιτήσεις, οι υποχρεώσεις, τα αποθέματα, η επανεπένδυση σε πάγιο κεφάλαιο και η παραγωγικότητα των υπηρεσιών αλληλεπιδρούν και διαμορφώνουν από κοινού την πραγματική οικονομική εικόνα κάθε μονάδας. Η διαπίστωση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στα δημόσια νοσοκομεία, όπου η κοινωνική αποστολή, η κρατική χρηματοδότηση και η κλινική πολυπλοκότητα επηρεάζουν την ερμηνεία των χρηματοοικονομικών αποτελεσμάτων.

Η ελληνική εμπειρική βιβλιογραφία προσφέρει σημαντική βάση για την κατανόηση αυτών των ζητημάτων. Οι μελέτες για τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία έχουν εξετάσει την αποδοτικότητα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, την επίδοση κατά την πανδημία COVID-19, τη λογιστική μεταρρύθμιση, το ενεργειακό κόστος, το κόστος διαχείρισης υγειονομικών αποβλήτων, τον στρατηγικό σχεδιασμό και τις συγκρίσεις μεταξύ Υγειονομικών Περιφερειών (Eriotis et al., 2012; Farantos & Koutsoukis, 2023; Fourlopoulou et al., 2025; Letsios et al., 2022; Polyzos, 2012; Sepetis et al., 2022; Xenos et al., 2017; Zaza et al., 2022). Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα ελληνικά νοσοκομεία βελτίωσαν ορισμένους δείκτες αποδοτικότητας μετά τη δημοσιονομική προσαρμογή, ενώ η πανδημία αύξησε την πίεση στο κόστος και επηρέασε τα πρότυπα νοσοκομειακής δραστηριότητας. Παράλληλα, η βιβλιογραφία αναδεικνύει διαρθρωτικά ζητήματα, όπως οι καθυστερημένες απαιτήσεις από ασφαλιστικούς φορείς, η εξάρτηση από κρατικές επιχορηγήσεις, οι διαφοροποιήσεις στη διοικητική ικανότητα και η σταδιακή ενίσχυση της λογιστικής πληροφόρησης σε δεδουλευμένη βάση.

Η σύνθεση των προηγούμενων μελετών αναδεικνύει και το ερευνητικό κενό της παρούσας εργασίας. Οι περισσότερες ελληνικές έρευνες εστιάζουν σε εθνικά δείγματα, σε ευρείες ομάδες νοσοκομείων ή σε επιλεγμένες μονάδες από διαφορετικές Υγειονομικές

Περιφέρειες. Η 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας έχει λάβει πιο περιορισμένη εμπειρική διερεύνηση, παρότι συγκεντρώνει νοσοκομεία με διαφορετικό ρόλο, διαφορετική κλινική αποστολή και διαφορετικές ανάγκες πληθυσμιακής κάλυψης. Τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων αποτελούν κατάλληλο πεδίο συγκριτικής ανάλυσης, καθώς ανήκουν στο ίδιο περιφερειακό διοικητικό πλαίσιο (5η ΥΠΕ), αλλά εξυπηρετούν διαφορετικές λειτουργικές, κοινωνικοοικονομικές και γεωγραφικές ανάγκες (όπως η νησιωτική/τουριστική ιδιαιτερότητα του Βόλου ή ο αγροτικός και ορεινός χαρακτήρας της Καρδίτσας και των Τρικάλων αντίστοιχα).

Το ερευνητικό ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης εστιάζει, επομένως, στην ανάγκη στοχευμένης, συγκριτικής και διαχρονικής αξιολόγησης των συγκεκριμένων νοσοκομείων μέσα από τις οικονομικές καταστάσεις και την ανάλυση αριθμοδεικτών. Η προσέγγιση αυτή μπορεί να συνδέσει τη ρευστότητα, τη δραστηριότητα, την αποδοτικότητα, την κεφαλαιακή διάρθρωση και τη βιωσιμότητα με τον οργανωτικό ρόλο κάθε μονάδας. Παράλληλα, μπορεί να ενισχύσει τη λογοδοσία σε περιφερειακό επίπεδο, αναδεικνύοντας τις διαφοροποιήσεις στη χρηματοοικονομική διαχείριση νοσοκομείων που λειτουργούν υπό την ίδια εποπτική αρχή και μέσα σε κοινό θεσμικό και περιφερειακό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Η παρούσα έρευνα ακολουθεί ποσοτικό, περιγραφικό και συγκριτικό ερευνητικό σχεδιασμό, με βάση τη χρηματοοικονομική ανάλυση δημοσιευμένων οικονομικών καταστάσεων. Η επιλογή αυτής της προσέγγισης υπηρετεί τον σκοπό της εργασίας, που είναι η αποτύπωση της οικονομικής πορείας των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων, τα οποία υπάγονται στην 5η Υγειονομική Περιφέρειας κατά την περίοδο 2013 έως 2024. Η χρηματοοικονομική ανάλυση μέσω αριθμοδεικτών θεωρείται κατάλληλη για την αξιολόγηση της ρευστότητας, της δραστηριότητας, της αποδοτικότητας και της κεφαλαιακής διάρθρωσης, επειδή μετατρέπει τα λογιστικά μεγέθη σε συγκρίσιμες σχέσεις μεταξύ διαφορετικών περιόδων και διαφορετικών οργανισμών (Cleverley & Cleverley, 2018; Gapenski & Reiter, 2016).

4.2 Πηγή και συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τους δημοσιευμένους ισολογισμούς και τις καταστάσεις αποτελεσμάτων χρήσης των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων. Οι οικονομικές καταστάσεις έχουν συνταχθεί σύμφωνα με το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο Δημοσίων Μονάδων Υγείας, όπως προβλέπεται από το Π.Δ. 146/2003, γεγονός που παρέχει κοινό λογιστικό πλαίσιο για τη συγκριτική επεξεργασία των μεγεθών. Για κάθε έτος καταχωρίστηκαν στοιχεία ενεργητικού, παθητικού και αποτελεσμάτων χρήσης, όπως πάγιο ενεργητικό, κυκλοφορούν ενεργητικό, αποθέματα, απαιτήσεις, διαθέσιμα, σύνολο ενεργητικού, βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις, προμηθευτές, ίδια κεφάλαια, ξένα κεφάλαια, λειτουργικά έσοδα, κόστος αγαθών και υπηρεσιών, μεικτό αποτέλεσμα και καθαρό αποτέλεσμα χρήσης.

4.3 Δείγμα και χρονική περίοδος

Το εμπειρικό πεδίο περιλαμβάνει τρία γενικά δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλίας. Η επιλογή τους στηρίχθηκε στη διοικητική και γεωγραφική συνάφεια, καθώς ανήκουν στο ίδιο περιφερειακό πλαίσιο υγειονομικής διοίκησης και επιτρέπουν την συγκριτική παρακολούθηση με κοινά χαρακτηριστικά δημόσιας νοσοκομειακής λειτουργίας. Η περίοδος 2013 έως 2024 καλύπτει φάσεις έντονης δημοσιονομικής πίεσης, σταδιακής εξομάλυνσης, πανδημικής διαταραχής και μεταπανδημικής προσαρμογής. Με τον τρόπο αυτό, η ανάλυση επιτρέπει την αποτίμηση της χρηματοοικονομικής εξέλιξης σε μακροχρόνιο ορίζοντα.

4.4 Επεξεργασία και Ομογενοποίηση στοιχείων

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε υπολογιστικό φύλλο Excel. Αρχικά καταχωρήθηκαν τα απόλυτα ποσά σε αριθμητική μορφή. Στη συνέχεια, τα μεγέθη οργανώθηκαν ανά νοσοκομείο και ανά έτος. Για λόγους συγκρισιμότητας, χρησιμοποιήθηκε ενιαία ονοματολογία για αντίστοιχα κονδύλια, όπως λειτουργικά έσοδα για τον κύκλο εργασιών και κόστος αγαθών και υπηρεσιών για το κόστος παροχής υπηρεσιών. Όταν ένα μέγεθος εμφανιζόταν με ειδικότερη λογιστική διατύπωση,

διατηρήθηκε η ουσία του κονδυλίου με βάση τη θέση του στον ισολογισμό ή στην κατάσταση αποτελεσμάτων.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η απόλυτη διαφάνεια της μεθοδολογικής προσέγγισης και να διευκολυνθεί η μετέπειτα στατιστική και χρηματοοικονομική ανάλυση, τα πρωτογενή δεδομένα που αντλήθηκαν από τους ισολογισμούς των τριών υπό εξέταση νοσοκομείων (Γ.Ν. Βόλου, Γ.Ν. Καρδίτσας, Γ.Ν. Τρικάλων) για την περίοδο 2013–2024 συγκεντρώθηκαν σε ενιαίες βάσεις δεδομένων.

Η ομογενοποίηση αυτή επέτρεψε τη δημιουργία των συγκεντρωτικών πινάκων ανά νοσοκομείο, οι οποίοι αποτελούν το θεμέλιο για την εφαρμογή του τυπολογίου των αριθμοδεικτών που παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα.

Στο σημείο αυτό παρατίθενται οι ομογενοποιημένοι πίνακες των οικονομικών στοιχείων για κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά, όπως αυτοί διαμορφώθηκαν μετά την επεξεργασία τους στο υπολογιστικό φύλλο:

Πάγιο Ενεργητικό			
Έτος	Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
2013	19.659.497,27	5.208.273,14	23.897.350,76
2014	19.121.789,62	5.448.428,13	23.428.716,22
2015	19.631.738,97	6.041.667,92	22.078.325,59
2016	18.750.645,78	6.141.361,09	21.667.361,33
2017	17.921.040,07	6.182.030,58	20.497.455,45
2018	17.652.892,29	5.843.148,63	19.719.099,76
2019	18.429.434,98	5.571.581,09	18.742.425,98
2020	18.064.080,70	5.885.898,00	19.601.425,88
2021	17.931.400,28	6.655.429,16	20.967.024,27
2022	17.081.233,83	6.651.868,84	19.118.532,72
2023	16.599.094,77	6.392.845,24	17.245.205,88
2024	16.218.453,02	6.125.694,77	15.511.407,22

Κυκλοφορούν
Ενεργητικό

Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
36.763.309,95	31.632.192,17	31.091.988,48
55.850.221,07	41.913.664,46	44.384.349,95
69.155.067,69	32.600.862,61	57.940.977,74
50.107.206,23	38.825.661,19	49.967.549,57
65.217.627,70	51.382.545,70	65.574.798,34
75.179.298,70	58.907.009,31	76.133.267,32
54.919.883,21	60.594.822,43	72.344.106,59
64.139.601,66	68.987.457,25	81.176.670,32
78.523.825,16	75.310.275,88	89.729.607,75
94.891.850,12	85.584.939,57	96.845.918,86
107.667.460,97	98.022.164,65	112.855.911,65
116.255.014,28	100.073.979,05	107.064.919,66

Αποθέματα		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
2.229.004,77	1.265.246,10	1.018.149,00
1.957.452,00	1.360.026,46	1.164.002,17
1.331.224,34	1.360.880,28	1.234.746,02
1.802.865,95	1.651.113,09	1.438.992,83
1.836.153,08	1.462.514,78	1.496.119,60
1.673.558,07	1.016.132,20	1.724.172,54
2.487.872,05	1.134.366,83	1.399.839,24
2.950.645,20	1.412.561,74	1.816.235,02
2.217.122,63	1.303.090,20	1.754.985,71
2.382.265,20	1.565.095,54	1.448.319,42
2.308.531,71	1.635.743,71	1.580.062,93
2.680.183,19	1.495.115,23	1.712.396,23

Απαιτήσεις		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
33.348.604,80	27.594.493,25	25.836.551,52

50.559.956,13	39.296.212,98	37.419.256,05
63.264.930,71	29.065.950,86	51.882.280,15
38.543.822,95	30.260.760,09	37.093.699,10
55.693.641,56	39.909.505,33	50.447.680,99
66.428.358,15	48.864.178,42	63.162.140,96
46.688.384,91	51.844.102,39	62.178.208,11
58.447.512,97	61.546.184,38	73.849.856,95
72.913.263,73	70.716.354,66	85.893.472,60
90.543.837,90	82.585.888,44	93.995.967,19
102.953.639,51	95.210.757,03	107.770.657,76
111.880.459,41	97.528.932,10	101.965.948,87

Ταμειακά διαθέσιμα		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
555.712,05	2.492.838,76	4.161.644,53
2.613.331,03	1.018.409,94	5.702.510,95
3.892.179,06	1.931.101,21	4.554.234,93
9.064.034,88	6.784.649,60	11.100.614,76
7.007.568,10	9.753.281,12	13.223.812,84
6.415.367,95	8.696.965,19	9.375.513,73
4.975.509,11	7.317.811,99	6.524.108,75
2.077.072,38	5.750.884,30	3.300.760,94
2.723.625,06	3.016.494,92	1.608.481,36
1.880.113,18	1.165.239,03	976.067,49
2.329.674,66	902.394,93	1.305.725,03
1.601.356,91	701.512,22	1.170.551,62

Σύνολο Ενεργητικού		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
60.500.164,27	37.877.202,08	67.388.639,73

76.975.775,70	48.339.340,98	70.889.018,12
91.181.644,13	39.602.449,57	83.080.784,00
70.348.869,40	46.363.739,11	75.273.272,68
85.480.861,98	59.167.045,82	88.921.828,49
96.220.877,30	66.585.169,34	98.683.457,69
75.187.215,89	67.317.438,49	92.592.378,63
85.727.039,40	76.843.024,01	102.072.742,57
101.431.910,46	84.761.366,64	113.265.116,90
119.241.350,71	95.600.030,42	119.243.528,43
138.981.191,86	106.759.202,84	132.121.015,15
153.939.930,77	121.478.220,51	123.309.018,36

Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
9.451.683,50	6.049.599,53	7.956.606,70
11.994.211,74	5.036.223,00	8.644.884,24
15.472.615,08	6.292.776,53	8.699.690,88
10.697.554,77	4.768.263,11	8.604.784,47
7.200.494,44	5.214.477,13	8.157.851,93
4.945.173,76	4.105.338,09	7.477.099,77
6.822.825,51	2.767.771,77	5.980.964,82
7.751.256,51	3.267.443,05	5.550.538,75
12.123.700,02	3.648.959,75	8.058.652,67
18.241.362,93	5.475.713,18	8.157.802,04
21.313.579,55	6.604.999,23	9.681.434,32
17.412.727,96	4.302.066,49	9.204.601,95

Προμηθευτές		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
8.890.894,71	5.054.201,46	6.834.450,69
11.101.682,34	4.791.380,16	8.107.860,14

14.549.558,97	6.151.592,19	8.048.718,53
9.636.085,09	4.171.204,74	8.018.349,04
6.209.453,77	4.723.697,31	6.980.848,21
4.202.241,05	3.899.172,16	6.527.214,39
6.645.622,04	2.692.087,52	5.512.936,99
7.396.208,91	3.132.308,93	5.098.364,13
11.771.764,12	3.285.932,73	7.710.332,53
17.916.778,70	5.288.668,94	7.891.130,27
20.728.304,49	6.473.169,59	9.515.414,29
17.078.195,07	4.049.619,81	8.963.295,89

Σύνολο Υποχρεώσεων		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
9.451.683,50	6.049.599,53	7.956.606,70
11.994.211,74	5.036.223,00	8.644.884,24
15.472.615,08	6.292.776,53	8.699.690,88
10.697.554,77	4.768.263,11	8.604.784,47
7.200.494,44	5.214.477,13	8.157.851,93
4.945.173,76	4.105.338,09	7.477.099,77
6.822.825,51	2.767.771,77	5.980.964,82
7.751.256,51	3.267.443,05	5.550.538,75
12.123.700,02	3.648.959,75	8.058.652,67
18.241.362,93	5.475.713,18	8.157.802,04
21.313.579,55	6.604.999,23	9.681.434,32
17.412.727,96	4.302.066,49	9.204.601,95

Ίδια Κεφάλαια		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
50.838.879,66	31.583.943,57	48.776.778,42
64.782.395,91	43.180.333,14	61.871.106,99

75.473.925,04	33.244.880,35	74.088.803,74
59.474.064,87	41.550.644,48	66.604.736,75
78.236.845,24	53.861.134,93	80.700.832,49
91.158.848,59	62.428.922,57	91.078.678,54
68.231.000,84	64.471.237,59	86.471.659,24
77.860.560,03	73.528.657,64	96.426.232,62
88.667.876,41	80.910.589,94	104.769.997,54
100.697.538,01	89.932.362,18	110.872.326,21
117.547.587,89	100.012.415,39	120.547.611,47
136.253.770,30	117.015.815,03	112.188.972,09

Ξένα Κεφάλαια		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
9.661.284,61	6.293.258,51	18.611.861,31
12.193.379,79	5.159.007,84	9.017.911,13
15.707.719,09	6.357.569,22	8.991.980,26
10.874.804,53	4.813.094,63	8.668.535,93
7.244.016,74	5.305.910,89	8.220.996,00
5.062.028,71	4.156.246,77	7.604.779,15
6.956.215,05	2.846.200,90	6.120.719,39
7.866.479,37	3.314.366,37	5.646.509,95
12.764.034,05	3.850.776,70	8.495.119,36
18.543.812,70	5.667.668,24	8.371.202,22
21.433.603,97	6.746.787,45	11.573.403,68
17.686.160,47	4.462.405,48	11.120.046,27

Κύκλος εργασιών / Λειτουργικά έσοδα		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
20.224.841,06	14.947.307,74	16.857.269,91
16.932.261,04	12.299.759,70	12.701.076,41

14.975.516,84	10.955.131,81	14.849.652,57
16.871.610,78	12.912.061,28	14.847.383,29
21.978.007,02	13.974.688,33	18.382.185,29
19.694.729,28	13.296.052,50	17.156.433,20
19.148.229,82	13.808.355,40	20.738.199,63
17.182.400,24	11.936.901,91	16.061.073,42
20.312.264,06	13.205.045,39	16.725.954,26
24.907.793,45	15.423.103,95	13.483.957,62
28.625.398,95	15.423.103,95	18.828.913,50
23.714.415,92	18.890.166,31	6.718.836,74

Κόστος πωληθέντων / Κόστος παροχής υπηρεσιών		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
41.121.162,88	27.782.723,96	30.226.953,90
38.559.445,98	25.562.715,67	28.450.920,28
34.382.738,48	23.835.223,04	26.350.756,28
34.861.369,94	20.270.979,45	24.009.781,90
38.436.459,06	23.063.895,37	26.192.910,56
36.849.067,48	23.095.134,37	27.760.622,55
36.205.275,02	23.877.249,69	30.161.533,58
39.005.812,75	24.553.777,14	30.346.734,51
43.958.682,94	26.293.462,71	31.855.313,20
45.297.314,19	27.077.726,05	32.986.335,54

46.308.007,84	27.077.726,05	34.146.810,30
52.185.046,87	31.054.802,79	36.169.077,84

Μεικτό αποτέλεσμα		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
-20.896.321,82	-12.835.416,22	-13.369.683,99
-21.627.184,94	-13.262.955,97	-16.749.843,87
-19.407.221,64	-12.880.091,43	-11.501.103,71
-17.989.759,16	-7.357.918,19	-9.162.398,61
-16.458.452,04	-9.089.207,04	-7.810.725,27
-17.154.338,20	-9.799.081,87	-10.604.189,35
-17.057.045,20	-10.068.894,29	-9.423.333,95
-21.823.412,51	-12.616.875,23	-14.285.661,09
-23.646.418,88	-13.088.417,32	-15.129.358,94
-20.389.520,74	-11.654.622,10	-19.502.377,92
-17.682.608,89	-11.654.622,10	-15.317.896,80
-28.470.630,95	-12.164.636,48	-29.450.241,10

Καθαρό αποτέλεσμα χρήσης		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
1.912.260,69	7.051.399,67	4.979.303,53
-131.159,50	4.572.317,57	3.388.237,63
-730.351,56	4.374.098,66	6.590.648,97
615.145,24	6.025.297,17	6.156.585,58
4.839.140,36	6.411.737,22	8.807.350,40
5.959.827,35	5.783.602,82	7.421.806,21
3.254.124,59	7.525.152,92	11.430.806,82

3.208.603,95	7.084.215,76	6.958.481,54
861.539,21	5.489.751,11	5.791.166,28
4.637.111,64	7.113.929,35	2.617.940,54
6.660.368,56	7.113.929,35	6.468.233,89
5.062.971,67	10.148.047,87	-8.791.925,26

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων			
Έτος	Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
2013	0,61	0,54	0,65
2014	0,40	0,37	0,40
2015	0,26	0,32	0,33
2016	0,33	0,44	0,33
2017	0,47	0,40	0,42
2018	0,32	0,30	0,30
2019	0,34	0,27	0,33
2020	0,33	0,21	0,24
2021	0,31	0,20	0,21
2022	0,30	0,20	0,15
2023	0,30	0,17	0,19
2024	0,22	0,20	0,06

Μέση ΗΜΕΡΕΣ	Περίοδος	Είσπραξης	ΣΕ
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα	
601,85	673,83	559,42	
904,39	992,50	908,91	
1387,13	1138,84	1097,50	
1101,26	838,53	1093,67	
782,52	916,38	869,12	
1131,64	1218,50	1208,51	
1078,11	1331,02	1103,02	
1116,68	1733,59	1545,67	

1180,24	1827,93	1742,99
1197,65	1814,01	2434,73
1233,63	2103,85	1955,63
1653,31	1862,08	5696,96

Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
18,45	21,96	29,69
18,42	19,47	26,08
20,91	17,52	21,97
22,25	13,46	17,96
21,12	14,81	17,85
21,00	18,64	17,24
17,40	22,21	19,31
14,34	19,28	18,87
17,01	19,36	17,84
19,70	18,88	20,60
19,74	16,92	22,55
20,92	19,84	21,97

Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
19,79	16,62	12,29
19,81	18,74	14,00
17,46	20,83	16,61
16,41	27,12	20,32
17,28	24,64	20,45
17,38	19,59	21,17
20,98	16,44	18,90
25,45	18,93	19,34
21,45	18,85	20,46
18,53	19,33	17,72

18,49	21,57	16,19
17,45	18,40	16,61

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
0,33	0,39	0,25
0,25	0,29	0,18
0,18	0,25	0,19
0,21	0,30	0,19
0,28	0,26	0,22
0,22	0,21	0,18
0,22	0,21	0,22
0,21	0,17	0,17
0,22	0,16	0,16
0,23	0,17	0,12
0,22	0,15	0,15
0,16	0,17	0,05

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
4,35	4,59	3,80
3,60	4,61	3,43
2,50	4,21	3,04
2,66	3,67	2,77
4,30	4,62	3,13
6,07	4,96	3,55
6,15	6,95	4,48
5,35	8,14	5,26
4,42	7,60	4,68
2,98	5,94	4,07
2,34	4,48	3,83

2,70	5,69	3,83
------	------	------

Μέση ΗΜΕΡΕΣ	Περίοδος	Εξόφλησης	ΣΕ
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα	
83,90	79,48	96,08	
101,50	79,15	106,49	
145,79	86,74	120,13	
137,00	99,58	131,53	
84,98	78,99	116,79	
60,15	73,65	102,79	
59,32	52,53	81,43	
68,19	44,86	69,35	
82,51	48,01	77,97	
122,34	61,50	89,72	
155,89	81,42	95,34	
135,43	64,10	95,29	

Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής ή Γενικής Ρευστότητας		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
3,89	5,23	3,91
4,66	8,32	5,13
4,47	5,18	6,66
4,68	8,14	5,81
9,06	9,85	8,04
15,20	14,35	10,18
8,05	21,89	12,10
8,27	21,11	14,63
6,48	20,64	11,13
5,20	15,63	11,87
5,05	14,84	11,66

6,68	23,26	11,63
------	-------	-------

Αριθμοδείκτης Άμεσης ή Ειδικής Ρευστότητας		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
3,65	5,02	3,78
4,49	8,05	5,00
4,38	4,96	6,52
4,52	7,80	5,64
8,80	9,57	7,85
14,86	14,10	9,95
7,68	21,48	11,86
7,89	20,68	14,30
6,29	20,28	10,92
5,07	15,34	11,69
4,94	14,59	11,49
6,52	22,91	11,45

Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
0,06	0,41	0,52
0,22	0,20	0,66
0,25	0,31	0,52
0,85	1,42	1,29
0,97	1,87	1,62
1,30	2,12	1,25
0,73	2,64	1,09
0,27	1,76	0,59
0,22	0,83	0,20
0,10	0,21	0,12

0,11	0,14	0,13
0,09	0,16	0,13

Δείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
-103,32%	-85,87%	-79,31%
-127,73%	-107,83%	-131,88%
-129,59%	-117,57%	-77,45%
-106,63%	-56,98%	-61,71%
-74,89%	-65,04%	-42,49%
-87,10%	-73,70%	-61,81%
-89,08%	-72,92%	-45,44%
-127,01%	-105,70%	-88,95%
-116,41%	-99,12%	-90,45%
-81,86%	-75,57%	-144,63%
-61,77%	-75,57%	-81,35%
-120,06%	-64,40%	-438,32%

Δείκτης κέρδους	καθαρού περιθωρίου	
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
9,46%	47,18%	29,54%
-0,77%	37,17%	26,68%
-4,88%	39,93%	44,38%
3,65%	46,66%	41,47%
22,02%	45,88%	47,91%
30,26%	43,50%	43,26%
16,99%	54,50%	55,12%
18,67%	59,35%	43,33%
4,24%	41,57%	34,62%

18,62%	46,13%	19,42%
23,27%	46,13%	34,35%
21,35%	53,72%	-130,85%

Δείκτης αποδοτικότητας Ενεργητικού		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
3,16%	18,62%	7,39%
-0,19%	10,61%	4,90%
-0,87%	9,95%	8,56%
0,76%	14,02%	7,78%
6,21%	12,15%	10,73%
6,56%	9,20%	7,91%
3,80%	11,24%	11,95%
3,99%	9,83%	7,15%
0,92%	6,79%	5,38%
4,20%	7,89%	2,25%
5,16%	7,03%	5,15%
3,46%	8,89%	-6,88%

Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Πάγια		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
2,59	6,06	2,04
3,39	7,93	2,64
3,84	5,50	3,36
3,17	6,77	3,07
4,37	8,71	3,94
5,16	10,68	4,62
3,70	11,57	4,61
4,31	12,49	4,92

4,94	12,16	5,00
5,90	13,52	5,80
7,08	15,64	6,99
8,40	19,10	7,23

Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Ξένα Κεφάλαια		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
5,26	5,02	2,62
5,31	8,37	6,86
4,80	5,23	8,24
5,47	8,63	7,68
10,80	10,15	9,82
18,01	15,02	11,98
9,81	22,65	14,13
9,90	22,18	17,08
6,95	21,01	12,33
5,43	15,87	13,24
5,48	14,82	10,42
7,70	26,22	10,09

Αριθμοδείκτης Κυκλοφορούντος Ενεργητικού προς Συνολικές Υποχρεώσεις		
Βόλος	Καρδίτσα	Τρίκαλα
3,89	5,23	3,91
4,66	8,32	5,13
4,47	5,18	6,66
4,68	8,14	5,81
9,06	9,85	8,04
15,20	14,35	10,18

8,05	21,89	12,10
8,27	21,11	14,63
6,48	20,64	11,13
5,20	15,63	11,87
5,05	14,84	11,66
6,68	23,26	11,63

4.5 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Οι αριθμοδείκτες οργανώθηκαν σε τέσσερις ομάδες, δηλαδή δραστηριότητας, ρευστότητας, αποδοτικότητας και διάρθρωσης κεφαλαίων. Η χρήση μέσων όρων σε απαιτήσεις, αποθέματα, ενεργητικό και βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις ακολουθεί τη βασική αρχή ότι οι δείκτες κυκλοφορίας συνδέουν μέγεθος αποτελεσμάτων χρήσης με μέσο υπόλοιπο ισολογισμού (Helfert, 2001; Penman, 2013). Οι τύποι που εφαρμόστηκαν παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4. Τυπολόγιο αριθμοδεικτών

Αριθμοδείκτης	Τύπος υπολογισμού
Ταχύτητα είσπραξης απαιτήσεων	Λειτουργικά έσοδα / Μέσος όρος απαιτήσεων
Μέση περίοδος είσπραξης	$365 / \text{Ταχύτητα είσπραξης απαιτήσεων}$
Ταχύτητα κυκλοφορίας αποθεμάτων	Κόστος αγαθών και υπηρεσιών / Μέσος όρος αποθεμάτων
Μέση διάρκεια παραμονής αποθεμάτων	$365 / \text{Ταχύτητα κυκλοφορίας αποθεμάτων}$
Ταχύτητα κυκλοφορίας ενεργητικού	Λειτουργικά έσοδα / Μέσος όρος συνόλου ενεργητικού
Ταχύτητα εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων	Κόστος αγαθών και υπηρεσιών / Μέσος όρος βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων
Μέση περίοδος εξόφλησης	$365 / \text{Ταχύτητα εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων}$
Γενική ρευστότητα	Κυκλοφορούν ενεργητικό / Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις
Άμεση ρευστότητα	Κυκλοφορούν ενεργητικό χωρίς αποθέματα / Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις
Ταμειακή ρευστότητα	Ταμειακά διαθέσιμα / Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις
Μεικτό περιθώριο	Μεικτό αποτέλεσμα / Λειτουργικά έσοδα x 100
Καθαρό περιθώριο	Καθαρό αποτέλεσμα χρήσης / Λειτουργικά έσοδα x 100
Αποδοτικότητα ενεργητικού	Καθαρό αποτέλεσμα χρήσης / Σύνολο ενεργητικού x 100
Ίδια κεφάλαια προς πάγια	Ίδια κεφάλαια / Πάγιο ενεργητικό
Ίδια κεφάλαια προς ξένα κεφάλαια	Ίδια κεφάλαια / Ξένα κεφάλαια

Κυκλοφορούν ενεργητικό προς συνολικές υποχρεώσεις	Κυκλοφορούν ενεργητικό / Σύνολο υποχρεώσεων
Δείκτης τάσης	Τιμή έτους / Τιμή έτους βάσης x 100

Για τον δείκτη εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων χρησιμοποιήθηκε το κόστος αγαθών και υπηρεσιών, επειδή οι αγορές χρήσης εμφανίζονται σπάνια ως αυτοτελές κονδύλι στις δημοσιευμένες καταστάσεις. Η επιλογή αυτή είναι αποδεκτή σε νοσοκομειακή χρηματοοικονομική ανάλυση, όταν το κόστος παροχής υπηρεσιών αποτυπώνει τον βασικό όγκο λειτουργικής κατανάλωσης και συναλλαγών με προμηθευτές (Cleverley & Cleverley, 2018; Gapenski & Reiter, 2016).

4.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε τρία στάδια. Πρώτα, παρουσιάστηκαν τα βασικά οικονομικά μεγέθη ανά νοσοκομείο και έτος, μαζί με τον μέσο όρο των τριών μονάδων. Έπειτα, υπολογίστηκαν οι αριθμοδείκτες για κάθε νοσοκομείο, ώστε να αποτυπωθούν οι σχέσεις μεταξύ εισπράξεων, αποθεμάτων, υποχρεώσεων, ρευστότητας, αποδοτικότητας και κεφαλαιακής διάρθρωσης. Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες τάσης με έτος βάσης το 2013, ώστε να αναδειχθεί η κατεύθυνση της μεταβολής σε βάθος χρόνου. Η παρουσίαση συνδυάζει απόλυτα ποσά, ποσοστά, συγκρίσεις με τον μέσο όρο και διαχρονική ερμηνεία, όπως προτείνεται στη χρηματοοικονομική ανάλυση οργανισμών υγείας (Gapenski & Reiter, 2016; Helfert, 2001).

4.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΔΟΧΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τη φύση των δημόσιων νοσοκομείων. Οι δείκτες αποδοτικότητας, για παράδειγμα, αξιολογούνται ως δείκτες οικονομικής ισορροπίας και όχι ως δείκτες επιχειρηματικής κερδοφορίας, επειδή οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες υπηρετούν κοινωνική αποστολή και λειτουργούν μέσα σε πλαίσιο κρατικής χρηματοδότησης. Επίσης, η υψηλή λογιστική ρευστότητα εξετάζεται μαζί με την ταμειακή ρευστότητα, καθώς οι απαιτήσεις από ασφαλιστικούς και δημόσιους φορείς μπορούν να αυξάνουν το κυκλοφορούν ενεργητικό χωρίς άμεση ταμειακή ενίσχυση. Η μεθοδολογία, επομένως, επιτρέπει την συγκριτική και διαχρονική αποτίμηση της

χρηματοοικονομικής εικόνας, ενώ η ερμηνεία της συνδέεται με το θεσμικό πλαίσιο του ΕΣΥ και τις ιδιαιτερότητες της δημόσιας νοσοκομειακής λογιστικής.

4.8 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ

Η αξιοπιστία των υπολογισμών ενισχύθηκε με διασταύρωση των επιμέρους ποσών ανάμεσα στον ισολογισμό, την κατάσταση αποτελεσμάτων χρήσης και το γενικό σύνολο ενεργητικού και παθητικού. Οι τιμές καταχωρήθηκαν με δύο δεκαδικά ψηφία, όπως εμφανίζονται στις δημοσιευμένες καταστάσεις, και οι υπολογισμοί των αριθμοδεικτών έγιναν με ενιαίους τύπους στο ίδιο αρχείο εργασίας. Η διαδικασία αυτή περιορίζει την πιθανότητα ασυνέπειας ανάμεσα στα έτη και επιτρέπει την επαναληψιμότητα της ανάλυσης. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων στηρίχθηκε σε συνδυασμό αριθμητικής εξέλιξης, συγκριτικής θέσης ως προς τον μέσο όρο και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων.

Η εφαρμογή των τύπων έγινε με ενιαίο τρόπο για όλα τα νοσοκομεία και για όλα τα έτη. Για τους δείκτες που απαιτούν μέσο υπόλοιπο χρησιμοποιήθηκε ο αριθμητικός μέσος όρος αρχής και τέλους χρήσης. Με αυτόν τον τρόπο οι δείκτες δραστηριότητας συνδέονται πιο ορθά με τη χρονική ροή της λειτουργίας, επειδή τα έσοδα και το κόστος αφορούν ολόκληρη τη χρήση, ενώ τα στοιχεία του ισολογισμού αποτυπώνουν συγκεκριμένη ημερομηνία. Οι μέσοι όροι των τριών νοσοκομείων υπολογίστηκαν για να υπάρχει συγκριτικό σημείο αναφοράς, χωρίς να υποκαθιστούν την επιμέρους ερμηνεία κάθε νοσοκομείου. Η ανάλυση των δεικτών τάσης έγινε με σταθερή βάση το 2013, ώστε να αποτυπωθεί η συνολική μεταβολή κάθε μεγέθους από την αρχή έως το τέλος της περιόδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013- 2024.

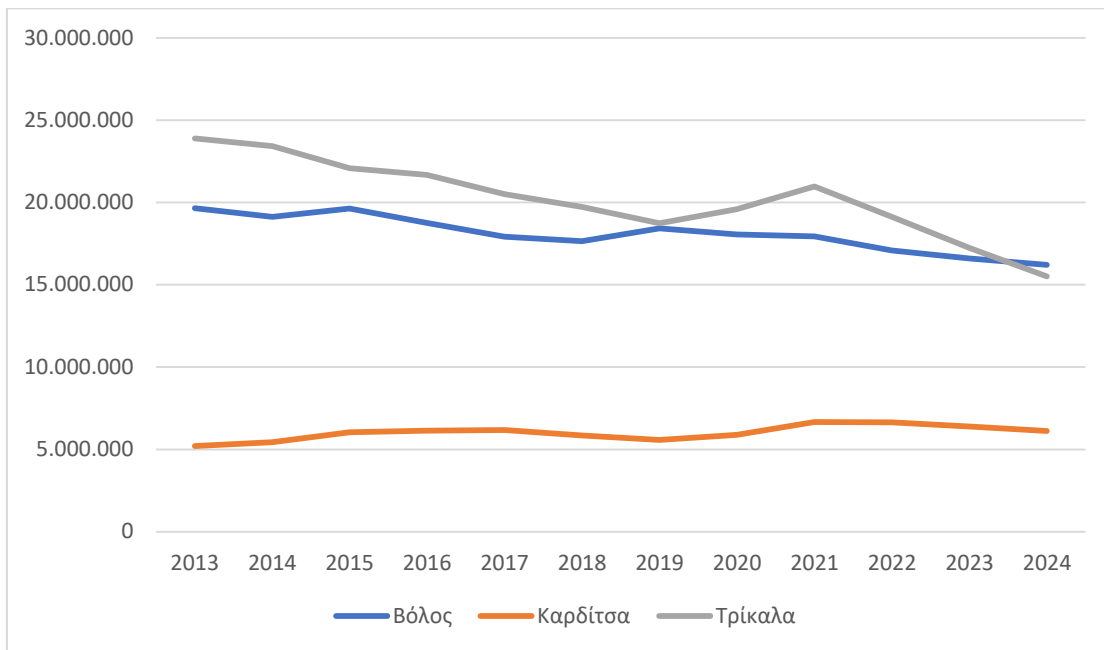
Η ενότητα αυτή παρουσιάζει τη διαχρονική εξέλιξη βασικών μεγεθών του Ισολογισμού και της Κατάστασης Αποτελεσμάτων Χρήσης για τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων κατά την περίοδο 2013 έως 2024. Η αποτύπωση των μεγεθών επιτρέπει τη συγκριτική παρακολούθηση της οικονομικής θέσης των

νοσοκομείων, την ανάδειξη διαφορών μεταξύ των μονάδων και την κατανόηση των τάσεων που διαμορφώνονται σε βάθος χρόνου.

Το πάγιο ενεργητικό παρουσιάζει διαφοροποιημένη πορεία στα τρία νοσοκομεία. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου ξεκινά το 2013 με πάγιο ενεργητικό 19.659.497,27 ευρώ και καταλήγει το 2024 σε 16.218.453,02 ευρώ. Η μεταβολή αυτή αντιστοιχεί σε δείκτη τάσης 82,50 με βάση το 2013 ίσο με 100, δηλαδή σε υποχώρηση 17,50%. Παρά τη μείωση, το νοσοκομείο διατηρεί σε όλη σχεδόν την περίοδο τιμές υψηλότερες από τον μέσο όρο των τριών μονάδων, καθώς το 2024 υπερβαίνει τον μέσο όρο των 12.618.518,34 ευρώ κατά περίπου 28,53%.

Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας εμφανίζει σαφώς χαμηλότερο επίπεδο παγίων σε όλη την περίοδο. Το 2013 το πάγιο ενεργητικό ανέρχεται σε 5.208.273,14 ευρώ και το 2024 σε 6.125.694,77 ευρώ. Ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 117,61, στοιχείο που δείχνει αύξηση 17,61% σε σχέση με το έτος βάσης. Ωστόσο, το 2024 η Καρδίτσα παραμένει περίπου 51,45% κάτω από τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων, γεγονός που αποτυπώνει μικρότερη πάγια υποδομή σε συγκριτικούς όρους.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων έχει την υψηλότερη αρχική τιμή, με 23.897.350,76 ευρώ το 2013, αλλά η πορεία του είναι καθοδική. Το 2024 το πάγιο ενεργητικό περιορίζεται σε 15.511.407,22 ευρώ, με δείκτη τάσης 64,91. Η μείωση φθάνει το 35,09%, δηλαδή είναι εντονότερη από εκείνη του Βόλου και επηρεάζει αισθητά τον συνολικό μέσο όρο. Συνολικά, ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων μειώνεται από 16.255.040,39 ευρώ το 2013 σε 12.618.518,34 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 77,63. Η εικόνα αυτή δείχνει σταδιακή συρρίκνωση της αξίας των παγίων, με εξαίρεση την ηπιότερη αυξητική πορεία της Καρδίτσας.

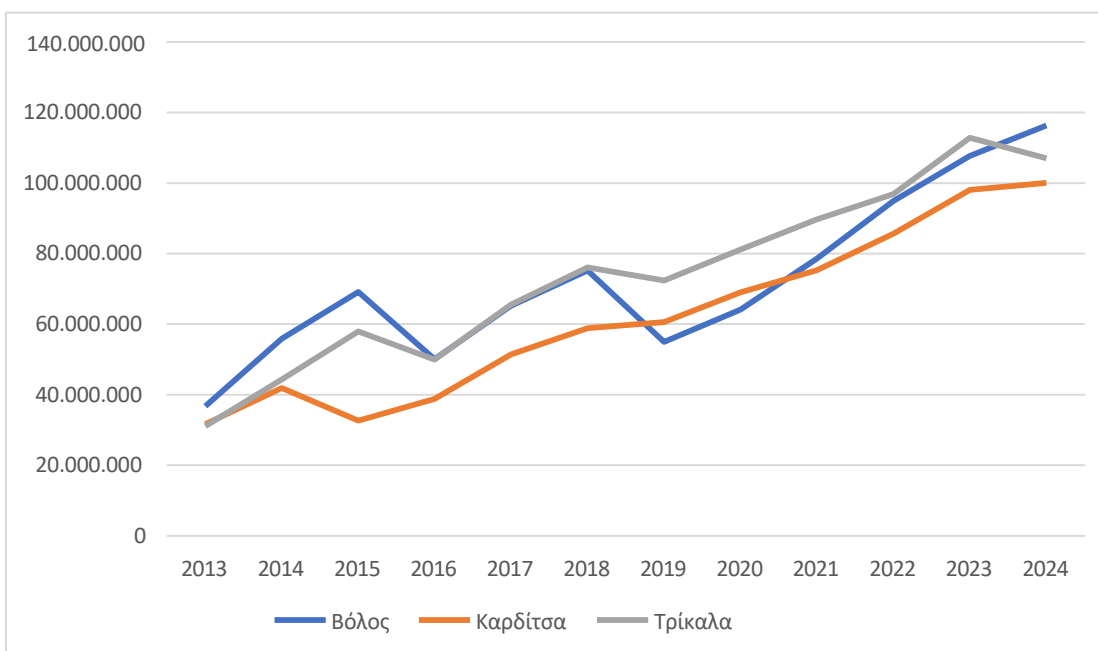


Διάγραμμα 1.Πάγιο Ενεργητικό των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Το κυκλοφορούν ενεργητικό παρουσιάζει έντονα αυξητική διαχρονική πορεία και στα τρία νοσοκομεία, στοιχείο που δείχνει σημαντική διεύρυνση των βραχυπρόθεσμων περιουσιακών στοιχείων, κυρίως μέσω απαιτήσεων, διαθεσίμων και αποθεμάτων. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου το κυκλοφορούν ενεργητικό αυξάνεται από 36.763.309,95 ευρώ το 2013 σε 116.255.014,28 ευρώ το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης φθάνει το 316,23 το 2024, δηλαδή η αξία του μεγέθους υπερτριπλασιάζεται. Το 2024 ο Βόλος βρίσκεται πάνω από τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων, ο οποίος ανέρχεται σε 107.797.971,00 ευρώ, κατά περίπου 7,85%.

Ανάλογη είναι η πορεία του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας, το οποίο από 31.632.192,17 ευρώ το 2013 φθάνει τα 100.073.979,05 ευρώ το 2024. Ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 316,36, σχεδόν ίδιος με του Βόλου, στοιχείο που δείχνει παρόμοιο ρυθμό μακροχρόνιας αύξησης, παρότι η Καρδίτσα διατηρεί χαμηλότερα απόλυτα μεγέθη. Το 2024 βρίσκεται περίπου 7,16% κάτω από τον μέσο όρο, ενώ το 2013 η απόκλιση από τον μέσο όρο ήταν περίπου 4,61%, γεγονός που δείχνει ελαφρά διεύρυνση της απόστασης. Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων εμφανίζει την εντονότερη σχετική αύξηση. Από 31.091.988,48 ευρώ το 2013 φθάνει σε 107.064.919,66 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 344,35. Η κορύφωση καταγράφεται το 2023, με 112.855.911,65 ευρώ, ενώ το 2024

παρατηρείται ήπια υποχώρηση κατά 5,13%. Συνολικά, ο μέσος όρος αυξάνεται από 33.162.496,87 ευρώ το 2013 σε 107.797.971,00 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 325,06, αποτυπώνοντας ισχυρή ενίσχυση του κυκλοφορούντος ενεργητικού σε όλη την περίοδο.



Διάγραμμα 2.Κυκλοφορούν Ενεργητικό των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

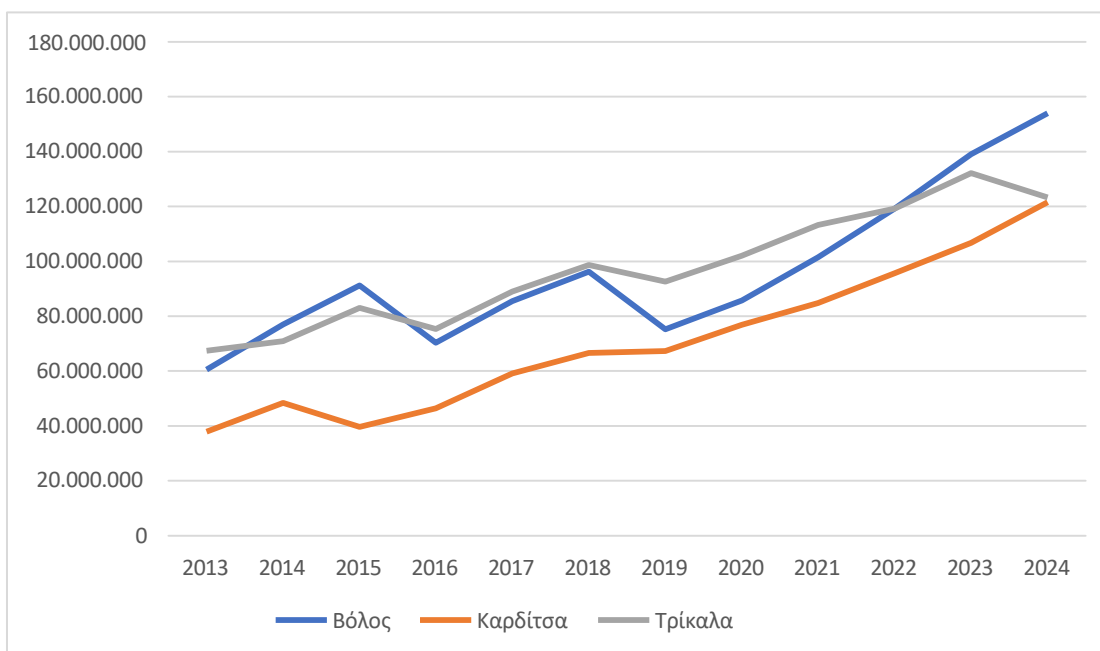
Το σύνολο ενεργητικού παρουσιάζει σαφή αυξητική πορεία κατά την περίοδο 2013 έως 2024, αν και η ένταση της μεταβολής διαφοροποιείται ανά νοσοκομείο. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου το σύνολο ενεργητικού αυξάνεται από 60.500.164,27 ευρώ το 2013 σε 153.939.930,77 ευρώ το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης φθάνει το 254,45, γεγονός που αντιστοιχεί σε αύξηση 154,45%. Το 2024 ο Βόλος εμφανίζει την υψηλότερη αξία μεταξύ των τριών νοσοκομείων και υπερβαίνει τον μέσο όρο των 132.909.056,55 ευρώ κατά περίπου 15,82%.

Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας καταγράφει την εντονότερη σχετική αύξηση. Από 37.877.202,08 ευρώ το 2013 φθάνει σε 121.478.220,51 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 320,72. Η μεταβολή αυτή δείχνει υπερτριπλασιασμό του συνόλου ενεργητικού, αν και σε απόλυτα μεγέθη η Καρδίτσα παραμένει το 2024 χαμηλότερα από τον μέσο όρο κατά περίπου 8,60%.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων ξεκινά το 2013 από υψηλότερη βάση, με 67.388.639,73 ευρώ, και φθάνει το 2024 σε 123.309.018,36 ευρώ. Ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 182,98, δηλαδή η αύξηση είναι 82,98%. Η υψηλότερη τιμή του νοσοκομείου εμφανίζεται το 2023, με 132.121.015,15 ευρώ, ενώ το 2024 καταγράφεται υποχώρηση 6,67%.

Συνολικά, ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων αυξάνεται από 55.255.335,36

ευρώ το 2013 σε 132.909.056,55 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 240,54. Η εικόνα αυτή δείχνει συνολική ενίσχυση της περιουσιακής βάσης, με κυρίαρχη συμβολή του Βόλου στο τέλος της περιόδου.



Διάγραμμα 3.Ενεργητικό των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

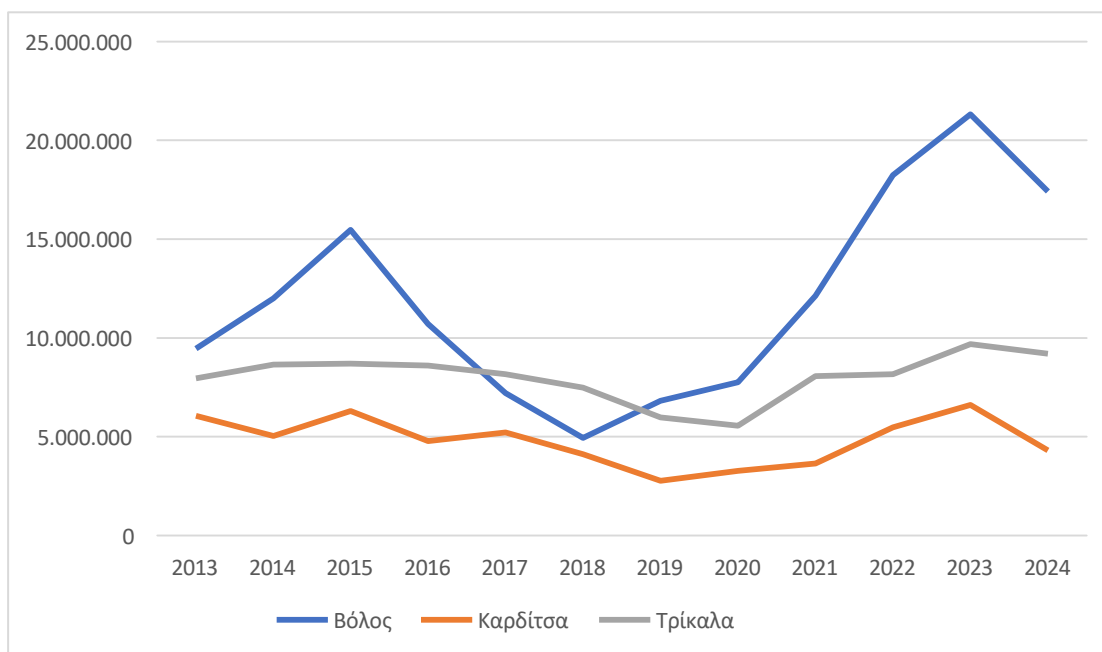
Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

Το σύνολο των υποχρεώσεων παρουσιάζει πιο σύνθετη εικόνα σε σχέση με τα μεγέθη του ενεργητικού, καθώς η πορεία του συνδυάζει περιόδους αποκλιμάκωσης και νέας αύξησης. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου οι συνολικές υποχρεώσεις αυξάνονται από 9.451.683,50 ευρώ το 2013 σε 17.412.727,96 ευρώ το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης φθάνει το 184,23, γεγονός που αντιστοιχεί σε αύξηση 84,23%. Η χαμηλότερη τιμή εμφανίζεται το 2018, με 4.945.173,76 ευρώ, ενώ η υψηλότερη το 2023, με 21.313.579,55 ευρώ. Το 2024, παρά τη μείωση κατά 18,30% σε σχέση με το 2023, ο Βόλος παραμένει 68,95% πάνω από τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας η πορεία είναι διαφορετική. Οι υποχρεώσεις μειώνονται από 6.049.599,53 ευρώ το 2013 σε 4.302.066,49 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 71,11. Η μεταβολή αυτή δείχνει υποχώρηση 28,89% σε όλη την περίοδο. Η χαμηλότερη τιμή καταγράφεται το 2019, με 2.767.771,77 ευρώ, ενώ το 2023 εμφανίζεται πρόσκαιρη άνοδος στα 6.604.999,23 ευρώ. Το 2024 η Καρδίτσα βρίσκεται 58,26% κάτω

από τον μέσο όρο, διατηρώντας το χαμηλότερο επίπεδο υποχρεώσεων μεταξύ των τριών μονάδων.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων εμφανίζει πιο ήπια μεταβολή, καθώς οι υποχρεώσεις αυξάνονται από 7.956.606,70 ευρώ το 2013 σε 9.204.601,95 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 115,69. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων αυξάνεται από 7.819.296,58 ευρώ σε 10.306.465,47 ευρώ, με δείκτη τάσης 131,81. Συνολικά, η εξέλιξη των υποχρεώσεων δείχνει ότι η άνοδος του μέσου όρου επηρεάζεται κυρίως από τον Βόλο, ενώ η Καρδίτσα λειτουργεί ως σταθερά χαμηλότερη συγκριτική βάση.

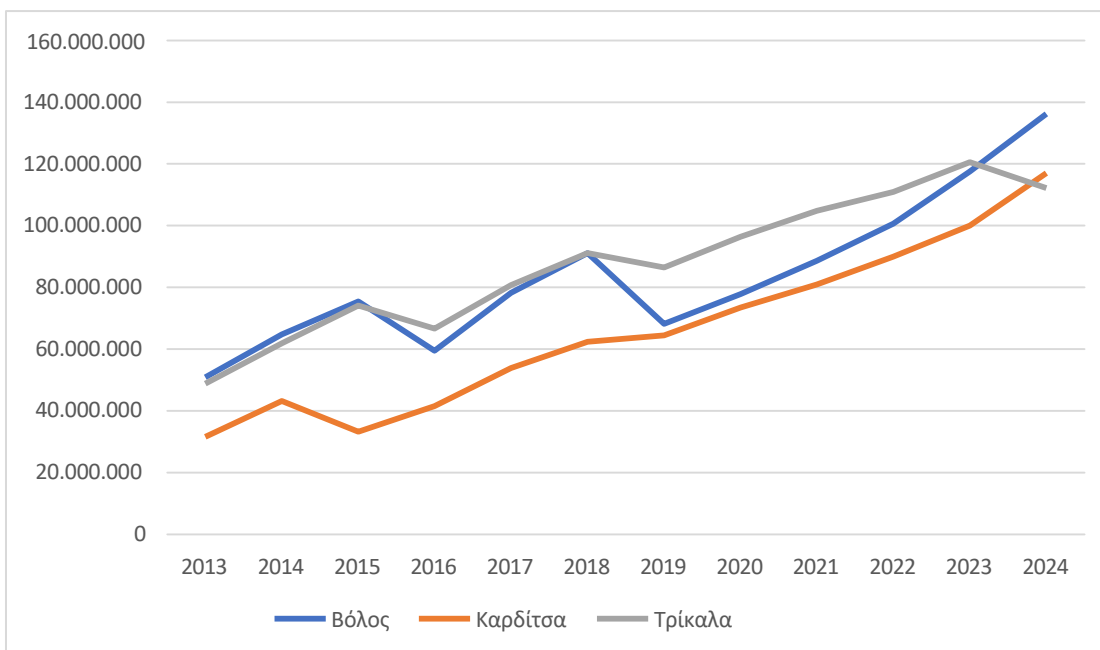


Διάγραμμα 4.Σύνολο Υποχρεώσεων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024

Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

Τα ίδια κεφάλαια παρουσιάζουν ισχυρή ανοδική πορεία στα τρία νοσοκομεία, στοιχείο που αποτυπώνει την ενίσχυση της καθαρής θέσης τους σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, τα ίδια κεφάλαια αυξάνονται από 50.838.879,66 ευρώ το 2013 σε 136.253.770,30 ευρώ το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 268,01, γεγονός που αντιστοιχεί σε αύξηση 168,01%. Το 2024 ο Βόλος εμφανίζει την υψηλότερη τιμή μεταξύ των τριών νοσοκομείων και υπερβαίνει τον μέσο όρο των 121.819.519,14 ευρώ κατά περίπου 11,85%. Στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, η αύξηση είναι ακόμη εντονότερη σε σχετικούς όρους. Τα ίδια κεφάλαια ανέρχονται από 31.583.943,57 ευρώ το 2013 σε 117.015.815,03 ευρώ το 2024. Ο δείκτης τάσης φθάνει το 370,49, δηλαδή η καθαρή θέση του νοσοκομείου υπερτριπλασιάζεται. Παρά τη μεγάλη σχετική άνοδο, το 2024 η Καρδίτσα βρίσκεται ελαφρώς κάτω από τον μέσο όρο, με απόκλιση περίπου 3,94%.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων ξεκινά από 48.776.778,42 ευρώ το 2013 και φθάνει σε 112.188.972,09 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 230,00. Η πορεία του είναι επίσης ανοδική, με αύξηση 130,00%, ενώ η υψηλότερη τιμή εμφανίζεται το 2023, στα 120.547.611,47 ευρώ. Συνολικά, ο μέσος όρος των ιδίων κεφαλαίων αυξάνεται από 43.733.200,55 ευρώ σε 121.819.519,14 ευρώ, με δείκτη τάσης 278,55, επιβεβαιώνοντας σημαντική ενίσχυση της κεφαλαιακής βάσης των νοσοκομείων.



Διάγραμμα 5. Ίδια Κεφάλαια των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

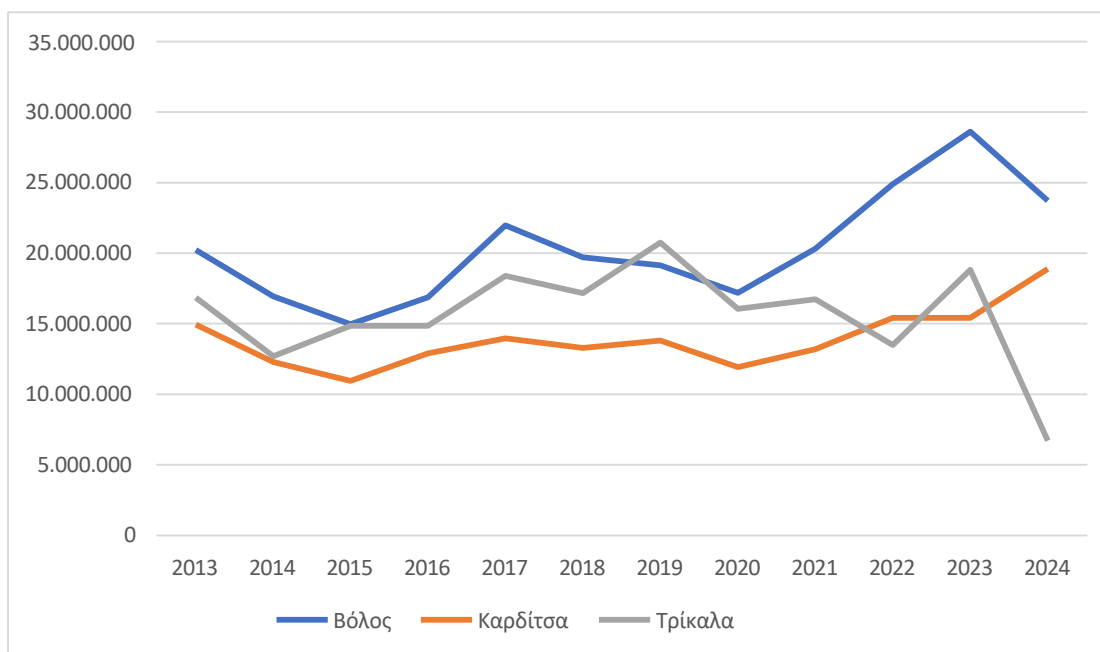
Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

Ο κύκλος εργασιών ή τα λειτουργικά έσοδα παρουσιάζουν μεταβλητή εικόνα κατά την περίοδο 2013 έως 2024, με διαφορετική δυναμική ανά νοσοκομείο. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, τα λειτουργικά έσοδα διαμορφώνονται σε 20.224.841,06 ευρώ το 2013 και σε 23.714.415,92 ευρώ το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης ανέρχεται σε 117,25, αποτυπώνοντας αύξηση 17,25% σε όλη την περίοδο. Η υψηλότερη τιμή καταγράφεται το 2023, με 28.625.398,95 ευρώ, ενώ το 2024 ακολουθεί υποχώρηση κατά 17,16%. Παρά την κάμψη αυτή, ο Βόλος παραμένει το 2024 σημαντικά πάνω από τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων, καθώς υπερβαίνει τα 16.441.139,66 ευρώ κατά περίπου 44,24%.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, τα λειτουργικά έσοδα αυξάνονται από 14.947.307,74 ευρώ το 2013 σε 18.890.166,31 ευρώ το 2024. Ο δείκτης τάσης φθάνει το 126,38, δηλαδή η αύξηση διαμορφώνεται σε 26,38%. Η Καρδίτσα εμφανίζει πιο ήπια αλλά σταθερότερη πορεία σε σχέση με τα άλλα δύο νοσοκομεία και το 2024 βρίσκεται περίπου 14,90% πάνω από τον μέσο όρο.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων παρουσιάζει την πιο έντονη διαφοροποίηση.

Από 16.857.269,91 ευρώ το 2013 περιορίζεται σε 6.718.836,74 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 39,86. Η μεταβολή αυτή αντιστοιχεί σε μεγάλη υποχώρηση, ιδιαίτερα εμφανή το 2024, όταν τα έσοδα των Τρικάλων βρίσκονται περίπου 59,13% κάτω από τον μέσο όρο. Συνολικά, ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων διαμορφώνεται από 17.343.139,57 ευρώ το 2013 σε 16.441.139,66 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 94,80. Η συνολική εικόνα δείχνει σχετική σταθερότητα σε μέσο επίπεδο, με την τελική τιμή να επηρεάζεται έντονα από τη χαμηλή επίδοση των Τρικάλων το 2024.



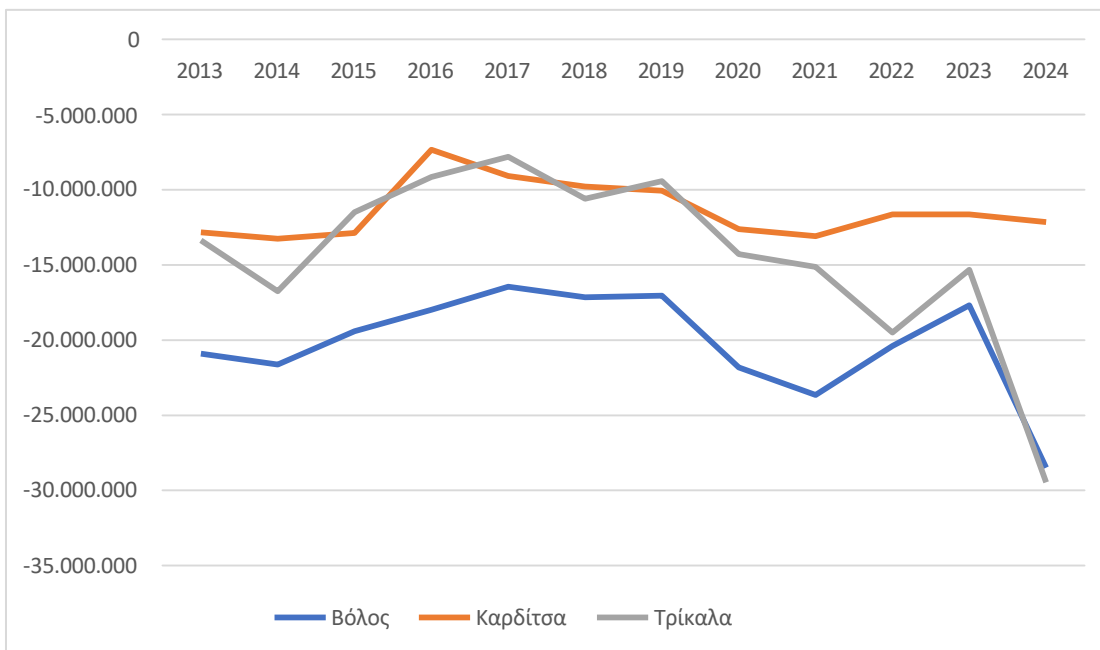
Διάγραμμα 6.Κύκλος εργασιών των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

Το μεικτό αποτέλεσμα παραμένει ελλειμματικό σε όλη την περίοδο 2013 έως 2024 και στα τρία νοσοκομεία, γεγονός που δείχνει ότι το κόστος παροχής αγαθών και υπηρεσιών υπερβαίνει σταθερά τα λειτουργικά έσοδα. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, το μεικτό αποτέλεσμα διαμορφώνεται σε έλλειμμα 20.896.321,82 ευρώ το 2013 και φθάνει σε έλλειμμα 28.470.630,95 ευρώ το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης της ελλειμματικής θέσης φθάνει το 136,25, στοιχείο που δείχνει αύξηση του μεικτού ελλείμματος κατά 36,25%. Το 2024 ο Βόλος εμφανίζει βαρύτερο μεικτό έλλειμμα από τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων, καθώς η απόκλιση φθάνει περίπου το 21,87%.

Η Καρδίτσα παρουσιάζει σαφώς ηπιότερη εικόνα. Το μεικτό έλλειμμα από 12.835.416,22 ευρώ το 2013 διαμορφώνεται σε 12.164.636,48 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 94,77. Η εξέλιξη αυτή δείχνει μικρή βελτίωση της τάξης του 5,23%. Το 2024 η Καρδίτσα βρίσκεται πολύ χαμηλότερα από τον μέσο όρο των 23.361.836,18 ευρώ, με απόκλιση περίπου 47,93%, γεγονός που την καθιστά τη μονάδα με την πιο περιορισμένη

μεικτή ζημία. Τα Τρίκαλα εμφανίζουν την εντονότερη επιδείνωση. Από έλλειμμα 13.369.683,99 ευρώ το 2013 φθάνουν σε 29.450.241,10 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 220,27. Συνολικά, ο μέσος όρος επιβαρύνεται από 15.700.474,01 ευρώ σε 23.361.836,18 ευρώ, με αύξηση 48,80%, κυρίως λόγω της έντονης επιβάρυνσης σε Βόλο και Τρίκαλα κατά το 2024.



Διάγραμμα 7.Μεικτό αποτέλεσμα των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

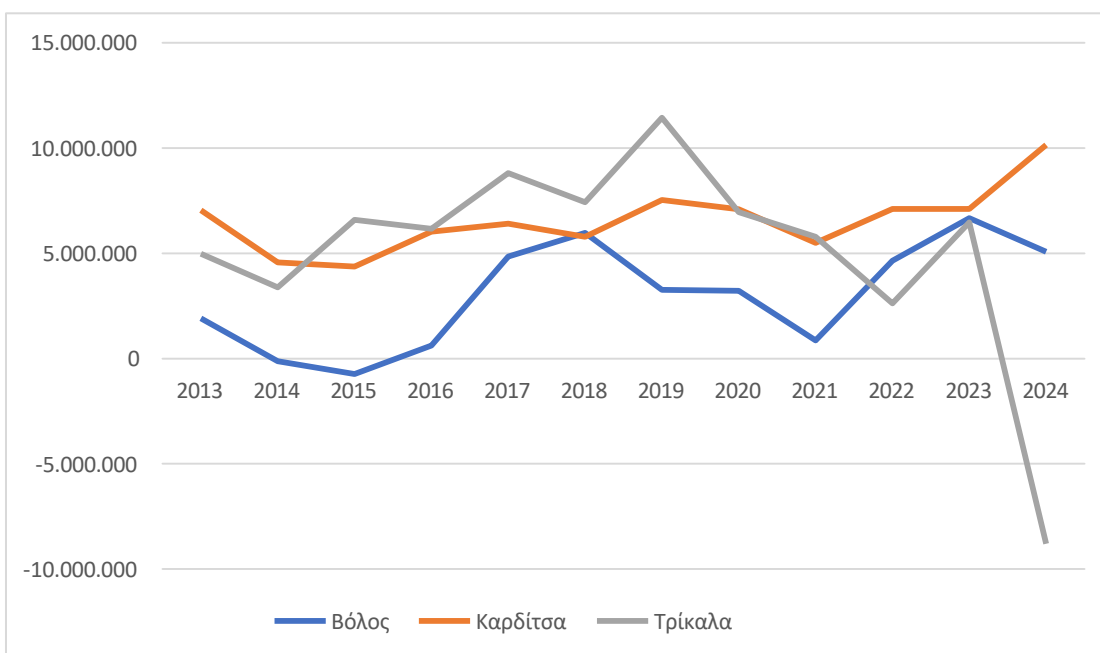
Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

Τέλος, το καθαρό αποτέλεσμα χρήσης παρουσιάζει έντονες διακυμάνσεις, καθώς επηρεάζεται από τα λειτουργικά αποτελέσματα, τα λοιπά έσοδα, τις επιχορηγήσεις και τα έκτακτα αποτελέσματα κάθε χρήσης. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, το καθαρό αποτέλεσμα ξεκινά από πλεόνασμα 1.912.260,69 ευρώ το 2013 και διαμορφώνεται σε 5.062.971,67 ευρώ το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης ανέρχεται σε 264,76, στοιχείο που δείχνει αύξηση 164,76% σε σχέση με την αρχική τιμή. Η πορεία του Βόλου περιλαμβάνει και ελλειμματικές χρήσεις το 2014 και το 2015, όμως

από το 2016 και μετά το αποτέλεσμα κινείται σε πλεονασματικά επίπεδα, με υψηλότερη τιμή τα 6.660.368,56 ευρώ το 2023.

Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας εμφανίζει την πιο σταθερά θετική εικόνα. Το καθαρό αποτέλεσμα αυξάνεται από 7.051.399,67 ευρώ το 2013 σε 10.148.047,87 ευρώ το 2024, με δείκτη τάσης 143,91. Το 2024 η Καρδίτσα υπερβαίνει τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων, ο οποίος ανέρχεται σε 2.139.698,09 ευρώ, κατά περίπου 374,27%. Η υψηλή αυτή απόκλιση οφείλεται κυρίως στη μεγάλη πτώση των Τρικάλων την ίδια χρήση.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων παρουσιάζει την πιο ασταθή πορεία. Από πλεόνασμα 4.979.303,53 ευρώ το 2013 φθάνει το 2024 σε έλλειμμα 8.791.925,26 ευρώ, με δείκτη τάσης με αρνητικό πρόσημο. Η μεταβολή αυτή διαφοροποιεί έντονα τη συνολική εικόνα, καθώς ο μέσος όρος μειώνεται από 4.647.654,63 ευρώ το 2013 σε 2.139.698,09 ευρώ το 2024, δηλαδή κινείται στο 46,04% του αρχικού επιπέδου. Συνολικά, τα καθαρά αποτελέσματα δείχνουν ισχυρή διαφοροποίηση μεταξύ των νοσοκομείων, με την Καρδίτσα να εμφανίζει τη σταθερότερη πλεονασματική εικόνα.



Διάγραμμα 8.Καθαρό αποτέλεσμα χρήσης των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.

Πηγή: Ισολογισμοί νοσοκομείων 2014-2024.

5.2 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ

Η ανάλυση των αριθμοδεικτών συμπληρώνει την παρουσίαση των απόλυτων οικονομικών μεγεθών, καθώς επιτρέπει την αξιολόγηση της λειτουργικής συμπεριφοράς των νοσοκομείων με πιο συγκριτικό τρόπο. Στην παρούσα ενότητα εξετάζονται δείκτες δραστηριότητας, ρευστότητας, αποδοτικότητας και κεφαλαιακής διάρθρωσης, ώστε να αποτυπωθεί η οικονομική εικόνα των τριών νοσοκομείων πέρα από το ύψος των επιμέρους κονδυλίων.

5.2.1 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

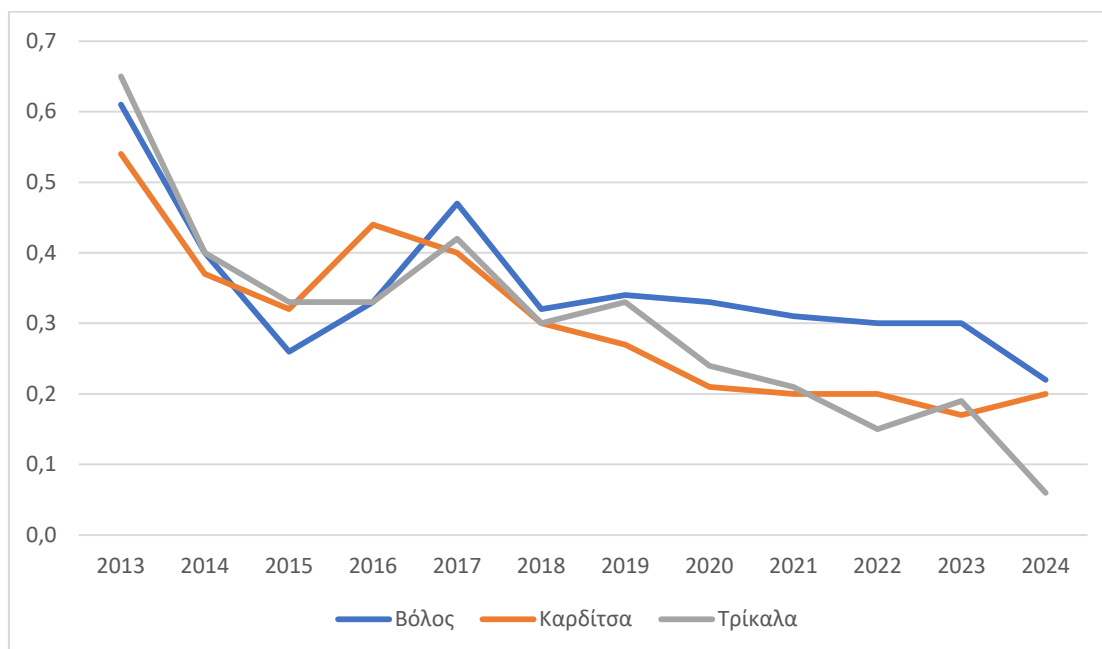
Στην υπο-ενότητα των αριθμοδεικτών δραστηριότητας εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο τα νοσοκομεία διαχειρίζονται βασικά στοιχεία της λειτουργικής τους κυκλοφορίας, όπως οι απαιτήσεις, τα αποθέματα, το ενεργητικό και οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Οι δείκτες αυτοί έχουν ιδιαίτερη σημασία για τις δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες, καθώς αποτυπώνουν την ταχύτητα μετατροπής των απαιτήσεων σε έσοδα, τη διαχείριση των υλικών και φαρμακευτικών αποθεμάτων, καθώς και τη σχέση ανάμεσα στον όγκο της λειτουργίας και στους διαθέσιμους πόρους. Στο πλαίσιο αυτό, η ανάλυση που ακολουθεί εστιάζει στη διαχρονική μεταβολή των δεικτών, στις αποκλίσεις μεταξύ των τριών νοσοκομείων και στη γενικότερη εικόνα διοικητικής και οικονομικής κινητικότητας κατά την περίοδο 2013 έως 2024.

Ο αριθμοδείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων δείχνει πόσες φορές μέσα στη χρήση ανανεώνονται οι απαιτήσεις μέσω των λειτουργικών εσόδων. Στην περίπτωση των δημόσιων νοσοκομείων, ο δείκτης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή οι απαιτήσεις συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με ασφαλιστικούς φορείς, μηχανισμούς αποζημίωσης και χρονικές καθυστερήσεις είσπραξης. Όσο χαμηλότερη είναι η τιμή του δείκτη, τόσο μεγαλύτερη εμφανίζεται η διάρκεια παραμονής των απαιτήσεων στους λογαριασμούς του ενεργητικού.

Η συνολική εικόνα είναι έντονα πτωτική. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων μειώνεται από 0,60 το 2013 σε 0,16 το 2024. Με δείκτη τάσης και βάση το 2013 ίσο με 100, η τιμή του 2024 διαμορφώνεται μόλις στο 26,67, στοιχείο που δείχνει σοβαρή επιβράδυνση της εισπραξιμότητας.

Σε επίπεδο νοσοκομείων, το Γ.Ν. Βόλου μειώνεται από 0,61 σε 0,22, με δείκτη τάσης 36,07. Το Γ.Ν. Καρδίτσας υποχωρεί από 0,54 σε 0,20, με δείκτη τάσης 37,04. Η μεγαλύτερη επιδείνωση καταγράφεται στο Γ.Ν. Τρικάλων, όπου ο δείκτης από 0,65 το

2013 περιορίζεται σε 0,06 το 2024, δηλαδή σε δείκτη τάσης 9,23. Η εξέλιξη αυτή συνδέεται με την πολύ μεγάλη αύξηση των απαιτήσεων σε σχέση με τα λειτουργικά έσοδα και δείχνει ότι η ενίσχυση του κυκλοφορούντος ενεργητικού προέρχεται κυρίως από συσσωρευμένες απαιτήσεις παρά από ταχεία μετατροπή τους σε εισπράξεις.



Διάγραμμα 9.Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

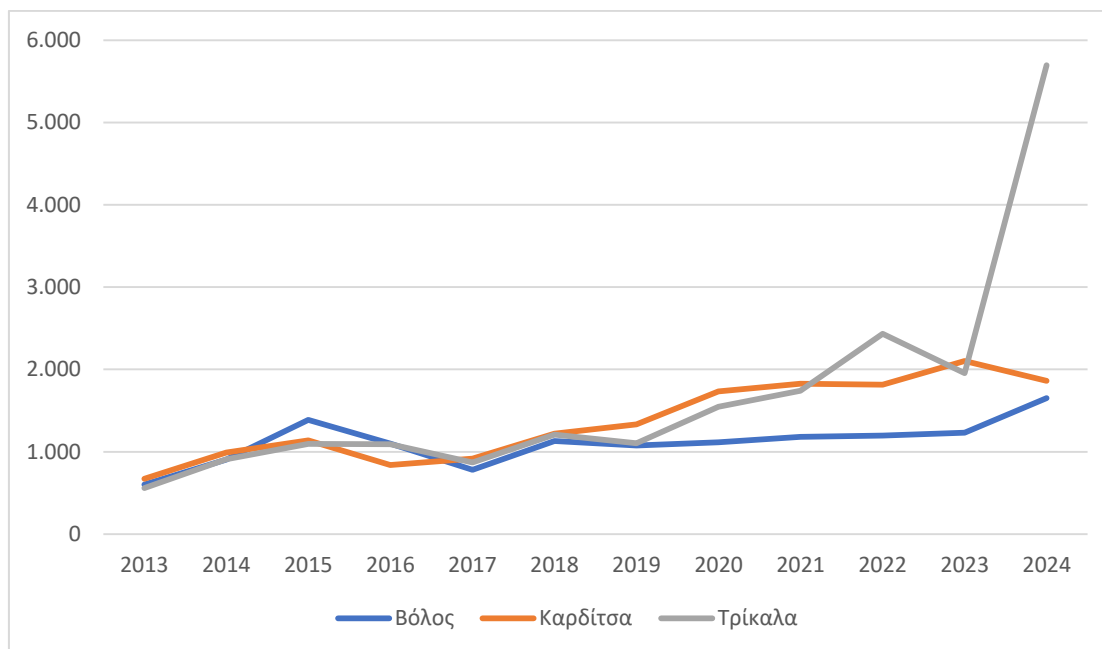
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Η μέση περίοδος είσπραξης σε ημέρες αποτυπώνει με πιο άμεσο τρόπο το πρακτικό βάρος των απαιτήσεων, καθώς μεταφράζει τη συσσώρευσή τους σε χρόνο αναμονής για είσπραξη. Η εικόνα που προκύπτει είναι ιδιαίτερα έντονη, καθώς ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων αυξάνεται από 611,70 ημέρες το 2013 σε 3.070,78 ημέρες το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 502,00, γεγονός που σημαίνει ότι ο απαιτούμενος χρόνος είσπραξης υπερπενταπλασιάζεται στη διάρκεια της περιόδου.

Στο Γ.Ν. Βόλου, η μέση περίοδος είσπραξης αυξάνεται από 601,85 ημέρες το 2013 σε 1.653,31 ημέρες το 2024, με δείκτη τάσης 274,70. Η μεταβολή είναι σημαντική, αν και το 2024 το νοσοκομείο βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα από τον συνολικό μέσο όρο, κυρίως λόγω της ακραίας τιμής του Γ.Ν. Τρικάλων. Στο Γ.Ν. Καρδίτσας, η αντίστοιχη περίοδος αυξάνεται από 673,83 σε 1.862,08 ημέρες, με δείκτη τάσης 276,35, δείχνοντας παρόμοια επιβάρυνση με το Γ.Ν. Βόλου.

Η πιο έντονη διαφοροποίηση εμφανίζεται στο Γ.Ν. Τρικάλων. Από 559,42 ημέρες το 2013, η μέση περίοδος είσπραξης φθάνει τις 5.696,96 ημέρες το 2024, με δείκτη τάσης

1.018,38. Η τιμή αυτή αυξάνει κατακόρυφα τον μέσο όρο του 2024. Η εικόνα συνολικά συνδέεται με τη διόγκωση των απαιτήσεων από ασφαλιστικούς φορείς, τις καθυστερήσεις εκκαθάρισης, τις λογιστικές εκκρεμότητες και τη διαχρονική δυσκολία των δημόσιων νοσοκομείων να μετατρέπουν γρήγορα τα δεδουλευμένα έσοδα σε πραγματικές εισπράξεις.



Διάγραμμα 10. Μέση Περίοδος Είσπραξης σε ημέρες των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

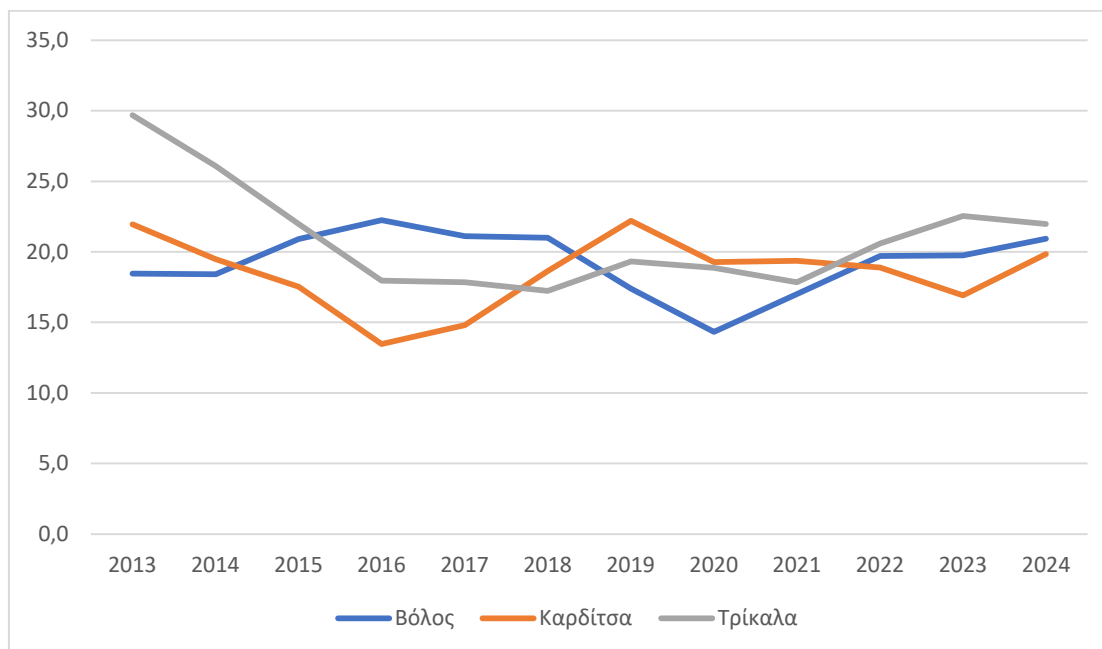
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων αποτυπώνει τον ρυθμό με τον οποίο τα αποθέματα αναλώνονται και ανανεώνονται μέσα στη χρήση. Στα νοσοκομεία, ο δείκτης συνδέεται κυρίως με τη διαχείριση φαρμακευτικού, υγειονομικού και αναλώσιμου υλικού, επομένως η ερμηνεία του χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τόσο τη λειτουργική ένταση όσο και τις ανάγκες ασφαλούς επάρκειας αποθεμάτων.

Σε συνολικό επίπεδο, ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων μειώνεται από 23,36 το 2013 σε 20,91 το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης του μέσου όρου διαμορφώνεται σε 89,51, δηλαδή καταγράφεται υποχώρηση 10,49%. Η χαμηλότερη μέση τιμή εμφανίζεται το 2020, με 17,50, περίοδος κατά την οποία η λειτουργία των νοσοκομείων επηρεάστηκε από αυξημένη αβεβαιότητα, ανάγκη διατήρησης αποθεμάτων και έκτακτες υγειονομικές συνθήκες.

Το Γ.Ν. Βόλου εμφανίζει βελτιωμένη εικόνα, καθώς ο δείκτης αυξάνεται από 18,45 το 2013 σε 20,92 το 2024, με δείκτη τάσης 113,39. Το 2024 η τιμή του βρίσκεται σχεδόν στο ίδιο επίπεδο με τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων. Το Γ.Ν. Καρδίτσας κινείται από 21,96 σε 19,84, με δείκτη τάσης 90,35, παραμένοντας το 2024 περίπου 5,12% κάτω από τον μέσο όρο. Το Γ.Ν. Τρικάλων ξεκινά από την υψηλότερη τιμή, 29,69 το

2013, και καταλήγει σε 21,97 το 2024, με δείκτη τάσης 74,00. Παρά τη σημαντική σχετική κάμψη, το 2024 εξακολουθεί να εμφανίζει την υψηλότερη τιμή, περίπου 5,07% πάνω από τον μέσο όρο. Συνολικά, η εικόνα δείχνει σχετική εξομάλυνση των διαφορών μεταξύ των νοσοκομείων και πιο συγκρατημένο ρυθμό ανακύκλωσης αποθεμάτων προς το τέλος της περιόδου.



Διάγραμμα 11.Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Αποθεμάτων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.

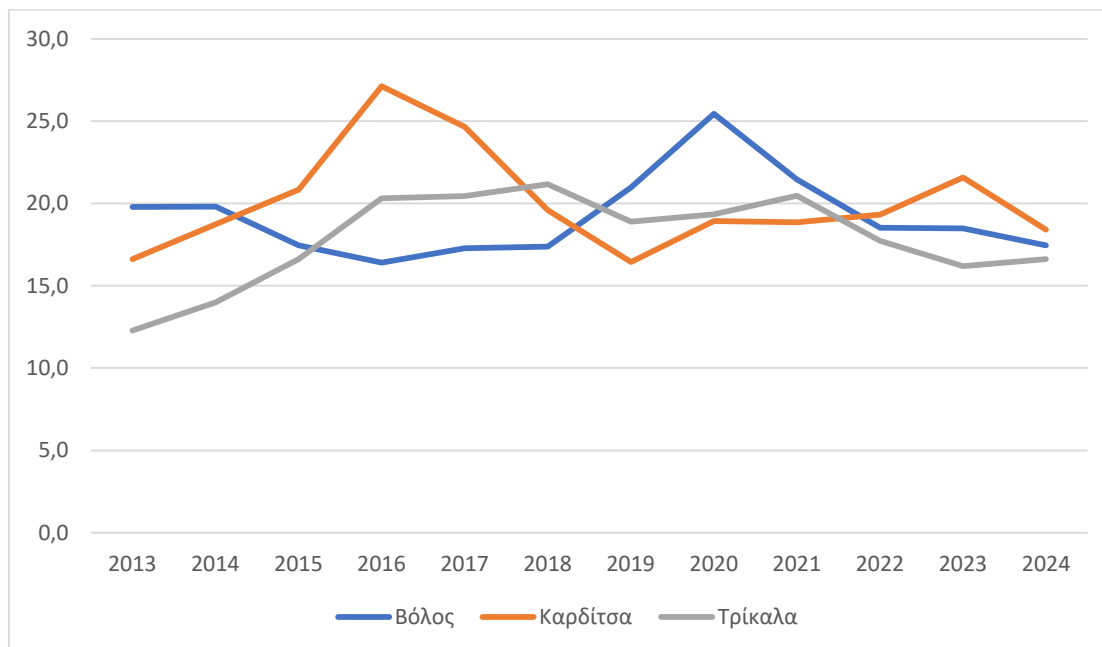
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Η μέση διάρκεια παραμονής αποθεμάτων δίνει μια πιο πρακτική εικόνα της διαχείρισης των υλικών, καθώς δείχνει για πόσες ημέρες παραμένουν κατά μέσο όρο τα αποθέματα πριν αναλωθούν. Σε αντίθεση με τις απαιτήσεις, όπου η εικόνα ήταν έντονα επιβαρυνμένη, τα αποθέματα παρουσιάζουν πολύ πιο συγκρατημένη και λειτουργικά ελεγχόμενη πορεία. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων αυξάνεται οριακά από 16,23 ημέρες το 2013 σε 17,49 ημέρες το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, η τιμή του 2024 αντιστοιχεί σε δείκτη τάσης 107,76, δηλαδή σε ήπια αύξηση 7,76%.

Στο Γ.Ν. Βόλου, η μέση διάρκεια παραμονής αποθεμάτων μειώνεται από 19,79 ημέρες το 2013 σε 17,45 ημέρες το 2024, με δείκτη τάσης 88,18. Η πορεία αυτή δείχνει ταχύτερη ανακύκλωση των αποθεμάτων στο τέλος της περιόδου, αν και το 2020 εμφανίζεται η υψηλότερη τιμή, με 25,45 ημέρες, πιθανότατα λόγω των αυξημένων αναγκών ασφαλείας και αποθεματοποίησης κατά την πανδημική περίοδο.

Στο Γ.Ν. Καρδίτσας, η διάρκεια αυξάνεται από 16,62 σε 18,40 ημέρες, με δείκτη τάσης 110,71. Η υψηλότερη τιμή εμφανίζεται το 2016, με 27,12 ημέρες, ενώ στη συνέχεια η εικόνα εξομαλύνεται. Στο Γ.Ν. Τρικάλων, η διάρκεια αυξάνεται από 12,29 σε 16,61

ημέρες, με δείκτη τάσης 135,15, παραμένοντας όμως το 2024 χαμηλότερη από τα άλλα δύο νοσοκομεία. Συνολικά, τα αποθέματα φαίνεται να διαχειρίζονται σε σχετικά περιορισμένο χρονικό ορίζοντα, με μικρές αποκλίσεις και χωρίς έντονη διαχρονική αποσταθεροποίηση.



Διάγραμμα 12.Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

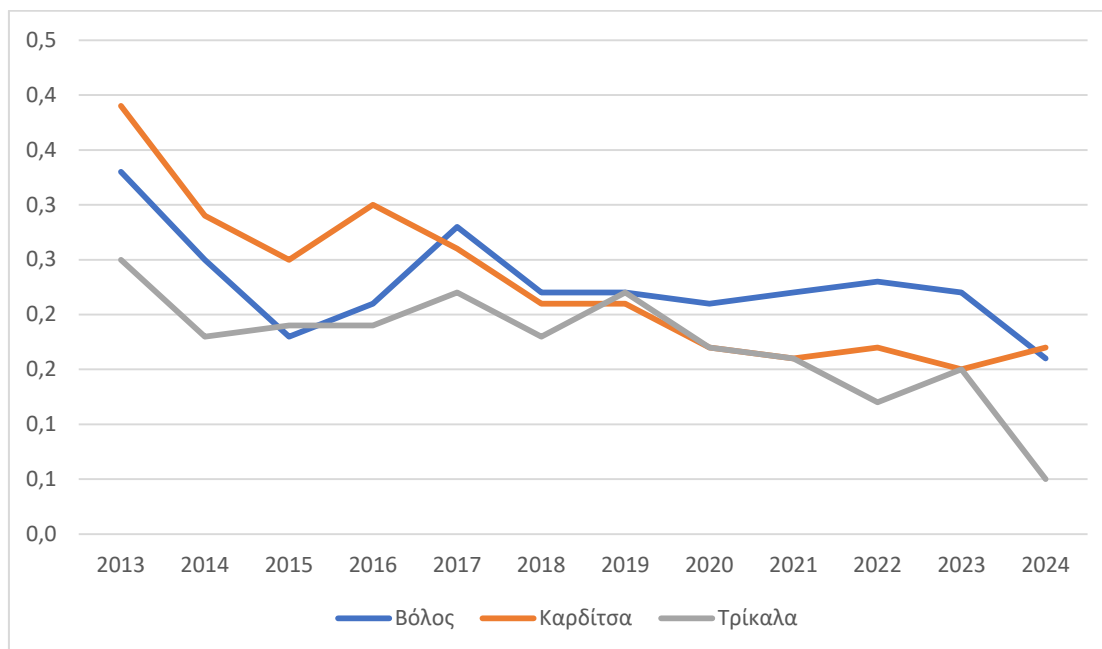
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού δείχνει τη σχέση ανάμεσα στα λειτουργικά έσοδα και στο σύνολο του ενεργητικού, δηλαδή σε ποιον βαθμό η περιουσιακή βάση κάθε νοσοκομείου συνδέεται με την παραγωγή εσόδων. Στα δημόσια νοσοκομεία ο δείκτης χρειάζεται προσεκτική ανάγνωση, επειδή ο σκοπός τους είναι κυρίως κοινωνικός και υγειονομικός και όχι εμπορικός. Ωστόσο, η διαχρονική του πορεία βοηθά να φανεί αν η αύξηση του ενεργητικού συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση των λειτουργικών εσόδων.

Η συνολική εικόνα είναι καθοδική. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων μειώνεται από 0,33 το 2013 σε 0,13 το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 39,39, γεγονός που δείχνει ότι η σχέση εσόδων προς ενεργητικό περιορίζεται σε λιγότερο από το μισό της αρχικής της τιμής. Η εξέλιξη αυτή συνδέεται με το ότι το σύνολο ενεργητικού αυξήθηκε πολύ πιο γρήγορα από τα λειτουργικά έσοδα.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης μειώνεται από 0,33 σε 0,16, με δείκτη τάσης 48,48. Παρά τη μείωση, το 2024 βρίσκεται πάνω από τον μέσο όρο κατά περίπου 23,08%. Στο Γ.Ν. Καρδίτσας, η πτώση είναι από 0,39 σε 0,17, με δείκτη τάσης 43,59, ενώ το 2024 εμφανίζει την υψηλότερη τιμή μεταξύ των τριών νοσοκομείων. Αντίθετα, στο Γ.Ν.

Τρικάλων η υποχώρηση είναι ιδιαίτερα έντονη, από 0,25 σε 0,05, με δείκτη τάσης 20,00. Η τιμή αυτή απέχει περίπου 61,54% από τον μέσο όρο του 2024 και δείχνει πολύ ασθενή σύνδεση ενεργητικού και λειτουργικών εσόδων στο τέλος της περιόδου. Συνολικά, ο δείκτης φανερώνει ότι η διεύρυνση της περιουσιακής βάσης των νοσοκομείων δεν μεταφράστηκε σε ανάλογη αύξηση λειτουργικών εσόδων.



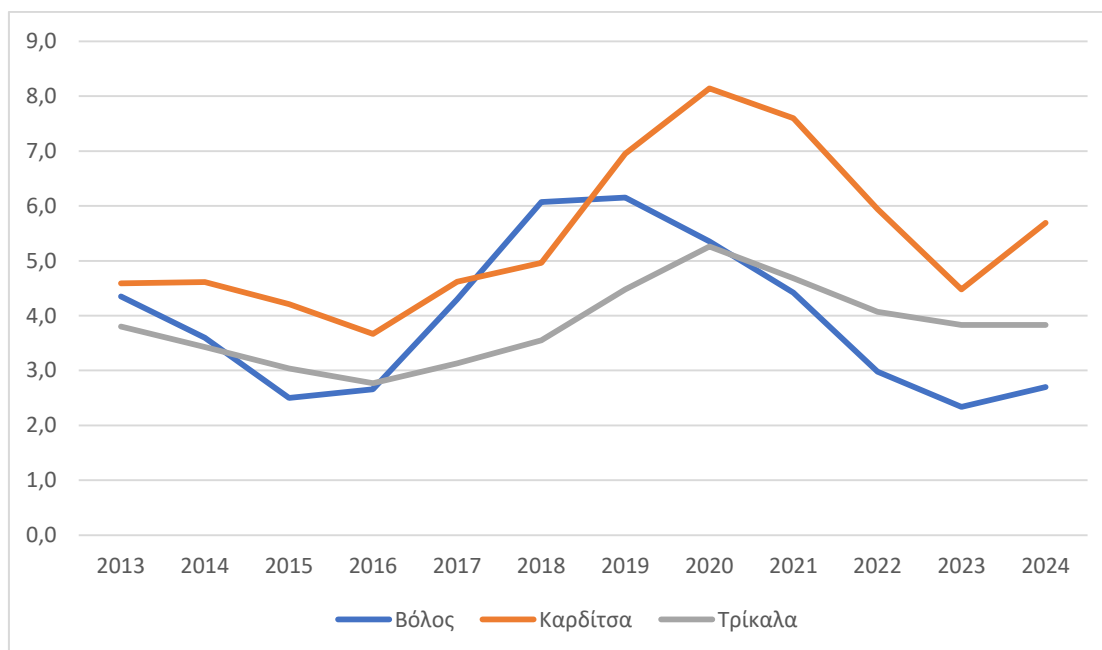
Διάγραμμα 13.Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Κυκλοφορίας Ενεργητικού των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων αποτυπώνει τη συχνότητα με την οποία οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις καλύπτονται μέσα στη χρήση, με βάση το κόστος αγαθών και υπηρεσιών. Στα δημόσια νοσοκομεία ο δείκτης συνδέεται κυρίως με τη διαχείριση προμηθευτών, υγειονομικού υλικού, φαρμάκων και λοιπών λειτουργικών υποχρεώσεων, άρα δείχνει την πίεση ή την άνεση του οργανισμού απέναντι στις άμεσες πληρωμές.

Σε μέσο επίπεδο, ο δείκτης κινείται από 4,25 το 2013 σε 4,07 το 2024. Ο δείκτης τάσης, με βάση το 2013 ίσο με 100, διαμορφώνεται σε 95,76, στοιχείο που δείχνει οριακή μόνο υποχώρηση στη συνολική ταχύτητα εξόφλησης. Ωστόσο, η πορεία στο εσωτερικό της περιόδου έχει διακυμάνσεις. Η υψηλότερη μέση τιμή εμφανίζεται το 2020, με 6,25, ενώ το 2023 παρατηρείται μείωση σε 3,55, πριν από τη μικρή ανάκαμψη του 2024.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης μειώνεται από 4,35 το 2013 σε 2,70 το 2024, με δείκτη τάσης 62,07. Η χαμηλότερη επίδοση στο τέλος της περιόδου συνδέεται με την αύξηση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων στα τελευταία έτη, ιδίως μετά το 2021. Αντίθετα, το Γ.Ν. Καρδίτσας εμφανίζει βελτιωμένη εικόνα, καθώς ο δείκτης αυξάνεται από 4,59 σε 5,69, με δείκτη τάσης 123,97. Το 2024 υπερβαίνει τον μέσο όρο κατά περίπου 39,80%, παρουσιάζοντας την ταχύτερη κυκλοφορία υποχρεώσεων. Το Γ.Ν. Τρίκαλων παραμένει σχεδόν σταθερό, από 3,80 σε 3,83, με δείκτη τάσης 100,79. Συνολικά, η εικόνα δείχνει συγκρατημένη σταθερότητα, με το Γ.Ν. Καρδίτσας να διαφοροποιείται θετικά και το Γ.Ν. Βόλου να εμφανίζει μεγαλύτερη επιβράδυνση.



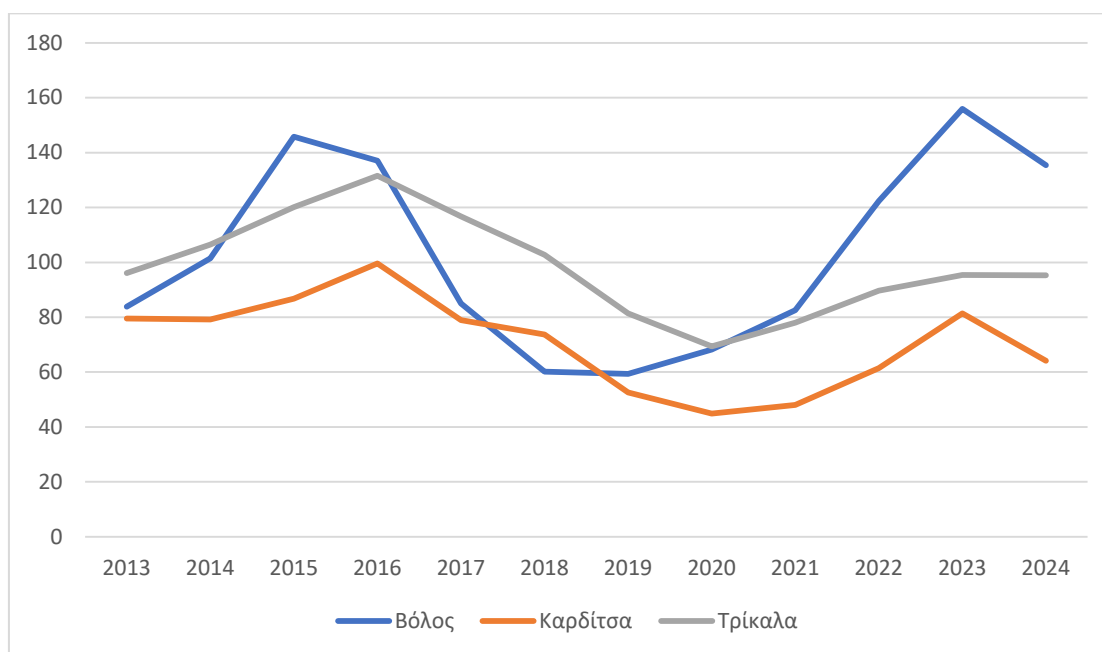
Διάγραμμα 14.Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Η μέση περίοδος εξόφλησης σε ημέρες αποτυπώνει τον χρόνο που απαιτείται για την κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Η συνολική εικόνα είναι σχετικά σταθερή, με μέτρια επιβάρυνση στο τέλος της περιόδου. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων αυξάνεται από 86,48 ημέρες το 2013 σε 98,27 ημέρες το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 113,63, άρα ο μέσος χρόνος εξόφλησης αυξάνεται κατά 13,63%.

Το Γ.Ν. Βόλου εμφανίζει τη μεγαλύτερη επιδείνωση. Από 83,90 ημέρες το 2013 φθάνει στις 135,43 ημέρες το 2024, με δείκτη τάσης 161,42. Η αύξηση αυτή δείχνει αισθητή επιμήκυνση του χρόνου εξόφλησης, ιδίως μετά το 2021, όταν οι υποχρεώσεις του νοσοκομείου αυξάνονται σημαντικά. Το 2024 το Γ.Ν. Βόλου βρίσκεται περίπου 37,82% πάνω από τον μέσο όρο.

Το Γ.Ν. Καρδίτσας παρουσιάζει την ευνοϊκότερη εικόνα. Η μέση περίοδος εξόφλησης μειώνεται από 79,48 ημέρες το 2013 σε 64,10 ημέρες το 2024, με δείκτη τάσης 80,65. Το 2024 βρίσκεται περίπου 34,77% κάτω από τον μέσο όρο, στοιχείο που δείχνει ταχύτερη κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Το Γ.Ν. Τρικάλων κινείται σχεδόν σταθερά, από 96,08 σε 95,29 ημέρες, με δείκτη τάσης 99,18. Συνολικά, η εξέλιξη δείχνει ότι η μέση εικόνα επηρεάζεται κυρίως από την επιμήκυνση του χρόνου εξόφλησης στο Γ.Ν. Βόλου, ενώ το Γ.Ν. Καρδίτσας λειτουργεί ως αντισταθμιστικός παράγοντας.



Διάγραμμα 15. Μέση Περίοδος Εξόφλησης σε ημέρες των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

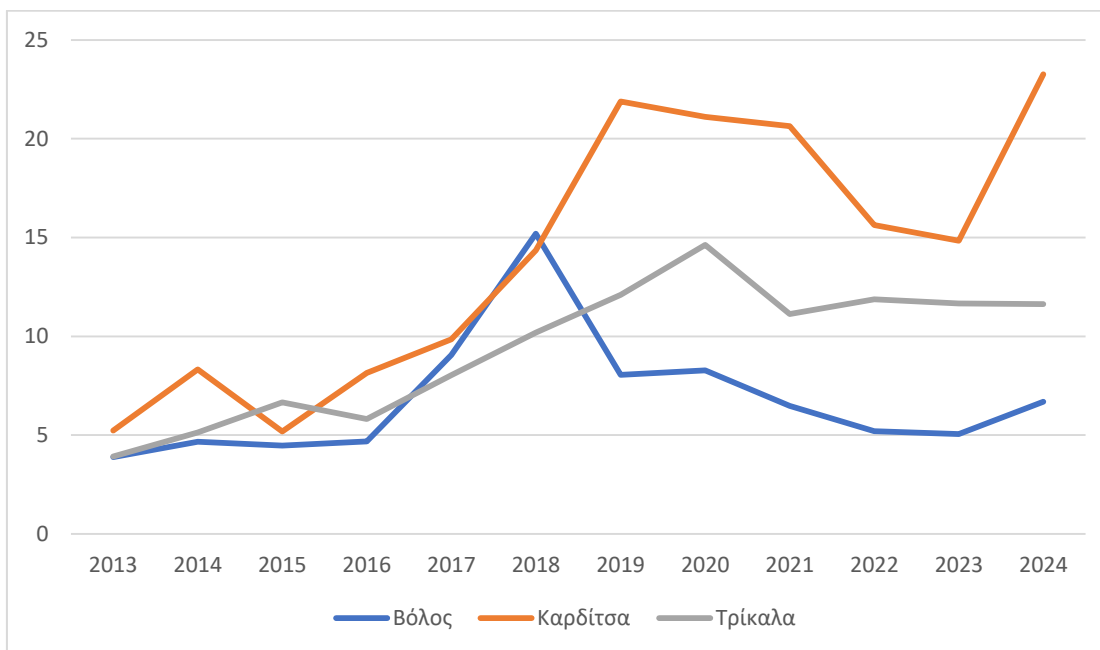
5.2.2 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ

Οι αριθμοδείκτες ρευστότητας εξετάζουν την ικανότητα των νοσοκομείων να καλύπτουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις τους με τα άμεσα διαθέσιμα ή ρευστοποιήσιμα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού. Στην περίπτωση των δημόσιων νοσοκομείων, η ερμηνεία τους χρειάζεται προσοχή, επειδή η υψηλή ρευστότητα μπορεί να στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε απαιτήσεις από ασφαλιστικούς φορείς και λοιπούς δημόσιους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Επομένως, οι δείκτες αυτοί δείχνουν τη λογιστική δυνατότητα κάλυψης των υποχρεώσεων, ενώ η πραγματική ταμειακή ευχέρεια αποτυπώνεται πληρέστερα με τους ειδικότερους δείκτες άμεσης και ταμειακής ρευστότητας.

Ο αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ή γενικής ρευστότητας εμφανίζεται σε όλη την περίοδο σε τιμές αισθητά υψηλότερες της μονάδας, στοιχείο που δείχνει ότι το κυκλοφορούν ενεργητικό υπερκαλύπτει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων αυξάνεται από 4,34 το 2013 σε 13,86 το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 319,35, δηλαδή η γενική ρευστότητα υπερτριπλασιάζεται. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφεται το 2020 με 14,67, ενώ το 2024 παραμένει σε ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης αυξάνεται από 3,89 το 2013 σε 6,68 το 2024, με δείκτη τάσης 171,72. Η υψηλότερη τιμή εμφανίζεται το 2018, όταν φθάνει το 15,20, και στη συνέχεια ακολουθεί πιο συγκρατημένη πορεία. Στο Γ.Ν. Καρδίτσας, η εικόνα είναι εντυπωσιακά ισχυρότερη: από 5,23 το 2013 ο δείκτης φθάνει σε 23,26 το 2024, με δείκτη τάσης 444,74. Η τιμή αυτή υπερβαίνει τον μέσο όρο του 2024 κατά περίπου 67,82%, γεγονός που συνδέεται με το υψηλό κυκλοφορούν ενεργητικό και το χαμηλό επίπεδο βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων.

Το Γ.Ν. Τρικάλων κινείται επίσης ανοδικά, από 3,91 το 2013 σε 11,63 το 2024, με δείκτη τάσης 297,44. Η μεγαλύτερη τιμή του εμφανίζεται το 2020 με 14,63. Συνολικά, ο δείκτης γενικής ρευστότητας δείχνει ισχυρή λογιστική κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων, με πιο έντονη θέση στο Γ.Ν. Καρδίτσας και πιο μετριοπαθή, αλλά θετική, εικόνα στο Γ.Ν. Βόλου.



Διάγραμμα 16.Αριθμοδείκτης Κυκλοφοριακής ή Γενικής Ρευστότητας των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.

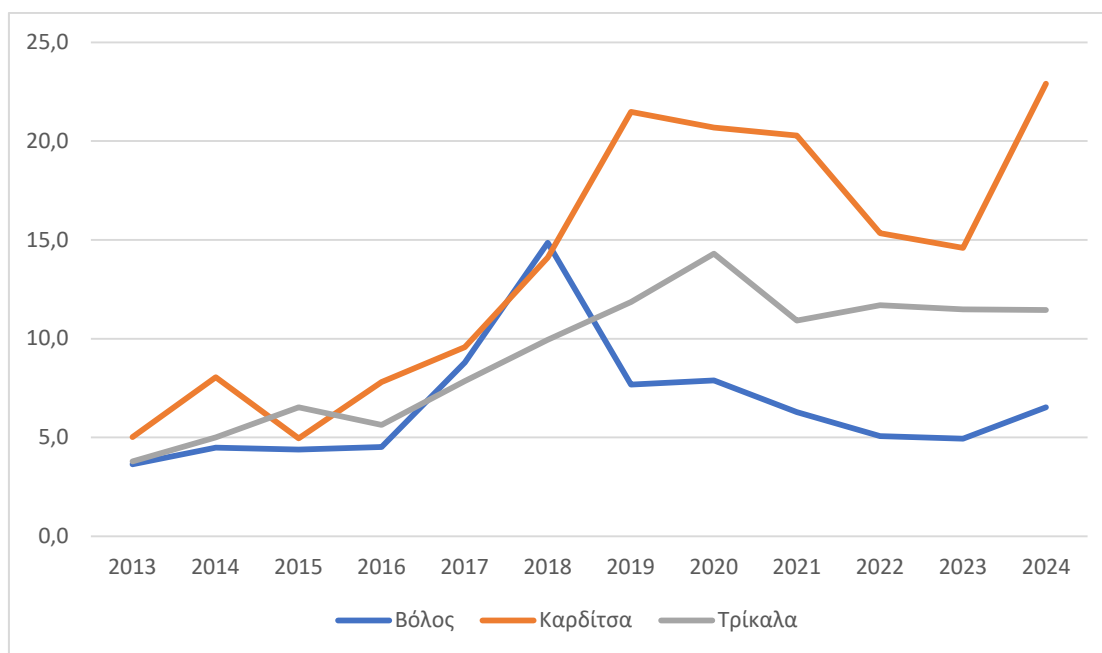
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης άμεσης ή ειδικής ρευστότητας περιορίζει την ανάλυση στα πιο άμεσα ρευστοποιήσιμα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού, αφαιρώντας τα αποθέματα. Για τον λόγο αυτό προσφέρει αυστηρότερη εικόνα από τη γενική ρευστότητα, καθώς εξετάζει κατά πόσο οι απαιτήσεις και τα διαθέσιμα μπορούν να καλύψουν τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Στα νοσοκομεία της ανάλυσης, η πορεία του δείκτη παραμένει υψηλή σε όλη την περίοδο, γεγονός που οφείλεται κυρίως στο μεγάλο ύψος των απαιτήσεων.

Σε μέσο επίπεδο, ο δείκτης αυξάνεται από 4,15 το 2013 σε 13,63 το 2024. Ο δείκτης τάσης, με βάση το 2013 ίσο με 100, φθάνει το 328,43, αποτυπώνοντας υπερτριπλασιασμό της ειδικής ρευστότητας. Η υψηλότερη μέση τιμή εμφανίζεται το 2020 με 14,29, ενώ το 2024 παραμένει σε πολύ κοντινό επίπεδο, στοιχείο που δείχνει διατήρηση ισχυρής λογιστικής κάλυψης των άμεσων υποχρεώσεων.

Το Γ.Ν. Βόλου αυξάνει τον δείκτη από 3,65 σε 6,52, με δείκτη τάσης 178,63. Παρότι η τιμή του 2024 είναι αυξημένη σε σχέση με το 2013, βρίσκεται περίπου 52,16% κάτω από τον μέσο όρο. Το Γ.Ν. Καρδίτσας εμφανίζει την ισχυρότερη εικόνα, καθώς ο δείκτης από 5,02 φθάνει σε 22,91, με δείκτη τάσης 456,37. Το 2024 υπερβαίνει τον μέσο όρο κατά περίπου 68,08%, λόγω του υψηλού κυκλοφορούντος ενεργητικού και των χαμηλών βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Το Γ.Ν. Τρικάλων αυξάνεται από 3,78 σε 11,45, με δείκτη τάσης 302,91. Συνολικά, η ειδική ρευστότητα επιβεβαιώνει ισχυρή λογιστική δυνατότητα κάλυψης υποχρεώσεων, με ιδιαίτερα έντονη υπεροχή του Γ.Ν.

Καρδίτσα.



Διάγραμμα 17.Αριθμοδείκτης Άμεσης ή Ειδικής Ρευστότητας των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

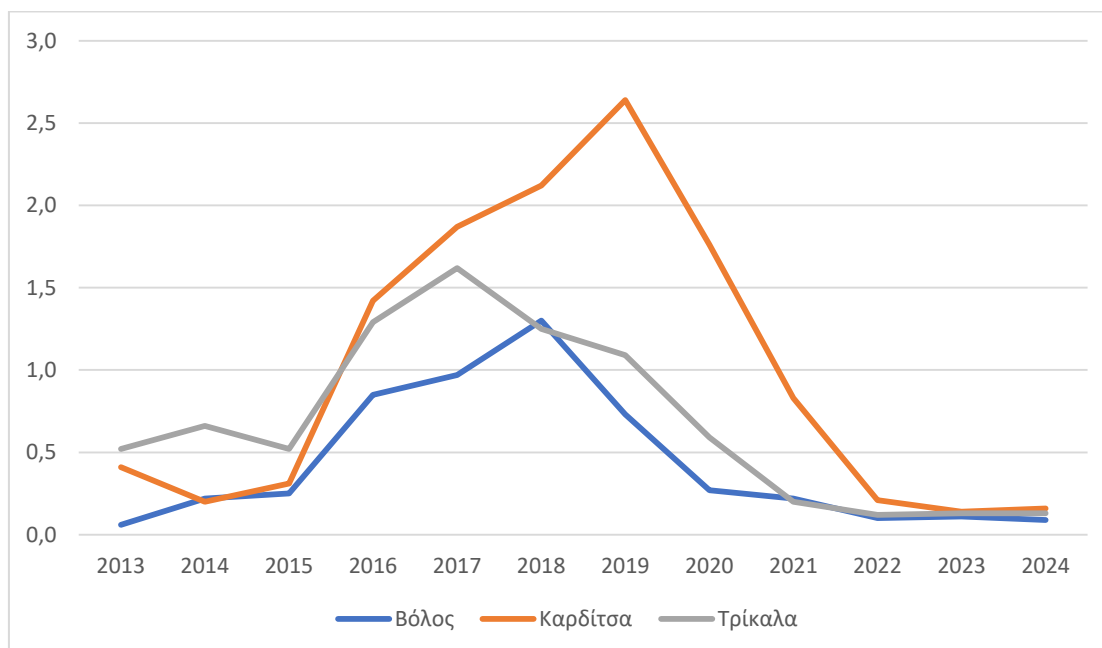
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας αποτελεί την αυστηρότερη εκδοχή των δεικτών ρευστότητας, καθώς εξετάζει μόνο τα ταμειακά διαθέσιμα σε σχέση με τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Η διαφοροποίησή του από τη γενική και την άμεση ρευστότητα είναι ουσιώδης, διότι αφαιρεί από την εικόνα τις απαιτήσεις, οι οποίες στα δημόσια νοσοκομεία εμφανίζονται υψηλές αλλά δεν μετατρέπονται πάντοτε άμεσα σε εισπράξεις.

Η πορεία του μέσου όρου δείχνει σαφή υποχώρηση. Ο δείκτης από 0,33 το 2013 αυξάνεται προσωρινά έως το 1,56 το 2018, αλλά στη συνέχεια μειώνεται έντονα και διαμορφώνεται σε 0,13 το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης του 2024 φθάνει στο 39,39, στοιχείο που δείχνει ότι η ταμειακή κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων περιορίζεται σε λιγότερο από το μισό του αρχικού επιπέδου. Η πτώση μετά το 2019 είναι εμφανής και συνδέεται με τη μείωση των διαθέσιμων, την αύξηση των λειτουργικών πιέσεων και τη συσσώρευση απαιτήσεων που δεν έχουν άμεσο ταμειακό χαρακτήρα.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης κινείται από 0,06 το 2013 σε 0,09 το 2024. Η σχετική μεταβολή φαίνεται θετική, όμως το απόλυτο επίπεδο παραμένει πολύ χαμηλό. Στο Γ.Ν.

Καρδίτσας, η μείωση είναι πιο καθαρή, από 0,41 σε 0,16, ενώ στο Γ.Ν. Τρικάλων η πτώση είναι εντονότερη, από 0,52 σε 0,13. Η τελική εικόνα δείχνει ότι η υψηλή γενική ρευστότητα των νοσοκομείων δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη ταμειακή άνεση.



Διάγραμμα 18.Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

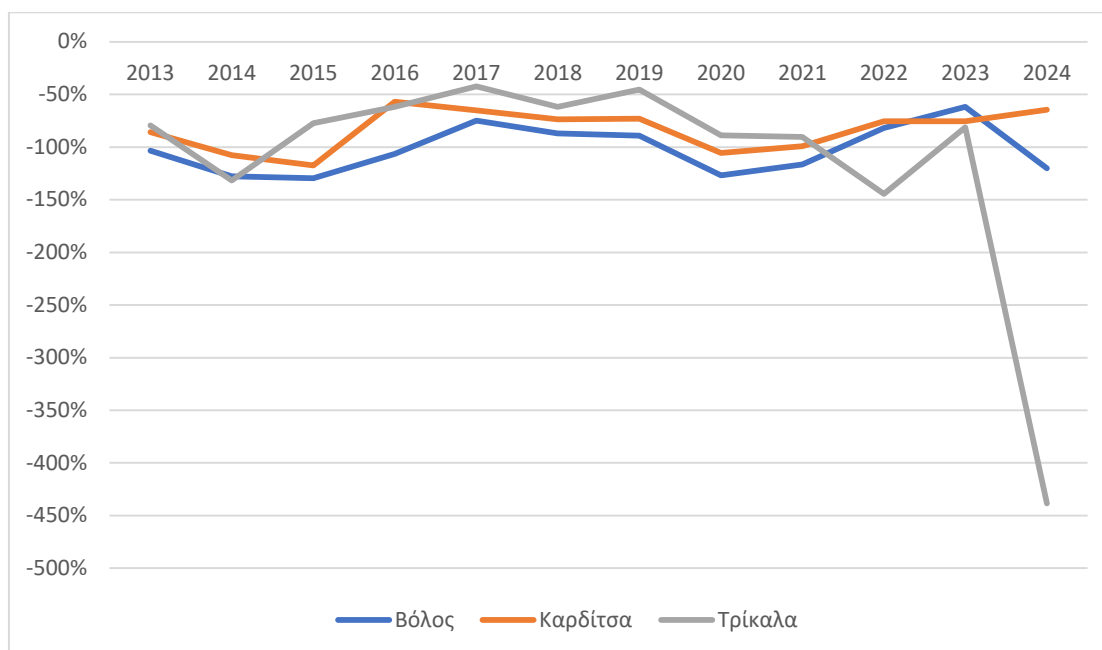
5.2.3 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στα έσοδα, το κόστος και το τελικό οικονομικό αποτέλεσμα των νοσοκομείων. Στην παρούσα περίπτωση, η ανάλυση έχει κυρίως ερμηνευτικό χαρακτήρα, επειδή τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν με κοινωνική και υγειονομική αποστολή και όχι με επιχειρηματικό σκοπό. Παρ' όλα αυτά, οι δείκτες αποδοτικότητας βοηθούν να φανεί η πίεση που ασκεί το κόστος παροχής υπηρεσιών στα λειτουργικά έσοδα και να αξιολογηθεί η δυνατότητα κάθε νοσοκομείου να συγκρατεί τα ελλείμματά του σε επίπεδο μεικτού και καθαρού αποτελέσματος.

Ο δείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους εμφανίζει αρνητικές τιμές σε όλη την περίοδο, γεγονός που σημαίνει ότι το κόστος αγαθών και υπηρεσιών υπερβαίνει σταθερά τα λειτουργικά έσοδα. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων διαμορφώνεται σε μείον 89,50% το 2013 και επιδεινώνεται σε μείον 207,59% το 2024. Με βάση την ένταση του

ελλείμματος, η τιμή του 2024 αντιστοιχεί περίπου στο 231,94% του επιπέδου του 2013, στοιχείο που δείχνει υπερδιπλασιασμό της πίεσης του κόστους σε σχέση με τα έσοδα.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης μετακινείται από μείον 103,32% το 2013 σε μείον 120,06% το 2024, με επιβάρυνση 16,74 ποσοστιαίων μονάδων. Ηπιότερη εικόνα εμφανίζει το Γ.Ν. Καρδίτσας, όπου ο δείκτης βελτιώνεται από μείον 85,87% σε μείον 64,40%, δηλαδή κατά 21,47 ποσοστιαίες μονάδες. Αντίθετα, το Γ.Ν. Τρικάλων παρουσιάζει την πιο έντονη μεταβολή, καθώς από μείον 79,31% το 2013 φθάνει σε μείον 438,32% το 2024. Η απότομη αυτή επιδείνωση συνδέεται με τη μεγάλη πτώση των λειτουργικών εσόδων το 2024, σε συνδυασμό με υψηλό κόστος αγαθών και υπηρεσιών. Η εικόνα του δείκτη δείχνει ότι η αποδοτικότητα σε μεικτό επίπεδο δέχεται αυξημένη πίεση, ιδιαίτερα στο τέλος της περιόδου.



Διάγραμμα 19. Δείκτης μεικτού περιθωρίου κέρδους των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.

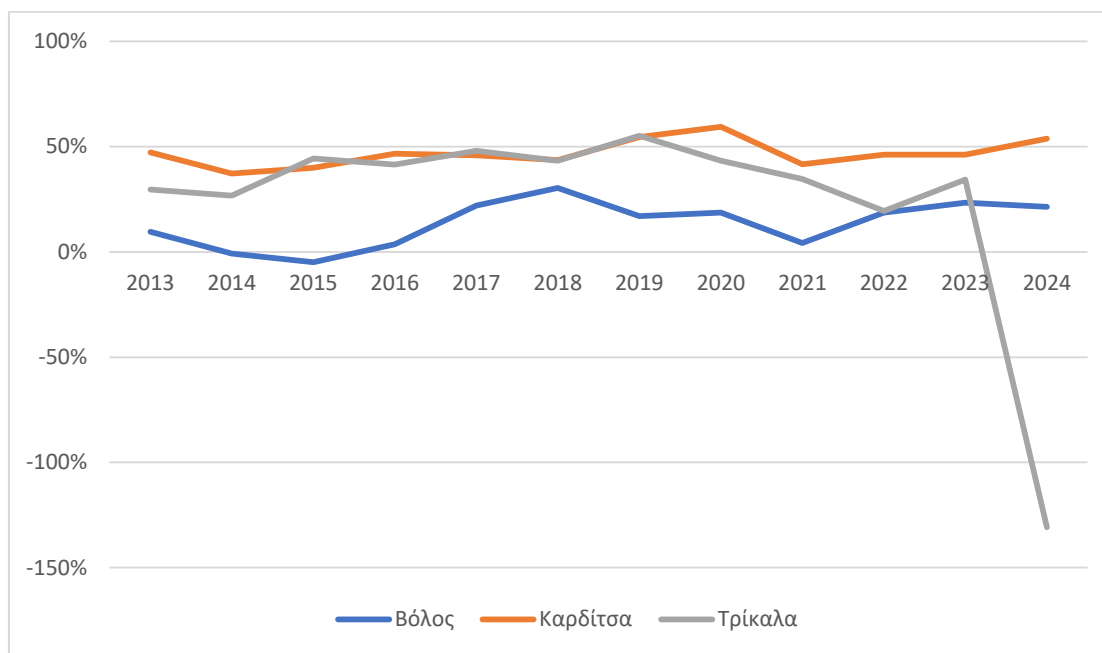
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο δείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους παρουσιάζει διαφορετική εικόνα από το μεικτό περιθώριο, καθώς τα καθαρά αποτελέσματα επηρεάζονται από τα λοιπά έσοδα, τις επιχορηγήσεις, τα έκτακτα αποτελέσματα και τις λογιστικές τακτοποιήσεις κάθε χρήσης. Για τον λόγο αυτό, ενώ το μεικτό αποτέλεσμα παραμένει σταθερά ελλειμματικό, το καθαρό περιθώριο εμφανίζει σε αρκετές χρήσεις θετικές τιμές.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης αυξάνεται από 9,46% το 2013 σε 21,35% το 2024. Η μεταβολή αντιστοιχεί σε βελτίωση 11,89 ποσοστιαίων μονάδων, ενώ ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται περίπου σε 225,69 με βάση το 2013 ίσο με 100. Η πορεία του δείκτη έχει διακυμάνσεις, καθώς το 2014 και το 2015 εμφανίζονται οριακά ελλειμματικές τιμές, όμως από το 2016 και μετά η εικόνα γίνεται σταθερά θετική.

Το Γ.Ν. Καρδίτσας εμφανίζει την πιο συνεπή εικόνα καθαρής αποδοτικότητας. Ο δείκτης κινείται από 47,18% το 2013 σε 53,72% το 2024, με αύξηση 6,54 ποσοστιαίων μονάδων. Η τιμή του 2024 είναι η υψηλότερη μεταξύ των τριών νοσοκομείων και υπερβαίνει αισθητά τον μέσο όρο, ο οποίος διαμορφώνεται σε μείον 18,59%. Η απόκλιση αυτή δείχνει ότι το καθαρό αποτέλεσμα του συγκεκριμένου νοσοκομείου παρέμεινε ισχυρό παρά την πίεση στο μεικτό αποτέλεσμα.

Αντίθετα, το Γ.Ν. Τρικάλων παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μεταβολή. Από 29,54% το 2013 φθάνει σε μείον 130,85% το 2024, με επιδείνωση 160,39 ποσοστιαίων μονάδων. Η τιμή αυτή συνδέεται με τον συνδυασμό χαμηλών λειτουργικών εσόδων και ελλειμματικού καθαρού αποτελέσματος το 2024. Ο μέσος όρος των τριών νοσοκομείων από 28,72% το 2013 καταλήγει σε μείον 18,59% το 2024, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην έντονη κάμψη του Γ.Ν. Τρικάλων. Επομένως, ο δείκτης φανερώνει σταθερότητα στο Γ.Ν. Καρδίτσας, βελτίωση στο Γ.Ν. Βόλου και απότομη επιδείνωση στο Γ.Ν. Τρικάλων κατά το τέλος της περιόδου.



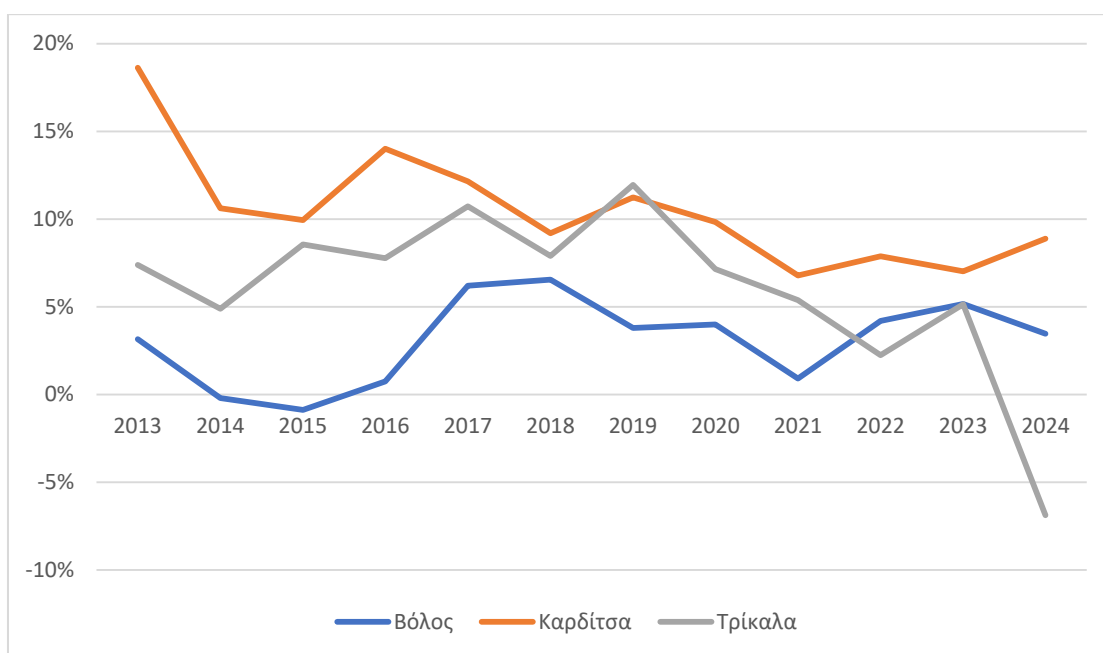
Διάγραμμα 20. Δείκτης καθαρού περιθωρίου κέρδους των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο δείκτης αποδοτικότητας ενεργητικού αποτυπώνει τη σχέση του καθαρού αποτελέσματος με το σύνολο του ενεργητικού, δηλαδή τον βαθμό στον οποίο η συνολική περιουσιακή βάση κάθε νοσοκομείου συνδέεται με θετικό ή αρνητικό τελικό αποτέλεσμα. Σε δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες ο δείκτης δεν ερμηνεύεται με την επιχειρηματική έννοια της απόδοσης επένδυσης, αλλά ως ένδειξη οικονομικής ισορροπίας μεταξύ διαθέσιμων πόρων, λογιστικής περιουσίας και τελικού πλεονάσματος ή ελλείμματος.

Η μέση αποδοτικότητα ενεργητικού μειώνεται από 9,72% το 2013 σε 1,82% το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης του μέσου όρου περιορίζεται στο 18,72, στοιχείο που δείχνει έντονη αποδυνάμωση της σχέσης καθαρού αποτελέσματος και ενεργητικού. Η υψηλότερη μέση τιμή εμφανίζεται το 2013, ενώ μετά το 2021 η εικόνα γίνεται πιο συγκρατημένη, καθώς το ενεργητικό αυξάνεται ταχύτερα από τα καθαρά αποτελέσματα.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης κινείται από 3,16% το 2013 σε 3,46% το 2024, δηλαδή παραμένει σχεδόν σταθερός, με μικρή βελτίωση 0,30 ποσοστιαίων μονάδων. Το Γ.Ν. Καρδίτσας διατηρεί την ισχυρότερη επίδοση σε όλη σχεδόν την περίοδο, παρότι ο δείκτης μειώνεται από 18,62% σε 8,89%. Το 2024 βρίσκεται πολύ πάνω από τον μέσο όρο, δείχνοντας καλύτερη σχέση καθαρού αποτελέσματος και ενεργητικού. Αντίθετα, το Γ.Ν. Τρικάλων από 7,39% το 2013 καταλήγει σε μείον 6,88% το 2024, λόγω του αρνητικού καθαρού αποτελέσματος της τελευταίας χρήσης. Η τελική εικόνα αναδεικνύει σταθερότητα στο Γ.Ν. Βόλου, ισχυρότερη αλλά φθίνουσα απόδοση στο Γ.Ν. Καρδίτσας και έντονη επιδείνωση στο Γ.Ν. Τρικάλων.

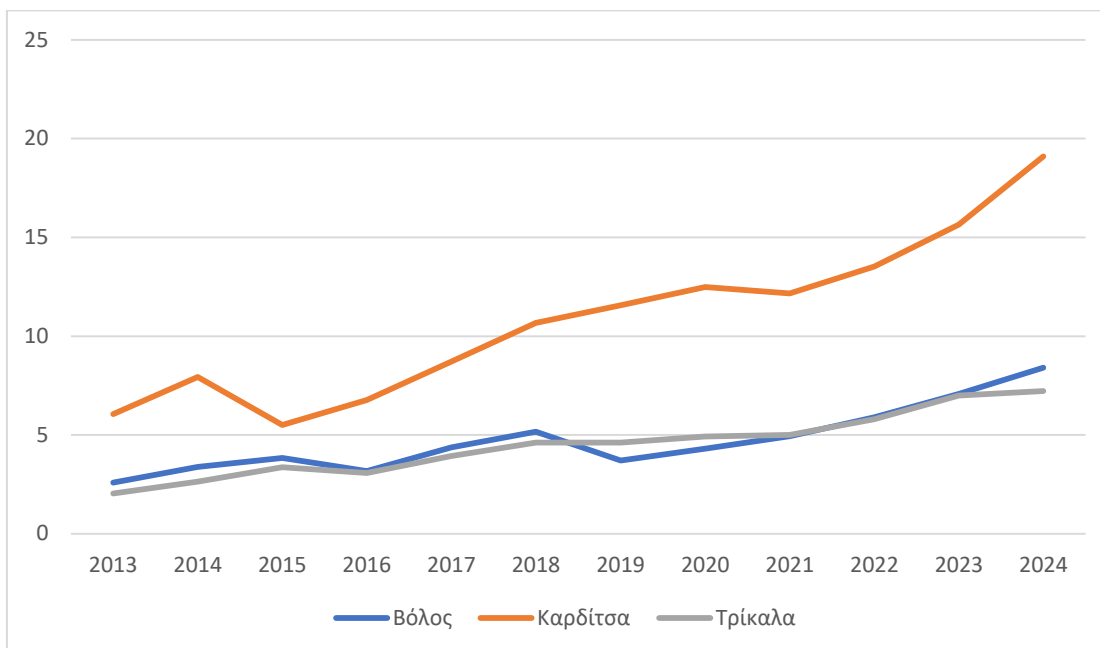


5.1.1 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΕΩΣ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ ΚΑΙ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι αριθμοδείκτες διαρθρώσεως κεφαλαίων και βιωσιμότητας μεταφέρουν την ανάλυση από τη βραχυχρόνια λειτουργική εικόνα στη μακροχρόνια χρηματοοικονομική αντοχή των νοσοκομείων. Εδώ το ενδιαφέρον στρέφεται στη σχέση των ιδίων κεφαλαίων με τα πάγια, τα ξένα κεφάλαια και τις συνολικές υποχρεώσεις, ώστε να εκτιμηθεί κατά πόσο η περιουσιακή βάση στηρίζεται σε ίδια χρηματοδότηση και ποια είναι η θέση των νοσοκομείων ως προς τη χρηματοοικονομική σταθερότητα.

Ο αριθμοδείκτης ιδίων κεφαλαίων προς πάγια παρουσιάζει ιδιαίτερα ανοδική πορεία και στα τρία νοσοκομεία. Ο μέσος όρος αυξάνεται από 3,56 το 2013 σε 11,58 το 2024. Με βάση το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης διαμορφώνεται σε 325,28, στοιχείο που δείχνει υπερτριπλασιασμό της σχέσης ιδίων κεφαλαίων προς πάγιο ενεργητικό. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται στον συνδυασμό δύο κινήσεων που φάνηκαν ήδη στα προηγούμενα στοιχεία: αφενός στην αύξηση των ιδίων κεφαλαίων και αφετέρου στη μείωση ή συγκράτηση του πάγιου ενεργητικού.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης αυξάνεται από 2,59 το 2013 σε 8,40 το 2024, με δείκτη τάσης 324,32. Παρά την ισχυρή βελτίωση, η τιμή του 2024 παραμένει περίπου 27,46% χαμηλότερη από τον μέσο όρο των τριών νοσοκομείων. Το Γ.Ν. Καρδίτσας εμφανίζει σταθερά την υψηλότερη τιμή, καθώς από 6,06 το 2013 φθάνει σε 19,10 το 2024. Η τιμή αυτή υπερβαίνει τον μέσο όρο κατά περίπου 64,94%, δείχνοντας πολύ ισχυρή κάλυψη των παγίων από ίδια κεφάλαια. Το Γ.Ν. Τρικάλων αυξάνει τον δείκτη από 2,04 σε 7,23, με δείκτη τάσης 354,41. Η σχετική αύξηση είναι η μεγαλύτερη, όμως η τελική τιμή του 2024 παραμένει κάτω από τον μέσο όρο. Η εικόνα του δείκτη δείχνει ενισχυμένη κεφαλαιακή κάλυψη των παγίων και σαφή μετατόπιση προς μεγαλύτερη χρηματοοικονομική αυτοδυναμία.



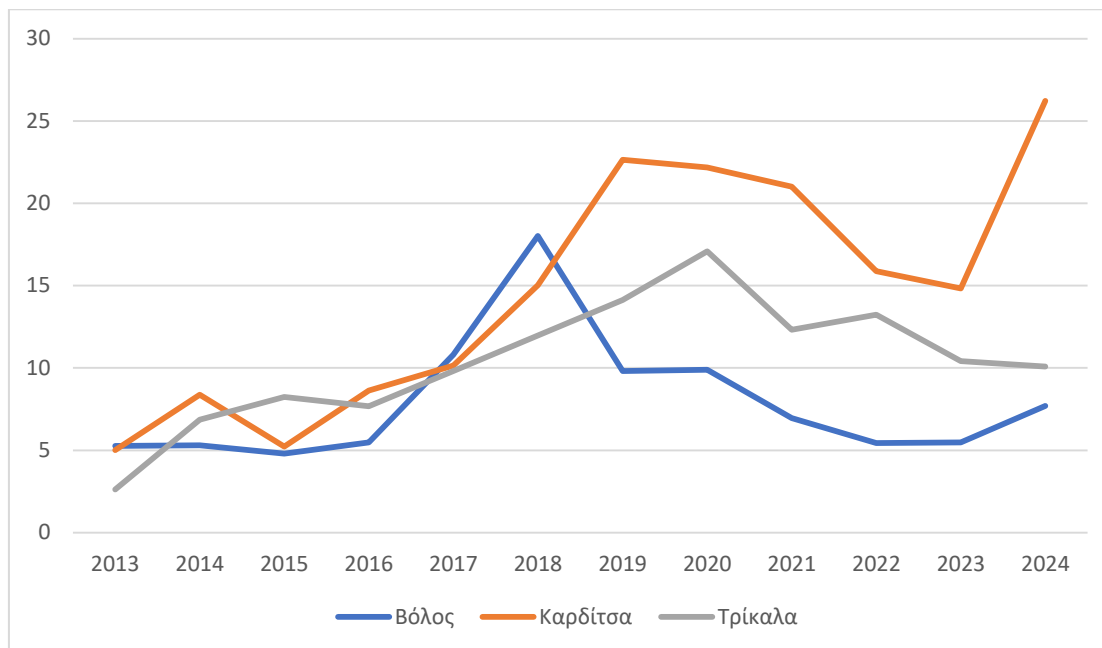
Διάγραμμα 22.Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Πάγια των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης ιδίων κεφαλαίων προς ξένα κεφάλαια αποτυπώνει τον βαθμό κεφαλαιακής αυτοδυναμίας των νοσοκομείων, δηλαδή τη σχέση της καθαρής θέσης προς τις υποχρεώσεις και τα λοιπά ξένα κεφάλαια. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή του, τόσο μεγαλύτερη είναι η συμμετοχή των ιδίων κεφαλαίων στη χρηματοδοτική δομή του οργανισμού.

Η εικόνα του μέσου όρου είναι έντονα ανοδική. Από 4,30 το 2013 ο δείκτης φθάνει σε 14,67 το 2024, με δείκτη τάσης 341,16. Αυτό σημαίνει ότι η σχέση ιδίων προς ξένα κεφάλαια υπερτριπλασιάζεται στη διάρκεια της περιόδου. Η υψηλότερη μέση τιμή εμφανίζεται το 2020, με 16,39, ενώ μετά από μια κάμψη το 2022 και το 2023 ακολουθεί νέα άνοδος το 2024. Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης αυξάνεται από 5,26 το 2013 σε 7,70 το 2024, με δείκτη τάσης 146,39. Η πορεία είναι θετική, αλλά πιο συγκρατημένη σε σχέση με τα άλλα δύο νοσοκομεία. Η καλύτερη τιμή εμφανίζεται το 2018, με 18,01, ενώ στα τελευταία έτη ο δείκτης κινείται χαμηλότερα από τον μέσο όρο. Το Γ.Ν. Καρδίτσας παρουσιάζει την ισχυρότερη κεφαλαιακή εικόνα. Ο δείκτης από 5,02 το 2013 ανέρχεται σε 26,22 το 2024, με δείκτη τάσης 522,31. Το 2024 υπερβαίνει τον μέσο όρο κατά περίπου 78,73%, δείχνοντας πολύ υψηλή υπεροχή ιδίων κεφαλαίων έναντι ξένων. Το Γ.Ν. Τρικάλων αυξάνεται από 2,62 σε 10,09, με δείκτη τάσης 385,11. Παρά τη σημαντική βελτίωση, το 2024 βρίσκεται περίπου 31,22% κάτω από τον μέσο όρο. Επομένως, ο

δείκτης δείχνει σαφή ενίσχυση της κεφαλαιακής αυτονομίας, με πιο έντονη υπεροχή στο Γ.Ν. Καρδίτσας.



Διάγραμμα 23.Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Ξένα Κεφάλαια των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013-2024.

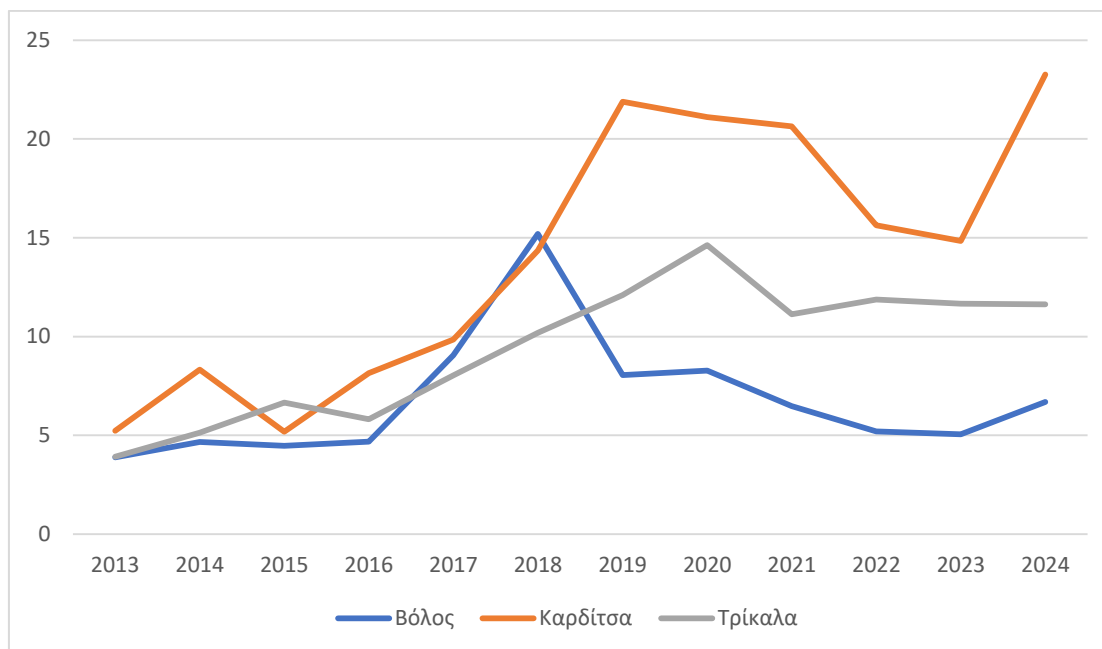
Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

Ο αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις λειτουργεί ως δείκτης ευρύτερης χρηματοοικονομικής κάλυψης, καθώς δείχνει πόσες φορές τα βραχυπρόθεσμα περιουσιακά στοιχεία επαρκούν έναντι του συνόλου των υποχρεώσεων. Στα συγκεκριμένα δεδομένα, οι τιμές ταυτίζονται με τον δείκτη γενικής ρευστότητας, επειδή οι συνολικές υποχρεώσεις των νοσοκομείων αντιστοιχούν ουσιαστικά στις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις που εμφανίζονται στους ισολογισμούς. Η ερμηνεία, ωστόσο, εδώ μετατοπίζεται από τη στενή ρευστότητα στη συνολικότερη δυνατότητα κάλυψης των υποχρεώσεων μέσα από το κυκλοφορούν ενεργητικό.

Η μέση τιμή του δείκτη αυξάνεται από 4,34 το 2013 σε 13,86 το 2024. Με έτος βάσης το 2013 ίσο με 100, ο δείκτης τάσης φθάνει το 319,35, στοιχείο που δείχνει ισχυρή ενίσχυση της κάλυψης των υποχρεώσεων. Η μεταβολή αυτή συνδέεται κυρίως με τη μεγάλη αύξηση του κυκλοφορούντος ενεργητικού, ιδίως των απαιτήσεων, ενώ οι υποχρεώσεις αυξήθηκαν με πολύ πιο συγκρατημένο ρυθμό.

Στο Γ.Ν. Βόλου, ο δείκτης από 3,89 το 2013 φθάνει σε 6,68 το 2024, με δείκτη τάσης 171,72. Η εικόνα είναι βελτιωμένη, αλλά χαμηλότερη από τον μέσο όρο του 2024. Στο Γ.Ν. Καρδίτσας, η αύξηση είναι πολύ εντονότερη, από 5,23 σε 23,26, με δείκτη τάσης

444,74, γεγονός που δείχνει ιδιαίτερα ισχυρή κάλυψη των υποχρεώσεων από κυκλοφορούντα στοιχεία. Το Γ.Ν. Τρικάλων αυξάνεται από 3,91 σε 11,63, με δείκτη τάσης 297,44. Η τελική εικόνα αναδεικνύει ενισχυμένη χρηματοοικονομική ανθεκτικότητα, με σαφή υπεροχή του Γ.Ν. Καρδίτσας και πιο συγκρατημένη αλλά θετική πορεία στο Γ.Ν. Βόλου και στο Γ.Ν. Τρικάλων.



Διάγραμμα 24.Αριθμοδείκτης Κυκλοφορούντος Ενεργητικού προς Συνολικές Υποχρεώσεις των τριών νοσοκομείων την περίοδο 2013- 2024.

Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι η χρηματοοικονομική πορεία των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας και Τρικάλων κατά την περίοδο 2013 έως 2024 χαρακτηρίστηκε από ενίσχυση της λογιστικής τους θέσης, παράλληλα με διαφοροποιημένες λειτουργικές πιέσεις. Η εξέταση των ισολογισμών, των αποτελεσμάτων χρήσης και των αριθμοδεικτών ανέδειξε ότι η οικονομική ανθεκτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων συνδέεται κυρίως με τη σύνθεση του ενεργητικού, την ταχύτητα είσπραξης των απαιτήσεων, την επάρκεια των ταμειακών διαθεσίμων, τη διαχείριση των υποχρεώσεων και την έκταση της κρατικής χρηματοδοτικής στήριξης. Κατά συνέπεια, η χρηματοοικονομική αξιολόγηση των νοσοκομειακών μονάδων αποκτά περιεχόμενο όταν συνδυάζει τη λογιστική εικόνα με τη λειτουργική δυνατότητα αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων.

Σημαντικό συμπέρασμα αφορά τη διεύρυνση της περιουσιακής βάσης των τριών

νοσοκομείων. Η αύξηση του ενεργητικού προήλθε κυρίως από τα κυκλοφορούντα στοιχεία και ιδιαίτερα από τις απαιτήσεις. Η εξέλιξη αυτή ενίσχυσε τους δείκτες γενικής και άμεσης ρευστότητας και διαμόρφωσε εικόνα υψηλής λογιστικής κάλυψης των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Παράλληλα, η περιορισμένη ταχύτητα είσπραξης ανέδειξε ότι σημαντικό μέρος αυτής της ρευστότητας παρέμενε δεσμευμένο σε λογαριασμούς απαιτήσεων. Η ερμηνεία είναι ότι η αύξηση του κυκλοφορούντος ενεργητικού ενίσχυσε τη λογιστική ασφάλεια, ενώ η ταμειακή ευχέρεια εξαρτήθηκε από τον χρόνο εκκαθάρισης και είσπραξης των αναγνωρισμένων εσόδων.

Η διαχείριση των απαιτήσεων αποτέλεσε τον κρίσιμότερο λειτουργικό τομέα της ανάλυσης. Και στα τρία νοσοκομεία καταγράφηκε επιμήκυνση της περιόδου είσπραξης, με τη μεγαλύτερη ένταση να εμφανίζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων. Το συγκεκριμένο εύρημα υποδηλώνει αυξημένη δέσμευση πόρων και περιορισμένη ταχύτητα μετατροπής των λογιστικών εσόδων σε διαθέσιμα κεφάλαια. Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου και στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας η αντίστοιχη επιβάρυνση παρέμεινε ηπιότερη, διατήρησε όμως σημασία για τη λειτουργική τους ρευστότητα. Η έρευνα συνεπώς αναδεικνύει την αποτελεσματική παρακολούθηση, εκκαθάριση και είσπραξη των απαιτήσεων ως βασικό πεδίο οικονομικής διοίκησης.

Σε αντίθεση με τις απαιτήσεις, η διαχείριση των αποθεμάτων παρουσίασε σταθερότητα. Οι μεταβολές στη διάρκεια παραμονής των υλικών κινήθηκαν σε περιορισμένο εύρος και αποτύπωσαν ελεγχόμενη ανακύκλωση φαρμακευτικού, υγειονομικού και λοιπού αναλώσιμου υλικού. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου εμφάνισε βελτίωση της ταχύτητας ανανέωσης των αποθεμάτων, ενώ τα Νοσοκομεία Καρδίτσας και Τρικάλων διατήρησαν λειτουργικά αποδεκτή εικόνα. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι μηχανισμοί προμηθειών και κατανάλωσης υλικών λειτούργησαν με μεγαλύτερη συνέπεια σε σχέση με τους μηχανισμούς είσπραξης.

Η εξέταση της ρευστότητας ανέδειξε διάκριση ανάμεσα στη λογιστική επάρκεια και στην άμεση ταμειακή δυνατότητα. Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας παρουσίασε σαφώς την ισχυρότερη θέση ως προς τη γενική και την άμεση ρευστότητα, καθώς και την ταχύτερη εξόφληση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου εμφάνισε περισσότερο συγκρατημένη ρευστότητα και μεγαλύτερη επιμήκυνση του χρόνου εξόφλησης. Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων διατήρησε λογιστική κάλυψη των υποχρεώσεων, με την ταμειακή του θέση να επηρεάζεται από τη μεγάλη συσσώρευση απαιτήσεων. Οι διαφοροποιήσεις αυτές επιβεβαιώνουν ότι η υψηλή τιμή ενός δείκτη ρευστότητας αποκτά ουσιαστική ερμηνεία μέσα από την ποιότητα και την εισπραξιμότητα των στοιχείων που τον διαμορφώνουν.

Οι δείκτες αποδοτικότητας ανέδειξαν τη λειτουργική πίεση που ασκεί το κόστος παροχής υπηρεσιών στα οικονομικά αποτελέσματα των νοσοκομείων. Το μεικτό αποτέλεσμα παρέμεινε επιβαρυνμένο, καθώς τα λειτουργικά έσοδα κάλυπταν περιορισμένο μέρος του κόστους αγαθών και υπηρεσιών. Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας εμφάνισε την ευνοϊκότερη συνολική εικόνα, με βελτίωση του μεικτού περιθωρίου και ισχυρό καθαρό αποτέλεσμα. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου παρουσίασε σταθερότερη πορεία και ενίσχυση του καθαρού αποτελέσματος. Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων κατέγραψε τη μεγαλύτερη λειτουργική επιβάρυνση στο τέλος της περιόδου, γεγονός που συνδέθηκε με την υποχώρηση των λειτουργικών εσόδων και την αυξημένη επίδραση του κόστους.

Η διαφοροποίηση μεταξύ μεικτού και καθαρού αποτελέσματος επιβεβαίωσε τον καθοριστικό ρόλο των επιχορηγήσεων, των λοιπών εσόδων και των λογιστικών τακτοποιήσεων. Η οικονομική ισορροπία των νοσοκομείων στηρίζεται επομένως σε ένα σύνθετο χρηματοδοτικό σχήμα, στο οποίο η λειτουργική δραστηριότητα συμπληρώνεται από θεσμικές μεταβιβάσεις πόρων. Το συμπέρασμα αυτό έχει σημασία, καθώς αποτυπώνει τον δημόσιο χαρακτήρα των οργανισμών και τη σύνδεση της βιωσιμότητάς τους με τη συνέχεια της κρατικής χρηματοδότησης.

Η κεφαλαιακή διάρθρωση αποτέλεσε την ισχυρότερη διάσταση της χρηματοοικονομικής εικόνας. Και τα τρία νοσοκομεία ενίσχυσαν τη σχέση ιδίων προς ξένα κεφάλαια και την κάλυψη των παγίων από ίδια κεφάλαια. Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας διαμόρφωσε την πιο ισχυρή κεφαλαιακή θέση, ενώ το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων παρουσίασε σημαντική λογιστική ενίσχυση παρά τις λειτουργικές πιέσεις. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου ακολούθησε περισσότερο ισορροπημένη πορεία, με σταθερή βελτίωση της καθαρής θέσης. Η αύξηση της κεφαλαιακής αυτονομίας ενίσχυσε την ικανότητα απορρόφησης οικονομικών διακυμάνσεων και περιόρισε τη σχετική βαρύτητα των υποχρεώσεων.

Εν κατακλείδι, η έρευνα καταλήγει ότι τα τρία νοσοκομεία παρουσίασαν ισχυρότερη λογιστική και κεφαλαιακή βάση, με διαφορετικό βαθμό λειτουργικής αποτελεσματικότητας. Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας εμφάνισε ολοκληρωμένη χρηματοοικονομική επίδοση. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου παρουσίασε σταθερότητα και σταδιακή ενίσχυση, με κύριο πεδίο βελτίωσης τη διαχείριση των υποχρεώσεων και των ταμειακών διαθεσίμων. Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων κατέγραψε κεφαλαιακή ενδυνάμωση, ενώ η διαχείριση των απαιτήσεων και η λειτουργική αποδοτικότητα απέκτησαν αυξημένη σημασία. Η ουσιαστική χρηματοοικονομική βιωσιμότητα των δημόσιων νοσοκομείων συνδέεται τελικά με τη μετατροπή της λογιστικής ισχύος σε πραγματική ταμειακή ευχέρεια, με την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του ενεργητικού

και με τη διατήρηση σταθερής σχέσης μεταξύ λειτουργικού κόστους, εσόδων και δημόσιας χρηματοδότησης

Συζήτηση των ευρημάτων σε σχέση με τη βιβλιογραφία

Τα ευρήματα συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που τονίζει ότι τα δημόσια νοσοκομεία χρειάζονται διαφορετική ερμηνεία από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Ο Karakolias (2025) και η Drakopoulou (2025) επισημαίνουν ότι η χρηματοοικονομική αντοχή των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων στηρίζεται σε κρατικές επιχορηγήσεις και θεσμική συνέχεια. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει αυτή τη θέση, καθώς οι δείκτες βιωσιμότητας και ρευστότητας είναι ισχυροί, ενώ η αποδοτικότητα και η ταμειακή βάση εμφανίζονται πιο αδύναμες. Αυτό δείχνει ότι η θετική κεφαλαιακή εικόνα χρειάζεται να διαβάζεται μαζί με τις απαιτήσεις, τις επιχορηγήσεις και τις λογιστικές τακτοποιήσεις.

Η σύγκριση με τη βιβλιογραφία των δεικτών δραστηριότητας είναι επίσης άμεση. Οι Rauscher και Wheeler (2012) συνδέουν τη μεγάλη διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων με χαμηλότερη κερδοφορία, ενώ ο Karakolias (2025) αναδεικνύει τον μεγάλο όγκο απαιτήσεων των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Τα ευρήματα της παρούσας ανάλυσης επιβεβαιώνουν αυτή τη σχέση, καθώς η μέση περίοδος είσπραξης αυξήθηκε θεαματικά και η ταμειακή ρευστότητα υποχώρησε. Αντίθετα, τα αποθέματα παρέμειναν πιο σταθερά, στοιχείο που δείχνει ότι η κύρια λειτουργική πίεση δεν βρίσκεται στη διαχείριση υλικών, αλλά στην είσπραξη απαιτήσεων.

Ως προς την αποδοτικότητα και τη βιωσιμότητα, τα αποτελέσματα συνδέονται με τις παρατηρήσεις του IOBE (2023), της Pragianni (2022) και του Kesisoglou (2021), σύμφωνα με τις οποίες τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν βελτίωση ρευστότητας και χαμηλό δανεισμό, αλλά συνεχίζουν να πιέζονται από το λειτουργικό κόστος. Η παρούσα έρευνα προσθέτει ότι η κεφαλαιακή ισχύς αυξάνεται παράλληλα με τη μείωση του πάγιου ενεργητικού, γεγονός που επαναφέρει το ζήτημα των επενδύσεων σε

υποδομές. Η βιωσιμότητα, επομένως, δεν εξαντλείται στην καλή σχέση ιδίων και ξένων κεφαλαίων, αλλά απαιτεί ταμειακές ροές, ανανέωση παγίων και περιορισμό κόστους.

Προτάσεις βελτίωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελεί η ενεργότερη διαχείριση των απαιτήσεων. Τα νοσοκομεία χρειάζονται ενιαίο μηχανισμό παρακολούθησης τιμολογήσεων, εκκαθαρίσεων και εισπράξεων, με μηνιαία αναφορά παλαιότητας απαιτήσεων και διακριτή αποτύπωση ποσών από ασφαλιστικούς φορείς, clawback, rebate και λοιπές δημόσιες χρηματοδοτήσεις. Η βελτίωση της εισπραξιμότητας θα περιορίσει την απόσταση ανάμεσα στη λογιστική και στην πραγματική ρευστότητα.

Δεύτερη προτεραιότητα είναι ο συστηματικός έλεγχος του κόστους χωρίς υποβάθμιση της φροντίδας. Χρειάζεται σύνδεση οικονομικών στοιχείων με λειτουργικούς δείκτες, όπως πληρότητα, μέση διάρκεια νοσηλείας, κόστος ανά περιστατικό, κατανάλωση φαρμάκων και χρήση διαγνωστικών πράξεων. Παράλληλα, η ενισχυμένη κεφαλαιακή εικόνα πρέπει να αξιοποιηθεί για επενδύσεις σε πάγιο εξοπλισμό, ενεργειακή αναβάθμιση, ψηφιακή παρακολούθηση αποθεμάτων και μηχανισμούς έγκαιρης οικονομικής προειδοποίησης.

Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα βασίστηκε στις δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις των τριών νοσοκομείων για την περίοδο 2013 έως 2024. Ένας βασικός περιορισμός αφορά την ποιότητα ορισμένων PDF ισολογισμών. Σε αρκετές περιπτώσεις οι πίνακες είχαν χαμηλή ανάλυση, δυσανάγνωστα ψηφία ή συμπιεσμένη μορφή, με αποτέλεσμα η ανάγνωση ορισμένων ποσών να απαιτεί πολλαπλό έλεγχο. Η δυσκολία αυτή δεν αναιρεί τη χρησιμότητα των δεδομένων, αλλά οριοθετεί την ακρίβεια της αρχικής εξαγωγής τους.

Δεύτερος περιορισμός αφορά τη φύση των αριθμοδεικτών. Οι δείκτες αποτυπώνουν λογιστικές σχέσεις και όχι πλήρη λειτουργική ποιότητα. Δεν ενσωματώνουν στοιχεία όπως αριθμός νοσηλευθέντων, βαρύτητα περιστατικών, πληρότητα, προσωπικό, τεχνολογική επάρκεια και ποιότητα υπηρεσιών. Επίσης, ορισμένα μεγέθη επηρεάζονται από επιχορηγήσεις, απαιτήσεις προηγούμενων χρήσεων, ειδικές λογιστικές εγγραφές και μηχανισμούς αποζημίωσης. Επομένως, τα συμπεράσματα αφορούν κυρίως τη χρηματοοικονομική εικόνα και όχι τη συνολική αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μελλοντική έρευνα μπορεί να επεκτείνει το δείγμα σε όλα τα νοσοκομεία της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας ή στο σύνολο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, ώστε να αναδειχθούν περιφερειακές διαφοροποιήσεις και συγκριτικά πρότυπα. Ιδιαίτερα χρήσιμη θα ήταν η σύνδεση των οικονομικών δεικτών με λειτουργικά και κλινικά δεδομένα, όπως ημέρες νοσηλείας, πληρότητα κλινών, προσωπικό ανά κλίνη, κόστος ανά ασθενή και είδος περιστατικών.

Μια δεύτερη κατεύθυνση αφορά τη χρήση πιο σύνθετων μεθόδων, όπως DEA, Malmquist, Altman Z score ή υποδείγματα πρόβλεψης χρηματοοικονομικής δυσχέρειας. Παράλληλα, μια ποιοτική έρευνα με στελέχη οικονομικών υπηρεσιών θα μπορούσε να εξηγήσει καλύτερα τις καθυστερήσεις είσπραξης, τις διαδικασίες πληρωμών, τις επιχορηγήσεις και τις πρακτικές διαχείρισης κόστους. Έτσι, η ανάλυση θα περάσει από τη στατική αποτύπωση των αριθμοδεικτών στην κατανόηση των διοικητικών αιτιών που τους διαμορφώνουν.

Βιβλιογραφία

- Agenya, L. A., & Tumaini, M. (2025). Working capital management and financial performance among national referral hospitals in Kenya. *International Journal of Social Sciences Management and Entrepreneurship*, 9(1), 532–546.
- Androutsou, L., Geitona, M., & Yfantopoulos, J. (2011). Measuring efficiency and productivity across hospitals in the Regional Health Authority of Thessaly, in Greece. *Journal of Health Management*, 13(2), 121–140.
- Arbelo Pérez, M., De Vera, V., & Arbelo, A. (2026). Unravelling heterogeneity in efficiency measurements. A case study of public hospitals in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 27(2), 305–318.
- Balamatsis, G. A., & Chondrocoukis, G. P. (2014). Measuring the efficiency of Greek public hospitals compared to private hospitals listed on the Athens Stock

Exchange using Data Envelopment Analysis. *International Journal of Health Research and Innovation*, 2(2), 11–23.

- Baptista de Oliveira, M., Pereira, M. A., & Figueira, J. R. (2025). An integrated approach to hospital efficiency using machine learning and slacks based super efficiency evaluation. *Decision Analytics Journal*, 17, Article 100640.
- Barra, C., Lagravinese, R., & Zotti, R. (2022). Exploring hospital efficiency within and between Italian regions. New empirical evidence. *Journal of Productivity Analysis*, 57(3), 269–284.
- Bedogni, J. (2026). *Benchmarking public health spending efficiency in Europe. A DEA approach*. Parliamentary Budget Office Working Paper Series, No. 1.
- Berger, M., Sommersguter Reichmann, M., & Czypionka, T. (2020). Determinants of soft budget constraints. How public debt affects hospital performance in Austria. *Social Science & Medicine*, 249, Article 112855.
- Bourveau, T., Giroud, X., Ji, Y., & Li, X. (2023). The social cost of liquidity disclosure: Evidence from hospitals.
- Burkhardt, J. H., & Wheeler, J. R. (2013). Examining financial performance indicators for acute care hospitals. *Journal of Health Care Finance*, 39(3), 1–13.
- Bwana, K. M. (2018). Measuring financial strength of council designated hospitals in Tanzania using financial strength index model. *African Journal of Applied Research*, 4(2), 32–44.
- Cavalieri, M., Guccio, C., Lisi, D., & Pignataro, G. (2015). *Does the extent of per case payment system affect hospital efficiency? Evidence from the Italian NHS*. HEDG Working Paper 15/29.
- Center for Health Information and Analysis. (2024). Financial metric formulas and calculations.
- CFA Institute. (2026). Financial analysis techniques. CFA Institute.

- Chandawarkar, R., Nadkarni, P., Barmash, E., Capek, A., & Casey, K. (2024). The importance of financial statements in clinical practice. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 12(7), Article e5861.
- Choate, G. M., & Tanaka, K. (1979). Using financial ratio analysis to compare hospitals' performance. *Hospital Progress*, 60(12), 43–58.
- Choi, S. (2017). Hospital capital investment during the Great Recession. *Inquiry*, 54, 1–10.
- Chua, W. F., & Preston, A. (1994). Worrying about accounting in health care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 7(3), 4–17.
- Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (2018). *Essentials of health care finance* (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Curtis, P., & Roupas, T. A. (2009). Health care finance, the performance of public hospitals and financial statement analysis. *European Research Studies Journal*, XII(4), 199–212.
- Demirtaş, M., & Gider, Ö. (2023). Financial performance analysis of a Ministry of Health hospital in the Aegean region before and after affiliation. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 26(3), 761–780.
- Drakopoulou, E. (2025). Comparative financial analysis of Greek hospitals before and during the Covid-19 pandemic. *Journal of Advanced Research in Social Sciences*, 8(4), 129–141.
- Dubas Jakóbczyk, K., & Kozieł, A. (2020). Towards financial sustainability of the hospital sector in Poland. A post hoc evaluation of policy approaches. *Sustainability*, 12(12), Article 4801.
- Dubas-Jakóbczyk, K., Kocot, E., & Kozieł, A. (2020). Financial performance of public hospitals: A cross-sectional study among Polish providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), Article 2188.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5), 1–192.

- Eriotis, N., Stamatiadis, F., & Vasiliou, D. (2012). Assessing accrual accounting reform in Greek public hospitals. An empirical investigation. *SSRN Electronic Journal*, 4(1), 153–184.
- Exadaktylos, T., Zahariadis, N., & Mavrikou, M. (2023). Reforms in health policy during the Greek bailout: What makes reform successful and why? Hellenic Observatory Research Calls Programme.
- Farantos, G. I., & Koutsoukis, N. S. (2023). The influence of SYRIZA ANEL Greek health policies on hospital efficiency. *Health Research Policy and Systems*, 21, Article 83.
- Filos, J., & Gkouma, O. G. (2022). Assessing the impact of IPSAS on financial reporting and public management in Greece. *SPOUDAI Journal of Economics and Business*, 72(1–2), 56–79.
- Flokou, A., Aletras, V., & Niakas, D. (2017). A window DEA based efficiency evaluation of the public hospital sector in Greece during the 5 year economic crisis. *PLOS ONE*, 12(5), Article e0177946.
- Fourlopoulou, A., Xenos, P., Messinios, G., & Maniadakis, N. (2025). Performance of Greek public hospitals before and after the economic recession and the pandemic. *Healthcare*, 13(11), Article 1253.
- Franklin, M., Graybeal, P., & Cooper, D. (2019). Principles of accounting, volume 1: Financial accounting. OpenStax.
- Gapenski, L. C., & Reiter, K. L. (2016). *Healthcare finance: An introduction to accounting and financial management* (6th ed.). Health Administration Press.
- Garrison, R. H., Noreen, E. W., Brewer, P. C., Chesley, G. R., Carroll, R. F., & Webb, A. (n.d.). Financial statement analysis.
- Georgouloupoulou, E., Karagianni, V., Ntanos, S., Gikas, G., & Sepetis, A. (2026). Critical analysis of financial statements of public hospitals. Case study: The 5th Health Region of Greece. In A. Kavoura, U. Gretzel, & V. Vrana (Eds.), *Strategic innovative marketing and tourism* (pp. 505–513). Springer.

- Giokas, D. I. (2001). Greek hospitals. How well their resources are used. *Omega*, 29(1), 73–83.
- Halkos, G. E., & Tzeremes, N. G. (2011). A conditional nonparametric analysis for measuring the efficiency of regional public healthcare delivery. An application to Greek prefectures. *Health Policy*, 103(1), 73–82.
- Helfert, E. A. (2001). *Financial analysis: Tools and techniques*. McGraw Hill.
- Holmes, G. M., Kaufman, B. G., & Pink, G. H. (2017). Predicting financial distress and closure in rural hospitals. *The Journal of Rural Health*, 33(3), 239–249.
- Hu, X., Jin, W., Yang, A., & Hu, Z. (2022). Management of capital liquidity in public hospitals under the epidemic situation of COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 977221.
- Ibrahim, S., Begkos, C., Arnaboldi, M., Graham, C., & Rakeeb, F. R. (2025). Performance measurement, financial reporting quality, and digitalization in the healthcare sector. *The British Accounting Review*, 57(6), Article 101738.
- IOBE. (2023). Financial analysis of public hospitals in Greece. Foundation for Economic and Industrial Research.
- Karakolias, S. (2025). Mapping the latest financial profile of public hospitals in Greece. *Archives of Hellenic Medicine*, 42(3), 397–405.
- Karakolias, S. (2025). Rethinking financial distress in public healthcare: Evidence from Greek hospitals' governance attributes. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1690901.
- Karakolias, S., & Polyzos, N. (2025). Should women continue to be less preferred for managerial positions? Evidence from Greece based on public hospitals' financial performance. *Corporate Governance*, 25(5), 1023–1035.
- Katharakis, G., Katharaki, M., & Katostaras, T. (2014). An empirical study of comparing DEA and SFA methods to measure hospital units' efficiency. *International Journal of Operational Research*, 21(3), 341–364.

- Kern, A., & Sargiacomo, M. (2025). Accounting and accountability challenges in healthcare systems. *Accounting Forum*, 49(3), 569–580.
- Kesisoglou, A. (2021). Financial analysis of general hospitals of the 1st, 3rd and 4th Regional Health Authorities. Hellenic Open University.
- Kounetas, K., & Papathanassopoulos, F. (2013). How efficient are Greek hospitals? A case study using a double bootstrap DEA approach. *The European Journal of Health Economics*, 14(6), 979–994.
- Krzeczewski, B. (2024). The impact of ownership authority on cash conversion cycle in public hospitals. *International Journal of Financial Studies*, 12(4), Article 105.
- Kyriopoulos, I., Athanakis, K., Tsoi, S., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2025). Addressing public health and health system challenges in Greece: Reform priorities in a changing landscape. *The Lancet Public Health*, 10(9), e794–e803.
- Langabeer, J. R., Vega, F. R., Cohen, A. S., Champagne Langabeer, T., Yatsco, A. J., & Lalani, K. (2026). Determinants of severe financial distress in U.S. acute care hospitals. A national longitudinal study. *Healthcare*, 14(3), Article 366.
- Letsios, A., Polyzos, N., Pouloupoulos, C., & Skamnakis, C. (2022). Hospital managers' participation in operational planning. Insights from a recent study in the Greek National Health System. *Hippokratia*, 26(3), 91–97.
- Loukidou, D. I. (2025). Financial analysis of the general hospitals of the 1st Regional Health Authority of Attica for the years 2018 to 2022. Hellenic Open University.
- Magee, H. F. (2003). The Hospital Data Project. Comparing hospital activity within Europe. *European Journal of Public Health*, 13, 73–79.
- Malone, T. L., Pink, G. H., & Holmes, G. M. (2025). An updated model of rural hospital financial distress. *The Journal of Rural Health*, 41(2), Article e12882.

- Mateus, C., Joaquim, I., & Nunes, C. (2015). Measuring hospital efficiency. Comparing four European countries. *European Journal of Public Health*, 25, 52–58.
- Miszczyńska, K., & Miszczyński, P. (2021). Debt, ownership, and size. The case of hospitals in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Article 4596.
- Mitakos, A., & Mpogiatzidis, P. (2024). Operational efficiency of public hospitals in Greece during the COVID 19 pandemic. A comparative analysis using DEA and AHP models. *Journal of Market Access and Health Policy*, 12(4), 388–402.
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., & Sissouras, A. (2013). Managing for efficiency in health care. The case of Greek public hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 14(6), 929–938.
- Mitropoulos, P., Talias, M. A., & Mitropoulos, I. (2015). Combining stochastic DEA with Bayesian analysis to obtain statistical properties of the efficiency scores. An application to Greek public hospitals. *European Journal of Operational Research*, 243(1), 302–311.
- Nguyen, B. H., Grosskopf, S., Yong, J., & Zelenyuk, V. (2022). Activity based funding reform and the performance of public hospitals. The case of Queensland, Australia. Centre for Efficiency and Productivity Analysis Working Paper Series, WP08/2022.
- OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). Country Health Profile 2025: Greece. State of Health in the EU. OECD Publishing and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Pauly, N., Sears, L., Zhan, A., McAvey, K., Kinsler, S., Hayes, P., Romero-Gutierrez, C., & Bailit, M. (2024). *Guide to understanding hospital spending through financial analysis*. Manatt Health and Bailit Health.
- Penman, S. H. (2013). *Financial statement analysis and security valuation* (5th ed.). McGraw Hill Education.

- Perger, P., & Hecker, A. (2023). Measurement and predictors of the financial performance of public health enterprises in Italy. *Journal of Health and Social Sciences*, 8(4), 337–356.
- Pflueger, D. (2015). Accounting for quality. On the relationship between accounting and quality improvement in healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, Article 178.
- Pink, G. H., Daniel, I., Hall, L. M., & McKillop, I. (2007). Selection of key financial indicators. A literature, panel and survey approach. *Healthcare Quarterly*, 10(1), 87–96.
- Pink, G. H., Holmes, G. M., D’Alpe, C., Strunk, L. A., McGee, P., & Slifkin, R. T. (2006). Financial indicators for critical access hospitals. *The Journal of Rural Health*, 22(3), 229–236.
- Polyzos, N. (2012). A three-year performance evaluation of the NHS hospitals in Greece. *Hippokratia*, 16(4), 350–355.
- Pragianni, A. (2022). Financial analysis of the 2nd Health District general hospitals using financial ratios. Hellenic Open University.
- Prezerakos, P., Maniadakis, N., Kaitelidou, D., Kotsopoulos, N., & Yfantopoulos, J. (2007). Measuring across hospital efficiency and productivity. The case of Second Regional Health Authority of Attica. *European Research Studies Journal*, 10(1–2), 83–96.
- Rabiej, E. (2024). Assessment of financial liquidity strategy using the example of hospitals. *Research Papers of Wroclaw University of Economics and Business*, 68(4).
- Rauscher, S., & Wheeler, J. R. (2012). The importance of working capital management for hospital profitability. Evidence from bond issuing, not for profit U.S. hospitals. *Health Care Management Review*, 37(4), 339–346.

- Rosko, M., Al Amin, M., & Tavakoli, M. (2020). Efficiency and profitability in US not for profit hospitals. *International Journal of Health Economics and Management*, 20(4), 359–379.
- Sepetis, A., Zaza, P. N., Rizos, F., & Bagos, P. G. (2022). Identifying and predicting healthcare waste management costs for an optimal sustainable management system. Evidence from the Greek public sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), Article 9821.
- Shi, L., Li, P., Vithana, K., Xue, B., & Al Sayed, M. (2025). Hospital management accounting systems. Evolving roles, actors, and interactions. *The British Accounting Review*, 57(6), Article 101666.
- Siedlecki, R., Prędkiewicz, P., Bem, A., & Szpulak, A. (2021). Working capital management in hospitals. Evidence from Poland. *European Research Studies Journal*, 24(Special Issue 1), 836–850.
- Sowada, C., Kowalska Bobko, I., & Sagan, A. (2020). What next after the commercialization of public hospitals? Searching for effective solutions to achieve financial stability of the hospital sector in Poland. *Health Policy*, 124(10), 1050–1055.
- Suarez, V., Lesneski, C., & Denison, D. (2011). Making the case for using financial indicators in local public health agencies. *American Journal of Public Health*, 101(3), 419–425.
- Subramanyam, K. R. (2014). *Financial statement analysis* (11th ed.). McGraw Hill.
- Terzoudis, S., Kontodimopoulos, N., & Fanourgiakis, J. (2024). Relationship between profitability and financial factors of hospitals after a period of austerity and health care reforms: Evidence from Greece. *Journal of Health Organization and Management*.
- Upadhyay, S., & Smith, D. G. (2016). Hospital liquidity and cash conversion cycle. A study of Washington hospitals. *Journal of Health Care Finance*.

- Varabyova, Y., Blankart, C. R., Torbica, A., & Schreyögg, J. (2017). Comparing the efficiency of hospitals in Italy and Germany. Nonparametric conditional approach based on partial frontier. *Health Care Management Science*, 20(3), 379–394.
- Vernadakis, M., & Roupas, T. (2025). Analysis of financial statements. Comparative study of pediatric hospitals of the 1st Regional Health Authority, during the period 2010 to 2021. *International Conference on Business and Economics, Hellenic Open University*, 4(1).
- Vesty, G., Kokshagina, O., Jansson, M., Cheong, F., & Butler Henderson, K. (2023). Accounting, valuing and investing in health care. Dealing with outdated accounting models. *Meditari Accountancy Research*, 31(1), 52–77.
- Wang, X., & Xu, J. (2024). Evaluating private hospital performance before and during COVID 19 in China. *Medicine*, 103(21), Article e38327.
- Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009 to 2012. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 15, Article 6.
- Yildirim, M., Limcangco, R., Friedman, B., & Rohde, F. (2024). Analyzing short-term acute care hospitals' financial measures across key characteristics, 2016–2019. Data Innovations Statistical Brief, No. 3.
- Yonce, S. K., & Barnes, B. G. (2022). Healthcare accounting research. An analysis, review, and suggestions for future work. *Journal of Governmental & Nonprofit Accounting*, 11(1), 163–192.
- Zaza, P. N., Sepetis, A., & Bagos, P. G. (2022). Prediction and optimization of the cost of energy resources in Greek public hospitals. *Energies*, 15(1), Article 381.
- Zeller, T. L., Stanko, B. B., & Cleverley, W. O. (1996). A revised classification pattern of hospital financial ratios. *Journal of Accounting and Public Policy*, 15(2), 161–181.

- Zeller, T. L., Stanko, B. B., & Cleverley, W. O. (1997). A new perspective on hospital financial ratio analysis. *Healthcare Financial Management*, 51(11), 62–66.
- Προεδρικό Διάταγμα 146/2003. Περί ορισμού του περιεχομένου και του χρόνου ενάρξεως της εφαρμογής του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου Δημοσίων Μονάδων Υγείας. ΦΕΚ Α' 122/21.05.2003.
- 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. (χ.χ.-α). Κέντρα υγείας. 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. <https://www.dypethessaly.gr/primarycare>
- 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. (χ.χ.-β). Νοσοκομεία. 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. <https://www.dypethessaly.gr/hospitals>
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου. (χ.χ.). Αρχική σελίδα. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου Αχιλλοπούλειο. <https://www.ghv.gr/>
- Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. (χ.χ.). Κλινικές και υπηρεσίες. Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. <http://www.ghl.gr/>
- Ελληνική Δημοκρατία. (2021). Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «Ελλάδα 2.0». <https://greece20.gov.gr/to-plires-sxedio/>
- Νόμος 2889/2001. (2001). Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37/Α/02.03.2001.
- Νόμος 3329/2005. (2005). Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 81/Α/04.04.2005.
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. (χ.χ.). Ιατρική υπηρεσία. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. <https://www.uhl.gr/iatriki.html>
- Παπαδάκης, Ε., Δημοτίκαλης, Ι., Βασιλειάδης, Γ., & Φανουργιάκης, Ι. (2026). Μελέτη αποτίμησης περιφερειακών πανεπιστημιακών γενικών νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας 2016 έως 2023. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 43(4), 480–486.

- Προεδρικό Διάταγμα 121/2017. (2017). Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας. ΦΕΚ 148/Α/09.10.2017.
- Υπουργείο Υγείας. (2016). Πρόσβαση των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Υπουργείο Υγείας. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>
- Υπουργείο Υγείας. (2025). Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών για την Ελλάδα 2025–2030. Υπουργείο Υγείας. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/13090-ethnikh-strathgikh-gia-thn-poiothta-ths-frontidas-kai-thn-asfaleia-twn-asthenwn-gia-thn-ellada-2025-2030>