



«Κοινωνικών Επιστημών»

«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

Διπλωματική Εργασία

«Χρηματοοικονομική Ανάλυση Ιδιωτικών Μαιευτικών Κλινικών»

«Στεφανία Χονδρογιάννη»

Επιβλέπων καθηγητής: «Δρ. Ρωξάνη Καραγιάννη»

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος, 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή (Στεφανία Χονδρογιάννη) που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Χρηματοοικονομική Ανάλυση Ιδιωτικών Μαιευτικών Κλινικών»

«Στεφανία Χονδρογιάννη»

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Δρ. Ρωξάννη Καραγιάννη»

«Μέλος ΣΕΠ του ΕΑΠ»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

«Καρασαββόγλου Αναστάσιος»

«Μέλος ΣΕΠ του ΕΑΠ»

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος, 2021

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα την καθηγήτρια μου Δρ. Ρωξάνη Καραγιάννη, η οποία κατανόησε πλήρως τις δύσκολες συνθήκες ζωής και εργασίας μου και ήταν πάντα διαθέσιμη και υποστηρικτική.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου που παρόλο τον εγκλεισμό και το νεαρό της ηλικίας τους καταλάβαιναν τον κόπο και την ανάγκη μου για διάβασμα.

Τέλος θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία στον πατέρα μου που δεν κατάφερε να με δει να φτάνω στο τέρμα αυτού του ταξιδιού.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό τη χρηματοοικονομική ανάλυση έξι μεγάλων ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών της Ελλάδος. Τα δεδομένα για την ανάλυση συλλέχθηκαν από τους δημοσιευμένους ισολογισμούς των εξεταζόμενων κλινικών στο διαδίκτυο και αφορούν τα έτη 2009-2018. Οι κλινικές που εξετάστηκαν είναι οι ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ, ΡΕΑ, ΓΕΝΕΣΙΣ, ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Αφού έγινε μια ανάλυση για τον ιδιωτικό κλάδο υγείας γενικώς, τους παράγοντες ζήτησης του, τη χρηματοδότηση και τις δαπάνες υγείας καθώς και τον τρόπο προβολής των ιδιωτικών κλινικών μέσα από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, αναλύθηκε και το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινούνται οι ιδιωτικές κλινικές.

Στη συνέχεια αναλύθηκαν οι δράσεις των έξι αυτών κλινικών στη διάρκεια της λειτουργίας τους. Ακολούθησε η χρηματοοικονομική τους ανάλυση με τη μέθοδο των αριθμοδεικτών, υπολογίστηκε ο μέσος όρος του για τις πενταετίες πριν και μετά τη θέσπιση του rebate και του clawback, καθώς και ο ρυθμός μεταβολής τους ανά έτος. Οι κατηγορίες των αριθμοδεικτών που χρησιμοποιήθηκαν ήταν της ρευστότητας, της αποδοτικότητας, της δραστηριότητας και της χρηματοοικονομικής διάρθρωσης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι στο βάθος της δεκαετίας 2009-2018 οι περισσότερες μαιευτικές κλινικές παρουσίασαν αύξηση των εσόδων τους. Το Ιασώ Αθηνών αποτελεί πρότυπο διοίκησης και παρουσιάζει στο βάθος της δεκαετίας σταθερό περιθώριο καθαρού κέρδους, ενώ το Ρέα σημείωσε τη μεγαλύτερη βελτίωση στη ρευστότητά του. Επίσης όλες οι ιδιωτικές κλινικές εισπράττουν τις απαιτήσεις τους σε λιγότερο χρόνο από ότι εξοφλούν τις υποχρεώσεις τους, αλλά και όλες χρησιμοποιούν περισσότερο ξένα κεφάλαια από ότι μετοχικά.

Λέξεις – Κλειδιά

χρηματοοικονομική ανάλυση, αριθμοδείκτες, ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές

«Financial Analysis of Private Obstetrics Clinics»

«Stefania Chondrogianni»

Abstract

The aim of this present study is to analyse financially ,six significant/major/great private maternity clinics in Greece. The data for the analysis have been collected by the published balance sheets of the clinics in question, on the internet and concern the years 2009-2018. MITERA,LITO, REA ,GENNESIS, IASO in Athens and in Thessalia are the clinics that have been examined.

After having analysed the private health sector in general ,the factors of demand, funding and the health expenses as well as the way they are featured on the social media, then the legislation frame under which the clinics operate has been referred.

Followingthe acts of these six clinics have been mentioned, during their operation. Then we have displayed their financial analysis with the method of the number indicators, their average for the five years before and after the enactment of the rebate and clawback as well as their variation rate per year. The categories of the number indicators that have been used are those of liquidity, efficiency, activity and financial structure.

The results of the study have shown that during the decade 2009-2018 most of the maternity clinics raised their earnings. Iaso in Athens is considered to be the paragon of management and has displayed within the decade a fixed margin of net profit, whereas Rea has presented the biggest improvement in liquidity. What's more, all the clinics collect their demands in less time than pay off their engagements. However , all of them use foreign capitals more extensively instead of capital shares .

KEY-WORDS : financial analysis, number indicator, private maternity clinic.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract	3
Περιεχόμενα	4
Κατάλογος Διαγραμμάτων	5
Κατάλογος Πινάκων	6
1 Εισαγωγή.....	7
1.1 Αντικειμενικός σκοπός	7
1.2 Μεθοδος	10
1.3 Διάρθρωση Εργασίας	10
2 Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	12
2.1 Οργάνωση Υπηρεσιών υγείας	12
2.2 Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας.....	14
2.3 Δαπάνες υγείας	14
2.4 Παράγοντες ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	17
2.5 Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και μέσα κοινωνικής δικτύωσης	18
3 Θεσμικό πλαίσιο	20
4 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	24
5 Μεθοδολογία.....	30
5.1 Ποιοτικά χαρακτηριστικά χρηματοοικονομικών καταστάσεων	30
5.2 Τεχνικές χρηματοοικονομικής ανάλυσης.....	31
5.3 Αριθμοδείκτες.....	31
5.3.1 Κατηγορίες Αριθμοδεικτών	33
6 Προφίλ εξεταζόμενων κλινικών.....	41
7 Χρηματοοικονομική Ανάλυση Εξεταζόμενων Κλινικών	46
7.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας	46
7.2 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	57
7.3 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	68
7.4 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ.....	78
8 Αποτελέσματα - Συμπεράσματα	90
Βιβλιογραφία.....	95

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1-Ποσοστιαία διάρθρωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	12
Διάγραμμα 2- Μέσος όρος γενικής ρευστότητας.....	48
Διάγραμμα 3-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής γενικής ρευστότητας	49
Διάγραμμα 4-Μέσος όρος ειδικής ρευστότητας	51
Διάγραμμα 5-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ειδικής ρευστότητας.....	53
Διάγραμμα 6-Μέσος όρος ταμειακής ρευστότητας	55
Διάγραμμα 7-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ταμειακής ρευστότητας.....	56
Διάγραμμα 8-Μέσος όρος ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.....	58
Διάγραμμα 9-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.....	59
Διάγραμμα 10-Μέσος όρος μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων	61
Διάγραμμα 11-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων	62
Διάγραμμα 12-Μέσος όρος ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων	63
Διάγραμμα 13-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων	64
Διάγραμμα 14-Μέσος όρος μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων.....	66
Διάγραμμα 15-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων	67
Διάγραμμα 16-Μέσος όρος περιθωρίου μεικτού κέρδους.....	69
Διάγραμμα 17-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής περιθωρίου μεικτού κέρδους.....	70
Διάγραμμα 18-Μέσος όρος αριθμοδείκτη περιθωρίου καθαρού κέρδους.....	72
Διάγραμμα 19-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής περιθωρίου καθαρού κέρδους	74
Διάγραμμα 20-Μέσος όρος αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων	76
Διάγραμμα 21-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων	77
Διάγραμμα 22-Μέσος όρος ιδίων προς συνολικά κεφάλαια	79
Διάγραμμα 23-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ιδίων προς συνολικά κεφάλαια	80
Διάγραμμα 24-Μέσος όρος ιδίων προς ξένα κεφάλαια	82
Διάγραμμα 25-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ιδίων προς ξένα κεφάλαια	83
Διάγραμμα 26-Μέσος όρος ιδίων κεφαλαίων προς καθαρά πάγια	85
Διάγραμμα 27-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ιδίων προς καθαρά πάγια	86
Διάγραμμα 28-Μέσος όρος κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις.....	87
Διάγραμμα 29-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις	89

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1-Γεννήσεις σε απόλυτο αριθμό	9
Πίνακας 2-Μεταβολή του αριθμού των Ιδιωτικών Κλινικών για τα έτη 2015-2018	13
Πίνακας 3-Συνολική χρηματοδότηση για συνολικές δαπάνες υγείας.....	15
Πίνακας 4-Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοτό του ακαθάριστου προϊόντος (ΑΕΠ) και τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή 2009-2018.....	16
Πίνακας 5-Συγκεντρωτικός πίνακας νόμων και προεδρικών διαταγμάτων.....	21
Πίνακας 6- Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας.....	46
Πίνακας 7- Ρυθμός μεταβολής γενικής ρευστότητας	48
Πίνακας 8- Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας	50
Πίνακας 9-Ρυθμός μεταβολής ειδικής ρευστότητας	52
Πίνακας 10-Αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας	53
Πίνακας 11-Ρυθμός μεταβολής ταμειακής ρευστότητας	55
Πίνακας 12-Αριθμοδείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.....	57
Πίνακας 13-Ρυθμός μεταβολής ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.....	58
Πίνακας 14-Μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων.....	59
Πίνακας 15-Ρυθμός μεταβολής μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων	61
Πίνακας 16-Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων	62
Πίνακας 17-Ρυθμός μεταβολής ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων	64
Πίνακας 18-Αριθμοδείκτης μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων.....	65
Πίνακας 19-Ρυθμός μεταβολής μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων.....	66
Πίνακας 20-Αριθμοδείκτης περιθωρίου μεικτού κέρδους.....	68
Πίνακας 21-Ρυθμός μεταβολής περιθωρίου μεικτού κέρδους.....	69
Πίνακας 22-Αριθμοδείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους	71
Πίνακας 23-Ρυθμός μεταβολής περιθωρίου καθαρού κέρδους	73
Πίνακας 24-Αριθμοδείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων	74
Πίνακας 25-Ρυθμός μεταβολής αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων	76
Πίνακας 26-Αριθμοδείκτης ιδίων προς συνολικά κεφάλαια	78
Πίνακας 27-Ρυθμός μεταβολής ιδίων προς συνολικά κεφάλαια	79
Πίνακας 28-Αριθμοδείκτης ιδίων προς ξένα κεφάλαια	80
Πίνακας 29-Ρυθμός μεταβολής ιδίων προς ξένα κεφάλαια	82
Πίνακας 30-Αριθμοδείκτης ιδίων κεφαλαίων προς καθαρά πάγια	83
Πίνακας 31-Ρυθμός μεταβολής ιδίων κεφαλαίων προς καθαρά πάγια	85
Πίνακας 32-Αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις.....	86
Πίνακας 33-Ρυθμός μεταβολής κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις	88

1 Εισαγωγή

1.1 Αντικειμενικός σκοπός

Η παρούσα εργασία έχει ως αντικειμενικό σκοπό τη χρηματοοικονομική ανάλυση έξι μεγάλων ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών για τη δεκαετία 2009-2018, χωρισμένη σε δύο πενταετίες, πριν και μετά τη θέσπιση του rebate και του clawback.

Η συγκεκριμένη ανάλυση είναι ένα θέμα μεγίστης σημασίας γιατί όσο πιο κερδοφόρο είναι ένα σύστημα υγείας, τόσο μεγαλύτερη ανάπτυξη παρουσιάζει η χώρα. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η ζήτηση των ιδιωτικών κλινικών και ειδικά των μαιευτικών – γυναικολογικών τόσο στα θέματα γεννήσεως, όσο και για γυναικολογικά περιστατικά. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα από το 1986 και μετά, παρατηρείται αύξηση των δαπανών υγείας που προορίζονται για την φροντίδα μητέρας και νεογέννητου τέκνου και αφορά τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές. Παρόλα αυτά η χρηματοδότηση είναι ανεπαρκής και για αυτό κάποιες χώρες στραφήκαν σε άλλες πηγές εσόδων.

Στη Σρι Λάνκα ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτεί το 52% της πρωτοβάθμιας φροντίδας και το 13% της νοσοκομειακής περίθαλψης. Για την παροχή προγεννητικής φροντίδας έχει συσταθεί ένα δίκτυο μαιών που σε συνεργασία με το γιατρό παρακολουθούν τις εγκύους.

Η Βολιβία από την άλλη έχει ένα αποκεντρωμένο πρόγραμμα χρηματοδότησης που στοχεύει στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Το 20% των εσόδων πηγαίνει στους δήμους, οι οποίοι χρησιμοποιούν το 85% για επενδύσεις και το 3,2% πηγαίνει σε ένα Τοπικό Ταμείο Υγείας για το (SNMN) Seguro Nacional de Maternity Nimez. Τέλος η Τανζανία επιδοτεί μια κάρτα υγείας για την αναπαραγωγική υγεία. (Borghi, 2001).

Το κόστος της προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας είναι μεγάλο και διαφέρει σε κάθε περίπτωση. Σε μια έρευνα των Sarowar et al υπολογίσανε το κόστος της περίθαλψης σε ένα νοσοκομείο της Ουγκάντας σε δολάρια. Προγεννητικά το κόστος κάθε επίσκεψης ανέρχεται σε 2.21 δολάρια για όλες τις εγκύους. Μεταγεννητικά κάθε περίπτωση ήταν διαφορετική. Μια γυναίκα που γέννησε με φυσιολογικό τοκετό κόστισε στο νοσοκομείο 37 δολάρια, ενώ μια με καισαρική τομή 44,7. Οι περιπτώσεις που ανέβασαν πολύ το κόστος νοσηλείας ήταν οι μαιευτικές επιπλοκές. Σε περίπτωση προεκλαμψίας στοίχισε 5,5-8 δολάρια, η εκλαμψία 39,8 η μετεγχειριτική λοίμωξη 24,5, η αιμορραγία 35,44 και η σήψη 8,76. (Sarowar, 2010)

Ο Μόσσιαλος και οι συνεργάτες του το 2005 σε μια έρευνα σε δύο δημόσια νοσοκομεία και μια ιδιωτική κλινική της Αθήνας, θέλησαν να διερευνήσουν τους παράγοντες που αυξάνουν τις καισαρικές τομές και αν αυτοί επηρεάζονται από την ασφάλιση της γυναίκας. Σύμφωνα λοιπόν με την έρευνα τους ο αριθμός των γυναικών που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση ολοένα και αυξάνεται, γεγονός που ίσως οφείλεται στον αυξανόμενο αριθμό ιδιωτών γυναικολόγων και ιδιωτικών κλινικών στην Ελλάδα. Το ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης βασίζεται στην άμεση αποζημίωση, επομένως δεν υπάρχει έλεγχος της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Συνεπώς κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι στις ιδιωτικές κλινικές το ποσοστό των καισαρικών είναι πιο αυξημένο κατά 12% περίπου και από αυτές τις γυναίκες που προέβησαν σε καισαρική τομή το 65% είχαν ιδιωτική ασφάλεια. Επίσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες καισαρικές τομές γίνονται τις Παρασκευές και τις ώρες μεταξύ 8πμ και 4μμ. Συνεπώς αυτή η μελέτη υποθέτει ότι οι γιατροί έχουν οικονομικά κίνητρα και κίνητρα ευκολίας για να εκτελούν καισαρικές τομές και οι γυναικολογικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα έχουν γίνει εμπορευματοποιήσιμες με όποιο κόστος οικονομικό και υγείας έχει αυτό.

(Mossialos, 2005)

Σε άλλη έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τους Moore et al, το 2011, ανάμεσα στις γυναίκες που γέννησαν με ιδιωτική ασφάλιση και σε αυτές που τις κάλυπτε το Medicaid προέκυψαν τα συμπεράσματα ότι οι γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση είχαν 11% περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν με καισαρική τομή και κατά συνέπεια περισσότερες πιθανότητες για επιπλοκές. Επίσης ανακάλυψαν ότι κατά τον τοκετό οι γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση είχαν ένα ποσοστό 79.7% να έχουν επιπλοκή έναντι των γυναικών με Medicaid. Τέλος έγινε αντιληπτό μέσα από τη μελέτη τους ότι οι γυναίκες που τις κάλυπτε το Medicaid εμφάνισαν σε υψηλότερο ποσοστό ψυχικές διαταραχές. Ανά τον κόσμο τα τελευταία χρόνια καταγράφεται η τάση οι γυναίκες να προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα για να γεννήσουν.

Μια μελέτη που διεξήχθη σε δύο κλινικές της Κένυας, μια δημόσια και μια ιδιωτική και σε δείγμα γυναικών ηλικίας 15-49 ετών, προσπάθησε να μετρήσει την ικανοποίηση των χρηστών μαιευτικών υπηρεσιών στο δημόσιο και ιδιωτικό ίδρυμα αντίστοιχα. Στον ιδιωτικό τομέα η γυναίκες εξετάστηκαν στην πρώτη μισή ώρα σε ποσοστό 98%, ενώ στο δημόσιο σε 87%. Στα ιδιωτικά ιδρύματα οι γυναίκες είπαν ότι τους παρείχαν καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας και ανταποκρίνονταν γρήγορα στις επιθυμίες τους. Επίσης στα ιδιωτικά θεραπευτήρια ανακούφιζαν τον πόνο τους φαρμακευτικά σε όλες τις περιπτώσεις, σε αντίθεση με τα δημόσια που τους προτείνουν εναλλακτικές μεθόδους.

Συνολικά πάντως και τα δημόσια και τα ιδιωτικά μαιευτήρια είχαν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των χρηστών σε ποσοστό 98 και 96% αντίστοιχα (Okumu, 2018)

Επίσης μελέτη της Παγκόσμιας Τράπεζας σε χώρες της Αφρικής έδειξε ότι οι επίτοκες επιλέγουν τις ιδιωτικές κλινικές (IFC, 2010). Τέλος σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα το έτος 2016 γεννήθηκαν σε ιδιωτικές κλινικές 40. 696 παιδιά, έναντι 25.527 παιδιών που γεννήθηκαν σε δημόσια μαιευτήρια.

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ και τον πίνακα 1, οι γεννήσεις στη δεκαετία που μελετάται παρουσιάζουν μια σταδιακή μείωση ,από 117,933 το 2009 σε 86,440 το 2018. Οι γεννήσεις αυτές κατανέμονται σε γεωγραφικά διαμερίσματα και το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνουν χώρα στην Αττική (32,351, το 2018) , την Κεντρική Μακεδονία(14,023) και τη Θεσσαλία(5,329). Για το λόγο αυτό επιλέχθηκαν να μελετηθούν οι κλινικές ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ, ΡΕΑ και ΙΑΣΩ των Αθηνών, η κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ της Θεσσαλονίκης και η κλινική ΙΑΣΩ της Θεσσαλίας. (ΕΛΣΤΑΤ, 2018)

Πίνακας 1-Γεννήσεις σε απόλυτο αριθμό

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
117,933	114,766	106,428	100,371	94,134	92,149	91,847	92,898	88,553	86,440

Πηγή:Ελστατ 2018.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το 2019 παρόλο που δεν εξετάζεται στη μελέτη οι γεννήσεις μειώθηκαν ακόμα περισσότερο, σημειώνοντας πτώση 3,1% και φθάνοντας στις 83,763.

Επίσης σύμφωνα πάντα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2017) οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας αγγίζουν το 2017 το 38,74% των συνολικών δαπανών. Οι δαπάνες υγείας είναι αναγκαίες για να διασφαλίσουν ένα σωστό επίπεδο υγείας για τους πολίτες και αντικατοπτρίζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας (Καραγιάννη, 2014)

Ο κλάδος των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών έχει επηρεαστεί όπως και όλοι οι κλάδοι τα τελευταία χρόνια, όπως γίνεται αντιληπτό από την οικονομική κρίση, από τη θέσπιση του rebate και του clawback, από τις περικοπές στις δαπάνες υγείας, αλλά και από τη σημαντική μείωση των γεννήσεων.

Συμπερασματικά λοιπόν φαίνεται ότι η μελέτη των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών και η προσπάθεια βελτίωσης της αποδοτικότητας τους είναι σημαντική, γιατί ενώ αποροφούν

ένα μεγάλο μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας του συνολικού πληθυσμού, το μέλλον τους είναι κάθε χρόνο και πιο αβέβαιο.

1.2 Μεθοδος

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος χρηματοοικονομικής ανάλυσης με τη χρήση των αριθμοδεικτών. Στην αρχή παρουσιάζεται η σπουδαιότητα της χρηματοοικονομικής ανάλυσης μιας εταιρείας και πόσο αυτή βοηθάει τους μελετητές να πάρουν αποφάσεις για το μέλλον της. Στη συνέχεια αναλύονται οι διάφορες μέθοδοι της χρηματοοικονομικής ανάλυσης και αναλύεται εκτενέστερα η μέθοδος των αριθμοδεικτών.

Οι αριθμοδείκτες είναι ίσως η καταλληλότερη μέθοδος παγκοσμίως για την ανάλυση των οικονομικών της υγείας. Σύμφωνα με τις διεθνείς αλλά και τις ελληνικές μελέτες που θα αναφερθούν οι σπουδαιότεροι αριθμοδείκτες είναι της ρευστότητας, της αποδοτικότητας, της δραστηριότητας και της κεφαλαιακής διάρθρωσης. Παράλληλα υπολογίζεται και ο μέσος όρος του κάθε αριθμοδείκτη για το σύνολο των κλινικών πριν και μετά το 2014, τη χρονιά δηλαδή που εφαρμόστηκε το clawback από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά και ο ρυθμός μεταβολής των κλινικών για κάθε αριθμοδείκτη ανά έτος.

Τα δεδομένα έχουν συλλεχθεί από τους δημοσιευμένους ισολογισμούς των προς μελέτη κλινικών και επιλέχθηκε η δεκαετία για να είναι όσο περισσότερο αξιόπιστα τα αποτελέσματα της αποδοτικότητας και της κερδοφορίας των κλινικών στο βάθος των χρόνων της λειτουργίας τους, καθώς και για να μελετηθεί αν τελικά επηρεάστηκαν από τα νέα δεδομένα του rebate και του clawback.

1.3 Διάρθρωση Εργασίας

Σχετικά με τη διάρθρωση της η εργασία χωρίζεται σε δέκα κεφάλαια.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζεται η οργάνωσή, τα χαρακτηριστικά και η διάρθρωσή τους. Αναλύονται οι παράγοντες ζήτησής τους και αναφέρονται οι εξελίξεις στις δαπάνες υγείας και στη χρηματοδότηση τους. Τέλος αναφέρεται η σχέση των ιδιωτικών κλινικών με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και ο τρόπος προβολής τους μέσα από αυτά.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν οι ιδιωτικές κλινικές. Παρουσιάζονται όλοι οι νόμοι και τα προεδρικά διατάγματα στην πάροδο των ετών έως και σήμερα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση με διεθνής και ελληνικές μελέτες για τη σημαντική συνδρομή των αριθμοδεικτών στη χρηματοοικονομική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της χρηματοοικονομικής ανάλυσης και με ποιους τρόπους μπορεί να γίνει μια τέτοια ανάλυση. Επίσης αναλύεται εκτενέστερα η ανάλυση με τη χρήση των αριθμοδεικτών. Τονίζεται η σπουδαιότητα της μεθόδου των αριθμοδεικτών και παρουσιάζονται και αναλύονται οι σπουδαιότεροι αριθμοδείκτες για την υγεία.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα προφίλ των εξεταζόμενων κλινικών. Γίνεται μια ιστορική αναδρομή των δραστηριοτήτων τους από την ίδρυσή τους ως και το 2018.

Στο έβδομο κεφάλαιο πραγματοποιείται η χρηματοοικονομική ανάλυση των κλινικών ανά αριθμοδείκτη στο βάθος της δεκαετίας, αλλά υπολογίζεται και ο μέσος όρος των κλινικών για κάθε αριθμοδείκτη ξεχωριστά στις δύο εξεταζόμενες πενταετίες ,πριν και μετά το 2014. Τέλος υπολογίζεται ο ρυθμός μεταβολής ανά έτος και ανά αριθμοδείκτη όλων των κλινικών.

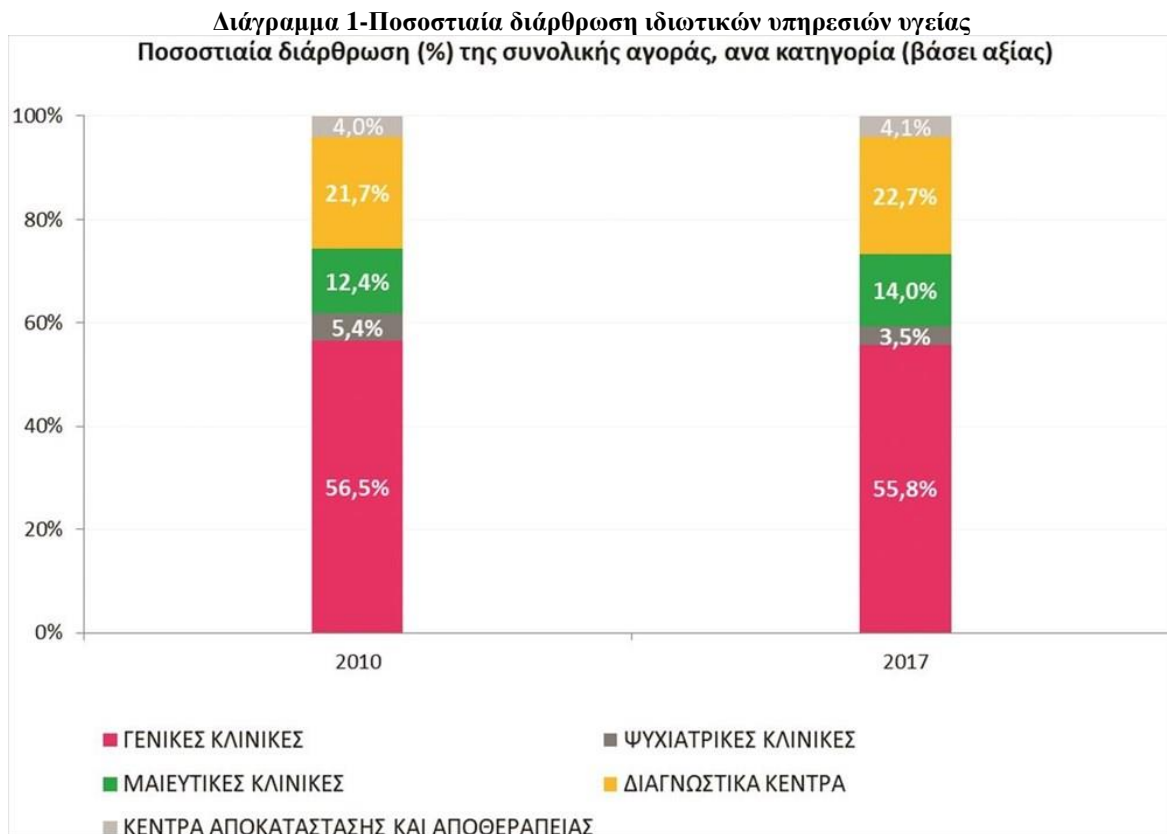
Στο όγδοο κεφάλαιο περιγράφονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη χρηματοοικονομική ανάλυση στην παρούσα εργασία και τα συμπεράσματα όσο αφορά την εργασία, καθώς επίσης προτείνονται και κάποιες λύσεις για περισσότερη ανάπτυξη της κερδοφορίας.

2 Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

2.1 Οργάνωση Υπηρεσιών υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας στηρίζεται σε τρεις βασικούς τομείς. Τις γενικές ιδιωτικές κλινικές που ανήκουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών παρόχων υγείας, τα διαγνωστικά κέντρα που ανήκουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και είναι η δεύτερη κατηγορία του κάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τις μαιευτικές κλινικές που είναι οι τρίτες στην κατηγορία και ανήκουν επίσης στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Στο παρακάτω διάγραμμα 1 απεικονίζεται η ποσοστιαία διάρθρωση της συνολικής αγοράς ανά κατηγορία.



πηγή: (ICAP, 2016).

Πίνακας 2-Μεταβολή του αριθμού των Ιδιωτικών Κλινικών για τα έτη 2015-2018

Έτος	Ιδιωτικές Κλινικές
2015	155
2016	151
2017	147
2018	144

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2020).

Ο πίνακας 2 παραθέτει τη μεταβολή του αριθμού των ιδιωτικών κλινικών από το 2015-2018. Παρατηρείται ότι υπάρχει μια σχετική μείωση που μπορεί να οφείλεται και στις συγχωνεύσεις αυτών.

Τα διαγνωστικά κέντρα με τον άρτιο τεχνολογικό εξοπλισμό που διαθέτουν έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν υψηλές σε ποιότητα υπηρεσίες υγείας πρόληψης και διάγνωσης και σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα ιδιωτικά μαιευτήρια παρέχουν κυρίως μαιευτικές και γυναικολογικές υπηρεσίες υγείας. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια έχουν επενδύσει σε κτηριακές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό για να αναβαθμίσουν τις υπηρεσίες τους και να παρέχουν και διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας.

Ανάλογα με το μέγεθος τους διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, που βρίσκονται στο μεγαλύτερο μέρος τους στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη και η δυναμικότητα τους ανέρχεται σε πάνω από 300 κρεβάτια. Διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό εξοπλισμό και εκπαιδευμένο προσωπικό και τέλος έχουν σύμβαση με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και με τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου και τα έσοδά τους προέρχονται από τους ασθενείς που νοσηλεύονται αλλά και από αυτούς που εξυπηρετούνται στα εξωτερικά τους ιατρεία. Επίσης σε μεσαίες κλινικές που και αυτές έχουν συμβάσεις με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και με τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου και η δυναμικότητα τους φτάνει ως 300 κρεβάτια. Τέλος σε μικρές κλινικές που καλύπτουν τα έξοδα τους σχεδόν εξ' ολοκλήρου από τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου και η δυναμικότητα της ανέρχεται σε 40-100 κρεβάτια. Οι νευροψυχιατρικές κλινικές αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία και έχουν σχεδόν πάντα πληρότητα. Τα έσοδά τους πηγάζουν αποκλειστικά και μόνο από τους ασθενείς που νοσηλεύονται (ICAP, 2008).

2.2 Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας

Το θέμα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ήταν πάντα ένα θέμα τριβής. Η καθολική κάλυψη των αναγκών της υγείας χρειάζεται περισσότερους διαθέσιμους πόρους. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι σημαντικός για τη βιωσιμότητά του (Μπιτσώρη, Ζ. Μπαλάσκα, Δ, 2016).

Οι βασικές αρχές που διέπουν τη χρηματοδότηση της υγείας είναι τρεις. Η αρχή της μικρο- οικονομικής αποδοτικότητας, η οποία πρεσβεύει ότι η κατανομή των πόρων των διαφόρων προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στο μεγαλύτερο όφελος. Επίσης η αρχή της μακρο- οικονομικής αποδοτικότητας, όπου το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να ξεπερνάει το όριο ,πέρα από το οποίο οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε περαιτέρω βελτίωση του επιπέδου υγείας. Τέλος η αρχή της ισότητας της χρηματοδότησης, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ανάλογα με το πραγματικό εισόδημα κάθε ατόμου (Kutzin, 2001)

Με την έναρξη της οικονομικής κρίσης όμως και με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος επέβαλε ένα νέο τρόπο τιμολόγησης και πληρωμής, τα έσοδα των ιδιωτικών νοσοκομείων από τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς μειώθηκαν , όπως και οι ιδιωτικές δαπάνες των πολιτών. Σε αυτό συνέβαλλε και ο νόμος 4052/2012 με τον οποίο επιβάλλεται μηχανισμός επιστροφών (clawback) από τους ιδιώτες παρόχους προς τον ΕΟΠΥΥ, για το ποσό που υπερβάλει τον προϋπολογισμό του. Επίσης καθορίζεται και ένα κλιμακούμενο ποσοστό επιστροφής (rebate) επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ προς τους παρόχους (Κατημερτζή,Μ)

2.3 Δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες υγείας μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες. Τις δημόσιες δαπάνες, που είναι οι δαπάνες του δημοσίου για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και τις ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή τις δαπάνες των ίδιων των ατόμων για τη νοσηλεία τους ή τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την ασφάλισή τους, όπως και τις δαπάνες των ανασφάλιστων ασθενών.

Οι τρεις σημαντικότερες κατηγορίες των δαπανών υγείας είναι η ενδονοσοκομειακή, η εξονοσοκομειακή και η φαρμακευτική. Η ενδονοσοκομειακές δαπάνες αφορούν τις αμοιβές των γιατρών και τα λειτουργικά έξοδα στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ οι

εξωνοσοκομειακές αφορούν διαγνωστικές και προληπτικές εξετάσεις περισσότερο
(ΕΛΣΤΑΤ, 2006)

Τα τελευταία χρόνια είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται, γεγονός που προβληματίζει τις κυβερνήσεις τόσο για τη βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος, όσο και για τα οικονομικά συστήματα. Οι Gerdtham and Johnson υποστηρίζουν ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι συνάρτηση των δαπανών
(Gerdtham U, 2000)

Οι λόγοι που επιβάλλουν την αύξηση των δαπανών της υγείας είναι δημογραφικοί, επιδημιολογικοί, υγειονομικοί, κοινωνικοοικονομικοί και η αύξηση της αξίας και του όγκου των υπηρεσιών υγείας. Αναλυτικότερα η γήρανση του πληθυσμού έχει επιφέρει αυξημένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες με τη σειρά τους αύξησαν τις φαρμακευτικές δαπάνες για την κάλυψη των φαρμάκων των ηλικιωμένων ασθενών. Επίσης αυξήθηκαν τα χρόνια νοσήματα, που επιβάρυναν κατά πολύ τις νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες. Ένας ακόμα παράγοντας είναι η εξέλιξη της επιστήμης, η οποία μπορεί να συντέλεσε στην πρώιμη διάγνωση και καταπολέμηση των ασθενειών, αλλά ταυτόχρονα αύξησε τις δαπάνες υγείας. Η καθολική ασφαλιστική κάλυψη επίσης οδήγησε σε αύξηση των δαπανών υγείας, λόγω της προκλητής ζήτησης και της υπερσυνταγογράφησης των φαρμάκων. Τέλος το πλεονάζον ιατρικό προσωπικό και η κακή οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων επέφεραν αύξηση των συνολικών δαπανών
(Καραγιάννη Ρ. , 2011).

Παρόλα αυτά η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) επισημαίνει ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας το 2009 αντιστοιχούσε στο 9,5% του ΑΕΠ, ενώ το 2017 μειώθηκαν σε 7,8%. Συγκεκριμένα από το 2009-2014 οι δαπάνες μειώθηκαν σε ποσοστό 36,8% ,μετά σταθεροποιήθηκαν μέχρι το 2016 και το 2017 ξαναπαρουσίασαν μια μικρή μείωση. Αντίστοιχα οι δαπάνες υγείας σε τρέχουσες τιμές ανά κάτοικο στην Ελλάδα παρουσίασαν μείωση, αντίθετα με το μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ που παρουσίασαν αύξηση (ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Πίνακας 3-Συνολική χρηματοδότηση για συνολικές δαπάνες υγείας

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6.115,4	6.475,4	8.202,3	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.087,0	4.519,0	3.984,9
% της συνολικής	27,19%	29,97%	22,31%	29,92%	30,51%	29,64%	28,50%	30,92%	27,50%
2. ΟΚΑ	9.296,8	8.445,4	8.223,0	6.204,4	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
% της συνολικής	41,34%	39,08%	43,66%	36,53%	31,62%	28,56%	29,46%	30,14%	33,33%

Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας	15.412,2	14.920,9	12.425,3	11.286,5	9.445,9	8.267,0	8.311,6	8.923,8	8.815,8
% της συνολικής	68,53%	69,05%	65,97%	66,45%	62,14%	58,21%	57,96%	61,05%	60,83%
3. Ιδιωτική ασφάλιση	433,8	536,7	534,2	525,8	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
% της συνολικής	1,93%	2,48%	2,84%	3,10%	3,26%	3,77%	3,77%	3,88%	3,99%
4. Ιδιωτικές πληρωμές	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
% της συνολικής	29,31%	28,13%	30,92%	30,14%	33,69%	36,63%	36,43%	34,60%	34,75%
Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας	7.026,1	6.614,7	6.358,0	5.644,7	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,7
% της συνολικής	31,24%	30,61%	33,75%	33,23%	36,95%	40,40%	40,21%	38,49%	38,74%
5. Λοιπές δαπάνες	52,6	73,2	52,4	53,5	139,2	198,3	262,0	67,2	61,8
% της συνολικής	0,23%	0,34%	0,28%	0,32%	0,92%	1,40%	1,83%	0,46%	0,43%
Συνολικές δαπάνες υγείας (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	22.490,9	21.608,7	18.835,7	16.984,7	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,2

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2017)

Στον πίνακα 4 παρατηρείται ότι οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 15,412 το 2009 σε 8,815 το 2017 και αντίστοιχα οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 7,026 το 2009 σε 5,614 το 2017.

Πίνακας 4-Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοτό του ακαθάριστου προϊόντος (ΑΕΠ) και τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή 2009-2018

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	GRE	9,5	9,6	9,1	8,9	8,4	8,0	8,1	8,3	8,0	7,8
	OECD	8,8	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8
Τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$)	GRE	2.760	2.618	2.307	2.168	2.091	2.042	2.100	2.198	2.207	2.238
(τρέχουσες τιμές, τρέχουσες ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης)	OECD	2.999	3.080	3.165	3.283	3.404	3.480	3.586	3.715	3.854	3.992

Πηγή: (OECD, 2019).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 2018 ποσοστό σύμφωνα με τον OECD ανέρχεται σε 7,8% όταν ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 8,8% με το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης να αντιστοιχεί στις Ηνωμένες Πολιτείες με 17% και το μικρότερο στην Τουρκία με 4,4%.

Αυτή η μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία από το 2004 και έπειτα σε συνδυασμό με την χρηματική κρίση και την αύξηση της ανεργίας έχει δημιουργήσει πληθώρα προβλημάτων στην καθολική απολαβή των υπηρεσιών υγείας. Αρκετοί πολίτες χάσανε την ασφαλιστική τους κάλυψη και αμβλύθηκαν οι κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια (Καραίσκου, 2012).

Σύμφωνα επίσης με το Υπουργείο υγείας οι δαπάνες υγείας το 2020 αυξήθηκαν κατά 20%, λόγω της προσπάθειας καταπολέμησης του κορονοϊού. Εκτιμάται ότι το 2021 θα αυξηθούν περισσότερο οι δαπάνες υγείας, γιατί η πανδημία είναι απρόβλεπτη και έχει προβλεφθεί ειδικό αποθεματικό ήδη .

2.4 Παράγοντες ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με μια μελέτη του ICAP το 2013 η ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας τη δεκαετία 1998-2009 αυξήθηκε κατά 12,7% (ICAP, 2013). Οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση αυτή είναι οι οικονομικοί παράγοντες, όπως το διαθέσιμο εισόδημα των ασθενών και οι τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Όσο αυξάνεται το εισόδημα, τόσο καλύτερες υπηρεσίες υγείας αναζητούν οι ασθενείς.

Επίσης οι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το βιοτικό επίπεδο, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κ.α., επηρέασαν τη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Ένας άλλος παράγοντας ζήτησης είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ατόμων, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασθενείς όπως τα ισχαιμικά και τα εγκεφαλικά αυξάνονται και πρέπει να σπαταληθούν περισσότεροι πόροι για την υγεία (Tountas, 2005).

Ακόμα το επίπεδο των δημόσιων νοσοκομείων ως προς την παροχή των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει πολύ τη ζήτηση. Ελλείψεις στην οργάνωση και τη διάρθρωση των δημόσιων νοσοκομείων, όπως ο ανεπαρκής ξενοδοχειακός εξοπλισμός, οι πολύωρες αναμονές, η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού και η ανεπάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό, ωθούν τους ασθενείς στις ιδιωτικές κλινικές.

Καθοριστικός παράγοντας ζήτησης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι και η γραφειοκρατία και οι μεγάλες λίστες αναμονής, που υπάρχουν για την έγκριση

σημαντικών εξετάσεων και παραλαβής υγειονομικού υλικού από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία που αναγκάζουν τους ασθενείς να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα (ICAP, 2008).

Τέλος η αλλαγή της νοοτροπίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ωθούν τους ανθρώπους στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Οι άνθρωποι πλέον είναι πιο ενημερωμένοι και απαιτούν καλύτερη υγειονομική περίθαλψη (Fitzimmons, 1997).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Ιδιαίτερα για την επιλογή του μαιευτηρίου οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους ενδιαφερόμενους να επιλέξουν μια ιδιωτική κλινική έναντι της δημόσιας είναι η φήμη του μαιευτηρίου, οι υποδομές σε ξενοδοχειακό εξοπλισμό, η γεωγραφική θέση του μαιευτηρίου, η ποιότητα και η ταχύτητα των υπηρεσιών υγείας, ο βαθμός συνεργασίας του μαιευτηρίου με άλλες ειδικότητες και η ελαστικότητα στις οικονομικές συναλλαγές της (ICAP, 2011).

2.5 Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και μέσα κοινωνικής δικτύωσης

Τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης ή αλλιώς Social Media αναφέρονται στην ανάγκη των ανθρώπων να αλληλεπιδράσουν και να ανταλλάξουν πληροφορίες με άλλα άτομα (Social) και στην τεχνολογία που βοηθάει σε αυτή την επικοινωνία (Media) (Safko et al, 2010).

Παλαιότερα η τηλεόραση και το ραδιόφωνο ήταν τα κύρια μέσα διαφήμισης. Όμως το κόστος τους ήταν αρκετά μεγάλο και δεν ήταν εύκολες οι παρεμβάσεις σε μια ήδη τελειωμένη διαφήμιση (Kokemuller, 2018).

Τα τελευταία χρόνια τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης διαδραματίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στις ζωές και τις σχέσεις των ανθρώπων αλλά και κερδίζουν χώρο στον τομέα της διαφήμισης. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις επενδύουν ολοένα και περισσότερο την προβολή τους σε αυτά (Μαζαράκης, 2017).

Ιδιαίτερα για τις ιδιωτικές κλινικές η ζήτηση για καλύτερη εξυπηρέτηση, υψηλότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και ο μεγάλος ανταγωνισμός, οδήγησε τις διοικήσεις τους στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (Lim, 2016). Δημιουργώντας μια ιστοσελίδα με τις απαραίτητες πληροφορίες για την κλινική και μια σελίδα (fun page) για να γράφουν κριτικές και να σχολιάζουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας τους επωφελούνται και

γίνονται περισσότερο γνωστές στο ευρύ κοινό. Η ευρεία χρήση τους έχει πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα.

Τα πλεονεκτήματά τους είναι ότι η κάθε κλινική μπορεί να παρακολουθεί τα βήματα και τις προσφορές των ανταγωνιστικών κλινικών, το κόστος διαφήμισης είναι χαμηλότερο και εξυπηρέτηση των πελατών είναι άμεση και 24ωρη. Επίσης μπορούν να γίνουν άμεσα παρεμβάσεις και να αλλάζουν τα δεδομένα τους (π.χ οι εκάστοτε προσφορές) και υπάρχει η δυνατότητα να σχολιάσουν οι ασθενείς για τη θετική τους εμπειρία. Τέλος μπορούν οι ασθενείς να μιλήσουν απευθείας με το γιατρό που τους ενδιαφέρει και ακόμα υπάρχει η δυνατότητα οι ασθενείς να συνομιλήσουν μεταξύ τους για την ασθένεια τους.

Στα μειονεκτήματα ανήκουν ότι τα σχόλια των ανθρώπων που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας της κλινικής μπορεί να μην είναι πάντα θετικά, υπάρχει περίπτωση εισβολής στο σύστημα και διαγραφή πολύτιμων δεδομένων και το προσωπικό που δεν είναι εξοικειωμένο με τα Social Media πρέπει να εκπαιδευτεί κατάλληλα (Wiegand, 2014).

Παρόλο τα μειονεκτήματα που προκύπτουν υπερτερούν τα πλεονεκτήματα των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης και σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση και την ανάπτυξη του διαδικτύου αποτελούν την πιο χρησιμοποιημένη μέθοδο διαφήμισης.

3 Θεσμικό πλαίσιο

Από το 1930 οι ιδιωτικές κλινικές είχαν αναπτυχθεί κυρίως στην Αθήνα, αλλά και στη Θεσσαλονίκη και τα έσοδα τους προέρχονταν κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση. Στα τέλη του 1970 οι ιδιωτικές κλινικές κατείχαν περίπου το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών (Σουλιώτης, 2000).

Το 1983 με το νόμο 1397/83 πραγματοποιείται ίσως η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Ο νόμος αυτός αποσκοπούσε στη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας και έτσι απαγορεύει την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών, αλλά και την επέκταση ή τη μεταβίβαση των ήδη υπαρχόντων κλινικών (Ν.1397/1983).

Μετά από δύο χρόνια ο νόμος 1589/85 καθορίζει την εποπτεία των ιδιωτικών κλινικών από τον νομάρχη και με τη βοήθεια μιας επιτροπής που αποτελείται από έναν κλινικάρχη, ένα μέλος του ιατρικού συλλόγου, ένα μέλος του ιατρικού κέντρου, έναν εκπρόσωπο της τοπικής ένωσης και δύο γιατρούς του νομαρχιακού νοσοκομείου (Ν.1589/85).

Ο νόμος του 1990 για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη του ΕΣΥ, επιτρέπει την ίδρυση, την επέκταση και τη νομική ή λειτουργική μετατροπή των ιδιωτικών κλινικών (Ν.1892/90). Όλο αυτό πρόκειται να υλοποιηθεί με αυστηρούς περιορισμούς που θα καθοριστούν από το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 που εκτός όλων των άλλων προϋποθέσεων δίνει και τη δυνατότητα εντός των κλινικών να δημιουργηθούν διαγνωστικές μονάδες (Π.Δ 247/91) Συμπληρωματικά με το παραπάνω Π.Δ έπεται και το Π.Δ 517/91 που καθορίζει τον αριθμό των κλινών, τις πτέρυγες λειτουργίας κ.α (Π.Δ 517/91).

Την επόμενη χρονιά ψηφίζεται ο νόμος 2071/92, για τον «εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας». Σύμφωνα με αυτό το νόμο οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν είτε δημόσια είτε ιδιωτική κλινική για την παροχή των υπηρεσιών υγείας τους με την εγγύηση του κράτους. Επιπλέον οι νοσοκομειακοί ιατροί μπορούν να ασκήσουν και ιδιωτικά το επάγγελμα τους ανοίγοντας ιδιωτικά ιατρεία ή συνάπτοντας σύμβαση με ιδιωτικές κλινικές (Ν. 2071/92).

Από τότε και μέχρι το 2000 η κατάσταση παρέμεινε σταθερή. Το 2000 με το Π.Δ 235/2000 επιτρέπεται η διακοπή ή η μεταβίβαση της άδειας των ιδιωτικών κλινικών και η ανάκληση αυτής (Π.Δ 235/2000).

Ένα πιο πρόσφατο Π.Δ το 2007 επαναπροσδιορίζει τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και τη σύνθεση του προσωπικού και ξεχωρίζει τις ιδιωτικές κλινικές σε γενικές, μεικτές και ειδικές (Π.Δ 198/2007).

Ο νόμος που έφερε τις ιδιωτικές κλινικές σε μια πιο δυσμενή θέση ήταν ο 4052/2012 (Ν. 4052/2012) που επέβαλε το clawback, δηλαδή τον αυτόματο μηχανισμό επιστροφής του ποσού υπέρβασης από το συμφωνημένο στον ΕΟΠΥΥ και το rebate , δηλαδή την υποχρεωτική έκπτωση που αναγκάζονται να κάνουν οι κλινικές στον ΕΟΠΥΥ ανάλογα με τα έσοδά τους (Παναγοπούλου, 2019).

Ο νόμος όμως 4647/2019 τους δίνει μια ανάσα δίνοντας τους την επιλογή να εξοφλήσουν το ποσό του rebate και του clawback των ετών 2013-2019 σε άτοκες μηνιαίες δόσεις που μπορεί να φτάσουν και τις 120 (Ν. 4647/19).

Τέλος ο τελευταίος νόμος 4600/2019 «Εκσυγχρονισμός και αναμόρφωση θεσμικού πλαισίου ιδιωτικών κλινικών, σύσταση εθνικού οργανισμού δημόσιας υγείας, σύσταση εθνικού ινστιτούτου νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις» ορίζει ότι η άδεια για ιδιωτική κλινική μπορεί να χορηγηθεί σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και κάθε πρόσωπο μπορεί να έχει περισσότερες από μια άδειες. Επίσης η άδεια μπορεί να τροποποιηθεί αρκεί να μην υπάρχει αύξηση των κλινών της κλινικής. Επιπλέον οι επιτροπές ελέγχου των ιδιωτικών κλινικών απαρτίζονται από ένα γιατρό του ΕΣΥ, ένα μηχανικό ειδικότητας και ένα γιατρό ορισμένο από τον ιατρικό σύλλογο. Τέλος ο διαχωρισμός των κλινικών παραμένει σε γενικές ,που έχουν τουλάχιστον ένα παθολογικό και ένα τμήμα γενικής χειρουργικής, με ελάχιστο όριο κλινών τις σαράντα, μεικτές ,με τουλάχιστον δύο τμήματα αμιγώς παθολογικής και χειρουργικής ειδικότητας ,με ελάχιστο όριο κλινών τριάντα και ειδικές ,που έχουν τουλάχιστον ένα τμήμα ειδικότητας, με ελάχιστο όριο κλινών τριάντα (Ν. 4600/2019).

Πίνακας 5-Συγκεντρωτικός πίνακας νόμων και προεδρικών διαταγμάτων

N.1397/83	ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983	Εθνικό Σύστημα Υγείας
N.1589/85	ΦΕΚ 217/Α/23.12.1985	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.1892/90	ΦΕΚ 101/Α/31.07.1990	Εκσυγχρονισμός και ανάπτυξη και άλλες διατάξεις
Π.Δ 247	ΦΕΚ 93/Α/1991	Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση,

		λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών Κλινικών
Π.Δ 517	ΦΕΚ 202/Α/24.12/1991	οροί, προϋποθέσεις και διαδικασία για την Ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών
Ν.2071/1992	ΦΕΚ 123/Α/15.07.1992	Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
Π.Δ 235/2000	ΦΕΚ 199/Α/14.09.2000	Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών
Π.Δ 198/2007	ΦΕΚ 225/Α/14.09/2007	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
Ν.4052/2012	ΦΕΚ 41/Α/1.3.2012	Έγκριση των σχεδίων συμβάσεων χρηματοδοτικής διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας, της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος.
Ν4647/2019	ΦΕΚ 204/Α/16,12,2019	Κατεπείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας των Υπουργείων Υγείας, Εσωτερικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.
		Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού

N.4600/19	ΦΕΚ 43/Α/9.03.2019	Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας
-----------	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Στον πίνακα 5 έχει γίνει μια προσπάθεια συγκέντρωσης των νόμων και των προεδρικών διαταγμάτων που αφορούν τις ιδιωτικές κλινικές.

4 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Κάθε οργανισμός επιδιώκει και με χρονικό ορίζοντα την λήξη του έτους, να επιτύχει την στοχοθεσία που έθεσε στην έναρξη του ημερολογιακού έτους . Στον επιχειρηματικό κύκλο η επιτυχία αυτή ερμηνεύεται ως αύξηση των κερδών του. Τα κέρδη αυτά είναι εφικτό να προβλεφθούν με την διενέργεια εκ μέρους των οικονομολόγων του οργανισμού μιας χρηματοοικονομικής ανάλυσης.

Η χρηματοοικονομική ανάλυση είναι σημαντική γιατί αναλύει το οικονομικό παρελθόν και παρών του οργανισμού και προβλέπει το οικονομικό του μέλλον. Υπάρχουν τρεις τρόποι ανάλυσης, η ανάλυση της αναλογίας, η κάθετη και η οριζόντια ενώ κάθε ανάλυση ακολουθεί τα εξής τρία στάδια, το στάδιο του ελέγχου των οικονομικών καταστάσεων, το στάδιο της σύγκρισης του οργανισμού ανά τα έτη και το στάδιο της μελέτης και των μελλοντικών αποφάσεων (Nowiki, 2017).

Η περισσότερο διαδεδομένη μέθοδος χρηματοοικονομικής ανάλυσης είναι η ανάλυση μέσω αριθμοδεικτών. Η χρησιμότητα των αριθμοδεικτών έγκειται στο ότι μετατρέπει τις τυποποιημένες πληροφορίες σε συγκρίσιμα μεγέθη (Suarez, 2011).

Στους οργανισμούς υγείας παρόλα αυτά οι χρηματοοικονομικές αναλύσεις διαφέρουν σε κάποια σημεία λόγω του αγαθού που εμπορεύονται.

Οι αριθμοδείκτες στην υγεία χρησιμοποιήθηκαν πρώτη φορά στις Η.Π.Α το 1985 από τους Cleverley και Rohleder, οι οποίοι πιστεύουν ότι η καθυστέρηση στη χρησιμοποίησή τους οφείλεται στο ότι δεν υπήρχαν οικονομικές πληροφορίες να συγκριθούν και επιπλέον στο ότι στο χώρο της υγείας δεν υπήρχε τόσο η οικονομική πίεση όσο στο χώρο της βιομηχανίας (Cleverley, 1985). Το 1988 οι Counte et al. εξετάζοντας 25 αριθμοδείκτες σε διάφορα νοσοκομεία των Η.Π.Α κατέληξαν στους πέντε σημαντικότερους δείκτες, οι οποίοι αφορούν τη ρευστότητα, την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων, την αποδοτικότητα, τη διάρθρωση του χρέους και τη διαχείριση των ταμειακών ροών. Η χρησιμοποίηση των περιουσιακών στοιχείων επηρεάζει την κερδοφορία, η οποία μαζί με τον κίνδυνο καθορίζουν την αξία που είναι και ο τελικός στόχος της επιχείρησης. Τον κίνδυνο τον καθορίζουν η ρευστότητα μαζί με τη διαχείριση των ταμειακών ροών και τη δομή του χρέους (Counte, 1988).

Το 1996 σε μια μελέτη 2.189 νοσοκομείων οι Zeller et al, μελέτησαν 28 χρηματοοικονομικούς αριθμοδείκτες. Μέσα από αυτούς προέκυψαν 7 οικονομικά χαρακτηριστικά απόδοσης των νοσοκομείων , οι οποίοι είναι: το κέρδος, η αποδοτικότητα,

η ρευστότητα, η ηλικία των πάγιων στοιχείων, ο συνδυασμός των μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων και ιδίων κεφαλαίων, η κάλυψη χρέους και η απόδοση του κεφαλαίου κίνησης. Οι πάροχοι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας έχουν ως στόχο το κέρδος. Παρόλαυτα οι υπερβολικές επενδύσεις σε εξοπλισμό και εγκαταστάσεις οδηγούν σε μείωση αυτού. Η διοίκηση θα πρέπει να επιλέγει που επενδύει το κεφάλαιό της έτσι ώστε να υπάρχει πιθανότητα νέων εσόδων και όχι καινούριων εξόδων (Zeller, 1996).

Σε 2,145 νοσοκομεία που μελέτησε ο Watkins (2000) για τα έτη 1990-1994 χρησιμοποίησε 21 από τους 28 αριθμοδείκτες που είχε χρησιμοποιήσει ο Zeller, καταλήγοντας όμως στα ίδια επτά οικονομικά χαρακτηριστικά (Watkins, 2000). Το 2006 οι Bhat and Jaim μελέτησαν για τα έτη 1999-2004 τα ιδιωτικά νοσοκομεία της Ινδίας με 25 διαφορετικούς αριθμοδείκτες. Κατέληξαν ότι δεν είναι όλοι τους τόσο αξιόπιστοι και χρησιμοποίησαν τους δείκτες κερδοφορίας, την ηλικία των πάγιων περιουσιακών στοιχείων, τη χρηματοοικονομική δομή, την αποτελεσματικότητα του κυκλοφορούντος ενεργητικού και τη λειτουργική αποτελεσματικότητα. Από το 1999 έως το 2004 οι ιδιωτικές κλινικές στην Ινδία μειώθηκαν σε 63 από 157. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι έχουν πολύ υψηλό οικονομικό κίνδυνο λόγω της χαμηλής τους κερδοφορίας. Ο δείκτης ROE στο 50% των κλινικών ήταν αρνητικός, ενώ η αποδοτικότητα των απασχολούμενων κεφαλαίων μειώθηκε. Επίσης μειώθηκαν αντίστοιχα και οι δείκτες συνολικού χρέους προς απασχολούμενο κεφάλαιο και συνολικού χρέους προς ίδια κεφάλαια (Bhat, 2006).

Σε μια κλαδική μελέτη της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος το 2009 για τις ιδιωτικές κλινικές και για την περίοδο 2001-2008 υπολογίστηκαν οι δείκτες ρευστότητας, αποδοτικότητας, κεφαλαιακής διάρθρωσης και δραστηριότητας. Στον κλάδο των ιδιωτικών κλινικών, τα γενικά θεραπευτήρια καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό του κλάδου. Συνεπώς είναι και αυτά που δέχονται τις μεγαλύτερες πιέσεις καθώς ο δείκτης ξένων προς ιδίων κεφαλαίων αγγίζει σχεδόν το 2. Η ταχύτητα κυκλοφορούντος του ενεργητικού ήταν σταθερή μέχρι το 2007 αλλά μειώθηκε κατά ένα μικρό ποσοστό το 2008. Ανάλογη πορεία είχαν και οι δείκτες του καθαρού και του λειτουργικού κέρδους. Αντίθετα ο δείκτης της γενικής ρευστότητας παρουσίασε μια πολύ μικρή αύξηση (Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, 2009).

Η Καραγιάννη το 2011 μελέτησε με τη χρήση πέντε χρηματοοικονομικών δεικτών επτά μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές για τα έτη 1999-2008. Οι δείκτες αφορούσαν το περιθώριο καθαρού κέρδους, τη γενική ρευστότητα, την απόδοση ιδίων κεφαλαίων, την απόδοση ενεργητικού και τη δανειακή πίεση. Η μελέτη έδειξε ότι ο μέσος ετήσιο δείκτης

απόδοσης του ενεργητικού του μαιευτικού κλάδου αυξήθηκε σε αντίθεση με το σύνολο του κλάδου της υγείας. Επίσης ο κλάδος των μαιευτικών κλινικών έχει υψηλότερη αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων σε σχέση με τον υπόλοιπο κλάδο υγείας. Τέσσερις από τις 7 κλινικές εμφανίζουν υψηλή μέση απόδοση ενεργητικού, ενώ έχουν αρνητική μέση τιμή απόδοσης ιδίων κεφαλαίων. Το μέσο ετήσιο περιθώριο κέρδους και η μέση γενική ρευστότητα είναι πολύ υψηλά, ενώ η μέση δανειακή πίεση παραμένει χαμηλή στις μαιευτικές κλινικές σε σχέση με το σύνολο του κλάδου υγείας. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι οι μαιευτικές κλινικές υπερτερούν σε κερδοφορία σε σχέση με τις υπόλοιπες κλινικές (Καραγιάννη Ρ. , 2011).

Ένα χρόνο αργότερα, το 2012 ο Burkhardt δίνει τους τέσσερις πιο χρησιμοποιημένους δείκτες για τη χρηματοοικονομική ανάλυση των νοσοκομείων βραχείας νοσηλείας. Αυτοί είναι η ταμειακή ροή, η απόδοση του ενεργητικού, η απόδοση ιδίων κεφαλαίων και το περιθώριο κέρδους. Παρόλο που ο ίδιος θεωρεί καλύτερο δείκτη την απόδοση των ιδίων κεφαλαίων γιατί υπολογίζεται εύκολα και είναι συγκρίσιμος για όλα τα νοσοκομεία, η χρήση του καθίσταται δύσκολη λόγω των ολοένα αυξανόμενων νοσοκομείων με αρνητικό συντελεστή απόδοσης. Έτσι προτείνει τις ταμειακές ροές που επίσης μπορούν να υπολογιστούν εύκολα (Burkhardt, 2013).

Την ίδια χρονιά ο Jonny αξιολόγησε την οικονομική απόδοση του νοσοκομείου ABC της Ινδονησίας για τα έτη 2012-2013. Χρησιμοποίησε τους δείκτες ρευστότητας, περιουσιακών στοιχείων, μακροπρόθεσμης φερεγγυότητας και κερδοφορίας. Με την ειδική και γενική ρευστότητα προσπάθησε να μελετήσει αν το νοσοκομείο πληρώνει τις υποχρεώσεις του και σε πόσο σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ με τις απαιτητές υποχρεώσεις (cash ratio) ήθελε να αποδείξει την ικανότητα του νοσοκομείου να χρησιμοποιεί τα μετρητά του για να καλύψει τις τρέχοντες υποχρεώσεις του. Με τη χρήση των περιουσιακών στοιχείων υπολόγισε τα μέσα αποθέματα (το απόθεμα χαμηλότερης ημέρας μπορεί να δείχνει υψηλότερο κόστος σε σχέση με τα έσοδα του νοσοκομείου) και τον κύκλο εργασιών αποθέματος (πόσο γρήγορα το νοσοκομείο εισπράττει την αμοιβή του από τους ασθενείς). Στη συνέχεια υπολόγισε τις μέσες απαιτήσεις, δηλαδή το χρόνο μετατροπής των εισπρακτέων σε μετρητά για τις υπηρεσιακές ανάγκες του νοσοκομείου και το σύνολο του ενεργητικού δηλαδή το περιθώριο ασφαλείας του νοσοκομείου στον πιστωτή. Τέλος υπολόγισε την κερδοφορία με το μετοχικό κεφάλαιο (πόσο σωστά χρησιμοποιήθηκαν οι πόροι του νοσοκομείου), τα καθαρά έσοδα (πόσα χρήματα κέρδισε το νοσοκομείο από το κεφάλαιο του επενδυτή) και το μετοχικό κεφάλαιο (πόσο αποτελεσματική ήταν η δημοσιονομική διαχείριση του νοσοκομείου). Τα συμπεράσματα

που έβγαλε ο Jonny από αυτή τη μελέτη ήταν ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο της Ινδονησίας είχε σωστή χρηματοοικονομική διαχείριση και βελτιώθηκε η οικονομική του απόδοση (Jonny, 2016).

Στην επιστημονική διάσκεψη της τσέχικης δημοκρατίας παρουσιάστηκαν ορισμένα άρθρα που έκαναν λόγο τόσο για την σπουδαιότητα των αριθμοδεικτών στην χρηματοοικονομική ανάλυση της λειτουργίας των νοσοκομείων όσο και για την συμβολή τους στην εξεύρεση λύσεων σε νοσοκομεία που εξαιτίας οικονομικών δυσχερειών βρέθηκαν στην δυσάρεστη θέση είτε να καταργήσουν τμήματά είτε να μην δέχονται πέραν ενός αριθμητικού ορίου ασθενείς. Το 2012 ο Bem σε μια μελέτη 440 δημόσιων νοσοκομείων στην Πολωνία παίρνει ως δεδομένο από άλλες μελέτες ότι το μέγεθος του νοσοκομείου σχετίζεται θετικά με την άμεση ρευστότητα, η ένταση της εργασίας σχετίζεται θετικά με το λόγο της ρευστότητας προς ένα επίπεδο έντασης και μετά γίνεται αρνητική η σχέση, ο δείκτης κερδοφορίας και ο τρέχων δείκτης ρευστότητας παρουσιάζουν μια θετική σχέση και ότι η σχέση του τρέχοντος δείκτη ρευστότητας και των δεικτών χρέους είναι αρνητική. Με αυτά τα δεδομένα κατέληξε στα εξής συμπεράσματα, ότι τα νοσοκομεία με περισσότερα έσοδα ή μεγαλύτερο αριθμό κρεβατιών έχουν υψηλότερους δείκτες ρευστότητας, η υψηλότερη ένταση φροντίδας οδηγεί στο υψηλότερο επίπεδο αναλογικής ρευστότητας και μετά η σχέση γίνεται αρνητική και αυτό συμβαίνει γιατί όσο πιο εξειδικευμένο είναι το νοσοκομείο τόσο αυξάνεται το σταθερό κόστος του, λόγω των εξειδικευμένων θεραπειών και τη διάρκεια της διαμονής. Επίσης ότι το δημόσιο κερδοφόρο νοσοκομείο συλλέγει ρευστά περιουσιακά στοιχεία, γιατί η πιθανότητα επενδύσεων είναι πολύ μικρή και ότι τα δημόσια νοσοκομεία που χρηματοδοτούν από τους δικούς τους πόρους τις επενδύσεις, δημιουργούν ένα βραχυπρόθεσμο χρέος που έχει σχέση με τις λειτουργικές του δραστηριότητες (Bem, 2014).

Τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας θέλησαν να μελετήσουν οι Loukopoulos and Roupas(2014), με γνώμονα το ιδιωτικό θεραπευτήριο «Υγεία». Για την ανάλυση τους χρησιμοποίησαν το μοντέλο DuPont, που βοηθάει στην κατανόηση της κερδοφορίας. Οι δείκτες κερδοφορίας δείχνουν την δυνατότητα της εταιρείας να παράγει κέρδη από τις επενδύσεις τους. Οι πιο γνωστοί δείκτες είναι η απόδοση των περιουσιακών στοιχείων (ROA) και η απόδοση ιδίων κεφαλαίων(ROE). Η ROE είναι το προϊόν της απόδοσης του ROA και της χρηματοοικονομικής μόχλευσης. Το ROA δείχνει πόσα κέρδη μπορεί να παράγει μια εταιρεία για κάθε επενδυμένο ευρώ ,ενώ η οικονομική μόχλευση πόσα ευρώ περιουσιακών στοιχείων μπορεί η εταιρεία να επενδύσει για κάθε ευρώ που επενδύεται από τους μετόχους της. Η απόδοση των περιουσιακών στοιχείων αναλύεται στο περιθώριο

κέρδους και στον κύκλο εργασιών. Το καθαρό περιθώριο κέρδους (ROS) είναι ο λόγος των καθαρών εσόδων προς τις πωλήσεις, ενώ ο κύκλος εργασιών δείχνει πόσα χρήματα είναι σε θέση να παράγει η εταιρεία για κάθε ευρώ των περιουσιακών της στοιχείων.

Μελετώντας λοιπόν αυτά τα στοιχεία οι Λουκόπουλος και Ρούπας κατέληξαν ότι το ιδιωτικό θεραπευτήριο υγεία είχε τεράστια κερδοφορία ως το 2009, αλλά μετά τα κέρδη του μειώθηκαν λόγω του αυξημένου ανταγωνισμού, των πιέσεων διάρθρωσης κόστους και της οικονομικής ύφεσης (Loukopoulos, 2014).

Η ICAP το 2015 στην έκθεσή της αναφέρει ότι τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών μειώθηκαν συνολικά με τις γενικές κλινικές να φτάνουν το 22% της μείωσης, τις νευροψυχιατρικές το 21%, τα διαγνωστικά κέντρα το 9% και τις μαιευτικές κλινικές το 15%. Συγκεκριμένα ύστερα από τη μελέτη 15 ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών για την περίοδο 2009-2013, κατέληξε ότι το μέσο περιθώριο μεικτού κέρδους είναι αρνητικό μέχρι το 2011 και μετά καθίσταται θετικό. Ο δείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων είναι αρνητικός, όπως και η αποδοτικότητα απασχολούμενων κεφαλαίων. Τέλος η μέση γενική ρευστότητα ήταν σχετικά σταθερή, ενώ ο λόγος ξένων προς ιδίων κεφαλαίων διαμορφώθηκε σε 2,34:1 (ICAP, 2011).

Επίσης το 2015 σε 10 νοσοκομεία της Κορέας ο Lee έκανε μια έρευνα από το 2008 ως το 2011, χρησιμοποιώντας και αυτός τους δείκτες ρευστότητας (γενική και ειδική), κεφαλαιακής διάρθρωσης (αναλογία χρέους και σταθερή αναλογία) και κερδοφορίας. Με σκοπό να μελετήσει την κερδοφορία ανέλυσε τους δείκτες του περιθωρίου κέρδους επί των πωλήσεων, του ποσοστού κέρδους επί των πωλήσεων, του λειτουργικού κέρδους στα περιουσιακά στοιχεία και του καθαρού δείκτη κέρδους. Επέλεξε να χρησιμοποιήσει τα ιατρικά κέρδη γιατί στα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία είναι δύσκολο να υπολογιστεί η κερδοφορία με τα συνηθισμένα κέρδη. Τα αποτελέσματα της μελέτης του ήταν ότι στα περισσότερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Κορέας στο διάστημα 2008-2011 αυξήθηκαν οι υποχρεώσεις και μειώθηκαν το σύνολο των περιουσιακών στοιχείων και τα έσοδα (Lee, 2015).

Το 2017, έπειτα από την μελέτη των Tenas et al, η οποία διεξήχθη σε νοσοκομείο της Ισπανίας και κατά την χρονική περίοδο 2008-2016, από τους πλέον αποτελεσματικούς δείκτες ενός συστήματος υγείας ορίστηκαν οι ρευστότητας, αποδοτικότητα, διάρθρωσης κεφαλαίων και δραστηριότητας.

Μετά την έρευνά τους κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι η ανάλυση των χρηματοοικονομικών δεικτών έδειξαν μια ισορροπημένη κατανομή των υποχρεώσεων και των μέσο όρων των περιουσιακών στοιχείων. Επομένως μπορούν τα νοσοκομεία να

ανταπεξέλθουν στις βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις τους , αλλά πρέπει να βελτιώσουν τη διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων. Τα καθαρά κέρδη τους αυξήθηκαν και έχουν κεφαλαιοποιήσει τα περιουσιακά τους στοιχεία. Τέλος η ρευστότητα τους επενδύθηκε σε περιουσιακά στοιχεία που βοήθησε τη χρηματοδότησή τους (Tenas, 2017).

Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε να μελετηθεί και για τις χρονολογίες μεταξύ 2009-2018, η χρηματοοικονομική ανάλυση 6 μεγάλων ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών. Οι λόγοι που επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες μαιευτικές κλινικές έγκεινται στο ότι θεωρούνται από τις πλέον κερδοφόρες και προτιμητέες στην επιλογή των καταναλωτών συγκριτικά με τις αντίστοιχες του δημοσίου. Επίσης η μελέτη σε βάθος 10ετίας έγινε προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι περισσότερο αξιόπιστα εν σχέση με την κερδοφορία των κλινικών ανά έτος.

5 Μεθοδολογία

Ο πρωταρχικός στόχος της χρηματοοικονομικής διαχείρισης είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους μιας επιχείρησης. Τα λογιστικά δεδομένα επηρεάζουν τις τιμές της κερδοφορίας και για να γίνουν κατανοητά πρέπει να γίνει σωστή αξιολόγηση των οικονομικών στοιχείων της επιχείρησης (Achim, 2008). Τα λογιστικά αρχεία αντιπροσωπεύουν τη ραχοκοκαλιά των χρηματοοικονομικών αναφορών (Vesic, 2017).

Σύμφωνα με το νόμο Ν.4308/14 όλες οι ιδιωτικές επιχειρήσεις συμπεριλαμβανομένων και των κλινικών, έχουν την υποχρέωση να υποβάλουν κάθε χρόνο τις χρηματοοικονομικές τους καταστάσεις. Οι καταστάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον ισολογισμό ή την κατάσταση χρηματοοικονομικής θέσης, την κατάσταση αποτελεσμάτων, την κατάσταση μεταβολών και το προσάρτημα (Ν. 4308/14,).

Όλες αυτές οι οικονομικές καταστάσεις δείχνουν την εικόνα της επιχείρησης στο παρελθόν και στο παρόν, αλλά προβλέπουν και τη μελλοντική της πορεία. Σκοπός της ανάλυσής τους είναι να προσδιορίσουν κατά πόσο η επιχείρηση είναι κερδοφόρα ανακαλύπτοντας τα δυνατά και τα αδύνατά της σημεία.

5.1 Ποιοτικά χαρακτηριστικά χρηματοοικονομικών καταστάσεων

Όλες οι οικονομικές καταστάσεις για να θεωρούνται αξιόπιστες πρέπει να παρουσιάζουν συγκεκριμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως είναι η αντικειμενικότητα, δηλαδή τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τα οικονομικά στοιχεία να μπορούν να αποδειχθούν από τα κατάλληλα έγγραφα, η συγκρισιμότητα η οποία εξασφαλίζεται από την απόφαση της ευρωπαϊκής επιτροπής να εξασφαλίζουν όλες οι ιδιωτικές επιχειρήσεις τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα, ώστε να ενισχυθεί η αξιοπιστία στις συγκρίσεις τους (Καραγιώργος, 2010) και η σαφήνεια, η οποία βοηθάει στην κατανόηση των λογιστικών δεδομένων. Επίσης θα πρέπει να παρουσιάζουν επικαιρότητα γιατί όσο πιο πρόσφατη είναι η οικονομική πληροφορία, τόσο μεγαλύτερη δυνατότητα υπάρχει για την πρόβλεψη του μέλλοντος και ουσιαστικότητα έναντι τυπικοτήτων, δηλαδή κάθε οικονομική πληροφορία να παρουσιάζεται σύμφωνα με την οικονομική πραγματικότητα και την ουσία και όχι μόνο με το νομικό της τύπο. Τέλος όλες οι οικονομικές καταστάσεις πρέπει να έχουν αναλογικότητα, δηλαδή η σύγκριση των οικονομικών στοιχείων να είναι αντίστοιχη και όχι ανομοιογενή (προμηθευτές με αποσβέσεις) (Βλάχος, 2007) και

γενικότητα σκοπού, δηλαδή οι πληροφορίες να μην είναι περίπλοκες και να μην αποπροσανατολίζουν τον ερευνητή (Μπατσινίλας, 2017).

5.2 Τεχνικές χρηματοοικονομικής ανάλυσης

Η χρηματοοικονομική ανάλυση ανάλογα με τα στάδια που διενεργείται χωρίζεται σε τυπική, δηλαδή αφορά τον εξωτερικό έλεγχο κάνοντας διορθώσεις και προετοιμάζοντας τους ισολογισμούς και τις οικονομικές καταστάσεις και ουσιαστική, η οποία έπεται της τυπικής, βρίσκει και επεξεργάζεται τους δείκτες και προβαίνει σε συμπεράσματα για την επιχείρηση (Βασιλείου, 2008)

Ανάλογα με τη θέση του αναλυτή διακρίνεται σε εσωτερική, η οποία γίνεται από τη διοίκηση ελέγχοντας τα λογιστικά βιβλία της επιχείρησης και πλεονέκτημα της είναι ότι ελέγχει τις μεθόδους της επιχείρησης και αποκαλύπτει το βαθμό της αποτελεσματικότητάς της και εξωτερική όπου διενεργείτε από τους πελάτες, τους μετόχους και τις τράπεζες μέσω των δημοσιευμένων οικονομικών καταστάσεων και ελέγχει την ικανότητα της επιχείρησης να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της (Αποστόλου, 2015).

5.3 Αριθμοδείκτες

Το Ε.Γ.Λ.Σ ορίζει ως αριθμοδείκτες «τις σχέσεις μεταξύ μεγεθών λογιστικής που καταρτίζονται με σκοπό τον προσδιορισμό της οικονομικής κατάστασης ενός τμήματος ή ολόκληρης της επιχείρησης και τον εντοπισμό τυχόν αδυναμιών, ώστε να βοηθηθούν οι αναλυτές στη λήψη αποφάσεων για αυτή». Εκφράζονται είτε ως πηλίκο, είτε με τη μορφή ποσοστού (Κάντζος, 2002).

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας από τους μεγαλύτερους τομείς της αγοράς και περιλαμβάνει ιδιωτικά ιατρεία, νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα κ.λ.π. Η ανάπτυξη του κλάδου είναι από σταθερή έως αυξητική, γιατί οι άνθρωποι θα χρειάζονται πάντα ιατρική περίθαλψη (Maverick, 2020).

Οι οικονομικές επιδόσεις των υγειονομικών οργανισμών καθορίζονται από ένα σύνολο συγκεκριμένων χρηματοοικονομικών δεικτών, οι οποίοι φανερώνουν σημαντικά στοιχεία για τη βιωσιμότητά τους και την οικονομική τους ευημερία ως οικονομικές μονάδες.

Η πλήρης προσέγγιση των χρηματοοικονομικών επιδόσεων των υγειονομικών μονάδων περιλαμβάνει τη ρευστότητα, τη δραστηριότητα, την αποδοτικότητα και τη χρηματοοικονομική τους διάρθρωση (Curtis, 2009).

Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων αριθμοδεικτών δείχνουν πως κινούνται τα λειτουργικά κόστη των υγειονομικών μονάδων, παρέχουν πληροφορίες για την

κερδοφορία τους και βοηθούν στον τρόπο διαχείρισης των ταμειακών ροών τους (Iazzari, 2018). Επίσης ανιχνεύουν πιθανούς επερχόμενους κινδύνους, δίνουν τη δυνατότητα στους αναλυτές να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για το μέλλον τους και συγκρίνουν τη μια υγειονομική μονάδα με άλλη αντίστοιχη του κλάδου, αλλά συγκρίνει και την κερδοφορία της ίδιας στην πάροδο των ετών (Λαζαρίδης, 2010).

Η ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων με τη χρήση αριθμοδεικτών παρουσιάζει πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλες αναλύσεις. Συμπυκνώνουν πολλές πληροφορίες, χωρίς μεγάλο όγκο στοιχείων προς επεξεργασία και βοηθάνε στην παροχή πληροφοριών που άλλοι βασικοί λογαριασμοί δεν μπορούν (Αποστόλου, 2015). Επίσης ο υπολογισμός τους είναι απλός και τα συγκρίσιμα στοιχεία τους είναι εύκολα προσβάσιμα (Curtis, 2009). Τέλος ανιχνεύουν τους παράγοντες που συνδέονται με την επιτυχία ή την αποτυχία της υγειονομικής μονάδας και διευκολύνουν τη σύγκριση δύο υγειονομικών μονάδων του ίδιου ομίλου μεταξύ τους (Μπατσινίλας, 2017).

Παρόλο όμως τα πολλαπλά πλεονεκτήματα, η χρήση των αριθμοδεικτών έχει και αρκετά μειονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι ότι η σύγκριση των στοιχείων είναι δύσκολη αν προέρχονται και από τον ισολογισμό και από τα στοιχεία αποτελέσματος χρήσης, γιατί αναφέρονται σε διαφορετική χρονική περίοδο. Επίσης η ύπαρξη αρνητικών παρονομαστών μπορεί να δημιουργήσει τεχνικό πρόβλημα στην ερμηνεία τους και τέλος η αξιοπιστία τους επηρεάζεται από τις διαφορετικές λογιστικές μεθόδους που χρησιμοποιεί ο κάθε υγειονομικός οργανισμός, από την ύπαρξη μη ελεγμένων καταστάσεων και από τα μη καταγεγραμμένα στοιχεία όπως οι εγγυητικές επιστολές (Κάντζος, 2002).

Οι αριθμοδείκτες μπορούν να αναλυθούν είτε διαιτηρικά (να συγκριθεί μια υγειονομική μονάδα με άλλη ανάλογη του κλάδου της), είτε διαχρονικά (η ίδια μονάδα στο πέρασμα των ετών), είτε συνδυαστικά (Achim, 2008).

Για να μπορέσουν να συγκριθούν υγειονομικές μονάδες του ίδιου κλάδου μεταξύ τους, θα πρέπει να τηρούν κάποιες προϋποθέσεις. Να χρησιμοποιούν το ίδιο λογιστικό σύστημα, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την απόδοση και την αποτίμηση να είναι ίδιες, οι οικονομικές καταστάσεις τους να συντάσσονται σύμφωνα με τους κανόνες της λογιστικής αρχής και να υπάρχει το ίδιο επίπεδο πληθωρισμού (Λαζαρίδης, 2010).

Για την ανάλυση των αριθμοδεικτών υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες που θα πρέπει να ισχύουν. Θα πρέπει να είναι ανάλογοι με την κατάσταση που παρουσιάζουν (οι υψηλοί

δείκτες προϋποθέτουν υψηλή αποδοτικότητα), να είναι σαφής για να αποφεύγεται η παρερμηνευση τους και να είναι μιας εκτεταμένης χρονικής περιόδου. Λιγότερο από 12 μήνες δεν είναι ενδεικτικοί και για αυτό σε μια τέτοια περίπτωση συγκρίνονται με το αντίστοιχο διάστημα προηγούμενων ετών. Επίσης θα πρέπει να μη συγκρίνονται μεμονωμένα γιατί δε δίνουν αξιόπιστο αποτέλεσμα και Να αποτυπώνουν όλους τους τομείς της επιχείρησης και για αυτό χωρίζονται σε κατηγορίες (Βασιλείου, 2008).

5.3.1 Κατηγορίες Αριθμοδεικτών

Οι αριθμοδείκτες ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με τη δραστηριότητα που αναφέρονται, την έρευνα που επιχειρείται και το κριτήριο που χρησιμοποιείται. Οι κυριότεροι τομείς των αριθμοδεικτών είναι ρευστότητας, αποδοτικότητας, δραστηριότητας και χρηματοοικονομικής διάρθρωσης.

Αριθμοδείκτες Ρευστότητας

Η ρευστότητα δείχνει την ικανότητα της υγειονομικής μονάδας να ανταπεξέλθει στις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της μετατρέποντας τα περιουσιακά της στοιχεία σε μετρητά (Vesic, 2017). Η ρευστότητα και η αποδοτικότητα είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους βραχυπρόθεσμα αλλά όχι και μακροπρόθεσμα. Η χαμηλή αποδοτικότητα προηγείται της μειωμένης ρευστότητας. Αν μια υγειονομική μονάδα δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της, τότε το μέλλον της είναι αβέβαιο (Curtis, 2009).

Οι σημαντικότεροι δείκτες ρευστότητας είναι η γενική, η ειδική και η ταμειακή ρευστότητα.

Γενική ή Άμεση Ρευστότητα (Current Ratio).

Ο δείκτης αυτός δείχνει το βαθμό ρευστότητας μιας υγειονομικής μονάδας και το περιθώριο ασφαλείας της σχετικά με την ικανότητα ανταπόκρισης της στις πληρωμές των καθημερινών υποχρεώσεων (Αποστόλου, 2015).

Η ιδανική τιμή αυτού του δείκτη είναι το δύο(2). Δηλαδή για κάθε ένα ευρώ χρέους να μπορεί να ρευστοποιήσει δύο ευρώ. Μικρότερη τιμή θα έδειχνε μικρό βαθμό ρευστότητας. Παρόλα αυτά μια τιμή μεγαλύτερη του 4 σημαίνει ότι υπάρχουν δεσμευμένα κεφάλαια τα οποία θα μπορούσαν να επενδυθούν για να αυξήσουν την κερδοφορία της επιχείρησης (Walsh, 2006).

Ο δείκτης γενικής ρευστότητας παρουσιάζει και μειονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι ότι παρουσιάζει μια στατική εικόνα της επιχείρησης και για αυτό θα πρέπει να συγκρίνεται με άλλους δείκτες που εκφράζουν την κυκλοφοριακή ταχύτητα (Δουμουλάκης, 2000).

Για να υπολογιστεί ο δείκτης αυτός διαιρείται το κυκλοφορούντος ενεργητικό με τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις.

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

Ειδικής Ρευστότητας (Acid – Test Ratio)

Ο δείκτης αυτός δείχνει πόσες φορές τα άμεσα ρευστοποιήσιμα οικονομικά στοιχεία καλύπτουν τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της υγειονομικής μονάδας.

Αντίθετα με τον δείκτη της γενικής ρευστότητας, στην ειδικής δεν περιλαμβάνονται τα αποθέματα, γιατί απαιτείτε χρόνος για την ρευστοποίησή τους και δεν υπάρχουν εγγυήσεις για το χρόνο πώλησής τους, όπως και για την τιμή τους (Βασιλείου, 2008)

Ένας δείκτης ρευστότητας πάνω από τη μονάδα είναι ικανοποιητικός.

Μικρότερος από τη μονάδα σημαίνει ότι τα ρευστοποιήσιμα στοιχεία δε φτάνουν για την κάλυψη των υποχρεώσεων, ενώ όσο μεγαλύτερος είναι τόσο μεγαλύτερη είναι και η ρευστότητα (Χατζηνικολάου, 2008).

Για να υπολογιστεί αυτός ο δείκτης διαιρείται το σύνολο των απαιτήσεων και των διαθέσιμων της επιχείρησης με τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας} = \frac{\text{Απαιτήσεις} + \text{Διαθέσιμα}}{\text{Βραχυχρόνιες Υποχρεώσεις}}$$

Ταμειακής Ρευστότητας (Cash Ratio).

Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει την κατάσταση του υγειονομικού οργανισμού σχετικά με τα ταμειακά του διαθέσιμα και με το κατά πόσο αυτά είναι ικανά να καλύψουν τις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του. Ως ταμειακά διαθέσιμα ορίζονται τα χρήματα που βρίσκονται στο ταμείο της επιχείρησης και

οποιοδήποτε άλλο περιουσιακό στοιχείο της μπορεί να ρευστοποιηθεί γρήγορα και με μικρό κόστος (Παπάκης, 2020).

Μια αποδεκτή τιμή αυτού του δείκτη είναι >0,40. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του τόσο λιγότερο κίνδυνο έχει η επιχείρηση για την κάλυψη των υποχρεώσεων της (Νιάρχος, 2004).

Υπολογίζεται με το πηλίκο των ταμειακών διαθέσιμων προς τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ταμειακής Ρευστότητας} = \frac{\text{Ταμειακά Διαθέσιμα}}{\text{Βραχυχρόνιες Υποχρεώσεις}}$$

Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας.

Αυτοί οι δείκτες υπολογίζουν την αποδοτικότητα των κεφαλαίων σε κέρδη, δηλαδή πόσο αποτελεσματική είναι μια υγειονομική μονάδα σε σχέση με τα κέρδη της μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Τζωρτζόπουλος, 2012).

Οι κυριότεροι δείκτες αυτής της κατηγορίας είναι μεικτού και καθαρού κέρδους και αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων.

Μεικτού Κέρδους (Gross Profit Margin).

Ο δείκτης αυτός εκφράζει σε τι ποσοστό μεικτού περιθωρίου κέρδους πουλάει μια υγειονομική μονάδα το προϊόν ή τις υπηρεσίες της, δηλαδή κατά πόσο εκμεταλλεύεται σωστά τις πωλήσεις και τις τιμές του προϊόντος της. Ένας υψηλός δείκτης δίνει τη δυνατότητα στην μονάδα να επιτύχει φθηνές αγορές και να πουλήσει και υψηλές τιμές, ενώ ένας χαμηλό δείκτης δείχνει ότι δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα από τις πωλήσεις της (Κάντζος, 2002).

Για τον υπολογισμό του διαιρείται το μεικτό κέρδος (κύκλος εργασιών – κόστος πωληθέντων) με τις πωλήσεις (κύκλος εργασιών).

$$\text{Αριθμοδείκτης Μεικτού Κέρδους} = \frac{\text{Κύκλος Εργασιών} - \text{Κόστος Πωληθέντων}}{\text{Κύκλος Εργασιών}}$$

Καθαρού Κέρδους (Net Profit Margin).

Ο αριθμοδείκτης αυτός παρουσιάζει τη συνολική αποδοτικότητα ενός υγειονομικού οργανισμού σε σχέση με τα συνολικά της κέρδη, δηλαδή δείχνει το ποσοστό του καθαρού περιθωρίου κέρδους με το οποίο πουλάει το προϊόν ή την υπηρεσία που παράγει. Υψηλός αριθμοδείκτης καθαρού κέρδους δείχνει υψηλή κερδοφορία και ικανότητα να αντιμετωπίσει δυσοίωνες οικονομικές συνθήκες (Αποστόλου, 2015).

Για να υπολογιστεί ο αριθμοδείκτης καθαρού κέρδους διαιρείται το καθαρό κέρδος με τις πωλήσεις (κύκλος εργασιών). Στον αριθμητή ως καθαρό κέρδος λαμβάνεται το καθαρό κέρδος προ φόρων, ώστε να είναι συγκρίσιμο με τον κύκλο εργασιών.

$$\text{Αριθμοδείκτης Καθαρού Κέρδους} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη προ Φόρων}}{\text{Κύκλος Εργασιών}}$$

Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων (Return On Equity).

Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει πόσο αποτελεσματικά χρησιμοποιεί ο υγειονομικός οργανισμός τους εσωτερικούς του πόρους για τη δημιουργία κέρδους (Curtis, 2009). Ως καθαρά κέρδη μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα κέρδη προ ή μετά φόρων. Στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιηθούν τα λειτουργικά καθαρά κέρδη προ φόρων ώστε ο δείκτης αυτός να εμφανίζει τη λειτουργική αποτελεσματικότητα χρήσης των ιδίων κεφαλαίων.

Ένας υψηλός δείκτης δείχνει την αποτελεσματικότητα της επιχείρησης που οφείλεται στην υψηλή παραγωγικότητα, στην επιτυχημένη διοίκηση, στη σωστή χρήση των κεφαλαίων της κ.α. (Νιάρχος, 2004).

Για τον υπολογισμό του υπολογίζεται το πηλίκο των καθαρών λειτουργικών κερδών προ φόρων προς τα ίδια κεφάλαια της επιχείρησης.

$$\text{Αριθμοδείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Καθαρά Κέρδη προ Φόρων}}{\text{Ίδια Κεφάλαια}}$$

Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας.

Αυτοί οι δείκτες παρουσιάζουν το πόσο αποτελεσματικά η υγειονομική μονάδα διαχειρίζεται τα περιουσιακά της στοιχεία ,με σκοπό τις πωλήσεις. Το ότι κάποιοι από αυτούς δίνουν το αποτέλεσμα σε μέρες, δίνουν το πλεονέκτημα στους αναλυτές να κρίνουν την παραγωγή των προϊόντων τους μέχρι και την τελική πώλησή τους (Τζωρτζόπουλος, 2012).

Στη συγκεκριμένη μελέτη έχουν υπολογιστεί οι δείκτες ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων, μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων, ταχύτητας εξόφλησης βραχυχρόνιων υποχρεώσεων και μέση διάρκεια εξόφλησης βραχυχρόνιων υποχρεώσεων.

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων (Receivables Turnover Ratio).

Ο αριθμοδείκτης αυτός φανερώνει τον αριθμό των φορών που μια υγειονομική μονάδα εισπράττει τις απαιτήσεις της κατά μέσο όρο μέσα σε μια λογιστική χρήση. Μικρός αριθμοδείκτης ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων δείχνει μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι την είσπραξη των απαιτήσεων και έτσι χαμηλή αποδοτικότητα. Αντίθετα μεγάλος αριθμοδείκτης δείχνει μεγαλύτερη ευκολία για χορήγηση πιστώσεων (Γεωργόπουλος, 2014).

Για να υπολογιστεί ο αριθμοδείκτης της ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων διαιρούνται οι πωλήσεις (κύκλος εργασιών) με το μέσο όρο απαιτήσεων.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων} = \frac{\text{Κύκλος Εργασιών}}{\text{Μέσος Όρος Απαιτήσεων}}$$

Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Είσπραξης Απαιτήσεων (Average Collection Period).

Ο αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Είσπραξης Απαιτήσεων συνδέεται με τον αριθμοδείκτη Ταχύτητας Απαιτήσεων και δείχνει το μέσο αριθμό των ημερών που χρειάζεται η υγειονομική επιχείρηση για να εισπράξει τις απαιτήσεις της (Γεωργόπουλος, 2014).

Υπολογίζεται από το πηλίκο των ημερών ενός έτους (365) προς τον αριθμοδείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων.

Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Είσπραξης Απαιτήσεων

$$= \frac{365}{\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Είσπραξης Απαιτήσεων}}$$

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων (Payable Turnover Ratio).

Ο δείκτης αυτός φανερώνει τον αριθμό των φορών που ένας υγειονομικός οργανισμός εξοφλεί τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις του κατά μέσο όρο μέσα σε μια λογιστική χρήση, δηλαδή το πόσες φορές μπορεί το κόστος πωληθέντων να καλύψει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις του. Ένας υψηλός δείκτης φανερώνει ότι ο οργανισμός εξοφλεί γρήγορα τους υπόχρεούς του, ενώ αντίθετα ο χαμηλός δείκτης δείχνει ότι χάνει τη φερεγγυότητά του απέναντι στους προμηθευτές του (Νιάρχος, 2004).

Για να υπολογιστή ο συγκεκριμένος αριθμοδείκτης διαιρείται το κόστος πωληθέντων με το μέσο όρο των βραχυχρόνιων υποχρεώσεων.

Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων

$$= \frac{\text{Κόστος Πωληθέντων}}{\text{Μέσος Όρος Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων}}$$

Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Εξόφλησης Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων (Average Payment Period)

Ο αριθμοδείκτης αυτός σχετίζεται με τον παραπάνω αριθμοδείκτη Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων και δείχνει το μέσο αριθμό των ημερών που χρειάζεται ο οργανισμός μέχρι να πληρώσει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις του (Νιάρχος, 2004).

Υπολογίζεται από το πηλίκο των ημερών ενός έτους (365) προς τον αριθμοδείκτη ταχύτητας εξόφλησης βραχυχρόνιων υποχρεώσεων.

Αριθμοδείκτης Μέσης Διάρκειας Εξόφλησης Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων

$$= \frac{365}{\text{Αριθμοδείκτης Ταχύτητας Εξόφλησης Βραχυχρόνιων Υποχρεώσεων}}$$

Αριθμοδείκτες χρηματοοικονομικής διάρθρωσης.

Οι αριθμοδείκτες χρηματοοικονομικής διάρθρωσης δείχνουν τη μακροπρόθεσμη αξία ενός υγειονομικού οργανισμού. Οι οργανισμοί με χαμηλά διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία ενέχουν επιχειρηματικό κίνδυνο. Οι διοικήσεις χρησιμοποιούν αυτούς τους δείκτες για να εντοπίσουν νέες ευκαιρίες για τη μείωση του χρέους και την επέκταση των κεφαλαίων τους, ώστε να αυξήσουν τη βιωσιμότητα του οργανισμού. Ένα δείκτης μεγαλύτερος από τη μονάδα θεωρείται ιδανικός (Lazzari, 2018).

Στη μελέτη αυτή αναλύονται οι δείκτες ιδίων προς συνολικών κεφαλαίων, ιδίων προς ξένων κεφαλαίων, ιδίων κεφαλαίων προς πάγια και κυκλοφορούντος ενεργητικού προς σύνολο υποχρεώσεων.

Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Πάγια (Equity to Fixed Assets Ratio).

Ο αριθμοδείκτης αυτός που είναι γνωστός και ως δείκτης χρηματοδότησης παγίων, δείχνει τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται τα πάγια του υγειονομικού οργανισμού. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης τόσο πιο εύκολη είναι η χρηματοδότηση των παγίων της και ιδιαίτερα τόσο μεγαλύτερο είναι το κεφάλαιο κίνησης που διαθέτει, δηλαδή τα πάγια χρηματοδοτούνται περισσότερο από τα ίδια κεφάλαια παρά από δανεισμό. Αντίθετα ένας χαμηλός δείκτης φανερώνει υπερεπένδυση και αδυναμία της επιχείρησης να ανταποκριθεί στις τρέχουσες ανάγκες της (Νιάρχος, 2004).

Για να υπολογιστεί αυτός ο αριθμοδείκτης διαιρούνται τα ίδια κεφάλαια με τα καθαρά πάγια.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ιδίων Κεφαλαίων προς Πάγια} = \frac{\text{Ίδια Κεφάλαια}}{\text{Καθαρά Πάγια}}$$

Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Συνολικών Κεφαλαίων (Equity to Total Assets Ratio).

Ο αριθμοδείκτης αυτός δείχνει το ποσοστό των συνολικών κεφαλαίων που έχει χρηματοδοτηθεί από τους ίδιους τους φορείς του υγειονομικού οργανισμού. Ένας υψηλός δείκτης φανερώνει ότι ο οργανισμός δέχεται μικρή πίεση για την εξόφληση των υποχρεώσεών της, ενώ ένας μικρός δείκτης αντανακλά τον

κίνδυνο του υπερδανεισμού, λόγο μικρών ιδίων κεφαλαίων και μεγάλης εξάρτησης από ξένα κεφάλαια (Νιάρχος, 2004).

Για τον υπολογισμό του χρησιμοποιούμε το πηλίκο των ιδίων κεφαλαίων προς τα συνολικά κεφάλαια (ενεργητικό).

$$\text{Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Συνολικών Κεφαλαίων} = \frac{\text{Ίδια Κεφάλαια}}{\text{Συνολικά Κεφάλαια}}$$

Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Ξένων Κεφαλαίων (Equity to Debt Ratio)

Ο δείκτης αυτός αποτελεί δείκτη φερεγγυότητας και σταθερότητας. Όσο μεγαλύτερος είναι ο συγκεκριμένος δείκτης, τόσο καλύτερη είναι η ικανότητα της για λήψη πιστώσεων. Εάν ο δείκτης είναι μεγαλύτερος της μονάδας, τότε ο δανεισμός είναι μικρός, ενώ εάν είναι μικρότερος δείχνει ότι ο οργανισμός υπερδανείζεται (Γκίνογλου, 2005).

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται διαιρώντας τα ίδια κεφάλαια προς τα ξένα κεφάλαια.

$$\text{Αριθμοδείκτης Ιδίων προς Ξένων Κεφαλαίων} = \frac{\text{Ίδια Κεφάλαια}}{\text{Ξένα Κεφάλαια}}$$

Αριθμοδείκτης Κυκλοφορούντος Ενεργητικού προς Σύνολο Υποχρεώσεων (Current Assets to Total Liabilities Ratio)

Ο αριθμοδείκτης αυτός δείχνει τη σχέση μεταξύ των κυκλοφορούντων στοιχείων μιας υγειονομικής μονάδας και του συνόλου των υποχρεώσεών της και αποτελεί ένα δείκτη της μακροχρόνιας ρευστότητάς της. Εάν ο δείκτης είναι μεγαλύτερος του 1 η μονάδα είναι σε πλεονεκτική θέση όσο αφορά την εξόφληση των μελλοντικών της υποχρεώσεων χωρίς την ανάγκη κεφαλαιακής αναδιάρθρωσής της (Αποστόλου, 2015).

Για να υπολογιστεί αυτός ο δείκτης διαιρείται το κυκλοφορούν ενεργητικό με το σύνολο των υποχρεώσεων.

$$\begin{aligned} \text{Αριθμοδείκτης Κυκλοφορούντος Ενεργητικού προς Σύνολο Υποχρεώσεων} \\ = \frac{\text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό}}{\text{Σύνολο Υποχρεώσεων}} \end{aligned}$$

6 Προφίλ εξεταζόμενων κλινικών

ΡΕΑ

Η κλινική Ρέα πήρε το όνομά της από τη θεά Ρέα της μυθολογίας. Ήταν η Θεά της γονιμότητας και από αυτή γεννήθηκαν οι πρώτοι Θεοί του Ολύμπου.

Ιδρύθηκε το 2007 και ξεκίνησε τη λειτουργία της το 2010, βασισμένη στο όραμα καταξιωμένων μαιευτήρων – γυναικολόγων. Το 2011 υπέγραψε σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ και αλλάζει η άδεια της από Μαιευτική- Γυναικολογική σε Μικτή χειρουργική ,προσθέτοντας νέα τμήματα στο δυναμικό της. Έπειτα το 2014 ξανά αλλάζει η άδεια της σε Γενική Κλινική και ανακοινώνεται η συνεργασία της με το δίκτυο Mednet, όπου της δίνεται η δυνατότητα να εξυπηρετεί πελάτες μεγάλων ασφαλιστικών εταιρειών. Το 2015 ο ΟΗΕ την κατατάσσει σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία στον κόσμο και το 2017 βραβεύτηκε από το διπλωματικό συμβούλιο ως προτιμώμενη συνεργαζόμενη κλινική. Πλέον αποτελείται από 450 μαιευτήρες, οι οποίοι πλαισιώνονται και από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων ,ώστε να παρέχεται μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών στη γυναίκα και το νεογνό με γνώμονα την ασφάλειά τους. Διαθέτει 180 κλίνες και απασχολεί περίπου 522 εργαζόμενους.

Διαθέτει τελευταίας τεχνολογίας ιατρικό εξοπλισμό ,ώστε να προσφέρει την ακριβέστερη και ασφαλέστερη διάγνωση στους πελάτες της. Παρέχει γυναικολογικές, μαιευτικές και χειρουργικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα λειτουργούν τα εξής τμήματα στην κλινική. Τμήμα μαιευτικής – γυναικολογίας, μονάδα εντατικής θεραπείας, μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης, τμήμα γυναικολογικών υπερήχων, ανοιχτός μαγνητικός τομογράφος, τμήμα πλαστικής χειρουργικής, τμήμα γενικής χειρουργικής, τμήμα ουρογυναικολογίας, τμήμα ωτορινολαρυγγολογίας, κέντρο μαστού, παθολογοανατομικό εργαστήριο, κυτταρολογικό εργαστήριο και εξωτερικά ιατρεία. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης υπάρχει η δυνατότητα επιπλέον υπηρεσιών ,όπως ψυχολόγος για την προετοιμασία του ζευγαριού για τον ερχομό του μωρού, συμβουλές διατροφής, σεμινάρια για το θηλασμό και τη φροντίδα του νεογνού. Επίσης προσφέρει πιο εξειδικευμένες ψυχολογικές υπηρεσίες σε γονείς με πρόωρα βρέφη, σε ζευγάρια υπογόνιμα και σε γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με κακοήθεις όγκους.

ΓΕΝΕΣΙΣ

Η κλινική Γένεσις είναι η πρώτη μικτή κλινική στη Θεσσαλονίκη, καλύπτοντας έτσι το κενό που υπήρχε στη Βόρειο Ελλάδα στο χώρο των ιδιωτικών μαιευτηρίων. Ξεκίνησε τη δραστηριότητά της το 2004 και μέσα στην πρώτη δεκαετία της λειτουργίας της είχε ήδη φτάσει τους 45,000 τοκετούς, αγγίζοντας το 30% των συνολικών γεννήσεων στη Θεσσαλονίκη.

Αυτή τη στιγμή συνεργάζεται με περισσότερους από 350 γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και απασχολεί περίπου 212 εργαζόμενους, προσφέροντας όχι μόνο μαιευτικές και γυναικολογικές υπηρεσίες αλλά και διαγνωστικές και χειρουργικές. Τα τμήματα από τα οποία απαρτίζεται είναι η αίθουσα τοκετών, γυναικολογική χειρουργική κλινική, μονάδα εντατικής θεραπείας, μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, κέντρο μαστού, τμήμα υπερήχων, τμήμα οστεοπόρωσης, τμήμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, τμήμα πλαστικής χειρουργικής, ακτινολογικό – βιοχημικό εργαστήριο, κέντρο διατροφής και διαιτολογίας και τμήμα αιμοδοσίας.

Ανήκει στον όμιλο Euromedica. Είναι μια ανώνυμη εταιρεία και οι μετοχές της δεν είναι ενταγμένες στο χρηματιστήριο, η μετοχική της σύνθεση παραμένει σταθερή και δεν έχει καμία θυγατρική. Τέλος οι οικονομικές της καταστάσεις ενοποιούνται με του ομίλου Euromedica ,περιέχοντας το 51% της μετοχικής σύνθεσης της εταιρείας.

ΛΗΤΩ

Η πρότυπη μαιευτική και γυναικολογική κλινική Λητώ πήρε το όνομά της από τη μητέρα της Άρτεμις και του Απόλλωνα και συμβολίζει την ευγονία. Ιδρύθηκε το 1966 από μια ομάδα μαιευτήρων και ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1970 σαν Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης, ενώ το 1991 μετατρέπεται σε Ανώνυμη Εταιρεία. Το 2000 η εταιρεία «Μητέρα» αγόρασε το 34% των μετοχών της, ποσοστό που το 2006 έφτασε στο 86%. Το 2007 η κλινική Λητώ γίνεται θυγατρική του ομίλου ΥΓΕΙΑ ,ενώ το 2018 όλος ο όμιλος ΥΓΕΙΑ (μαζί με τη Λητώ) περνάει στην εταιρεία «CVC CAPITAL PARTNERS».

Αποτελεί την πιο παλιά μαιευτική – γυναικολογική κλινική και ήταν και πρωτοπόρος .Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η οργάνωση του πρώτου κέντρου μαστού, του κέντρου μοριακής βιολογίας και κυτταρογενετικής καθώς και ο πρώτος τοκετός στο νερό.

Η κλινική Λητώ διαθέτει 100 κλίνες και απασχολεί περίπου 270 εργαζόμενους. Τα τμήματα από τα οποία απαρτίζεται είναι η μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας ενηλίκων, το Ιατρείο Βελονισμού, το τμήμα υπερήχων, το τμήμα αναπαραγωγικής ιατρικής, το τμήμα μαστού, το τμήμα οστεοπόρωσης, το ακτινολογικό εργαστήριο, το μικροβιολογικό εργαστήριο, το κυτταρολογικό και παθολογοανατομικό εργαστήριο, το εργαστήριο μοριακής βιολογίας και κυτταρογενετικής, το ουροδυναμικό τμήμα, το τμήμα αισθητικής και laser, το ουρολογικό – ανδρολογικό τμήμα, το τμήμα πλαστικής χειρουργικής, το ιατρείο παθήσεων πρωκτού, το καρδιολογικό τμήμα και το δερματολογικό τμήμα.

ΜΗΤΕΡΑ

Το Μητέρα είναι ένα από τα μεγαλύτερα ιδιωτικά μαιευτήρια στην Ελλάδα. Ξεκίνησε τη λειτουργία της τον Απρίλιο του 1979 ως Ανώνυμη Εταιρεία. Το 2000 εξαγοράζει το 34% των μετοχών του μαιευτηρίου Λητώ και ένα χρόνο αργότερα γίνεται θυγατρική του ομίλου Υγεία. Από τότε τα οικονομικά της στοιχεία υπάρχουν στις Ενοποιημένες Οικονομικές Καταστάσεις της «Υγείας Α.Ε». Το 2018 όμως η HELLENIC HEALTHCARE S.A R.L εξαγοράζει το 70% του ομίλου υγεία και η κλινική Μητέρα περνάει στον έλεγχό της.

Στο ξεκίνημά της η κλινική Μητέρα ήταν αμιγώς μαιευτική κλινική ,αλλά αργότερα άλλαξε την άδεια της σε Γενική Κλινική. Το 2003 προστίθεται η Παιδιατρική Κλινική ,ενώ το 2008 ξεκινάει η πρώτη παιδοχειρουργική κλινική στον ιδιωτικό τομέα.

Η κλινική Μητέρα διαθέτει 459 κλίνες και εκτός από τους συνεργαζόμενους γιατρούς απασχολεί περίπου 1,008 υπαλλήλους. Τα τμήματα που την απαρτίζουν είναι η μαιευτική – γυναικολογική κλινική, το τμήμα γενικής χειρουργικής, το τμήμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, το τμήμα ωτορυνολαρυγγολογίας, το τμήμα αγγειοχειρουργικής, το τμήμα οφθαλμολογίας, το τμήμα ουρολογίας, το αιμοδυναμικό εργαστήριο, το κέντρο μαστού,

το ιατρείο αγγειακών δυσπλασιών, το τμήμα ογκολογίας, το τμήμα εργαστηριακών απεικονίσεων , το δερματολογικό τμήμα, η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενηλίκων, το μικροβιολογικό και κυτταρολογικό εργαστήριο, η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, το τμήμα σακχαρώδη διαβήτη και μεταβολισμού, το τμήμα διατροφής, το τμήμα ψυχικής υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων

ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ

Η κλινική Ιασώ ξεκίνησε να λειτουργεί το 1996 ως μαιευτική – γυναικολογική και χειρουργική κλινική με τη μορφή Ανώνυμης Εταιρείας. Το 1999 εξαγοράζει το μαιευτήριο Ήρα και το 2000 εισάγει τις μετοχές της στο χρηματιστήριο. Το 2001 ιδρύει δύο θυγατρικές εταιρίες στην Αθήνα, το «Ιασώ Νοτίων Προαστίων» και το «Σύγχρονο Πολυδύναμο Κέντρο Αποθεραπείας – Αποκατάστασης», ενώ το 2002 ιδρύεται άλλη μία θυγατρική το «Ιασώ Θεσσαλίας». Η εκκόλαψη των θυγατρικών συνεχίζεται με την «Ιασώ General» το 2003 και τη «HOCO A.E».

Το Ιασώ διαθέτει 486 κλίνες και απασχολεί 934 εργαζόμενους. Προσφέρει διευρυμένες ιατρικές υπηρεσίες για την καλύτερη φροντίδα μητέρας και νεογνού και απαρτίζεται από τα εξής τμήματα :Τμήμα μαιευτικής – γυναικολογίας, Χειρουργικό τμήμα ,Τμήμα ογκολογίας, Τμήμα παιδικής και εφηβικής γυναικολογίας, Τμήμα υπερήχων , Κέντρο μαστού, Ουροδυναμικό , Ενδοκρινολογικό – διαβητολογικό εργαστήριο, Τμήμα απεικονιστικού ελέγχου, Παιδιατρικό τμήμα, Τμήμα πλαστικής και αισθητικής, Μονάδα εντατικής θεραπείας ενηλίκων, Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, Μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης και Εξωτερικά ιατρεία.

ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Η θυγατρική εταιρεία Ιασώ Θεσσαλίας ιδρύθηκε το 2002 και ξεκίνησε τη λειτουργία της το Μάρτιο του 2010. Βρίσκεται στην Π.Ε.Ο Λάρισας – Αθηνών και εξυπηρετεί ολόκληρη τη Θεσσαλία. Σκοπός της είναι να παρέχει υπηρεσίες υγείας βασισμένη στο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό που διαθέτει και στην εμπειρία των συνεργαζόμενων ιατρών της.

Εκτός από το μαιευτικό και γυναικολογικό τμήμα διαθέτει και κέντρο συγγενών καρδιολογικών ανωμαλιών, κέντρο βαριατρικής χειρουργικής, ογκολογικό κέντρο, κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κέντρο laser και αποκατάστασης φλεβικών παθήσεων, ογκολογικό τμήμα, μονάδα τεχνητού νεφρού, μονάδα εντατικής θεραπείας ενηλίκων, μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, ιατρείο διακοπής καπνίσματος, διαβητολογικό τμήμα, ιατρείο αντιμετώπισης χρόνιου πόνου, μικροβιολογικό και παθολογοανατομικό εργαστήριο, απεικονιστικά τμήματα και εξωτερικά ιατρεία

Συμπεράσματα

Οι κλινικές αυτές επιλέχθηκαν γιατί είναι οι μεγαλύτερες ιδιωτικές κλινικές και σε αυτές λαμβάνει χώρα το μεγαλύτερο ποσοστό των γεννήσεων σε Αττική, Κεντρική Μακεδονία και Θεσσαλία, κατέχοντας έτσι το μεγαλύτερο μερίδιο εσόδων από τοκετούς. Στον παρακάτω πίνακα δίνεται μια εικόνα των γεννήσεων για το έτος 2018 και συγκρίνεται με το πρόσφατο 2019 όπου παρατηρείται μείωση αυτών.

Με μια προσεκτική ματιά γίνεται αντιληπτό ότι οι εξεταζόμενες κλινικές έχουν πολλά κοινά στοιχεία. Όλες λειτουργούν ως Ανώνυμες Εταιρείες, παρέχουν κατεξοχήν μαιευτικές και γυναικολογικές υπηρεσίες υγείας, αλλά διαθέτουν και πολλές ακόμα υπηρεσίες για την καλύτερη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού και τέλος τέσσερις από τις έξι κλινικές (ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ, ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, ΛΗΤΩ, ΜΗΤΕΡΑ) έχουν θυγατρικές εταιρείες.

7 Χρηματοοικονομική Ανάλυση Εξεταζόμενων Κλινικών

7.1 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας

ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ

Πίνακας 6- Αριθμοδείκτης Γενικής Ρευστότητας

	ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 2018	M.O 2009- 2018
PEA	9,89	0,93	0,50	0,50	0,42	0,68	0,76	1,59	1,75	1,87	2,45	1,33	1,89
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,41	0,32	0,4	0,76	0,62	0,59	0,66	0,88	0,96	0,99	0,50	0,81	0,66
ΛΗΤΩ	1,61	0,77	0,37	0,60	0,39	0,39	0,55	0,50	0,30	0,28	0,75	0,41	0,58
ΜΗΤΕΡΑ	0,84	0,56	0,36	0,44	0,49	0,55	0,36	0,37	0,61	0,57	0,54	0,49	0,52
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,96	0,99	0,64	1,21	1,14	0,39	1,07	1,09	1,18	1,37	0,99	1,02	1,0
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,20	1,35	1,21	1,11	0,72	0,12	0,57	0,49	0,40	0,25	0,92	0,36	0,64
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	2,32	0,80	0,50	0,77	0,63	0,45	0,66	0,82	0,87	0,89	1,02	0,73	0,88

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 στην περίπτωση του PEA παρατηρείται μια μεγάλη μείωση στην αρχή και στη συνέχεια αύξηση. Συγκεκριμένα, το 2009 ο δείκτης γενικής ρευστότητας είναι 9,89 και το 2010 μειώνεται στο 0,93 λόγω πολύ μεγάλης αύξησης των βραχυχρόνιων υποχρεώσεων. Στη συνέχεια, η μείωση συνεχίζει έως ότου αγγίζει το 0,42 το 2013. Από το 2014 και έπειτα ο δείκτης παρουσιάζει συνεχή αύξηση αγγίζοντας το 2018 στο 1,87.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ παρατηρείται αύξηση του δείκτη της γενικής ρευστότητας καθώς από το 2009 έως και το 2015 παρουσιάζει μικρές αυξομειώσεις ξεκινώντας από 0,41 σε 0,66, αλλά από το 2015 έως και το 2018 αυξάνεται μέχρι 0,99. Παρατηρείται δηλαδή βελτίωση της γενικής ρευστότητας με το πέρασμα των ετών, το οποίο σημαίνει ότι το κυκλοφορούν ενεργητικό της εταιρείας μπορεί σχεδόν να καλύψει στο τέλος της δεκαετίας τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

Στο ΛΗΤΩ υπάρχει σημαντική μείωση του δείκτη καθώς ενώ ξεκινάει από 1,61 αγγίζει το 0,28. Παρατηρείται δηλαδή μείωση της γενικής ρευστότητας με το πέρασμα των ετών επειδή μειώνεται το κυκλοφορούν ενεργητικό, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις. Ως αποτέλεσμα για σχεδόν όλα τα έτη το κλοφορούν ενεργητικό της εταιρείας δεν μπορεί να καλύψει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

Στο ΜΗΤΕΡΑ φαίνεται πτώση του δείκτη της γενικής ρευστότητας καθώς κυμαίνεται από 0,84 έως 0,57 με μικρές αυξομειώσεις στο ενδιάμεσο. Εφόσον ο δείκτης είναι κατώτερος της μονάδας, αυτό σημαίνει ότι η εταιρεία καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας δεν διέθετε την απαραίτητη ρευστότητα ώστε να καλύπτονται οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

Στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ παρατηρείται αύξηση του δείκτη της γενικής ρευστότητας καθώς κυμαίνεται από 0,96 ,σε 1,37 το 2018. Παρατηρείται γενικά ότι η ρευστότητα στην εταιρεία είναι αυξημένη, δηλαδή το κυκλοφορούν ενεργητικό της μπορεί να καλύψει εξ ολοκλήρου στο σχεδόν και τις δέκα λογιστικές χρήσεις τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της. Η σημαντικότερη εξαίρεση αποτελεί το έτος 2014 όπου ο δείκτης ισούταν με 0,39 λόγω σημαντικής αύξησης των βραχυχρόνιων υποχρεώσεων για το συγκεκριμένο έτος.

Στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ υπάρχει αύξηση και μείωση του δείκτη της γενικής ρευστότητας. Συγκεκριμένα, ισούται με 0,20 το 2009 αυξάνεται σημαντικά για τα έτη 2010 (1,35), 2011 (1,21) και 2012 (1,11), ενώ από το 2013 μειώνεται. Παρατηρείται δηλαδή ότι ενώ η εταιρεία καλυτέρευσε την γενική ρευστότητα της, ενώ στη συνέχεια δεν μπόρεσε να την διατηρήσει με αποτέλεσμα το κυκλοφορούν ενεργητικό της να μην μπορεί να καλύψει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της.

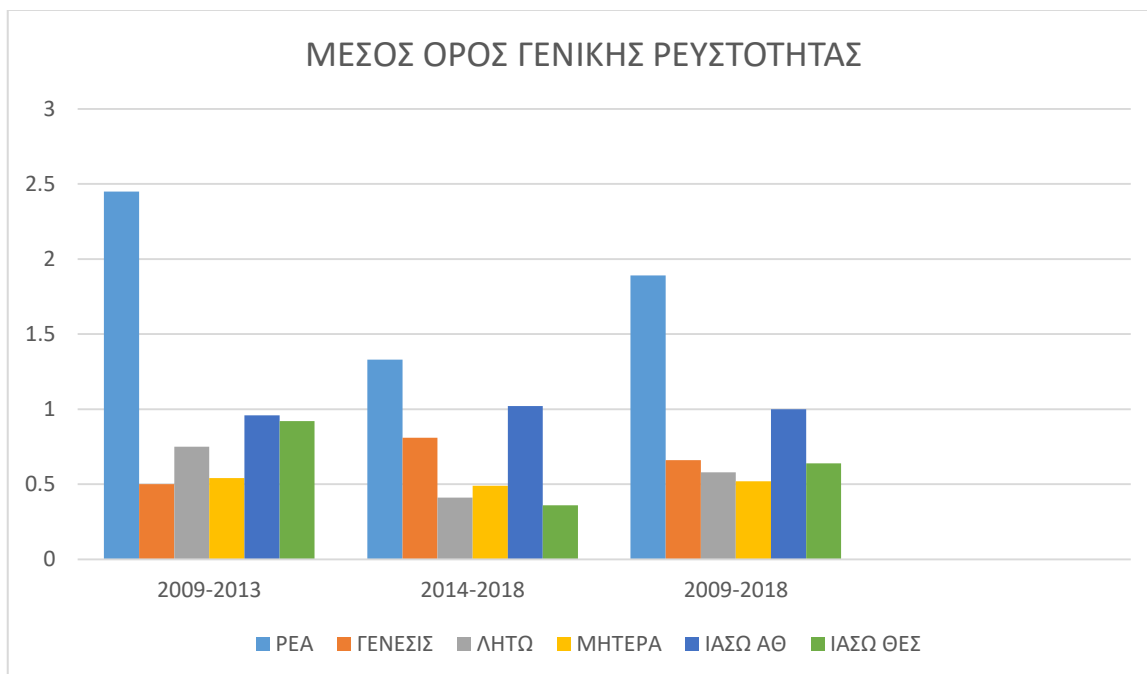
Συμπερασματικά ο δείκτης γενικής ρευστότητας παρουσιάζει πτωτική τάση στο βάθος της δεκαετίας στα τρία από τα έξι εξεταζόμενα μαιευτήρια με μεγαλύτερη διαφορά στο ΡΕΑ, όπου κυμαίνεται 9,89 το 2009 σε 1,87 το 2018. Στα άλλα τρία φαίνεται να υπάρχει αύξηση με τη μεγαλύτερη από αυτή να παρατηρείται στο ΓΕΝΕΣΙΣ με 0,58 μονάδες διαφορά.

Ο μέσος όρος της γενικής ρευστότητας στις εξεταζόμενες κλινικές σύμφωνα και με το διάγραμμα 2 κυμαινόταν πάνω από τη μονάδα μόνο το έτος 2009. Στην πρώτη πενταετία ,δηλαδή πριν το clawback ,είναι υψηλότερος για σχεδόν όλα τα μαιευτήρια σε σχέση με την επόμενη πενταετία (2014-2018) εκτός από το ΜΗΤΕΡΑ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ που παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση. Παρόλα αυτά παρατηρείται ότι μόνο το ΡΕΑ έχει δείκτη

Γενικής Ρευστότητας πάνω από τη μονάδα και στις δύο εξεταζόμενες περιόδους και το

ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ έχει οριακά δείκτη κοντά στη μονάδα επίσης και στις δύο περιόδους. Αυτό σημαίνει ότι συνολικά τα μαιευτήρια έχουν πρόβλημα με τη ρευστότητά τους και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

Διάγραμμα 2- Μέσος όρος γενικής ρευστότητας



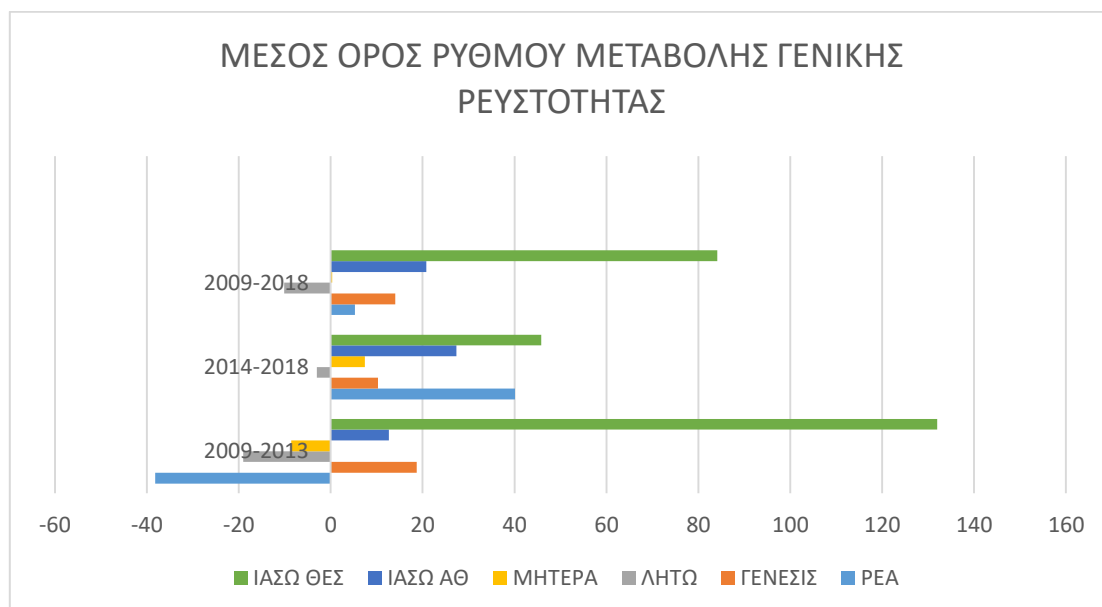
Πίνακας 7- Ρυθμός μεταβολής γενικής ρευστότητας

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-18	M.O 2009-2018
PEA	-90,6	-46,1	-0,3	-15,9	62,5	11,6	109,8	9,9	6,6	-38,22	40,1	5,3
ΓΕΝΕΣΙΣ	-21,3	24,3	89,3	-17,6	-4,82	10,4	34,26	8,63	3,02	18,68	10,3	14,02
ΛΗΤΩ	-51,9	-52,3	61,98	-33,8	-0,93	41,47	-8,99	-40,3	-6,27	-19,05	-3	-10,1
ΜΗΤΕΡΑ	-33,2	-36,3	21,92	13,36	11,6	-34,03	0,98	66,21	-7,44	-8,56	7,46	0,34
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	2,91	-35,5	89,01	-5,84	-66,0	176,22	2,42	8,30	15,92	12,63	27,36	20,82
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	581,47	-10,1	-8,83	-34,5	-83,7	381,73	-14,03	-18,4	-36,3	131,98	45,84	84,12
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	64,5	-26	42,2	-15,7	-13,6	97,9	20,7	5,7	-4,10	16,2	21,3	19,07

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 ο ρυθμός μεταβολής ανά έτος το PEA έχει αρνητικό ποσοστό μεταβολής στην αρχή, ιδιαίτερα σημαντικό από το 2009 στο 2010 (-90,6%) και μετά από

το 2014 παρουσίασε αύξηση, με σημαντικότερη αύξηση να είναι αυτή του 2016 (109,8%), ενώ έπειτα ο ρυθμός μεταβολής μειώθηκε αλλά παρέμεινε θετικός. Το ΓΕΝΕΣΙΣ, και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ παρουσιάζουν αυξομειώσεις ως προς τον ρυθμό μεταβολής τους, καταλήγοντας στο τέλος της δεκαετίας με θετικό πρόσημο μεν, αλλά όχι με το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα άλλα έτη. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία μεταβολή για το ΓΕΝΕΣΙΣ σημειώθηκε το 2012 όπου υπήρξε αύξηση 89,3%, ενώ για το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑΣ η μεγαλύτερη ποσοστιαία μεταβολή σημειώθηκε το 2012 όπου υπήρξε αύξηση 176,22%. Το ΛΗΤΩ και το ΜΗΤΕΡΑ ενώ ξεκινάνε με αρνητικό ποσοστό ποσοστιαίας μεταβολής, στην μέση της δεκαετίας ανακάμπτουν ,αλλά στο τέλος ξανά έχουν αρνητικό πρόσημο στην ποσοστιαία τους μεταβολή. Τέλος το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ξεκινάει με ένα τεράστιο ποσοστό ρυθμού μεταβολής της τάξεως του 580% το 2010 επειδή αρχικά ο δείκτης γενικής ρευστότητας αρχικά ήταν 0,20 και αυξήθηκε σε 1,35. Έπειτα η ποσοστιαία μεταβολή της ρευστότητάς του είναι αρνητική, με μόνη εξαίρεση το 2015 που φαίνεται να προσπαθεί να επανέλθει με το ποσοστό της μεταβολής να αγγίζει το 380% (από 0,12 σε 0,57). Στο μέσο όρο του ρυθμού μεταβολής ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες πενταετίες , σύμφωνα με το διάγραμμα 3, φαίνεται ότι το ΡΕΑ είχε τη μεγαλύτερη αύξηση στο δεύτερο μισό, ενώ το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ τη μεγαλύτερη μείωση αντίστοιχα.

Διάγραμμα 3-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής γενικής ρευστότητας



ΕΙΔΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ

Πίνακας 8- Αριθμοδείκτης Ειδικής Ρευστότητας

	ΕΙΔΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	M.O 2009 - 2013	M.O 2014 - 2018	M.O 2009 - 2018
ΡΕΑ	9,79	0,88	0,46	0,46	0,38	0,61	0,59	1,33	1,55	1,74	2,39	1,16	1,78
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,37	0,25	0,30	0,73	0,56	0,48	0,61	0,82	0,88	0,88	0,44	0,73	0,59
ΛΗΤΩ	0,22	0,20	0,21	0,53	0,28	0,24	0,43	0,38	0,18	0,15	0,29	0,28	0,28
ΜΗΤΕΡΑ	0,46	0,30	0,23	0,37	0,36	0,39	0,27	0,26	0,51	0,49	0,34	0,39	0,36
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,85	0,45	0,57	1,11	1,06	0,36	0,97	1,04	0,58	1,33	0,81	0,86	0,83
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,17	1,28	1,15	1,05	0,47	0,11	0,51	0,44	0,34	0,22	0,83	0,32	0,57
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	1,98	0,56	0,49	0,71	0,52	0,36	0,56	0,71	0,67	0,80	0,85	0,62	0,73

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 το ΡΕΑ παρουσιάζει διακύμανση του δείκτη της ειδικής ρευστότητας αρνητική ως το 2013 και μετά αγγίζει το 1,74, ομοίως δηλαδή με τον δείκτη της γενικής ρευστότητας.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ ο δείκτης ειδικής ρευστότητας καθ' όλη την δεκαετία παρατηρείται ότι αυξομειώνεται από το 2009 που ήταν στο 0,37, σε 0,88 για το 2018, αυξάνοντας έτσι τη ρευστότητα για την κάλυψη βραχυχρόνιων υποχρεώσεων.

Στο ΛΗΤΩ καθ' όλη την δεκαετία παρατηρείται ότι υπάρχει μια σχετική σταθερότητα του δείκτη αφού κυμαίνεται από 0,22 σε 0,15, ενώ ο δείκτης 2012 ισούται το 2012 με 0,53.

Στο ΜΗΤΕΡΑ καθ' όλη την δεκαετία παρατηρείται ότι ο δείκτης ειδικής ρευστότητας κυμαίνεται περίπου στο 0,50 με μικρές αυξομειώσεις, το οποίο συνάδει και με τον δείκτη γενικής ρευστότητας. Όπως παρατηρήθηκε και με τον δείκτη γενικής ρευστότητας, η εταιρεία δεν καλύπτει τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της με τα άμεσα ρευστοποιήσιμα κεφάλαιά της.

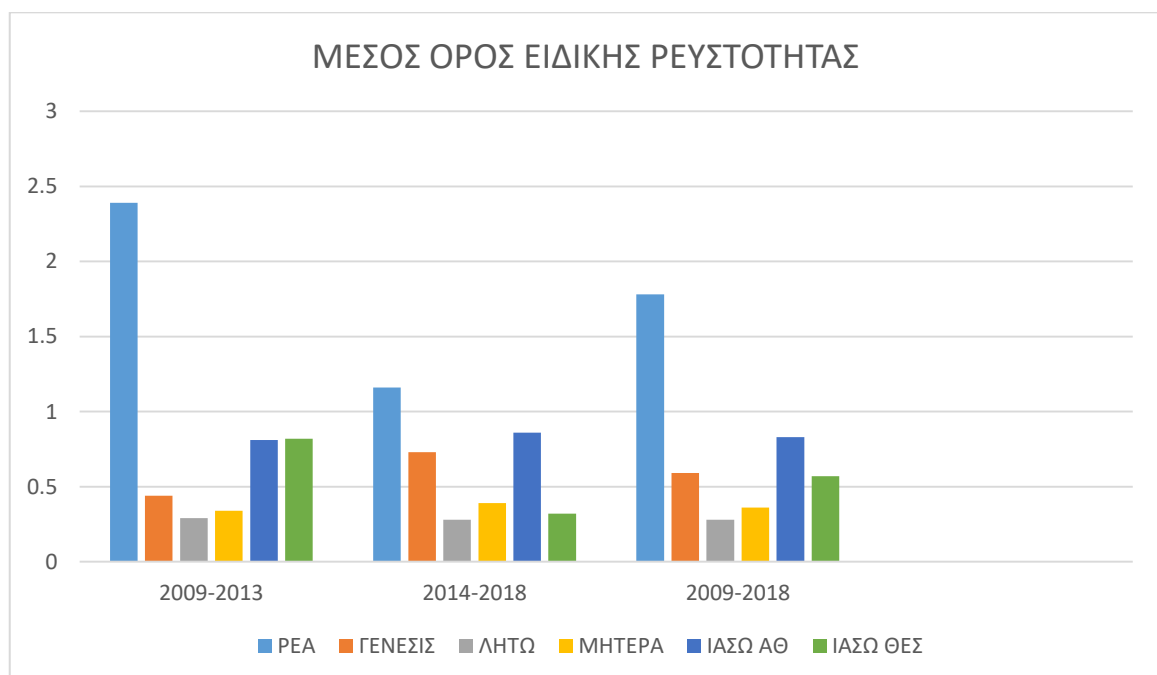
Στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης κυμαίνεται στη διάρκεια της δεκαετίας κάτω της μονάδας και συγκεκριμένα για στο 2009 ισούται με 0,85 και για δύο επόμενο έτη παρουσιάζει μείωση. Έπειτα όμως και με εξαίρεση τα έτη 2014 και 2016, ο δείκτης ειδικής

ρευστότητας κυμαίνεται πλέον γύρω στην μονάδα και ισούται με 1,33 για το 2018, αυξάνοντας έτσι τη ρευστότητα για την κάλυψη βραχυχρόνιων υποχρεώσεων.

Στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο δείκτης ειδικής ρευστότητας ακολουθεί την συμπεριφορά του δείκτη γενικής ρευστότητας, δηλαδή ξεκινάει από 0,17 το 2009, έπειτα αυξάνεται και διατηρείται για τα επόμενα τρία έτη γύρω στη μονάδα, ενώ για το 2013 μειώνεται και ισούται με 0,22 για το 2018.

Συμπερασματικά παρατηρείται ότι ο δείκτης της ειδικής ρευστότητας δεν έχει μεγάλες διαφοροποιήσεις με το δείκτη της γενικής και αυτό συμβαίνει γιατί οι μαιευτικές κλινικές δεν έχουν μεγάλα αποθέματα. Ειδική ρευστότητα πάνω από τη μονάδα παρουσιάζουν για κάποια έτη το ΡΕΑ, το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ. Ο μέσος όρος και του δείκτη της ειδικής ρευστότητας ήταν πάνω από τη μονάδα μόνο το 2009 και δείχνει επίσης ότι πριν το 2013 και τη θέσπιση του rebate οι μαιευτικές κλινικές ήταν σε καλύτερη θέση από ότι μετά. Στο μέσο όρο της δεκαετίας σύμφωνα με το διάγραμμα 4 μόνο το ΡΕΑ παρουσίασε αριθμοδείκτη πάνω από τη μονάδα.

Διάγραμμα 4-Μέσος όρος ειδικής ρευστότητας

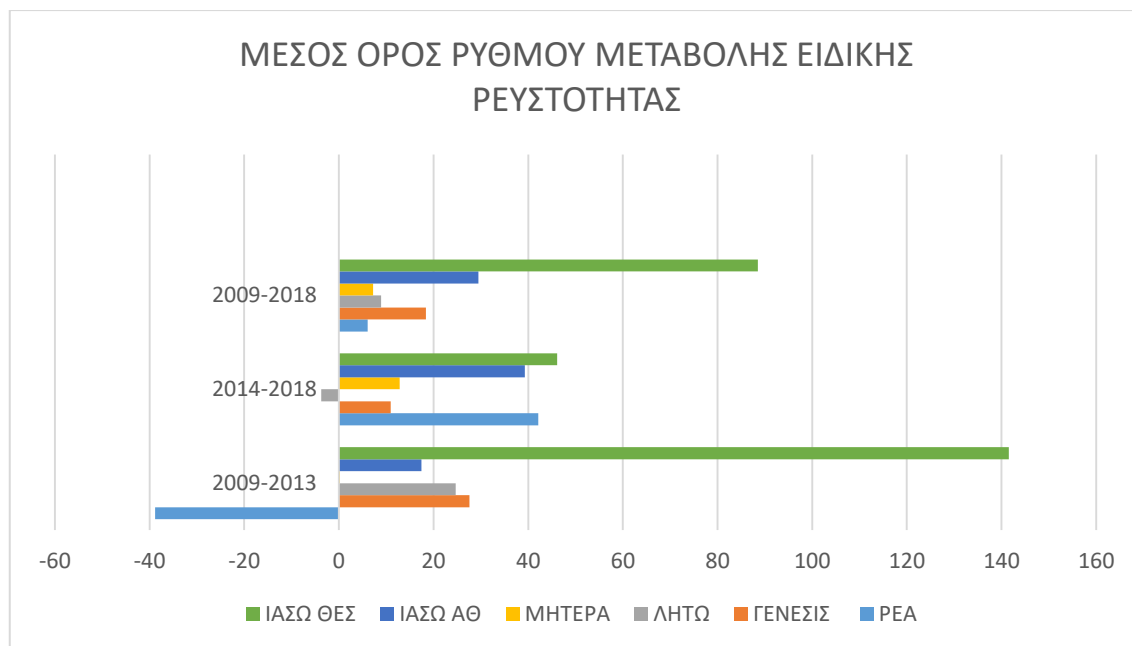


Πίνακας 9-Ρυθμός μεταβολής ειδικής ρευστότητας

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009- 10	2010- 11	2011- 12	2012- 13	2013- 14	2014- 15	2015- 16	2016- 17	2017- 18	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 18	M.O 2009 2018
ΡΕΑ	-91	-48.4	0.4	-16.3	59.0	-3.9	126.2	17.3	11.7	-38.8	42.1	6.1
ΓΕΝΕΣΙΣ	-32.81	21.31	144.9	-22.9	-15.2	27.92	34.58	7.59	0.07	27.6	10,98	18.37
ΛΗΤΩ	-10.36	8.18	147.59	-46.5	-13.6	75.27	-10.0	-53.7	-16,41	24.71	-3,72	8.92
ΜΗΤΕΡΑ	-35.2	-21.5	60,96	-3.56	8,72	-30,11	-4.08	93.73	-4.17	0,17	12.81	7,2
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-47.49	27.65	94,09	-4,56	-65.9	169,53	7,14	-44,2	129,83	17,42	39,26	29,5
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	639.74	-9.89	-8,82	-54.9	-77.8	380.1	-12.9	-23.1	-35,62	141.53	46.11	88.52
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	70.5	-3.8	73,2	-24.8	-17,5	103.1	23.5	-0.4	14,2	28.8	24,6	26,44

Σύμφωνα με τον πίνακα 9 ο ρυθμός μεταβολής την πρώτη πενταετία για όλες τις κλινικές παρουσίασε αυξομειώσεις, ενώ αρνητικό μέσο όρο παρουσίασε συνολικό για την δεκαετία μόνο το ΡΕΑ. Για έτος το 2015 οι περισσότερες κλινικές παρουσίασαν αύξηση της ειδικής ρευστότητας έως και 400%, εκτός από το ΡΕΑ και το ΜΗΤΕΡΑ που εμφάνισαν μείωση. Στο τέλος της δεκαετίας όμως μόνο το ΡΕΑ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ παρουσιάζουν θετικό ποσοστό μεταβολής, το ΓΕΝΕΣΙΣ παρουσιάζει μια ελάχιστη αύξηση της τάξεως του 0,07%, ενώ οι άλλες τρεις κλινικές έχουν αρνητικό ποσοστό μεταβολής. Ο μέσος όρος των κλινικών όμως στο τέλος της δεκαετίας σύμφωνα με το διαγραμμα 5,παρουσίασε θετικό πρόσημο στο συγκεκριμένο δείκτη.

Διάγραμμα 5-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ειδικής ρευστότητας



ΤΑΜΕΙΑΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ

Πίνακας 10-Αριθμοδείκτης ταμειακής ρευστότητας

	ΤΑΜΕΙΑΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ										Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	Μ.Ο 2009- 2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
ΡΕΑ	6,66	0,10	0,22	0,04	0,16	0,07	0,05	0,16	1,11	1,28	1,43	0,53	0,98
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,16	0,06	0,06	0,03	0,17	0,09	0,12	0,26	0,27	0,52	0,1	0,25	0,17
ΛΗΤΩ	1,26	0,51	0,07	0,04	0,01	0,00	0,05	0,13	0,06	0,02	0,38	0,05	0,21
ΜΗΤΕΡΑ	0,10	0,06	0,02	0,01	0,04	0,02	0,05	0,06	0,09	0,02	0,03	0,04	0,04
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,22	0,12	0,06	0,14	0,22	0,02	0,13	0,17	0,15	0,45	0,15	0,18	0,17
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,17	0,05	0,01	0,25	0,05	0,00	0,01	0,07	0,03	0,03	0,10	0,03	0,07
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	1,43	0,15	0,07	0,08	0,09	0,04	0,07	0,14	0,29	0,39	0,36	0,18	0,27

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, στην περίπτωση του ΡΕΑ, ενώ τις πρώτες λογιστικές χρήσεις (με εξαίρεση το 2009) ο δείκτης κυμαίνεται σημαντικά κάτω από την μονάδα, τις τελευταίες δύο λογιστικές χρήσεις παρουσιάζει μεγάλη αύξηση σε αριθμούς που κυμαίνονται πάνω από την μονάδα και συγκεκριμένα 1,11 για το 2017 και 1,28 για το 2018.

Το ΓΕΝΕΣΙΣ παρουσιάζει μετά το 2015 σταδιακή αύξηση του δείκτη ταμειακής ρευστότητας καθώς κυμαίνεται το 2009 στο 0,16, ισούται το 2015 με 0,12 και έπειτα σημειώνει αύξηση και κυμαίνεται το 2018 στο 0,52, γεγονός που δείχνει βελτίωση της ρευστότητας της εταιρείας.

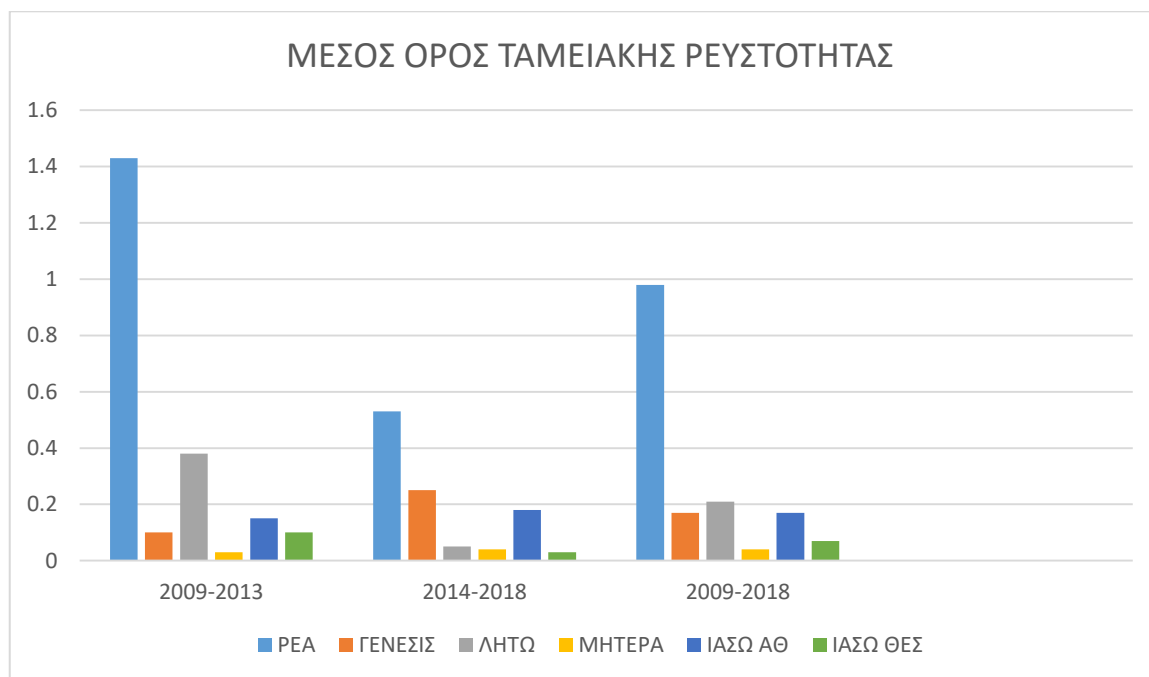
Το ΛΗΤΩ όπως και το ΜΗΤΕΡΑ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ φαίνεται να σημειώνουν μεγάλη μείωση του δείκτη. Συγκεκριμένα στο ΛΗΤΩ ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας κυμαίνεται από 1,26 για το 2009 και ισούται με 0,02 το 2018. Στο ΜΗΤΕΡΑ ισούταν με 0,10 το 2009 όπου είναι και ο μεγαλύτερος δείκτης για όλη την δεκαετία και αγγίζει το 0,02 το 2018. Το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ισούται με 0,17 το 2009 και μετά από μικρές αυξομειώσεις κυμαίνεται στο 0,03 για το 2018, ενώ ο δείκτης μεγιστοποιείται για το έτος 2021 στο οποίο ισούται με 0,25.

Στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης ταμειακής ρευστότητας παρουσιάζει αυξομείωση καθώς κυμαίνεται από 0,22 το 2009 σε 0,02 το 2014 και σταδιακά αγγίζει το 0,45 για το 2018, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την ταμειακή ρευστότητα της εταιρείας.

Συμπερασματικά το ΡΕΑ προσπάθησε να αυξήσει την ρευστότητά της ειδικά προς το τέλος της δεκαετίας μέσα από τα ταμειακά διαθέσιμα, διατηρώντας χαμηλά αποθέματα και υψηλά ταμειακά διαθέσιμα, ενώ η ρευστότητα του ΓΕΝΕΣΙΣ στο τέλος της δεκαετίας βασίζεται περισσότερο στα ταμειακά διαθέσιμα παρά στις απαιτήσεις και στα αποθέματα όπως συνέβαινε στην αρχή της δεκαετίας. Το ΛΗΤΩ από την άλλη πλευρά φαίνεται ότι δεν διατηρεί αρκετά ταμειακά διαθέσιμα προς κάλυψη άμεσων υποχρεώσεων αλλά και ότι η μείωση της γενικής ρευστότητας προέρχεται από την μείωση των ταμειακών διαθεσίμων, καθώς οι απαιτήσεις και τα αποθέματα παραμένουν σχετικά σταθερά κατά την διάρκεια της δεκαετίας, γεγονός που ισχύει και για το ΜΗΤΕΡΑ και για το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ. Τέλος από την παρατήρηση και των τριών δεικτών ρευστότητας στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ παρατηρείται ότι η αυξημένη ρευστότητα στις τελευταίες λογιστικές χρήσεις οφείλεται περισσότερο στις αυξημένες απαιτήσεις και αποθέματα παρά στα ταμειακά διαθέσιμα.

Σε αυτό τον δείκτη ρευστότητας παρατηρείται ότι και στους άλλους δύο που αναφέρθηκαν. Μόνο το 2009 ο μέσος όρος των κλινικών σύμφωνα με το διάγραμμα 6 ήταν πάνω από τη μονάδα, ενώ στο μέσο όρο της πενταετίας πριν το 2013 ήταν πιο αυξημένος από ότι στην επόμενη πενταετία. Παρόλα αυτά στην ταμειακή ρευστότητα ο μέσος όρος του κλάδου σε όλη τη δεκαετία είναι αρκετά πιο κάτω από τη μονάδα, γεγονός που δείχνει ότι οι κλινικές δεν είναι σε θέση να πληρώσουν τις υποχρεώσεις τους με τα ταμειακά τους διαθέσιμα.

Διάγραμμα 6-Μέσος όρος ταμειακής ρευστότητας



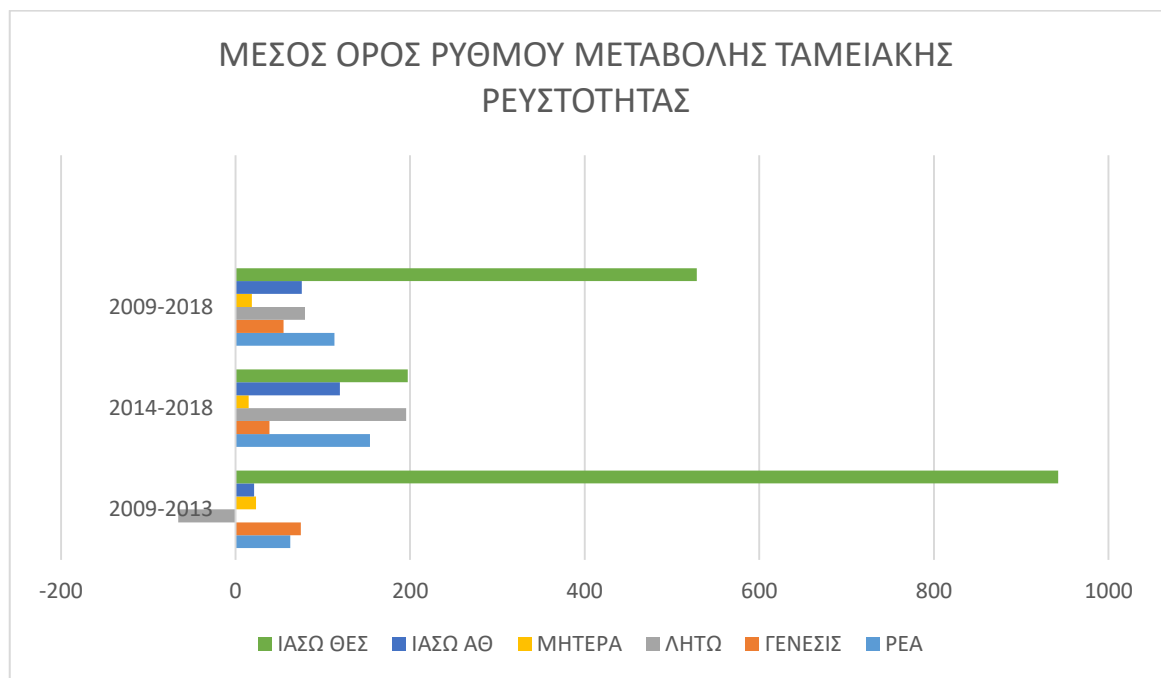
Πίνακας 11-Ρυθμός μεταβολής ταμειακής ρευστότητας

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΑΜΕΙΑΚΗΣ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-2018	MO 2009-2018
PEA	-98,5	114.6	-82.9	317	-54.5	-32.6	224.4	617.9	15,1	62.6	154.1	113.4
ΓΕΝΕΣΙΣ	-63.5	-3	-41.01	406.76	-45.3	32.6	109.06	4.44	94.31	74.81	39,02	54.92
ΛΗΤΩ	-59,6	-86,2	-44.94	-71.39	-57.5	1017.7	144.82	-51.3	-75.8	-65,54	195.54	79.51
ΜΗΤΕΡΑ	-43	-56.6	-56.4	250.08	-44.2	115.32	28.82	49.14	-74.56	23.49	14.9	18.72
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-47.2	-46.4	122.69	55.65	-89.4	455.53	35.17	-15.4	211.52	21.16	119.47	75.78
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-70,6	-87.9	4006.7	-78.5	-96.8	399.37	736.64	-50.4	-1.51	942.41	197.44	528.54
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-63,7	-27,6	650.7	146.6	-64.6	331.3	213.2	92.4	28.2	176.5	120.1	145.14

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 και με το ρυθμό μεταβολής τους ανά τα έτη και αυτός ο δείκτης ρευστότητας παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση το 2015, ενώ ακριβώς την προηγούμενη χρονιά, το 2014 φαίνεται να έχει τη μεγαλύτερη μείωση, γεγονός που δείχνει ότι στιγμιαία το clawback επηρέασε τη ρευστότητα των κλινικών. Τη μεγαλύτερη αύξηση στο μέσο όρο των δύο εξεταζόμενων χρονικών περιόδων την παρουσίασε το ΛΗΤΩ που από -65,54% την πενταετία 2009-2013, έφτασε σε 195,54 την πενταετία 2009-

2018 και επιπλέον το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ που από 942,41% την πενταετία 2009-2013, έφτασε σε 197,44 την πενταετία 2009-2018. Βέβαια θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι επειδή ο συγκεκριμένος δείκτης για σχεδόν όλα τα έτη βρίσκεται πολύ κοντά στο μηδέν, μικρές μεταβολές σε αυτόν οδηγούν στην εμφάνιση πολύ μεγάλων ποσοστιαίων μεταβολών που κάνουν δύσκολη και έως ένα σημείο προβληματική την αριθμητική ανάλυσή τους.

Διάγραμμα 7-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ταμειακής ρευστότητας



Συμπερασματικά ο μέσος όρος στο σύνολο των κλινικών όλων των αριθμοδεικτών της ρευστότητας που μελετούνται, είναι μεγαλύτερος την πενταετία πριν το 2013, γεγονός που δείχνει ότι η ρευστότητα των μαιευτικών κλινικών στο σύνολο του κλάδου επηρεάστηκε από το clawback και το rebate. Κάτι αντίστοιχο παρατηρείται και με το μέσο όρο του ρυθμού μεταβολής τους.

7.2 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

Πίνακας 12-Αριθμοδείκτης ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων

	ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 2018	MO 2009- 2018
ΡΕΑ	0	0,05	8,22	5,32	9,25	9,17	7,14	5,84	13,41	13,39	4,57	9,79	7,18
ΓΕΝΕΣΙΣ	15,72	12,64	9,51	4,11	3,6	6,08	5,87	5,94	6,28	9,92	9,11	6,82	7,97
ΛΗΤΩ	22,52	19,63	13,42	5,33	4,11	5,40	4,72	6,40	7,85	12,84	13,00	7,44	10,22
ΜΗΤΕΡΑ	7,85	6,20	4,96	2,49	2,35	4,22	3,51	3,51	3,75	3,64	4,77	3,73	4,25
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	3,42	2,29	1,85	1,84	1,39	1,69	1,53	1,62	1,90	2,07	2,16	1,76	1,96
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	99,15	0,54	0,54	0,94	1,72	1,83	2,00	1,69	2,00	2,68	20,58	2,04	11,31
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	24,78	6,89	6,42	3,34	3,74	4,73	4,13	4,17	5,86	7,42	9,03	5,26	7,14

Σύμφωνα με τον πίνακα 12 στη περίπτωση του ΡΕΑ ο δείκτης ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων παρουσιάζει αυξομειώσεις καθώς κυμαίνεται από 0,05 για το 2010 ,σε 8,22 για το 2011 και ισούται με 5,32 το 2012. Παρόλα αυτά στο τέλος της δεκαετίας εμφανίζει άνοδο και ισούται 13,39 το 2018.

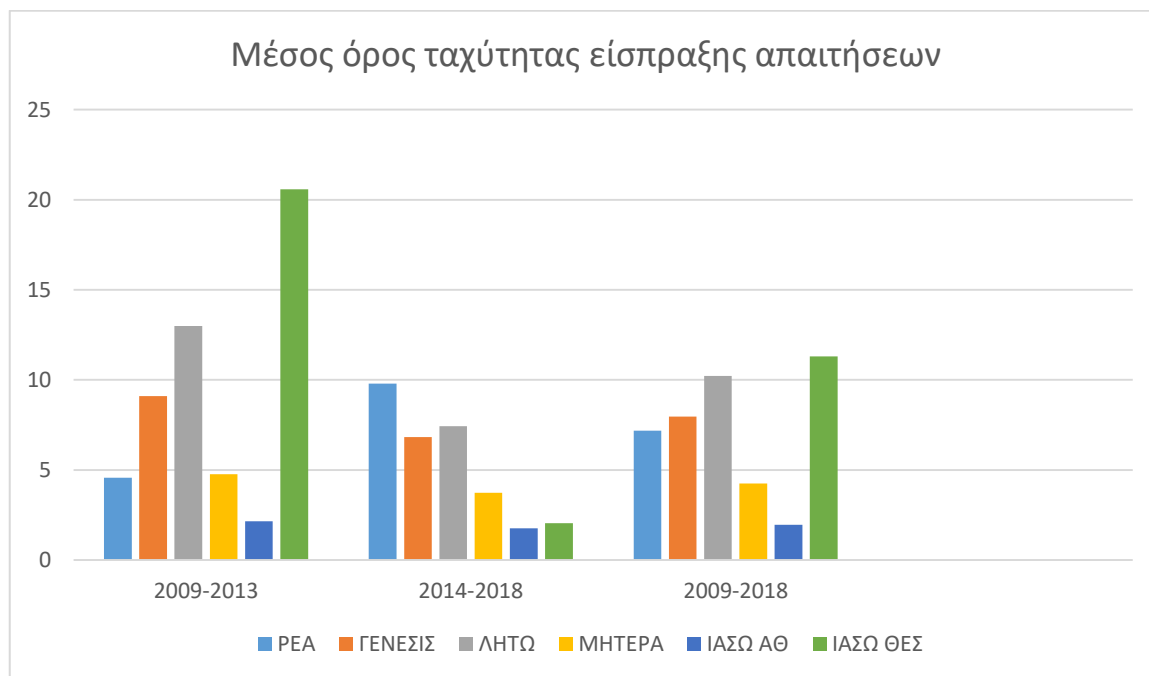
Στο ΓΕΝΕΣΙΣ, όπως και στο ΛΗΤΩ και στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων παρουσιάζει αυξομειώσεις μέσα στη δεκαετία. Για το ΓΕΝΕΣΙΣ κυμαίνεται από 15,72 το 2009, σε 3,6 για το 2013 και στη συνέχεια μετά από αυξομειώσεις ισούται με 9,92 για το 2018. Για το ΛΗΤΩ ο δείκτης ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων κυμαίνεται από 22,52 για το 2009, σε 4,11 το 2013 και τέλος μετά από αυξομειώσεις ισούται με 12,84 το 2018. Για το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης κυμαίνεται από 3,42 το 2009, σε 1,39 το 2013 και ισούται με 2,07 το 2018.

Ο δείκτης ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων του ΜΗΤΕΡΑ και του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ μειώνεται. Συγκεκριμένα για το ΜΗΤΕΡΑ ο δείκτης κυμαίνεται από 7,85 το 2009 , σε 3,64 το 2018, ενώ για το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ κυμαίνεται από 99,15 σε 2,68.

Σύμφωνα με τον πίνακα οι πέντε από τις έξι εξεταζόμενες κλινικές εισέπρατταν τις απαιτήσεις τους πολύ πιο γρήγορα την πενταετία πριν το 2014. Μόνο το ΡΕΑ φαίνεται να εισπράττει γρηγορότερα στην επόμενη πενταετία.

Αναφορικά με το μέσο όρο των κλινικών την πενταετία πριν και μετά το clawback, σύμφωνα με το διάγραμμα 8, μόνο το ΡΕΑ παρουσιάζει μεγαλύτερο αριθμοδείκτη.

Διάγραμμα 8-Μέσος όρος ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων

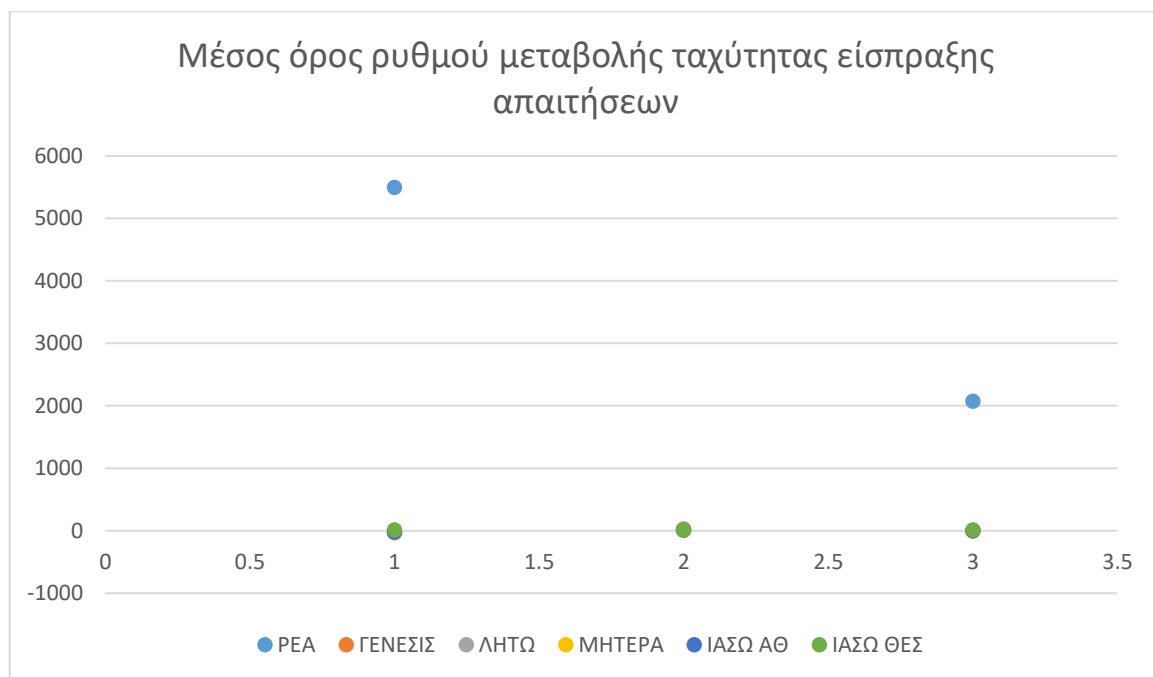


Πίνακας 13-Ρυθμός μεταβολής ταχύτητας εισπραξης απαιτήσεων

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	Μ.Ο 2009-2013	Μ.Ο 2014-18	Μ.Ο 2009-18
ΡΕΑ	-	-	-35,3	74,1	-0,9	-22,1	-18,2	129,4	-0,1	5498,5	17,6	2073
ΓΕΝΕΣΙΣ	-19,6	-24,7	-56,8	-12,4	69,0	-3,4	1,08	5,79	57,99	-28,4	26,11	1,88
ΛΗΤΩ	-12,8	-31,62	-60,3	-22,8	31,38	-12,6	35,79	22,55	63,55	-31,9	28,12	1,44
ΜΗΤΕΡΑ	-21,0	-20,0	-49,7	-5,74	79,5	-16,8	0,05	6,84	-2,98	-24,12	13,31	-3,32
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-32,9	-19,1	-0,75	-24,3	21,15	-9,48	6,03	17,17	8,91	-19,29	8,76	-3,71
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-99,4	0,17	72,16	83,9	6,19	9,41	-15,6	18,61	33,77	14,2	10,46	12,12
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-37,2	-19,05	-21,8	15,4	34,4	-9,2	1,5	33,4	26,9	901,5	17,6	346,9

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, όλες οι κλινικές παρουσιάζουν αυξομειώσεις στο ρυθμό μεταβολής της ταχύτητας εισπραξης των απαιτήσεών τους. Συμπερασματικά όμως, σύμφωνα με το διάγραμμα 9, ο μέσος όρος των κλινικών όσο αφορά τον ρυθμό μεταβολής τους δείχνει ότι την πενταετία πριν το rebate και το clawback εισπράττανε πολύ γρηγορότερα τις απαιτήσεις τους από ότι την επόμενη πενταετία.

Διάγραμμα 9-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων



Πίνακας 14-Μέση διάρκεια είσπραξης απαιτήσεων

	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 2018	MO 2009- 18
ΡΕΑ	-	-	44,4	68,6	39,4	39,8	51,1	62,4	27,22	27,2	1876	41,57	857,2
ΓΕΝΕΣΙΣ	23,22	28,88	38,3	88,8	101	60,0	62,1	61,4	58,1	36,7	56,1	55,75	55,9
ΛΗΤΩ	16,2	18,6	27,2	68,5	88,7	67,5	77,3	56,9	46,5	28,4	43,86	55,38	49,62
ΜΗΤΕΡΑ	45,5	58,8	73,6	146	155	86,5	104	103,9	97,33	100	96,14	98,44	97,29
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	106	159	197	198	262	216	239	225	192	176	184,7	210,0	197,3
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	3,68	671	670	389	211	199	182	216	182,1	136	389,1	183,1	286,1
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	33,2	187,2	175	160	143,1	111,6	119,3	121	100,62	84,27	441,14	107,38	257,2

Αντίστοιχα με τον δείκτη ταχύτητας είσπραξης των απαιτήσεων στο PEA και ο δείκτης μέσης διάρκειας παραμονής έχει αυξομειώσεις, σύμφωνα με τον πίνακα 14, και ισούται το 2018 με 27,2.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ, όπως και στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης μέσης διάρκειας είσπραξης, επειδή εξαρτάται άμεσα από το δείκτη ταχύτητας είσπραξης απαιτήσεων, παρουσιάζει ανάλογες αυξομειώσεις, υποδηλώνοντας ότι οι κλινικές καταλήγουν στις τελευταίες λογιστικές χρήσεις να εισπράττουν κατά μέσο όρο λιγότερες φορές τις απαιτήσεις τους σε σχέση με πριν. Συγκεκριμένα το ΓΕΝΕΣΙΣ παρουσιάζει τον μικρότερο δείκτη για το 2009 (23,22) και τον μεγαλύτερο για το 2013 (101), ενώ συνολικά για την δεκαετία παρουσιάζει αύξηση από 23,22 για το 2009 σε 36,7 για το 2018. Ομοίως το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ παρουσιάζει τον μικρότερο δείκτη για το 2009 (106) και τον μεγαλύτερο για το 2013 (262), ενώ συνολικά για την δεκαετία παρουσιάζει αύξηση από 106 για το 2009 σε 176 για το 2018.

Επίσης στο ΛΗΤΩ ο δείκτης μέσης διάρκειας είσπραξης κυμαίνεται από 16,2 το 2009, σε 88,7 το 2013 και έπειτα αγγίζει το 28,43 το 2018, δείχνοντας με αυτό τον τρόπο ότι και αυτή η κλινική εισπράττει κατά μέσο όρο λιγότερες φορές τις απαιτήσεις της στο τέλος της δεκαετίας απ' ό,τι στην αρχή.

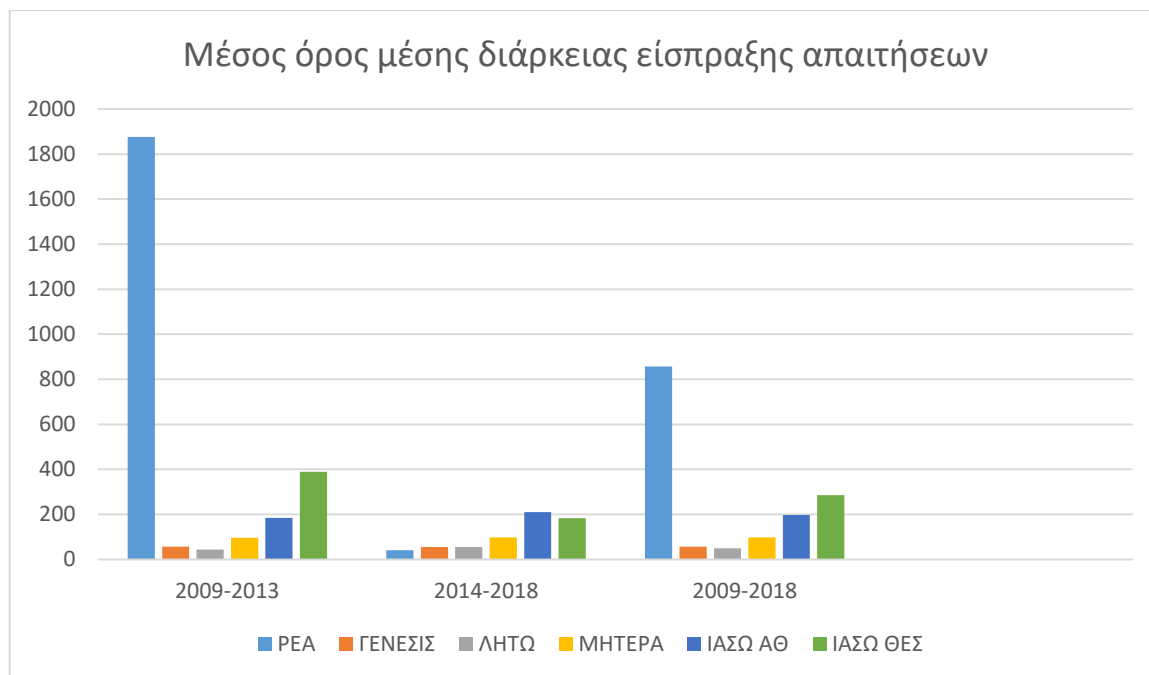
Στο ΜΗΤΕΡΑ ο δείκτης μέση διάρκεια είσπραξης κυμαίνεται από 45,5 για το 2009 σε 115 για το 2013, ενώ έπειτα μετά από μικρές αυξομειώσεις ισούται με 100,3 για το 2018.

Τέλος στο ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο δείκτης μέσης διάρκειας παραμονής κυμαίνεται από 3,68 το 2009, σε 671 για το 2010 και έπειτα μειώνεται συνεχώς (με εξαίρεση το 2016) αγγίζοντας το 136 το 2018. Παρόλα σε σχέση με την αρχή της δεκαετίας ο δείκτης σημείωσε αύξηση, δείχνοντας έτσι ότι η εταιρεία εισπράττει κατά μέσο όρο λιγότερες φορές τις απαιτήσεις της με το πέρασμα των ετών.

Συμπερασματικά στο εξεταζόμενο διάστημα της δεκαετίας μόνο το ΡΕΑ φαίνεται να εισπράττει τις απαιτήσεις της κατά μέσο όρο περισσότερες φορές και κάνει λιγότερο χρόνο να τις εισπράξει, ενώ τα ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ έχουν τη μεγαλύτερη αύξηση του δείκτη και έτσι κάνουν τον περισσότερο χρόνο να εισπράξουν τις απαιτήσεις της. Πάντως όλες οι κλινικές στο τέλος της δεκαετίας είναι σε δυσκολότερη θέση όσο αφορά τις απαιτήσεις τους σε σχέση με το 2009.

Το ίδιο αποτέλεσμα απεικονίζεται και στο μέσο όρο των παραπάνω αριθμοδεικτών, σύμφωνα με το διάγραμμα 10. Επίσης και σε αυτούς τους αριθμοδείκτες απεικονίζεται η επιρροή των rebate και clawback ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες περιόδους.

Διάγραμμα 10-Μέσος όρος μέσης διάρκειας εισπραξης απαιτήσεων



Πίνακας 15-Ρυθμός μεταβολής μέσης διάρκειας εισπραξης απαιτήσεων

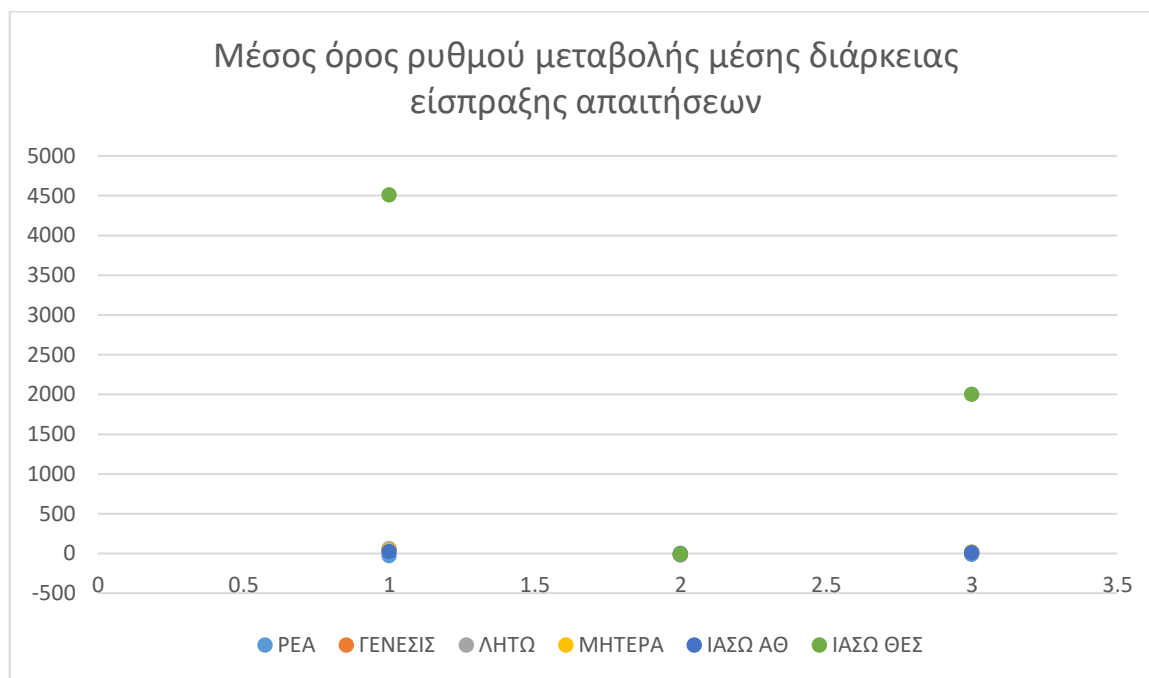
	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-18	MO 2009-18
PEA		-99,4	54,6	-42,5	0,9	-28,4	22,2	-56,4	0,1	-29,1	-1	-11,5
ΓΕΝΕΣΙΣ	24,41	32,87	131,51	14,22	-40,8	3,52	-1,07	-5,47	-36,7	50,75	-16,1	13,6
ΛΗΤΩ	14,76	46,24	151,94	29,59	-23,8	14,5	-26,3	-18,4	-38,8	60,63	-18,6	16,62
ΜΗΤΕΡΑ	26,6	25,03	98,85	6,08	-44,2	20,26	-0,05	-6,4	3,07	39,14	-5,48	14,35
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	49,09	23,74	0,75	32,1	-17,4	10,47	-5,69	-14,6	-8,18	26,42	-7,1	7,8
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-	-0,17	-41,92	-45,6	-5,83	-8,6	18,58	-15,6	-25,2	4511	-7,36	2001
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	28,7	5,5	49,1	2,5	-9,4	17,5	14,2	-7,9	-2,7	776,6	-9,3	340,32

Σύμφωνα με τον πίνακα 15,ο ρυθμός μεταβολής του συγκεκριμένου δείκτη παρατηρείται ότι και εδώ αντίστοιχα με τον αριθμοδείκτη εισπραξης απαιτήσεων, το PEA και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ είναι οι δύο κλινικές που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη αυξομείωση. Σε γενικές γραμμές, για την πρώτη πενταετία παρατηρούνται αρκετά μεγάλες ποσοστιαίες μεταβολές του δείκτη, ενώ αντίθετα για την επόμενη πενταετία όλες οι κλινικές παρουσιάζουν κυρίως μειώσεις και καταλήγουν με αρνητικό ποσοστό

μεταβολής, εκτός από το ΜΗΤΕΡΑ που έχει θετικό ποσοστό, αλλά μικρότερο από την αρχή της δεκαετίας και το ΡΕΑ που εμφανίζει μια πολύ μικρή θετική τιμή της τάξεως του 0,1%.

Όσο αφορά το μέσο όρο των κλινικών την πενταετία 2013-2018, σύμφωνα με το διάγραμμα 11, όλες οι κλινικές εμφάνισαν αρνητικό ρυθμό μεταβολής.

Διάγραμμα 11-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής μέσης διάρκειας είσπραξης απαιτήσεων



ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ

Πίνακας 16-Αριθμοδείκτης ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων

	ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009- 18
ΡΕΑ	0	0,21	0,58	1,10	1,09	1,32	1,61	1,88	2,42	2,17	0,6	1,88	1,24
ΓΕΝΕΣΙΣ	1,91	1,97	1,86	1,58	1,39	1,67	1,87	0,65	2,37	3,13	1,74	1,94	1,84
ΛΗΤΩ	4,27	3,90	2,21	1,52	1,49	1,20	1,22	1,37	1,35	1,37	2,68	1,30	1,99
ΜΗΤΕΡΑ	2,74	1,74	1,19	0,91	0,86	1,24	0,95	0,7	0,94	1,43	1,49	1,05	1,27
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	1,67	1,42	1,03	1,05	1,26	0,70	0,65	1,15	0,96	0,94	1,28	0,88	1,08
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,59	0,83	1,17	1,16	1,32	0,40	0,36	0,84	0,72	0,67	1,01	0,6	0,81
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	1,86	1,68	1,34	1,22	1,24	1,09	1,11	1,1	1,46	1,62	1,47	1,28	1,37

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 σε όλες τις κλινικές παρατηρείται ότι πραγματοποιούν τις εισπράξεις τους με γρηγορότερο ρυθμό από ότι εξοφλούν τις υποχρεώσεις τους και για αυτό δεν κρίνεται απαραίτητη η διατήρηση μεγάλου ποσού κυκλοφορούντος ενεργητικού προκειμένου να χρηματοδοτούνται οι υποχρεώσεις τους.

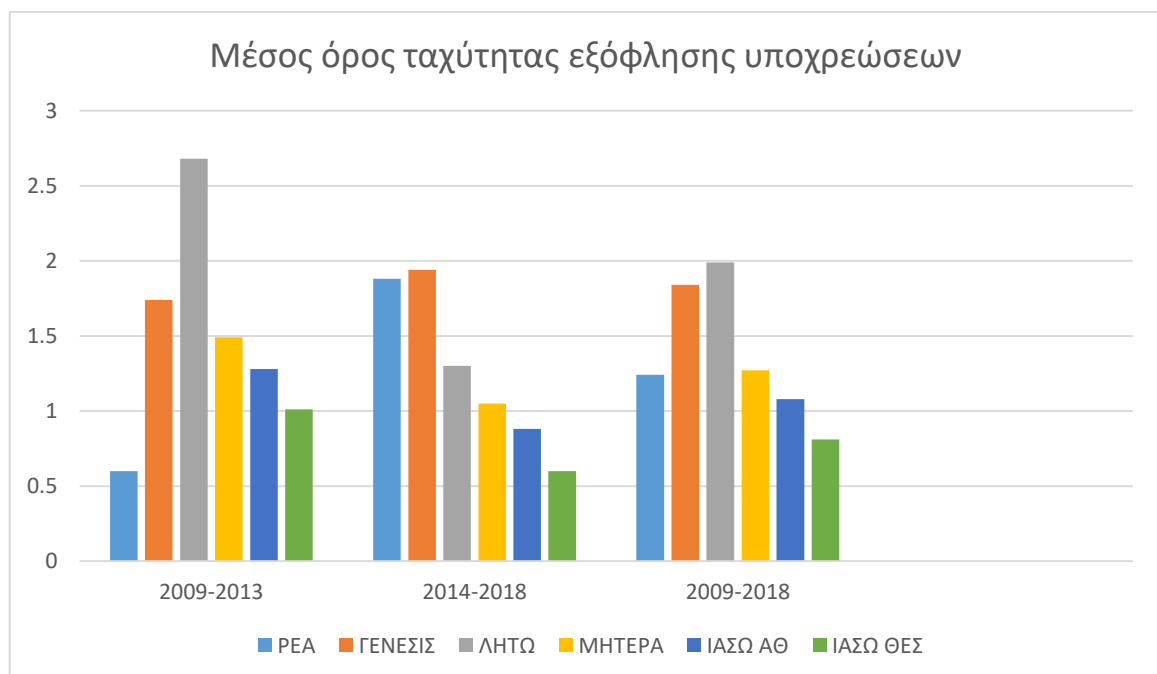
Στη περίπτωση του ΡΕΑ, του ΓΕΝΕΣΙΣ, του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και του ΜΗΤΕΡΑ η ταχύτητα εξόφλησης παρουσιάζει αρκετές αυξομειώσεις μέσα στη δεκαετία και καταλήγει για το ΡΕΑ να σταθεροποιείται περίπου πάνω από το 2, για το ΓΕΝΕΣΙΣ να κλείνει σε 3,13, ενώ για το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ να καταλήγει σε 0,94 και του ΜΗΤΕΡΑ να κλείνει σε 1,43 το 2018.

Στο ΛΗΤΩ, η ταχύτητα εξόφλησης παρουσιάζει μείωση μέσα στη δεκαετία και κυμαίνεται από 4,27, σε 1,37.

Στη περίπτωση του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, η ταχύτητα εξόφλησης παρουσιάζει σχετική σταθερότητα μέσα στη δεκαετία κυμαίνοντας από 0,59, σε 0,67.

Αναφορικά με το μέσο όρο στις δύο εξεταζόμενες πενταετίες, σύμφωνα με το διάγραμμα 12, μόνο το ΡΕΑ και το ΓΕΝΕΣΙΣ είχαν αύξηση του αριθμοδείκτη τη δεύτερη πενταετία, ενώ οι υπόλοιπες δείχνουν μείωση.

Διάγραμμα 12-Μέσος όρος ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων

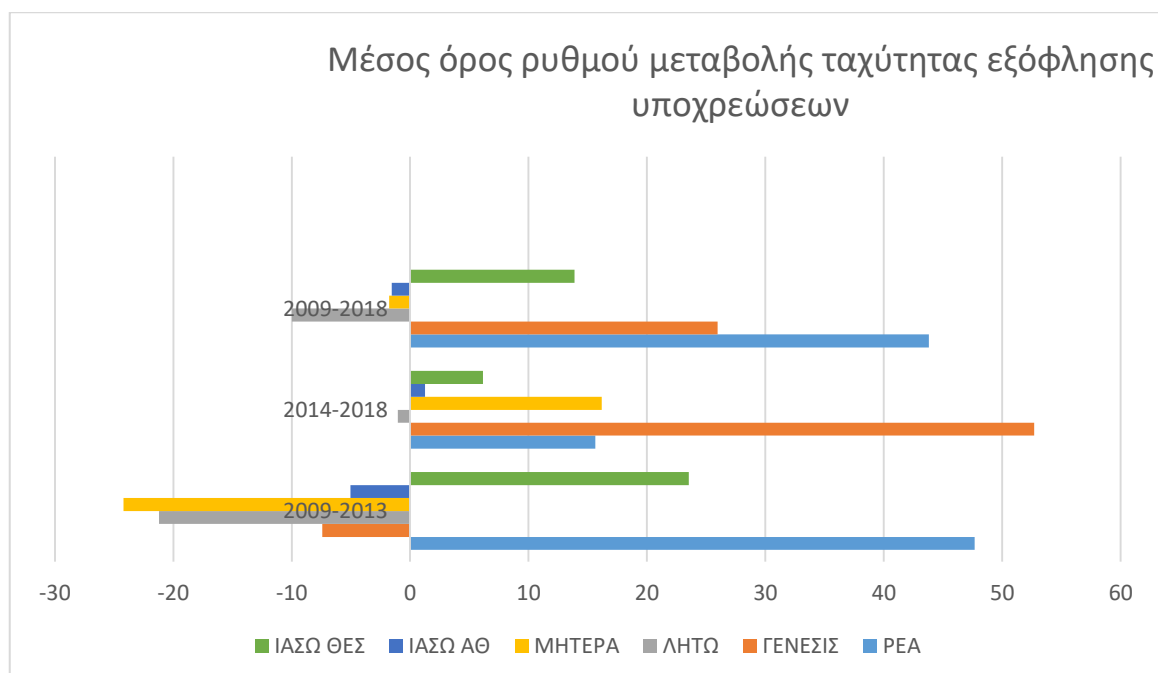


Πίνακας 17-Ρυθμός μεταβολής ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	Μ.Ο 2009-2013	Μ.Ο 2014-18	ΜΟ 2009-18
ΡΕΑ	-	183,1	89,9	-0,8	20,6	22,2	16,6	28,7	-10,2	47,68	15,64	43,8
ΓΕΝΕΣΙΣ	3,39	-5,72	-15,0	-12,3	20,59	12,13	-65,23	264,09	31,94	-7,43	52,71	25,98
ΛΗΤΩ	-8,69	-43,2	-31,1	-2,11	-19,6	1,58	12,44	-1,47	1,84	-21,2	-1,05	-10,0
ΜΗΤΕΡΑ	-36,5	-31,5	-23,7	-4,98	44,3	-23,6	-26,84	35,62	51,54	-24,2	16,19	-1,76
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-14,5	-28	2,18	20,14	-44,3	-7,7	77,01	-16,5	-2,17	-5,05	1,27	-1,54
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	40,72	40,31	-0,29	13,43	-69,2	-9,93	131,2	-14,31	-6,91	23,54	6,15	13,88
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-3,1	19,2	3,7	2,2	-8	-0,9	24,2	49,4	11	9,4	15,1	11,72

Σύμφωνα με τον πίνακα 17, ο ρυθμός μεταβολής του δείκτη ανά έτος, τη μεγαλύτερη διακύμανση είχε το ΓΕΝΕΣΙΣ.. Συγκρίνοντας τις δύο πενταετίες, στην πρώτη πενταετία όλες οι κλινικές εκτός από το ΡΕΑ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ παρουσιάζουν αρνητικό μέσο όρο ποσοστιαίας μεταβολής του δείκτη, ενώ αντίθετα στην δεύτερη δεκαετία όλες οι κλινικές εκτός από το ΛΗΤΩ παρουσιάζουν θετικό μέσο όρο ποσοστιαίας μεταβολής του δείκτη. Τέλος, ο μέσος όρος, σύμφωνα με το διάγραμμα 13, δείχνει ότι εκτός από το ΡΕΑ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ οι υπόλοιπες κλινικές παρουσίασαν αύξηση του ρυθμού για το τελευταίο έτος της δεύτερης πενταετίας.

Διάγραμμα 13-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ταχύτητας εξόφλησης υποχρεώσεων



Πίνακας 18-Αριθμοδείκτης μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων

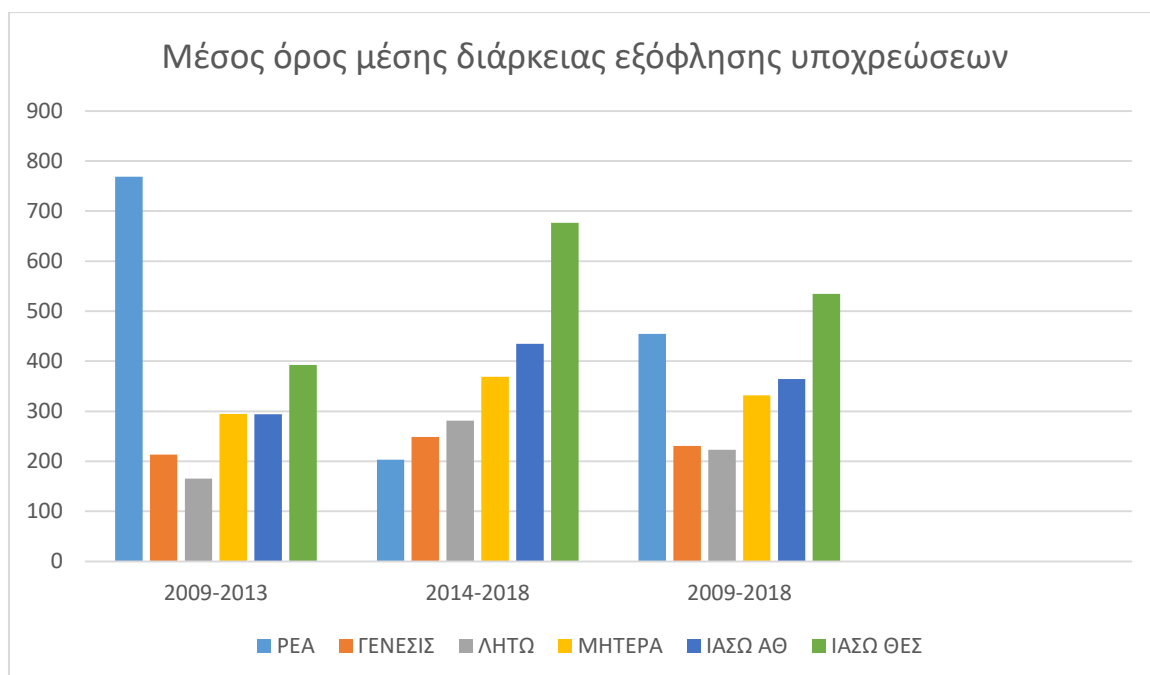
	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009-18
ΡΕΑ	-	1780	628,86	331,13	333,86	276,87	226,49	194,28	150,9	168,01	768,59	203,31	454,53
ΓΕΝΕΣΙΣ	191,23	184,95	196,18	230,87	263,48	218,48	194,84	560,3	153,89	116,6	213,34	248,83	231,09
ΛΗΤΩ	85,48	93,61	164,89	239,42	244,57	304,32	299,6	266,4	270,4	265,51	165,59	281,26	223,42
ΜΗΤΕΡΑ	133,18	209,93	306,63	402,05	423,11	293,22	384,15	525,1	387,1	255,5	294,98	369,03	332
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	219,05	256,19	355,97	348,39	289,99	520,75	564,16	318,72	381,7	390,16	293,92	435,1	364,51
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	618,39	439,46	313,2	314,11	276,92	901,66	1001	433,01	505,29	542,8	392,41	676,77	534,59
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	249,46	494,09	327,62	311	305,32	419,22	445,06	382,97	308,23	289,77	354,81	369,05	356,69

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 στο ΡΕΑ, στο ΓΕΝΕΣΙΣ, στο ΜΗΤΕΡΑ και στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ, αντίστοιχα με τον δείκτη ταχύτητας εξόφλησης των υποχρεώσεων, η μέση διάρκεια εξόφλησης επίσης παρουσιάζει μεγάλες αυξομειώσεις κατά την διάρκεια των δέκα ετών και καταλήγει τις τελευταίες λογιστικές χρήσεις να σταθεροποιείται γύρω στο 150 για το ΡΕΑ, σε 116 για το ΓΕΝΕΣΙΣ, σε 255 για το ΜΗΤΕΡΑ και σε 390 για το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ, γεγονός που υποδηλώνει και εδώ ότι οι εισπράξεις πραγματοποιούνται με γρηγορότερο ρυθμό απ' ότι οι εξοφλήσεις υποχρεώσεων.

Στο ΛΗΤΩ η μέση διάρκεια παρουσιάζει σημαντική αύξηση κατά την διάρκεια των δέκα ετών, καθώς κυμαίνεται από 85,48 ημέρες, σε 265, ενώ στο ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ η μέση διάρκεια επίσης παρουσιάζει σχετική σταθερότητα κατά την διάρκεια των δέκα ετών κυμαίνοντας από 618, σε 542.

Στην καλύτερη θέση ως προς την εξόφληση των υποχρεώσεων της βρίσκεται το ΓΕΝΕΣΙΣ που κρατάει και μια σχετικά σταθερή πορεία στο βάθος της δεκαετίας. Συμπερασματικά, σύμφωνα με το διάγραμμα 14, με το μέσο όρο της Μέσης Διάρκειας Εξοφλήσεων στο δεύτερο μισό της πενταετίας μόνο το ΡΕΑ παρουσίασε μείωση.

Διάγραμμα 14-Μέσος όρος μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων

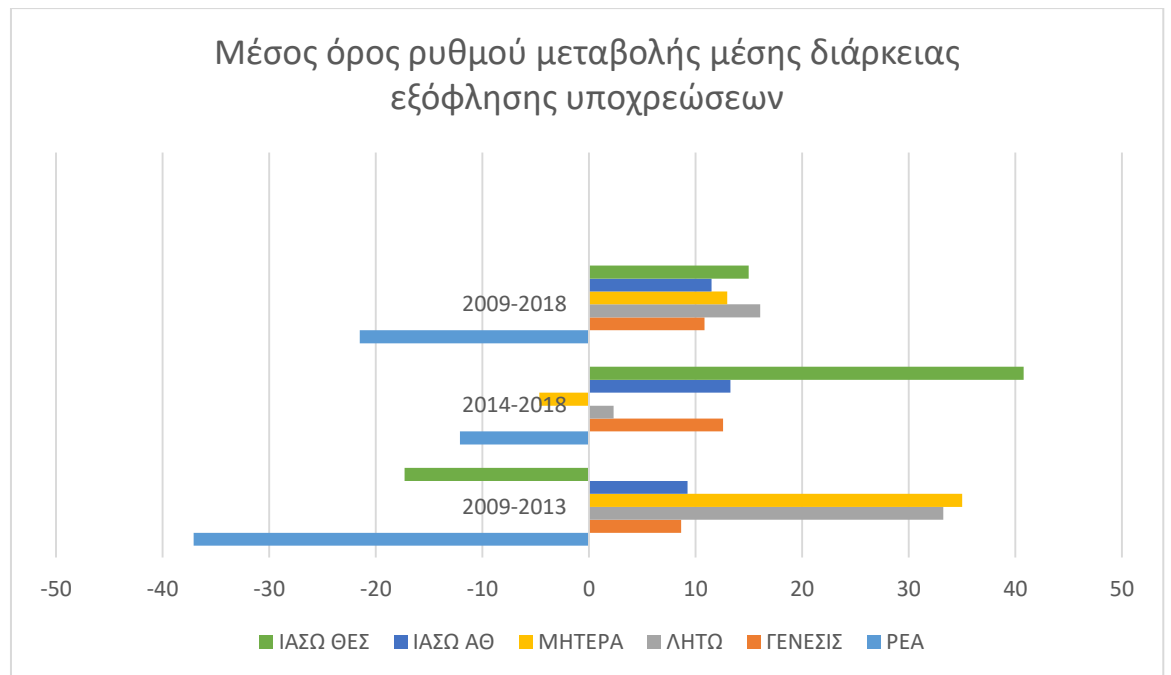


Πίνακας 19-Ρυθμός μεταβολής μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-18	MO 2009-18
PEA	-	-65,7	-47,3	0,8	-17,1	-18,2	-14,2	-22,3	11,3	-37,1	-12,1	-21,5
ΓΕΝΕΣΙΣ	-3,28	6,07	17,68	14,12	-17,08	-10,82	187,57	-72,53	-24,2	8,65	12,59	10,84
ΛΗΤΩ	9,52	76,15	45,19	2,15	24,43	-1,55	-11,07	1,49	-1,81	33,25	2,3	16,06
ΜΗΤΕΡΑ	57,63	46,06	31,12	5,24	-30,7	31,01	36,69	-26,27	-34,0	35,01	-4,65	12,98
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	16,96	38,95	-2,13	-16,76	79,57	8,34	-43,51	19,76	2,22	9,25	13,28	11,49
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-28,94	-28,73	0,29	-11,84	225,6	11,03	-56,75	16,69	7,42	-17,3	40,8	14,98
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	10,4	12,3	7,5	-1	44,1	3,3	16,5	-13,9	-6,5	5,3	8,7	7,47

Σύμφωνα με τον πίνακα 19, σε ότι αφορά τον ρυθμό μεταβολής του δείκτη στο μέσο όρο των δύο εξεταζόμενων περιόδων το ΓΕΝΕΣΙΣ, το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ παρουσίασαν αύξηση του ρυθμού μεταβολής κατά την δεύτερη περίοδο, ενώ οι υπόλοιπες τρεις εμφάνισαν μείωση. Επιπλέον, σύμφωνα με το διάγραμμα 15, το PEA και το ΜΗΤΕΡΑ εμφανίζουν αρνητικό ρυθμό μεταβολής κατά την δεύτερη δεκαετία.

Διάγραμμα 15-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής μέσης διάρκειας εξόφλησης υποχρεώσεων



Συμπερασματικά στο σύνολο του μέσου όρου τους η ταχύτητα είσπραξης και η μέση διάρκειά της παρουσίασαν μείωση στη δεύτερη πενταετία, ενώ η ταχύτητα εξόφλησης και η μέση διάρκεια της εμφάνισαν αύξηση στην ίδια πενταετία.

7.3 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΥ ΜΕΙΚΤΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ

Πίνακας 20-Αριθμοδείκτης περιθωρίου μεικτού κέρδους

	ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΜΕΙΚΤΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 2018	MO 2009- 18
ΡΕΑ	-	-4,65	-0,45	0,06	-0,01	0,13	0,22	0,23	0,23	0,24	-1,26	0,21	-0,44
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,30	0,20	0,08	0,22	0,16	0,14	0,18	0,19	0,20	0,21	0,19	0,18	0,19
ΛΗΤΩ	0,18	0,03	0,02	0,19	0,06	0,13	0,13	0,17	0,08	0,14	0,09	0,13	0,11
ΜΗΤΕΡΑ	0,20	-0,02	-0,12	0,04	-0,06	0,0	0,04	0,08	0,09	0,12	0,01	0,07	0,04
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,23	0,12	0,12	0,17	0,09	0,12	0,12	0,17	0,19	0,22	0,15	0,16	0,16
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-0,50	-1,25	-0,80	-0,26	-0,66	-0,29	-0,18	-0,17	-0,08	-0,07	-0,69	-0,16	-0,43
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	0,08	-0,93	-0,19	0,07	0,02	0,04	0,09	0,11	0,12	0,14	-0,25	0,09	-0,06

Σύμφωνα με τον πίνακα 20, το ΡΕΑ ενώ ξεκινάει με αρνητικό δείκτη στη συνέχεια βελτιώνεται και καταλήγει τα τελευταία χρόνια με σταθερό δείκτη που κυμαίνεται λίγο πάνω από 0,20. Συμπερασματικά, τα τελευταία χρόνια η κλινική προσπάθησε να βελτιώσει την αποτελεσματικότητά της και να την κρατήσει σε σταθερά επίπεδα.

Το ΓΕΝΕΣΙΣ, το ΛΗΤΩ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ κατά την δεκαετία παρουσιάζουν μειωμένη αποτελεσματικότητα. Το ΓΕΝΕΣΙΣ κυμαίνεται από 0,30, σε 0,21, ενώ το ΛΗΤΩ κατά την δεκαετία παρουσιάζει σταθερότητα του δείκτη καθώς κυμαίνεται από 0,18, σε 0,14. Το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ιδιαίτερα δεν έχει καθόλου αποτελεσματική λειτουργία ως εταιρεία και εμφανίζει ζημιές για όλα τα έτη λειτουργίας του.

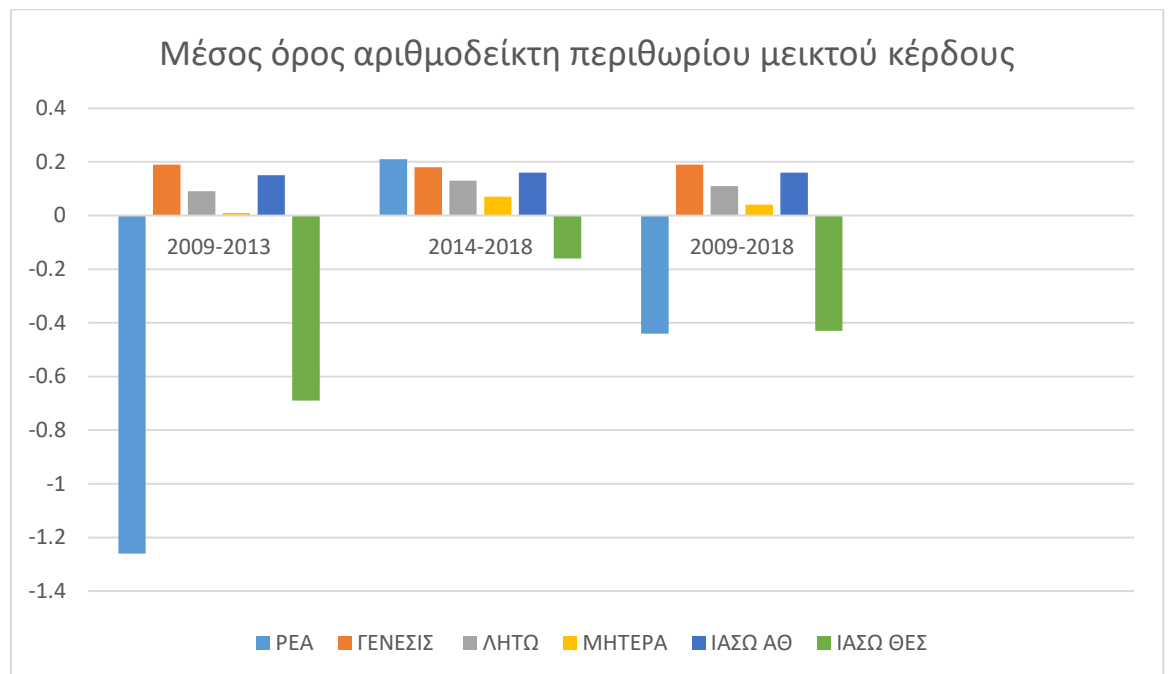
Το ΜΗΤΕΡΑ κατά την δεκαετία παρουσιάζει σοβαρή αυξομείωση καθώς κυμαίνεται από 0,20, σε -0,12 και επανακάμπτει στο τέλος της δεκαετίας στο 0,12. Συμπεραίνεται δηλαδή ότι η εταιρεία δεν ήταν λειτουργικά αποτελεσματική καθώς κάποια έτη δεν είχε την δυνατότητα να καλύψει ούτε το κόστος πωληθέντων μέσα από τον κύκλο εργασιών της.

Το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ κατά την δεκαετία παρουσιάζει μικρή μείωση καθώς ο δείκτης κυμαίνεται από 0,23, σε 0,22. Αναλυτικά, στη διάρκεια της δεκαετίας παρουσιάστηκε μεγάλη μείωση του δείκτη καθώς περίπου στη μέση της δεκαετίας ο δείκτης ισούται με 0,09 και στην συνέχεια άρχισε να αυξάνεται σταδιακά και να ισούται με 0,22 το 2018. Συμπεραίνεται δηλαδή ότι ενώ η αποτελεσματικότητα της εταιρείας

μειώθηκε στα μισά της δεκαετίας η διοίκηση κατάφερε να την επαναφέρει στα αρχικά της επίπεδα.

Ο μέσος όρος των κλινικών, σύμφωνα με το διάγραμμα 16, πριν και μετά το 2013 δείχνει ότι οι κλινικές κάνανε προσπάθεια να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους παρόλες τις δυσχερείς οικονομικές συνθήκες που τους επιβλήθηκαν. Επίσης, οι κλινικές που παρουσίασαν χαμηλό αριθμοδείκτη μεικτού κέρδους δε σημαίνει απόλυτα ότι δε βελτίωσαν την αποδοτικότητά τους. Κάποιες φορές παρουσιάζουν σκόπιμα χαμηλό δείκτη για να προωθήσουν ένα νέο προϊόν που θα αποφέρει περισσότερα κέρδη και θα αντισταθμίσει τον χαμηλό δείκτη μεικτού κέρδους.

Διάγραμμα 16-Μέσος όρος περιθωρίου μεικτού κέρδους



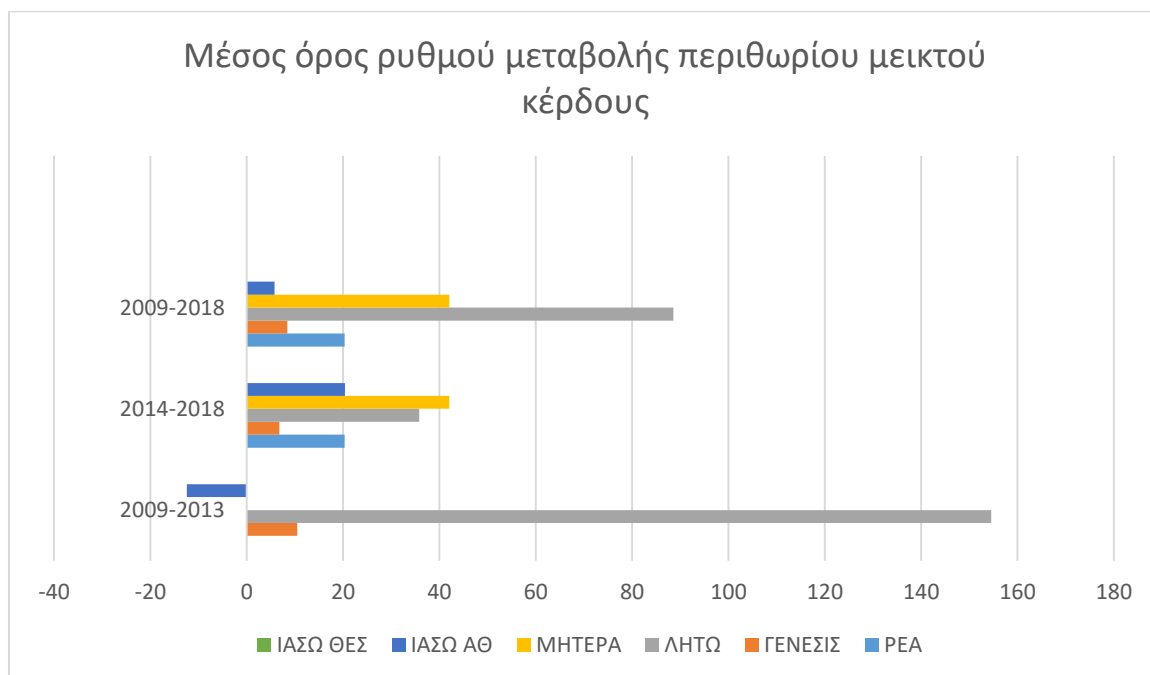
Πίνακας 21-Ρυθμός μεταβολής περιθωρίου μεικτού κέρδους

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΥ ΜΕΙΚΤΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	Μ.Ο 2009-2013	Μ.Ο 2014-18	ΜΟ 2009-18
ΡΕΑ	-	-	-	-	-	70,8	3,2	2,4	4,7	-	20,3	20,3
ΓΕΝΕΣΙΣ	-31,5	-58,9	161,97	-29,3	-11,8	28,18	10,33	1,47	5,81	10,51	6,78	8,44
ΛΗΤΩ	-80,4	-40,8	809,41	-69,9	124,17	6,52	25,34	-53,3	76,2	154,55	35,78	88,57
ΜΗΤΕΡΑ	-	-	-	-	-	-	90,06	4,25	31,93	-	42,08	42,08
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-47,3	-2,75	45,4	-45,1	30,1	-2,66	46,77	9,92	17,87	-12,48	20,4	5,79

ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-53,1	-34,2	338,9	-48,2	47,5	25,7	35,1	-7,1	27,3	50,86	22,4	36,9

Σύμφωνα με τον πίνακα 21, αναφορικά με το ρυθμό μεταβολής του δείκτη, το ΡΕΑ το 2015 παρουσιάζει μια αύξηση της αποδοτικότητάς του, της τάξεως του 70% στη συνέχεια μειώνεται αλλά παραμένει θετική μέχρι και το τέλος της δεκαετίας. Επίσης ο μέσος όρος των κλινικών, σύμφωνα με το διάγραμμα 17, φανερώνει ότι την πενταετία μετά το 2014 οι κλινικές μείωσαν την αποδοτικότητά τους σε σχέση με την πενταετία πριν, εκτός από το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ που εμφάνισε αύξηση, γεγονός που δείχνει ότι ίσως εκμεταλλεύτηκε τις ευκαιρίες που παρουσιάστηκαν εν μέσω κρίσης.

Διάγραμμα 17-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής περιθωρίου μεικτού κέρδους



ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘΑΡΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ

Πίνακας 22-Αριθμοδείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους

	ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘΑΡΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 2018	MO 2009- 18
PEA	0,21	-11,3	-0,56	-0,05	-0,10	0,10	0,19	0,23	0,20	0,20	-2,37	0,19	-1,09
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,22	0,12	0,1	0,09	0,03	-0,01	0,03	0,15	0,12	0,05	0,11	0,06	0,09
ΛΗΤΩ	0,13	-0,10	-0,17	0,02	-0,15	-0,07	-0,07	-0,01	-0,14	-0,05	-0,05	-0,07	-0,06
ΜΗΤΕΡΑ	0,16	-0,14	-0,26	-0,26	-0,29	-0,14	-0,11	-0,04	0,05	0,08	-0,12	-0,03	-0,09
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,21	0,13	0,16	0,20	0,16	0,15	0,13	0,18	0,22	0,26	0,17	0,19	0,18
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-0,81	-1,83	-0,54	-0,07	-0,65	-0,08	0	-0,04	0,03	0,04	-0,78	-0,01	-0,4
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	0,02	-2,2	-0,21	-0,01	-0,17	0,01	0,02	0,08	0,08	0,10	-0,50	0,05	-0,22

Σύμφωνα με τον πίνακα 22, στην περίπτωση του PEA και του ΓΕΝΕΣΙΣ ο δείκτης καθαρού κέρδους παρουσιάζει μεγάλη μείωση μέσα στη πρώτη πενταετία αγγίζοντας αρνητικούς αριθμούς, στη συνέχεια βελτιώνεται και σταθεροποιείται περίπου στο 20. Στο ΓΕΝΕΣΙΣ ο δείκτης καθαρού κέρδους παρουσιάζει μεγάλες αυξομειώσεις που κυμαίνονται από 0,22 για το 2009. Σε 0,05 για το 2018. Συνολικά η επιχείρηση του ΓΕΝΕΣΙΣ παρουσίασε καθαρά κέρδη για σχεδόν όλα τα έτη αλλά οι αυξομειώσεις στο καθαρό περιθώριο κέρδους την καθιστούν ασταθή για ενδεχόμενες δυσμενείς εξωτερικές επιδράσεις.

Στο ΛΗΤΩ ο δείκτης καθαρού κέρδους παρουσιάζει μείωση μέσα στη δεκαετία. Συγκεκριμένα ενώ ισούται με 0,13, αγγίζει το -0,15 για το 2013 και τελικά ισούται με -0,05 στο τέλος της δεκαετίας δείχνοντας έτσι ότι η εταιρεία καταλήγει ζημιωμένη μέσα από τις λειτουργικές της δραστηριότητες. Στο ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο δείκτης καθαρού κέρδους παρουσιάζεται αρνητικός για όλα σχεδόν έτη μέχρι και το 2017 όπου ισούται με 0,03 και το 2017 όπου ισούται με 0,04 για το 2018. Συνολικά για την δεκαετία ο δείκτης βελτιώνεται και δείχνει ότι τα τελευταία δύο έτη η κλινική κατάφερε να μην εμφανίσει ζημιές, χωρίς όμως να εμφανίζει παράλληλα αποδοτική λειτουργία.

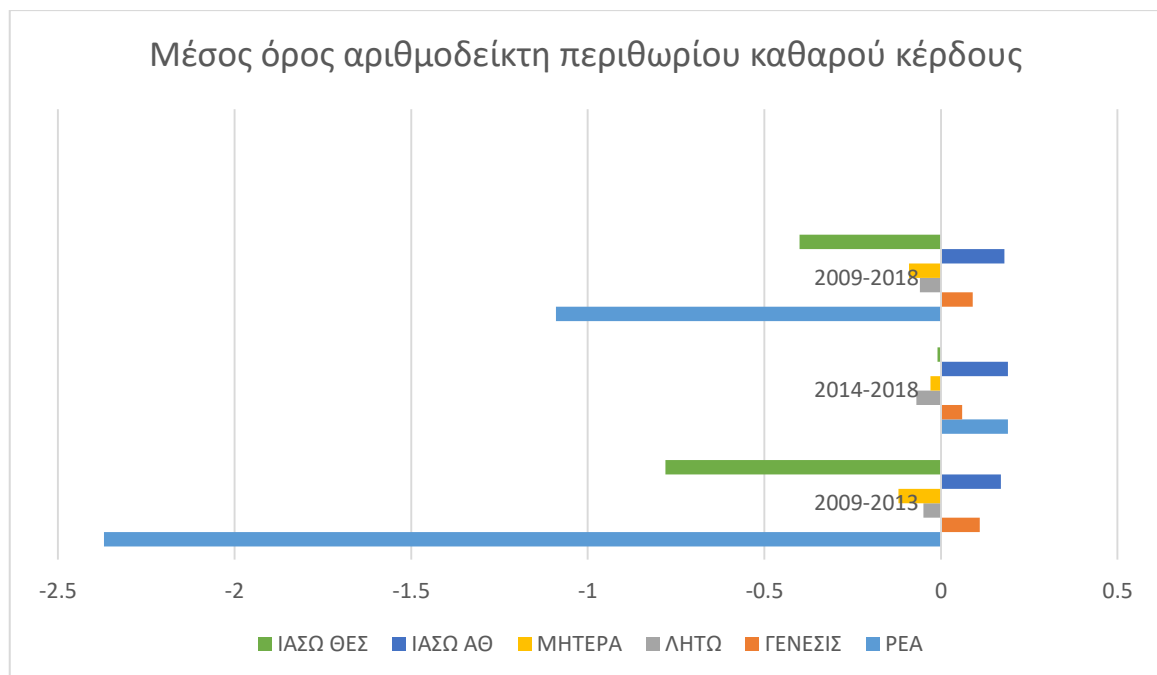
Στο ΜΗΤΕΡΑ όπως και με τον δείκτη μεικτού κέρδους, έτσι και ο δείκτης καθαρού κέρδους παρουσιάζει μεγάλη αυξομείωση μέσα στη δεκαετία. Συγκεκριμένα, κυμαίνεται από 0,16 για το 2019, στη συνέχεια μειώνεται και παραμένει συνεχώς αρνητικός μέχρι και το 2016, έως 0,08 για το 2018. Από όλα αυτά συμπεραίνεται ότι τα περισσότερα έτη η εταιρεία ζημιώνεται από την λειτουργία της και δεν αποφέρει κέρδη.

Στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης καθαρού κέρδους παρουσιάζει μικρή αυξομείωση κατά την διάρκεια της δεκαετίας. Συγκεκριμένα, ο δείκτης στην αρχή της δεκαετίας ισούται με 0,21, στη μέση της δεκαετίας ισούται με 0,13 και έπειτα αγγίζει το 0,26. Συνολικά, η εταιρεία παρουσιάζεται κερδοφόρα και στις δέκα λογιστικές χρήσεις με μικρές αποκλίσεις παρουσιάζοντας με αυτό τον τρόπο μια σταθερή απόδοση στο πέρασμα των ετών.

Συμπερασματικά η κλινική που παρουσιάζει τα πιο αυξημένα καθαρά κέρδη μέσα στη δεκαετία ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ,. Στη δυσμενέστερη θέση βρίσκονται το ΛΗΤΩ, το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και το ΜΗΤΕΡΑ, που τα περισσότερα χρόνια εμφανίζουν αρνητικό δείκτη.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 18, ο μέσος όρος των κλινικών δείχνει ότι παρόλη την οικονομική κρίση κάποιες μαιευτικές κλινικές παρουσίασαν αύξηση των καθαρών κερδών τους στο βάθος της εξεταζόμενης δεκαετίας.

Διάγραμμα 18-Μέσος όρος αριθμοδείκτη περιθωρίου καθαρού κέρδους

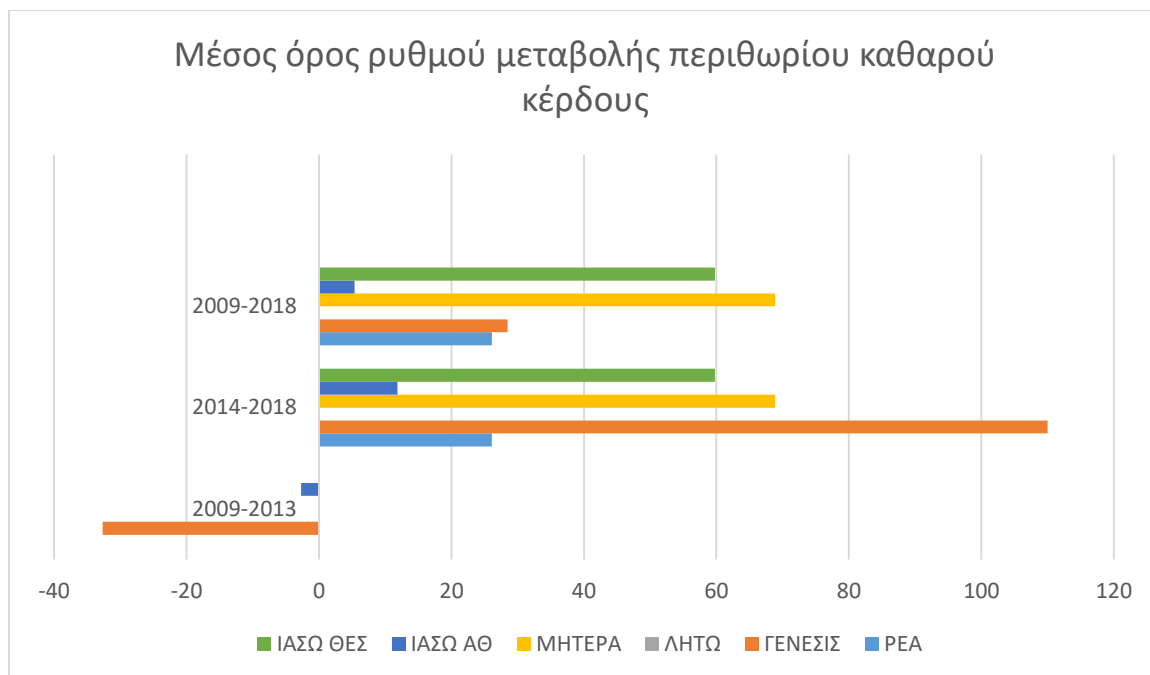


Πίνακας 23-Ρυθμός μεταβολής περιθωρίου καθαρού κέρδους

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΥ ΚΑΘΑΡΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009- 10	2010- 11	2011- 12	2012- 13	2013- 14	2014- 15	2015- 16	2016- 17	2017- 18	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 18	MO 2009- 18
ΡΕΑ	-	-	-	-	-	98,9	19,3	-11,6	-2,3	-	26,1	26,1
ΓΕΝΕΣΙΣ	-45,2	-17,74	-2,79	-65,12	-	-	408,63	-20,77	-57,7	-32,7	110	28,47
ΛΗΤΩ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΜΗΤΕΡΑ	-	-	-	-	-	-	-	-	68,9	-	68,9	68,9
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-38,4	25,11	22,47	-19,9	-7,21	-10,78	38,17	19,15	19,77	-2,71	11,82	5,36
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-	-	-	-	-	-	-	-	59,81	-	59,81	59,81
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-41,8	3,7	9,8	-42,5	-7,2	44,1	-4,4	17,7	19,11	-17,7	41,1	37,72

Σύμφωνα με τον πίνακα 23, από τον ρυθμό μεταβολής του δείκτη ανά έτος μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το 2010 και το 2013 ήταν οι χρονιές με το χαμηλότερο ποσοστό στο μέσο όρο των κλινικών της τάξης του -40%, ενώ το 2015 και το 2018 ήταν οι χρονιές με τα υψηλότερα ποσοστά στο μέσο όρο τους και συγκεκριμένα 44,1% και 19,11% αντίστοιχα. Στο μέσο όρο τους για τις τέσσερις κλινικές, σύμφωνα και με το διάγραμμα 19, δεν έχει υπολογιστεί η πρώτη πενταετία, αφού οι αριθμοδείκτες τους ήταν αρνητικοί, ενώ για το ΛΗΤΩ δεν υπολογίστηκε καθόλου ο ρυθμός μεταβολής της, αφού όλη τη δεκαετία ο αριθμοδείκτης περιθωρίου καθαρού κέρδους ήταν αρνητικός. Έτσι μόνο το ΓΕΝΕΣΙΣ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ έχουν υπολογισμένο ρυθμό μεταβολής και παρουσιάζουν αύξηση στην πενταετία 2014-2018.

Διάγραμμα 19-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής περιθωρίου καθαρού κέρδους



ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

Πίνακας 24-Αριθμοδείκτης αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων

	ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009- 18
ΡΕΑ	0,28	-0,12	-0,41	-0,05	-0,12	0,16	0,24	0,24	0,20	0,17	-0,08	0,20	0,06
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,11	0,05	0,03	0,04	0,01	-0,01	0,01	0,07	0,05	0,03	0,05	0,03	0,04
ΛΗΤΩ	0,20	-0,18	-0,29	0,04	-0,36	-0,19	-0,13	-0,01	-0,31	-0,12	-0,12	-0,15	-0,13
ΜΗΤΕΡΑ	0,42	-0,42	-0,64	-2,41	1,66	5,48	-1,62	-2,10	0,59	0,73	-0,28	0,62	0,17
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,28	0,14	0,15	0,24	0,16	0,18	0,14	0,21	0,21	0,18	0,19	0,19	0,19
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-0,04	-0,27	-0,20	-0,07	-1,24	-0,26	0,01	0,18	-0,05	-0,08	-0,36	-0,04	-0,2
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	0,19	-0,13	-0,23	-0,37	0,02	0,9	-0,23	-0,24	0,12	-0,15	-0,10	0,14	0,02

Σύμφωνα με τον πίνακα 24, στη περίπτωση του ΡΕΑ και του ΜΗΤΕΡΑ ο δείκτης παρουσιάζεται σημαντικά μειωμένος ενώ στη συνέχεια αυξάνεται. Συμπεραίνεται ότι οι κλινικές φαίνεται να προσπάθησαν και να βελτίωσαν σημαντικά την αποδοτικότητα των κεφαλαίων τους μέσα στην δεκαετία.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ ο συγκεκριμένος δείκτης κυμαίνεται από 0,11 το 2009, σε -0,01 το 2014 και τέλος ισούται με 0,03 το 2018. Από τις παραπάνω τιμές του δείκτη φαίνεται ότι η κλινική δεν χρησιμοποιεί καθόλου αποτελεσματικά τα ίδια κεφάλαιά της.

Στο ΛΗΤΩ και στο ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο συγκεκριμένος δείκτης εμφανίζει σημαντική μείωση καθώς ενώ κυμαίνεται από 0,20, σε -0,12 το 2018 για το πρώτο μαιευτήριο και ξεκινάει και συνεχίζει αρνητικά για το δεύτερο μαιευτήριο, δείχνοντας έτσι ότι οι εταιρείες αυτές όχι μόνο δεν χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τα ίδια κεφάλαιά τους αλλά ζημιώνονται.

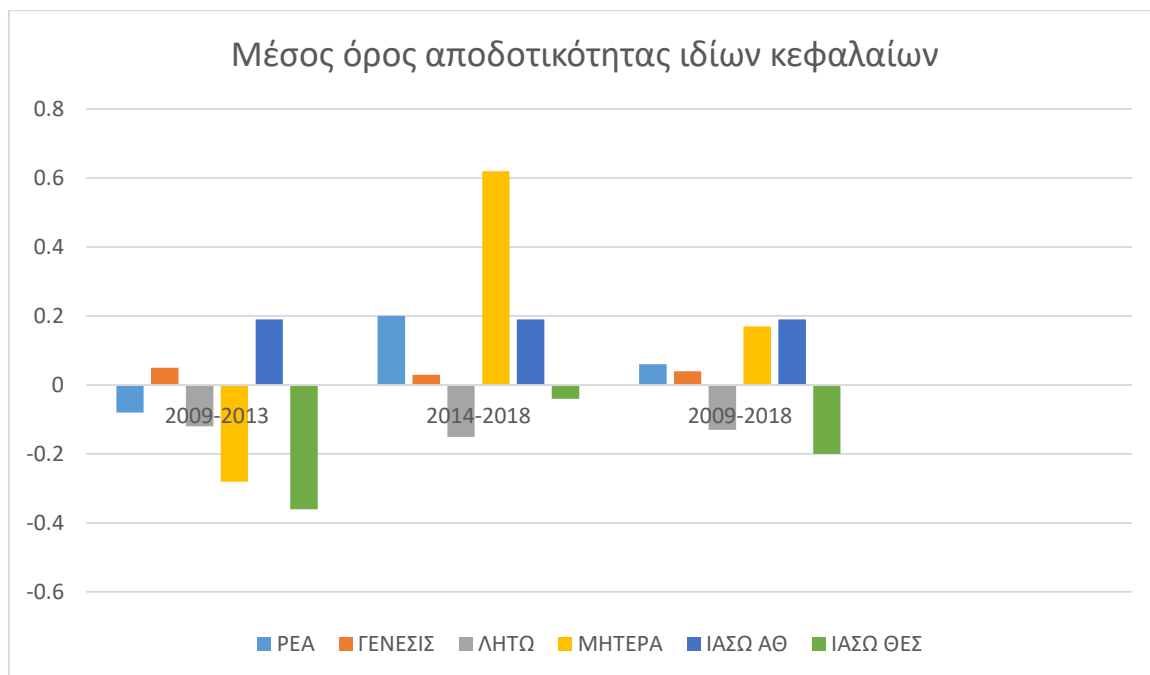
Στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο συγκεκριμένος δείκτης αυξομειώνεται καθ' όλη την διάρκεια της δεκαετίας αφού κυμαίνεται από 0,28 το 2009, σε 0,18 το 2018, αλλά είναι θετικός για όλα τα έτη. Παρατηρείται δηλαδή μια σταθερή αποδοτικότητα των μετοχικών κεφαλαίων κατά το πέρασμα των ετών.

Οι μαιευτικές κλινικές που παρουσίασαν αρνητικό ή χαμηλό δείκτη αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων σημαίνει ότι έχουν κάποια ανεπάρκεια σε έναν τομέα τους, που μπορεί να είναι η διοίκηση, η χαμηλή παραγωγικότητα ή ακόμα και απλώς οι δυσχερείς οικονομικές συνθήκες της χώρας που δεν μπόρεσαν να τις διαχειριστούν.

Αντίθετα οι κλινικές όπως το ΡΕΑ και το ΜΗΤΕΡΑ φαίνεται να εκμεταλλεύτηκαν την οικονομική κρίση και να δημιουργήσαν ευκαιρίες ανάπτυξης μέσα από τη σωστή διοίκησή τους.

Παρατηρείται λοιπόν και εδώ, σύμφωνα με το διάγραμμα 20, ότι ο μέσος όρος των κλινικών στη δεκαετία παρουσίασε αύξηση που σημαίνει ότι οι κλινικές ψάχνουν να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες ακόμα και στην περίοδο που τους επιβάλλανε ένα μέτρο σκληρής οικονομικής διαχείρισης όπως το clawback.

Διάγραμμα 20-Μέσος όρος αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων



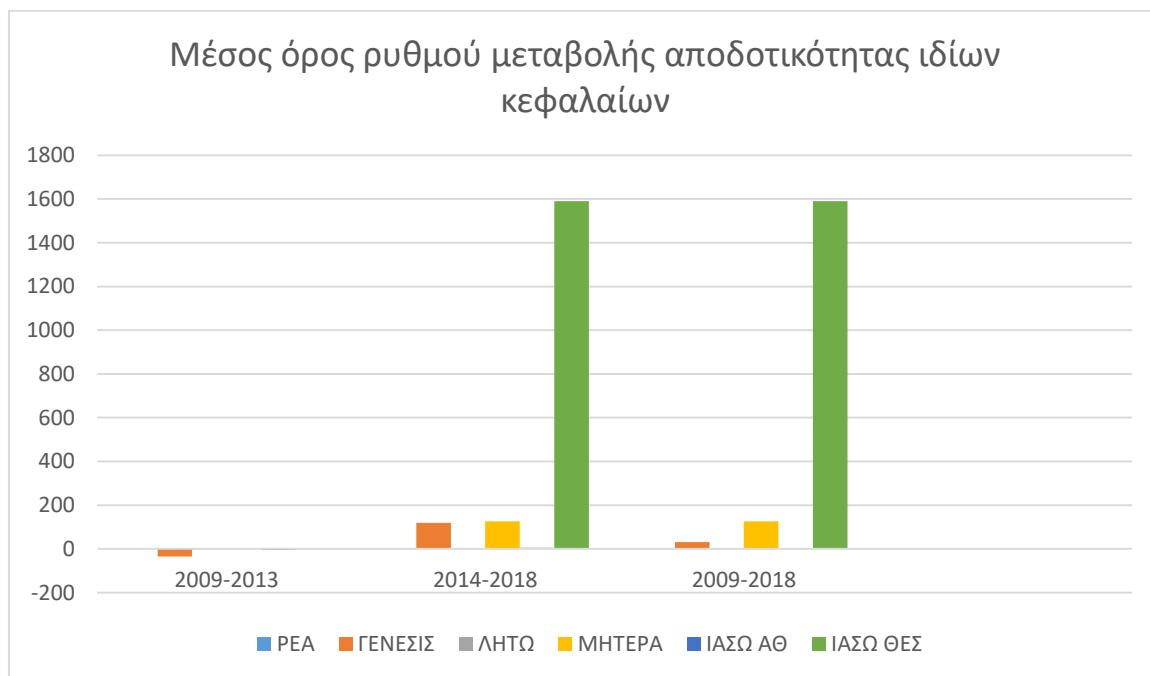
Πίνακας 25-Ρυθμός μεταβολής αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	Μ.Ο 2009-2013	Μ.Ο 2014-18	ΜΟ 2009-18
PEA	-	-	-	-	-	46	2,3	-18,6	-13,8	-	4	4
ΓΕΝΕΣΙΣ	-52,5	-37,7	14,73	-63,8	-	-	430,33	-27,38	-46,0	-34,8	118,97	31,07
ΛΗΤΩ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΜΗΤΕΡΑ	-	-	-	-	230,8	-	-	-	23,11		126,98	126,98
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-49,0	3,19	62,99	-31,1	11,45	-21,2	43,47	3,67	-15,3	-3,5	4,39	0,88
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-50,8	-17,3	38,9	-47,5	121,2	12,4	516,7	-14,1	-13	-19,2	369	350,75

Σύμφωνα με τον πίνακα 25, όσο αφορά το ρυθμό μεταβολής και σε αυτόν τον αριθμοδείκτη μπόρεσε να υπολογιστεί μόνο για το ΓΕΝΕΣΙΣ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ και για τις δύο εξεταζόμενες περιόδους ,γιατί οι υπόλοιπες τέσσερις κλινικές είχαν αρνητικούς αριθμοδείκτες κατά τη διάρκεια της πρώτης πενταετίας και επίσης για το ΛΗΤΩ δεν υπολογίστηκε καθόλου ,αφού παρουσίασε αρνητικούς αριθμοδείκτες καθ'όλη τη δεκαετία. Φαίνεται πάντως, σύμφωνα με το διάγραμμα 21, ότι από αυτά που μπόρεσαν να

υπολογιστούν οι κλινικές στο μέσο όρο τους παρουσίασαν αύξηση του ρυθμού μεταβολής τους στο δεύτερο μισό της δεκαετίας.

Διάγραμμα 21-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων



Συμπερασματικά με το μέσο όρο στο σύνολο των αριθμοδεικτών της Αποδοτικότητας και των έξι εξεταζόμενων κλινικών παρατηρείται αύξηση σε όλους το δεύτερο μισό της δεκαετίας.

Αντίστοιχα ο ρυθμός μεταβολής τους για το περιθώριο καθαρού κέρδους και της αποδοτικότητας ιδίων κεφαλαίων αυξήθηκε τη δεύτερη πενταετία, ενώ ο ρυθμός μεταβολής του περιθωρίου μεικτού κέρδους μειώθηκε.

7.4 ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗΣ ΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

Πίνακας 26-Αριθμοδείκτης ιδίων προς συνολικά κεφάλαια

	ΙΔΙΑ ΠΡΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009- 18
ΡΕΑ	0,35	0,33	0,27	0,24	0,22	0,23	0,27	0,31	0,34	0,37	0,28	0,30	0,29
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,61	0,64	0,63	0,6	0,63	0,64	0,64	0,68	0,71	0,73	0,62	0,68	0,65
ΛΗΤΩ	0,65	0,55	0,45	0,40	0,33	0,26	0,37	0,36	0,31	0,30	0,48	0,32	0,4
ΜΗΤΕΡΑ	0,35	0,22	0,24	0,07	-0,1	- 0,02	0,04	0,01	0,05	0,07	0,16	0,03	0,09
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,35	0,34	0,36	0,30	0,29	0,28	0,29	0,30	0,35	0,50	0,33	0,35	0,34
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,43	0,30	0,26	0,16	0,07	0,05	0,01	-0,04	-0,10	-0,12	0,24	-0,04	0,1
Μ.Ο ΚΑΙΝΙΚΩΝ	0,46	0,4	0,37	0,3	0,24	0,24	0,27	0,27	0,28	0,31	0,35	0,27	0,31

Σύμφωνα με τον πίνακα 26, στην περίπτωση του ΡΕΑ παρατηρείται ότι ο δείκτης κυμαίνεται από 0,35, σε 0,22 το 2013 και έπειτα αυξάνεται συνεχώς και ισούται στο τέλος της δεκαετίας με 0,37. Παρατηρείται, ότι η εταιρεία προσπαθεί να κρατήσει μια σταθερή στάση όσον αφορά την χρηματοδότηση των ενεργητικών της στοιχείων.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ ο δείκτης παραμένει σχετικά στάσιμος για την δεκαετία με μικρή τάση αύξησης, αφού κυμαίνεται από 0,61, σε 0,73. Στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ισούται με 0,35 το 2009 και το 2018 ισούται με 0,5, το οποίο σημαίνει ότι τα στοιχεία του ενεργητικού σε βάθος δεκαετίας χρηματοδοτούνται όλο και περισσότερο από τους μετόχους και όχι από δανειακά κεφάλαια.

Στο ΛΗΤΩ παρατηρείται ότι ο δείκτης μειώνεται καθώς κυμαίνεται από 0,65, σε 0,30, το οποίο σημαίνει ότι τα στοιχεία του ενεργητικού σε βάθος δεκαετίας χρηματοδοτούνται όλο και περισσότερο από δανειακά κεφάλαια και όχι από τους μετόχους.

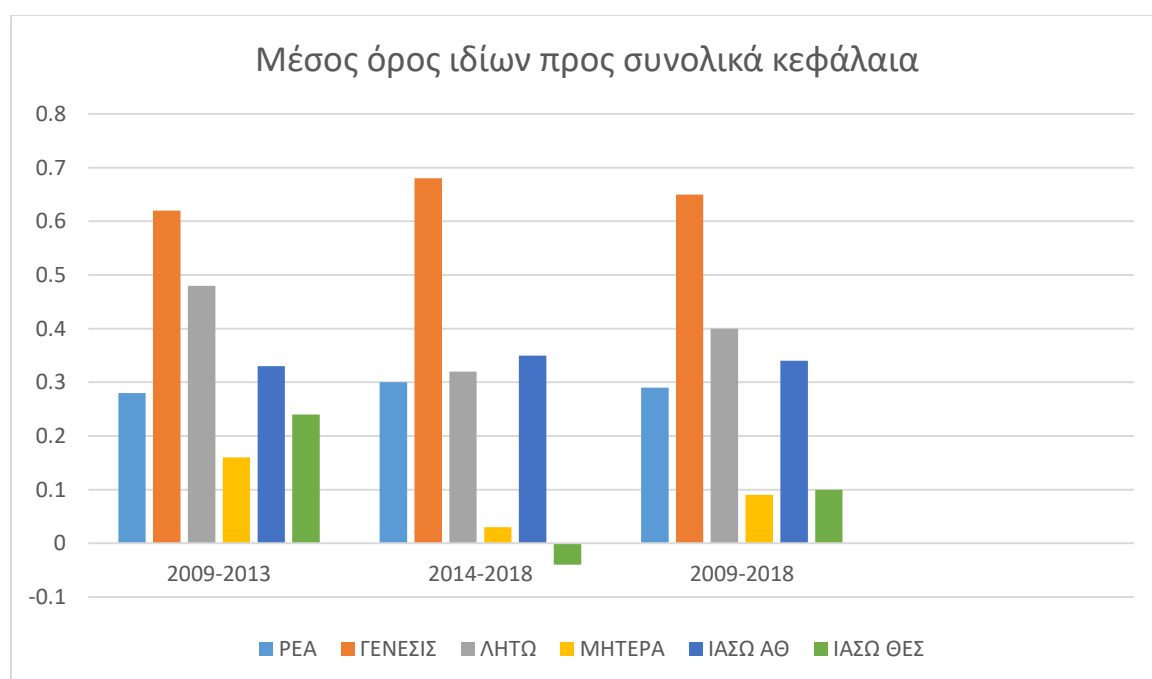
Στο ΜΗΤΕΡΑ παρατηρείται ότι ο δείκτης αυξομειώνεται αφού κυμαίνεται από 0,35 το 2009, σε -0,02 το 2014 και ισούται με 0,07 το 2018, το οποίο σημαίνει ότι τα στοιχεία του ενεργητικού στο τέλος της δεκαετίας χρηματοδοτούνται όλο και περισσότερο από δανειακά κεφάλαια.

Τέλος, στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ παρατηρείται ότι ο δείκτης μειώνεται σε σημαντικό βαθμό αφού κυμαίνεται από 0,43 το 2009, σε -0,12 το 2018, το

οποίο σημαίνει ότι τα στοιχεία του ενεργητικού σε βάθος δεκαετίας χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από δανειακά κεφάλαια και όχι από μετοχικά.

Ο μέσος όρος των κλινικών, σύμφωνα με το διάγραμμα 22, δείχνει ότι μετά το 2014 μόνο οι δύο από τις έξι κλινικές κατάφεραν να χρηματοδοτήσουν τα στοιχεία του ενεργητικού τους περισσότερο από τους μετόχους και όχι τόσο από δανειακά κεφάλαια. Αυτές είναι το ΓΕΝΕΣΙΣ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ. Οι υπόλοιπες τέσσερις κλινικές, το ΡΕΑ, το ΛΗΤΩ, το ΜΗΤΕΡΑ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ παρουσίασαν μείωση του δείκτη τους που σημαίνει ότι επηρεάστηκαν ίσως από τη θέσπιση του rebate και του clawback.

Διάγραμμα 22-Μέσος όρος ιδίων προς συνολικά κεφάλαια



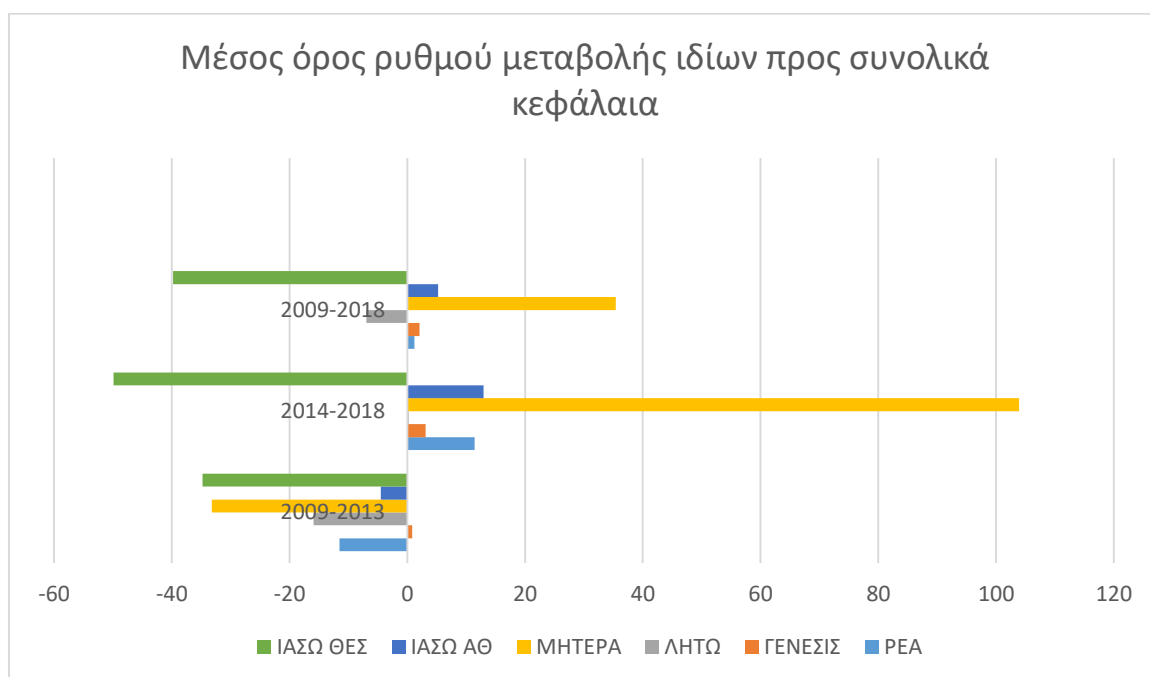
Πίνακας 27-Ρυθμός μεταβολής ιδίων προς συνολικά κεφάλαια

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-18	MO 2009-18
ΡΕΑ	-7,4	-15,8	-11,11	-11,6	5,6	20	15,2	7,4	8,8	-11,5	11,4	1,2
ΓΕΝΕΣΙΣ	5,09	-1,99	-5,03	5,12	1,51	1,38	4,8	4,83	3,08	0,8	3,12	2,09
ΛΗΤΩ	-15,33	-18,13	-11,9	-18,3	-18,7	41,3	-3,88	-15,01	-2,57	-15,9	0,23	-6,95
ΜΗΤΕΡΑ	-38,76	8,87	-71,77	-	-	-	-69,68	336,9	44,66	-33,2	103,9	35,38
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-1,91	5,25	-16,08	-5,25	-3,79	5,87	3,2	14,71	44,86	-4,5	12,97	5,21
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-30,58	-12,82	-37,88	-58,15	-25,99	-73,94	-	-	-	-34,8	-49,9	-39,8

Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-14,5	-5,8	-25,6	-17,6	-8,3	-1,1	-10,1	69,8	19,8	-16,5	13,6	-0,49
-----------------	-------	------	-------	-------	------	------	-------	------	------	-------	------	-------

Σύμφωνα με τον πίνακα 27, ο μέσο όρος της ποσοστιαίας μεταβολής ήταν αρνητικός από το 2009 έως και το 2016, ενώ ήταν αρνητικός για το 2017 και 2018. Κοινό στοιχείο σε όλες είναι ότι το δεύτερο μισό της δεκαετίας ο μέσος όρος αυξήθηκε, εκτός από το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ που εξακολουθούσε και είχε αρνητικό ρυθμό μεταβολής.

Διάγραμμα 23-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ιδίων προς συνολικά κεφάλαια



ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗΣ ΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΞΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

Πίνακας 28-Αριθμοδείκτης ιδίων προς ξένα κεφάλαια

	ΙΔΙΑ ΠΡΟΣ ΞΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009- 18
ΡΕΑ	0,54	0,48	0,38	0,32	0,27	0,29	0,38	0,46	0,51	0,58	0,4	0,44	0,42
ΓΕΝΕΣΙΣ	1,56	6,29	1,68	1,57	1,68	1,75	1,81	2,08	2,43	2,7	2,56	2,15	2,36
ΛΗΤΩ	1,89	1,15	0,83	0,66	0,48	0,36	0,60	0,56	0,44	0,42	1,00	0,48	0,74
ΜΗΤΕΡΑ	0,55	0,29	0,32	0,07	-0,09	-0,02	0,04	0,01	0,05	0,08	0,23	0,03	0,13
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,54	0,53	0,57	0,44	0,41	0,38	0,42	0,44	0,53	1,02	0,5	0,56	0,53
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,76	0,43	0,32	0,19	0,07	0,05	0,01	-0,04	-0,09	-0,11	0,35	-0,03	0,16
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	0,97	1,53	0,68	0,54	0,47	0,47	0,54	0,58	0,65	0,78	0,84	0,61	0,72

Σύμφωνα με τον πίνακα 28, στην περίπτωση του ΡΕΑ ο συγκεκριμένος δείκτης ενώ παρουσιάζει μικρή μείωση από το 2009 έως και το 2013, δηλαδή κυμαίνεται από 0,54 έως και 0,27, τα επόμενα έτη αυξάνεται συνεχώς μέχρι και το 2018 όπου ισούται με 0,60, δείχνοντας ότι η εταιρεία δεν προσπαθεί να αυξήσει τα ίδια κεφάλαια, μη προσφέροντας έτσι ασφάλεια στους δανειστές της εταιρείας.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσιάζει σημαντική αύξηση αφού κυμαίνεται από 1,56 , σε 2,70, το οποίο σημαίνει ότι τα ίδια κεφάλαια είναι πολύ υψηλότερα από τα δανειακά κεφάλαια, προσφέροντας έτσι σημαντική ασφάλεια στους δανειστές της εταιρείας.

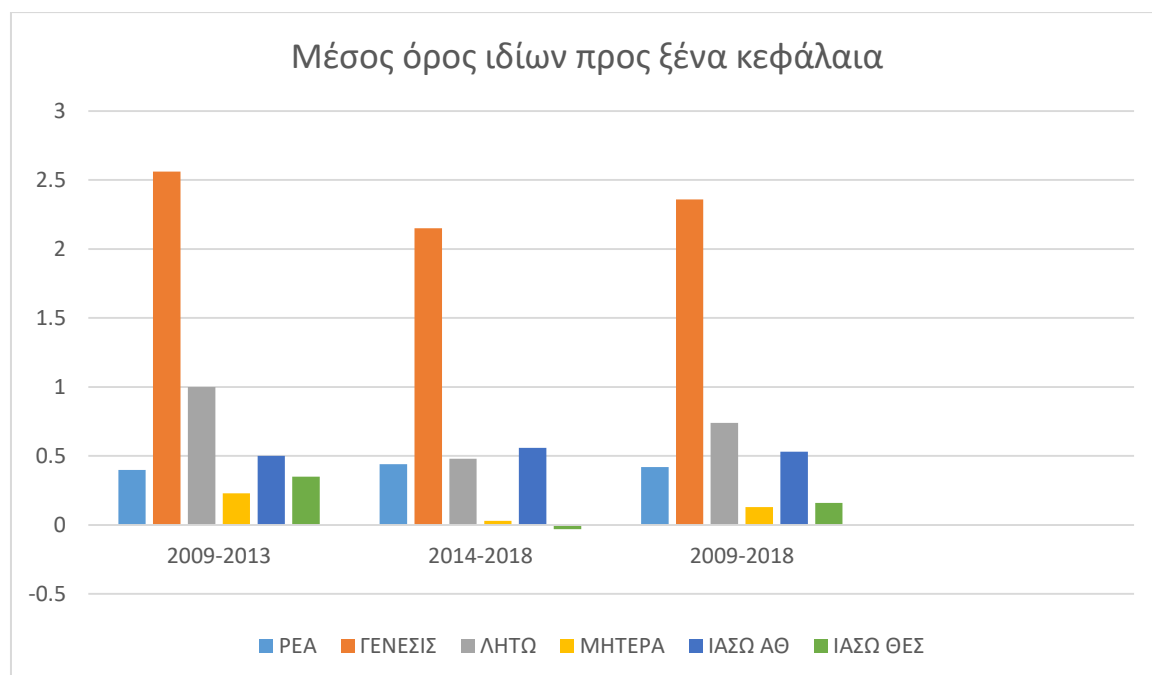
Στο ΛΗΤΩ και στο ΜΗΤΕΡΑ ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσιάζει μεγάλη μείωση καθώς κυμαίνεται στο ΛΗΤΩ από 1,89, σε 0,42 και στο ΜΗΤΕΡΑ από 0,55 ως 0,08, το οποίο σημαίνει ότι τα ίδια κεφάλαια κατά την διάρκεια της δεκαετίας μειώθηκαν πολύ σε σχέση με τα δανειακά κεφάλαια, μη προσφέροντας έτσι ασφάλεια στους πιστωτές των συγκεκριμένων κλινικών.

Στην περίπτωση του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο συγκεκριμένος δείκτης για το σύνολο της δεκαετίας αυξάνεται αφού ξεκινάει από 0,54 το 2009 και καταλήγει σε 1,02 το 2018, το οποίο σημαίνει ότι το τελευταίο έτος τα ίδια κεφάλαια είναι υψηλότερα από τα δανειακά κεφάλαια, προσφέροντας έτσι μια σχετική ασφάλεια στους δανειστές της εταιρείας.

Στο ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο συγκεκριμένος δείκτης, κυμαίνεται από 0,76 το 2009 σε-0,11 μετά από συνεχείς μειώσεις το 2018, δείχνοντας έτσι ότι τα ίδια κεφάλαια μειώνονται πολύ σε σχέση με τα δανειακά κεφάλαια κάτι που συνάδει και με τον δείκτη ιδίων προς συνολικών κεφαλαίων, καταργώντας με αυτό τον τρόπο οποιαδήποτε ασφάλεια μπορεί να υπήρχε στους δανειστές της εταιρείας στην αρχή της δεκαετίας.

Συμπερασματικά ο όμιλος ΙΑΣΩ έχει μια κλινική στην ευνοϊκότερη θέση και μια στη δυσμενέστερη σε σχέση με το συγκεκριμένο αριθμοδείκτη. Επίσης σύμφωνα με το διάγραμμα 24, ο μέσος όρος των κλινικών ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες πενταετίες υποδοκνύει ότι και ο συγκεκριμένος αριθμοδείκτης έχει επηρεαστεί από τα επιβαλλόμενα μέτρα μετά το 2014.

Διάγραμμα 24-Μέσος όρος ιδίων προς ξένα κεφάλαια



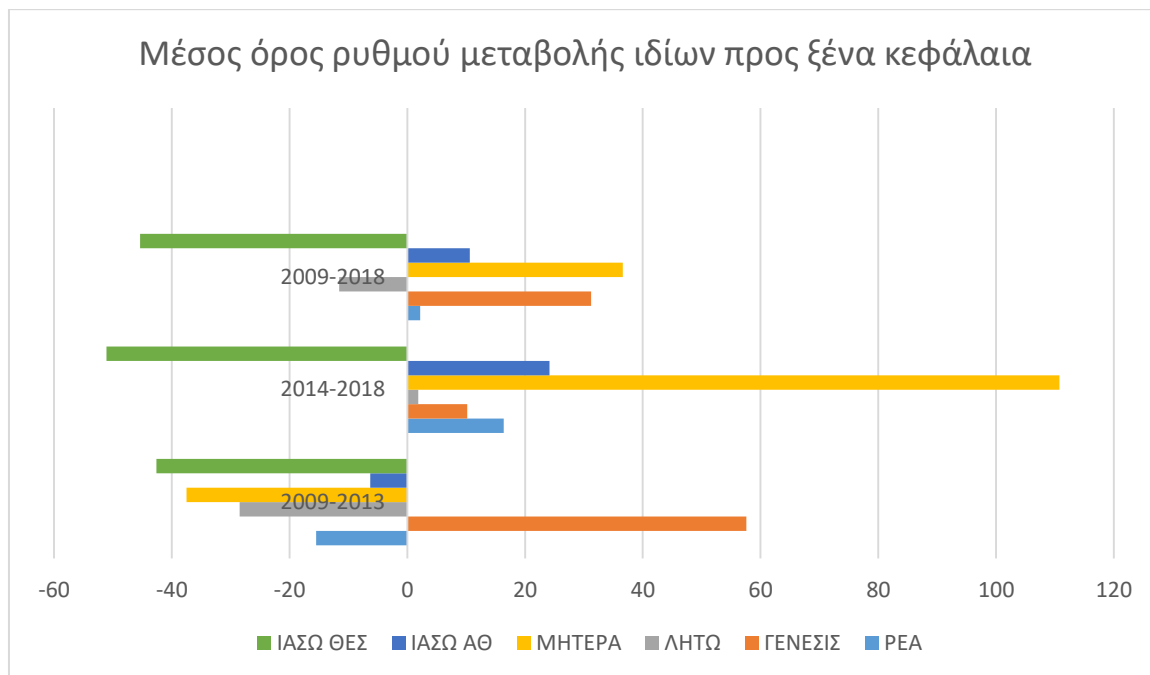
Πίνακας 29-Ρυθμός μεταβολής ιδίων προς ξένα κεφάλαια

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΞΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-18	MO 2009-18
ΡΕΑ	-11,0	-21,7	-14,7	-14,8	7,2	27,6	22,2	11,2	13,9	-15,5	16,4	2,2
ΓΕΝΕΣΙΣ	303,6	-73,23	-6,49	6,45	4,16	3,87	14,78	16,56	11,41	57,59	10,16	31,24
ΛΗΤΩ	-39,28	-27,72	-19,81	-27,22	-25,55	66,15	-6,06	-21,62	-3,67	-28,5	1,85	-11,6
ΜΗΤΕΡΑ	-47,36	11,73	-77,07	-	-	-	-70,49	354,75	48,15	-37,5	110,8	36,62
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-2,92	8,24	-23,1	-7,38	-5,25	8,32	4,59	22,56	90,48	-6,29	24,14	10,61
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-43,62	-24,37	-40,1	-62,38	-27,36	-74,92	-	-	-	-42,6	-51,1	-45,4
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	26,6	-21,2	-30,2	-21,1	-9,4	6,2	-7	76,7	32,1	-12,1	18,7	3,92

Σύμφωνα με τον πίνακα 29 ,από τον μέσο όρο του ρυθμού μεταβολής παρατηρείται ότι μεταξύ των ετών 2009 και 2014 όλες οι κλινικές παρουσιάζουν σημαντικές μειώσεις, με εξαίρεση το ΓΕΝΕΣΙΣ που για τις χρονιές αυτές έχει θετική ρυθμό μεταβολής (εκτός από το 2011). Για το 2015 όλες οι κλινικές σημειώσες θετικού ρυθμούς μεταβολής εκτός από το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ. Από το 2016 έως και το 2018 όλες οι κλινικές εκτός από το ΛΗΤΩ παρουσιάζουν θετικούς ρυθμούς μεταβολής. Το μαιευτήριο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ είναι αυτό που στο τέλος της δεκαετίας έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ανάπτυξης φθάνοντας σχεδόν στο 90%, ενώ το ΛΗΤΩ καταλήγει με αρνητικό

ποσοστό ρυθμού μεταβολής που φθάνει το -3,67% . Ο μέσος όρος της δεκαετίας, σύμφωνα με το διάγραμμα 25, φανερώνει ότι στο τέλος της εξεταζόμενης περιόδου εκτός από το ΛΗΤΩ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ οι υπόλοιπες κλινικές είχαν ένα θετικό ρυθμό μεταβολής.

Διάγραμμα 25-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ιδίων προς ξένα κεφάλαια



ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗΣ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ ΠΡΟΣ ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ

Πίνακας 30-Αριθμοδείκτης ιδίων κεφαλαίων προς καθαρά πάγια

	ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΡΟΣ ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009- 18
ΡΕΑ	0,46	0,39	0,31	0,28	0,24	0,25	0,31	0,37	0,42	0,46	0,33	0,36	0,35
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,64	0,66	0,65	0,68	0,67	0,68	0,69	0,74	0,76	0,79	0,66	0,73	0,7
ΛΗΤΩ	0,90	0,68	0,52	0,55	0,40	0,34	0,49	0,46	0,36	0,34	0,61	0,4	0,5
ΜΗΤΕΡΑ	0,47	0,30	0,31	0,10	-0,13	-0,02	0,05	0,02	0,07	0,1	0,21	0,04	0,13
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,46	0,45	0,46	0,42	0,38	0,37	0,40	0,42	0,57	0,69	0,43	0,49	0,46
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,44	0,36	0,35	0,20	0,08	0,06	0,01	-0,05	-0,11	-0,14	0,29	-0,05	0,12
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	0,56	0,47	0,43	0,37	0,27	0,28	0,33	0,33	0,34	0,37	0,42	0,33	0,37

Στον πίνακα 30 παρατηρείται ότι στην περίπτωση, του ΛΗΤΩ και του ΜΗΤΕΡΑ ο δείκτης ακολουθεί καθοδική πορεία για το σύνολο της δεκαετίας, από 0,90 σε 0,34 και

από 0,47 σε 0,1 αντίστοιχα, δείχνοντας έτσι ότι οι πάγιες επενδύσεις των κλινικών χρηματοδοτούνται σταθερά σε βάθος δεκαετίας περισσότερο από δανειακά κεφάλαια παρά από μετοχικά κεφάλαια.

Στο ΡΕΑ παρατηρείται ότι ο δείκτης σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας, παρά τις όποιες μικρές αυξομειώσεις, παραμένει σε σταθερά επίπεδα, που σημαίνει ότι γίνεται προσπάθεια να χρηματοδοτούνται οι επενδύσεις περισσότερο από τα μετοχικά κεφάλαια.

Στο ΓΕΝΕΣΙΣ ο δείκτης κυμαίνεται από 0,64 ακολουθώντας ανοδική πορεία σε 0,79, παρουσιάζοντας σχετική σταθερότητα με σημάδια μικρών αυξήσεων, σηματοδοτώντας ότι οι πάγιες επενδύσεις της εταιρείας χρηματοδοτούνται όλο και περισσότερο σε βάθος χρόνου από ίδια κεφάλαια.

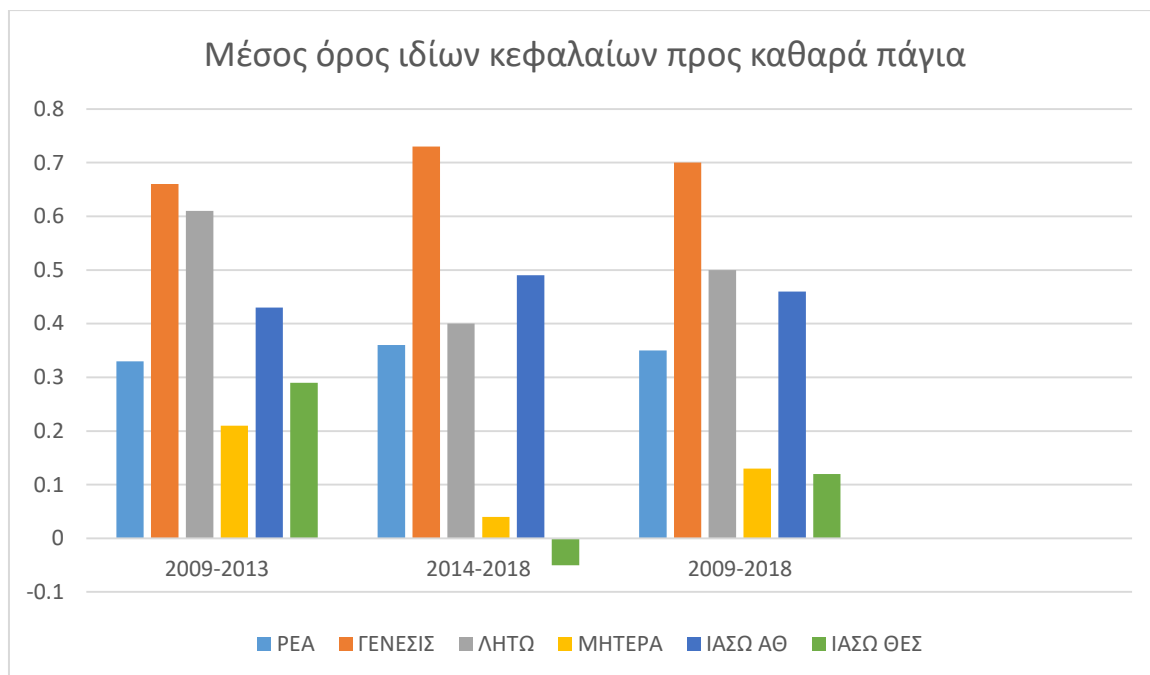
Στο ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης κυμαίνεται από 0,46, σε 0,69, παρουσιάζοντας έτσι μια μικρή αύξηση του δείκτη. Από αυτό συμπεραίνεται ότι η εταιρεία στο πέρασμα των ετών άρχισε να χρηματοδοτεί περισσότερο τα στοιχεία του πάγιου ενεργητικού της παρά να χρησιμοποιεί ξένα κεφάλαια.

Στη περίπτωση του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο δείκτης κυμαίνεται από 0,44, ακολουθώντας σταθερή καθοδική πορεία, σε -0,14, σηματοδοτώντας έτσι ότι οι πάγιες επενδύσεις της εταιρείας χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου σε βάθος χρόνου από δανειακά κεφάλαια.

Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα και σε αυτό τον αριθμοδείκτη ο όμιλος ΙΑΣΩ έχει την πρωτιά και ως προς την κλινική που χρηματοδοτεί τις επενδύσεις της περισσότερο από μετοχικά κεφάλαια, το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ, αλλά και ως προς αυτή που χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από δανειακά κεφάλαια, δηλαδή το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι και ως προς την χρηματοδότηση των επενδύσεων τους οι κλινικές έχουν επηρεαστεί από το rebate και το clawback αφού ο μέσος όρος τους, σύμφωνα με το διάγραμμα 26, είναι 0,42 πριν το 2014 και μετά μειώνεται στο 0,33.

Διάγραμμα 26-Μέσος όρος ιδίων κεφαλαίων προς καθαρά πάγια



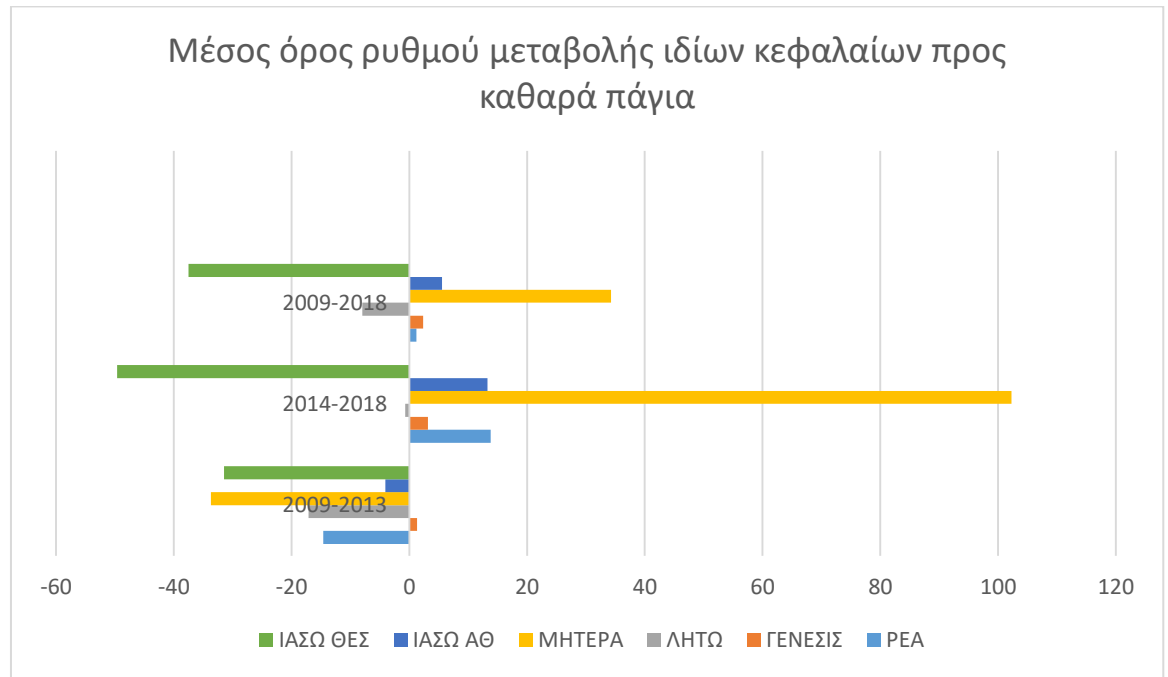
Πίνακας 31-Ρυθμός μεταβολής ιδίων κεφαλαίων προς καθαρά πάγια

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ ΠΡΟΣ ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	M.O 2009-2013	M.O 2014-18	MO 2009-18
PEA	-13,9	-22,1	-9,7	-12,7	5,5	23,9	18,1	12,7	8,7	-14,6	13,8	1,2
ΓΕΝΕΣΙΣ	3,32	-1,71	4,55	-0,97	0,57	1,93	6,95	2,78	3,56	1,3	3,16	2,33
ΛΗΤΩ	-24,06	-23,68	5,88	-26,62	-16,81	44,99	-5,99	-22,49	-3,15	-17,1	-0,69	-7,99
ΜΗΤΕΡΑ	-37,21	2,47	-66,46	-	-	-	-69,6	333	43,47	-33,7	102,29	34,28
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	-1,22	1,29	-8,55	-7,79	-4,42	8,92	4,13	37,14	20,72	-4,07	13,3	5,58
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	-17,73	-2,87	-44,36	-61,33	-25,85	-73,39	-	-	-	-31,5	-49,62	-37,5
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	-15,1	-7,8	-19,8	-21,9	-8,2	1,3	-9,3	72,6	14,7	-16,6	13,7	-0,36

Αναφορικά με τον μέσο όρο του ρυθμού μεταβολής, σύμφωνα με τον πίνακα 31, από το 2010 έως και το 2014 το σύνολο σχεδόν των κλινικών κατέγραψαν αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής, με εξαίρεση το ΓΕΝΕΣΙΣ το οποίο για τα έτη 20010, 2012 και 2014 κατέγραψε θετικούς ρυθμούς μεταβολής. Η χειρότερη χρονιά από αυτές ήταν το 2013 όπου όλες οι κλινικές είχαν αρνητικό ποσοστό. Από το 2015 μέχρι και το 2018 οι ρυθμοί μεταβολής έγιναν πλέον θετικοί, με εξαίρεση το ΛΗΤΩ που για τα έτη 2016, 2017 και 2018 είχε αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής και όπως επίσης και το ΜΗΤΕΡΑ για το 2016 και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ για το 2015. Επίσης παρατηρείται ότι το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

εμφανίζει σε όλα τα έτη αρνητικό ρυθμό μεταβολής και είναι το μοναδικό μαιευτήριο που στο μέσο όρο του, σύμφωνα και με το διάγραμμα 27, ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες πενταετίες δεν αύξησε το ρυθμό μεταβολής του. Όλες οι υπόλοιπες κλινικές βελτίωσαν σημαντικά τον ρυθμό μεταβολής του δείκτη ιδίων κεφαλαίων προς καθαρών παγίων κατά την δεύτερη πενταετία.

Διάγραμμα 27-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής ιδίων προς καθαρά πάγια



ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

Πίνακας 32-Αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις

	ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο 2009- 2013	Μ.Ο 2014- 2018	ΜΟ 2009- 18
ΡΕΑ	0,35	0,25	0,14	0,15	0,13	0,14	0,18	0,22	0,29	0,30	0,21	0,23	0,22
ΓΕΝΕΣΙΣ	0,13	0,09	0,1	0,26	0,19	0,17	0,19	0,26	0,23	0,26	0,15	0,22	0,19
ΛΗΤΩ	0,78	0,46	0,23	0,46	0,29	0,29	0,37	0,34	0,20	0,19	0,45	0,28	0,36
ΜΗΤΕΡΑ	0,45	0,29	0,29	0,36	0,25	0,24	0,29	0,30	0,26	0,26	0,33	0,27	0,3
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	0,35	0,36	0,32	0,39	0,35	0,34	0,38	0,39	0,60	0,54	0,35	0,45	0,4
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	0,04	0,25	0,26	0,21	0,11	0,11	0,13	0,13	0,11	0,09	0,18	0,11	0,14
Μ.Ο ΚΛΙΝΙΚΩΝ	0,35	0,28	0,22	0,30	0,22	0,21	0,26	0,27	0,28	0,27	0,28	0,26	0,26

Σύμφωνα με τον πίνακα 32, στη περίπτωση του ΡΕΑ και του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ο δείκτης σε βάθος δεκαετίας παρουσιάζει μια σχετική σταθερότητα αφού στο ΡΕΑ κυμαίνεται από 0,35, σε 0,30, ενώ στο ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ κυμαίνεται από 0,04, σε 0,09 δείχνοντας ότι το κυκλοφορούν ενεργητικό των κλινικών δεν μπορεί να καλύψει τις συνολικές υποχρεώσεις τους.

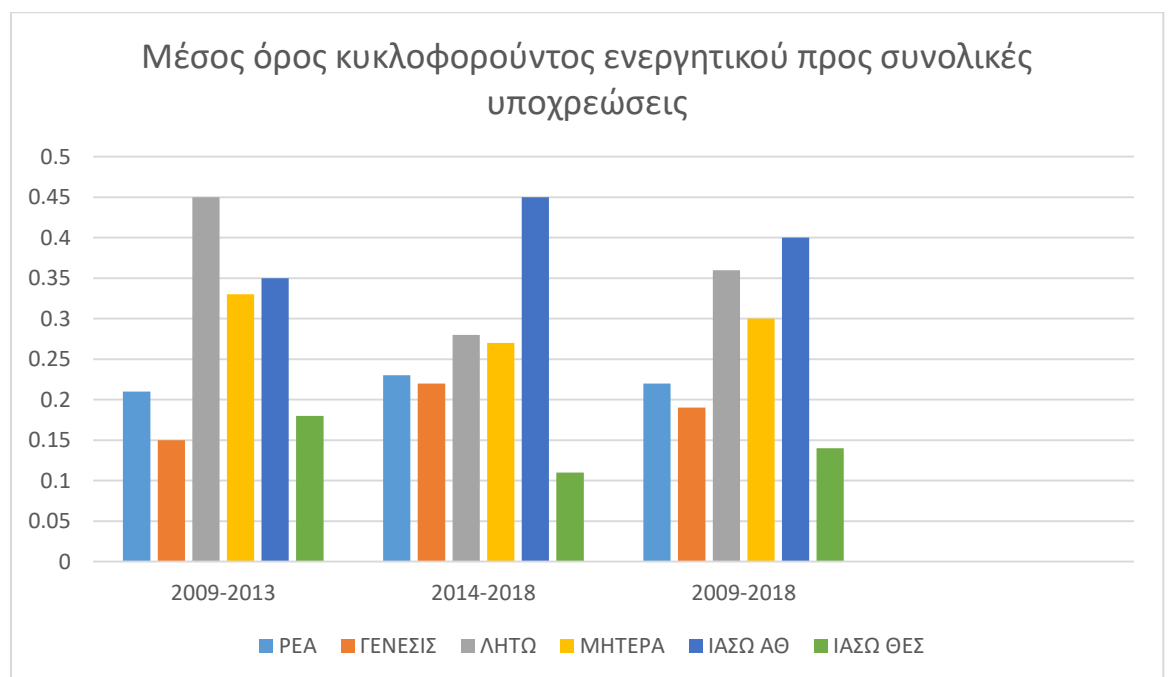
Στο ΓΕΝΕΣΙΣ Ο δείκτης σε βάθος δεκαετίας παρουσιάζει αυξομειώσεις, αφού κυμαίνεται από 0,12 για το 2009 , σε 0,26 για το 2018, γεγονός που επίσης δείχνει προβλήματα κάλυψης των συνολικών υποχρεώσεων.

Στο ΛΗΤΩ και στο ΜΗΤΕΡΑ ο δείκτης σε βάθος δεκαετίας παρουσιάζει μεγάλη μείωση, δείχνοντας ότι οι μακροχρόνιες υποχρεώσεις των κλινικών δεν μπορούν να καλυφθούν από τα συνολικά στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού τους.

Στη περίπτωση του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ ο δείκτης σε βάθος δεκαετίας παρουσιάζει μικρή αύξηση καθώς κυμαίνεται από 0,35, σε 0,54. Δηλαδή, η εταιρεία διατηρεί κυκλοφορούν ενεργητικό που μπορεί ως ένα βαθμό να καλύψει τις συνολικές της υποχρεώσεις.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με το διάγραμμα 28, ο μέσος όρος των δύο περιόδων φανερώνει ότι οι τρεις κλινικές παρουσιάζουν μια σταθερά μικρή άνοδο, ενώ οι υπόλοιπες (ΛΗΤΩ ,ΜΗΤΕΡΑ, ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ) μια σταθερή μείωση αντίστοιχα.

Διάγραμμα 28-Μέσος όρος κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις

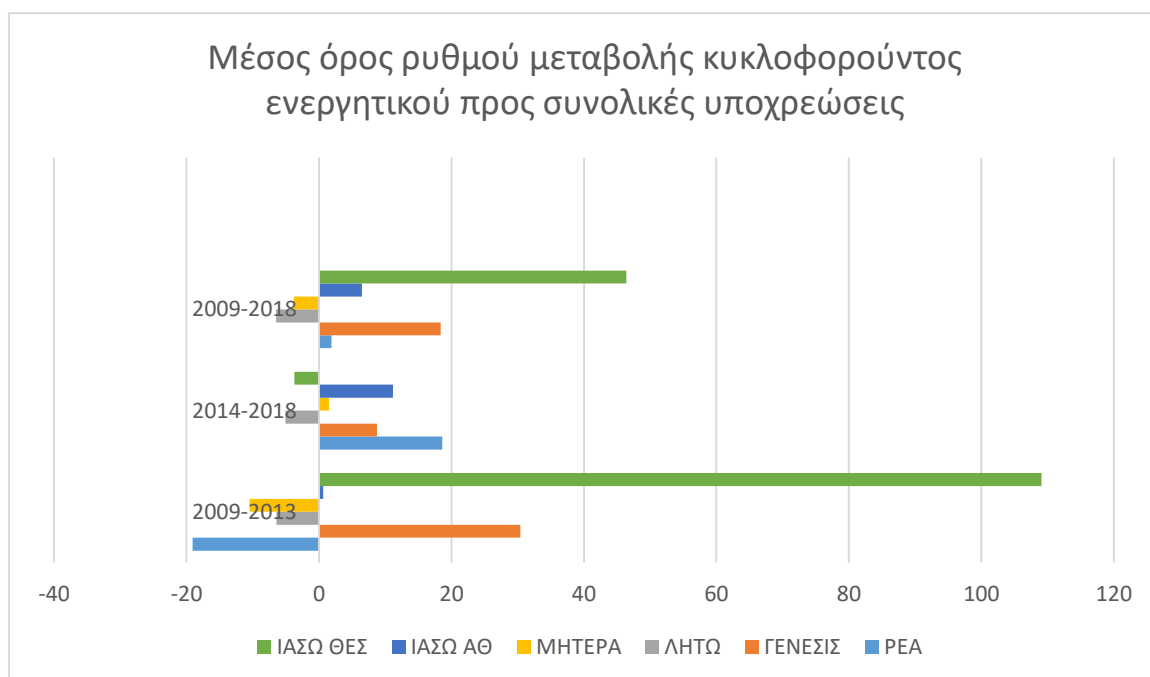


Πίνακας 33-Ρυθμός μεταβολής κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις

	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΟΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											
	2009- 10	2010- 11	2011- 12	2012- 13	2013- 14	2014- 15	2015- 16	2016- 17	2017- 18	M.O 2009- 2013	M.O 2014- 18	MO 2009- 18
ΡΕΑ	-28,4	-43,8	8,7	-12,8	0,5	34,4	23,4	30,5	4,1	-19,1	18,6	1,9
ΓΕΝΕΣΙΣ	-27,4	4,66	172,1	-27,73	-10,15	10,97	40,56	-12,59	15,07	30,41	8,77	18,39
ΛΗΤΩ	-40,82	-49,33	94,72	-37,37	0,77	28,35	-9,53	-40,33	-4,74	-6,41	-5,09	-6,47
ΜΗΤΕΡΑ	-35,62	-0,15	25,84	-32	-3,63	23,97	2,16	-14,85	-0,22	-10,48	1,49	-3,83
ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ	1,33	-10,33	21,05	-9,57	-3,47	11,19	3,85	53,63	-9,43	0,62	11,15	6,47
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	497,9	3,21	-19,77	-45,09	-0,34	12,48	-1,67	-12,31	-16,7	109,07	-3,72	46,41
M.O ΚΛΙΝΙΚΩΝ	61,2	-16	50,5	-27,4	-2,7	20,2	9,8	0,7	-2	17,4	5,2	10,47

Σύμφωνα με τον πίνακα 33, παρατηρείται ότι το 2013 όλες οι κλινικές είχαν αρνητικό ρυθμό μεταβολής, ενώ το 2015 όλες ανακάμψανε με θετικό ρυθμό μεταβολής. Επίσης ο μέσος όρος των κλινικών για τη δεκαετία δείχνει ότι στη δεύτερη πενταετία το ΡΕΑ, το ΜΗΤΕΡΑ και το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑΣ αύξησαν το ρυθμό μεταβολής τους, ενώ αξιοσημείωτη είναι η μείωση του ρυθμού μεταβολής του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ που από 109,07% την πρώτη πενταετία έπεσε το -3,72% τη δεύτερη. Όσο αφορά το τελευταίο έτος της δεκαετίας το ΡΕΑ και το ΓΕΝΕΣΙΣ σημείωσαν θετικούς ρυθμούς μεταβολής, αλλά όλες οι άλλες κλινικές παρουσίασαν αρνητικούς ρυθμούς.

Διάγραμμα 29-Μέσος όρος ρυθμού μεταβολής κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις



Συμπερασματικά και συγκρίνοντας και τους τρεις δείκτες της χρηματοοικονομικής διάρθρωσης, ο μέσος όρος των κλινικών πριν και μετά τη θέσπιση του rebate και του clawback δείχνει ότι οι κλινικές επηρεάστηκαν αρνητικά ως προς τη χρηματοδότηση των επενδύσεων τους και των δανειακών κεφαλαίων τους.

8 Αποτελέσματα - Συμπεράσματα

PEA

Η συνολική απόδοση της κλινικής PEA παρουσιάζει επί το πλείστον θετικά σημεία κατά την διάρκεια της δεκαετίας. Θετικός είναι ο παράγοντας της ρευστότητας στην λειτουργία της εταιρείας και ιδιαίτερα η προσπάθεια αύξησης των δεικτών ρευστότητας της στο πέρασμα των χρόνων. Επίσης, τα κέρδη της εταιρείας παρουσιάζουν αύξηση και μετέπειτα σταθεροποίηση παρουσιάζοντας έτσι σταθερή πορεία στην κερδοφορία της εταιρείας. Τέλος, παρατηρείται ότι το PEA προσπαθεί τα τελευταία χρόνια να αυξήσει τα ίδια κεφάλαια έναντι των ξένων προσφέροντας μία ασφάλεια στους ενδεχόμενους επενδυτές.

ΓΕΝΕΣΙΣ

Το ΓΕΝΕΣΙΣ παρουσιάζει τόσο θετικά όσο και αρνητικά σημεία στην λειτουργία του κατά την διάρκεια της δεκαετίας. Στα θετικά συγκαταλέγεται η βελτίωση της ρευστότητας του καθώς και η κεφαλαιακή του διάρθρωση αφού η εταιρεία χρησιμοποιεί αρκετά Ίδια Κεφάλαια για την χρηματοδότηση της λειτουργίας της και των παγίων της. Αντιθέτως, αρνητικά σημεία αποτελούν το μικρό ποσοστό καθαρών κερδών της εταιρείας (φτάνει ακόμη και σε αρνητικό ποσοστό) και η μικρή αποδοτικότητα των ιδίων κεφαλαίων της.

ΛΗΤΩ

Το ΛΗΤΩ κατά την διάρκεια της δεκαετίας παρουσιάζει αρνητική εικόνα τόσο στο λειτουργικό κομμάτι όσο και στην διαχείριση του. Συγκεκριμένα, η ρευστότητα ενώ τα πρώτα χρόνια είναι ανεβασμένη, στη συνέχεια παρατηρείται μεγάλη μείωση ειδικά στα ταμειακά διαθέσιμά της. Επιπλέον, τα κέρδη της εταιρείας τόσο τα μικτά όσο και τα καθαρά είναι αρνητικά, δηλαδή λειτουργεί για σχεδόν μια δεκαετία δημιουργώντας ζημιές. Συνακόλουθα, και η απόδοση των μετοχικών κεφαλαίων που επενδύθηκαν είναι αρνητική. Τέλος, η κεφαλαιακή διάρθρωση της εταιρείας παρουσιάζει μεγάλη αλλαγή από την αρχή της δεκαετίας έως το τέλος της. Συγκεκριμένα, ενώ στην αρχή τα κεφάλαια της εταιρείας αποτελούνταν επί το πλείστον από ίδια κεφάλαια στο τέλος της δεκαετίας παρατηρείται ότι τα ίδια κεφάλαια έχουν μειωθεί σημαντικά αλλάζοντας με αυτό τον τρόπο την κεφαλαιακή δομή της εταιρείας.

ΜΗΤΕΡΑ

Το ΜΗΤΕΡΑ στο πέρασμα της δεκαετίας παρουσιάζει θετικά και αρνητικά σημεία. Συγκεκριμένα, η ρευστότητα της εταιρείας βασίζεται όπως φαίνεται από τους αριθμοδείκτες στο κυκλοφορούν ενεργητικό και στα αποθέματα και σχεδόν καθόλου στα ταμειακά διαθέσιμα. Η συγκεκριμένη απόφαση φαίνεται ότι μπορεί να αποδειχθεί προβληματική καθώς η μέση διάρκεια είσπραξης των απαιτήσεων της εταιρείας είναι αρκετά μεγάλη, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα να δημιουργηθεί σοβαρό πρόβλημα στη ρευστότητα της εταιρείας και επακόλουθα στη λειτουργία της. Επιπλέον, η κερδοφορία της εταιρείας είναι σχεδόν ανύπαρκτη δημιουργώντας ζημιές σε κάθε λογιστική χρήση. Η κεφαλαιακή διάρθρωση αποτελείται κυρίως από ξένα κεφάλαια, τα οποία και χρηματοδοτούν την λειτουργία και τις επενδυτικές αποφάσεις της εταιρείας.

ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ

Η συνολική εικόνα του ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ είναι θετική καθώς φαίνεται και λειτουργική και αποδοτική μέσα από τους αριθμοδείκτες. Συγκεκριμένα, η ρευστότητας της εταιρείας παρουσιάζει ανοδική πορεία καλύπτοντας στο τέλος της δεκαετίας με αυτό τον τρόπο εξ ολοκλήρου τις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της. Επιπλέον, οι αριθμοδείκτες κερδοφορίας είναι θετικοί καθώς και η αποδοτικότητα των μετοχικών κεφαλαίων.

ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ φαίνεται ότι εμφανίζει προβληματική εικόνα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας. Συγκεκριμένα, η ρευστότητα της είναι χαμηλή και ειδικά η ταμειακή ρευστότητα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί σε ενδεχόμενες έκτακτες υποχρεώσεις. Επιπλέον, η κερδοφορία της εταιρείας απεικονίζεται σχεδόν για όλη τη δεκαετία με αρνητικούς αριθμούς, το οποίο συνάδει και με την μη αποδοτικότητα των μετοχικών κεφαλαίων, το οποίο σημαίνει ότι η εταιρεία δεν μπορεί να χρηματοδοτείται από τα κέρδη της και χρειάζεται να προσφεύγει σε ξένα κεφάλαια. Τέλος, όσον αφορά την κεφαλαιακή δομή, παρατηρείται ότι η εταιρεία χρησιμοποιεί σχεδόν εξ ολοκλήρου ξένα κεφάλαια για την λειτουργία της και για την χρηματοδότηση των παγίων της παρά μετοχικά καθιστώντας την επισφαλή προς εν δυνάμει επενδυτές.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι αν και στον ίδιο κλάδο οι έξι εταιρείες παρουσιάζουν διαφορετικές αποδόσεις στην λειτουργία τους για την συγκεκριμένη δεκαετία. Το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑ φαίνεται να αποτελεί πρότυπο διοίκησης καθώς δεν παρουσιάζει αρνητικά σημεία στον τρόπο διοίκησης και λειτουργίας του. Αντίθετα, το ΛΗΤΩ και το ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ εμφανίζονται αρκετά προβληματικά στις διοικητικές τους αποφάσεις. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ρευστότητα φαίνεται μέσα από τους αντίστοιχους αριθμοδείκτες ότι το ΡΕΑ σημείωσε την μεγαλύτερη βελτίωση ειδικά τα τελευταία χρόνια, καταφέροντας να τηρεί ταμειακά αποθέματα που καλύπτουν όλες τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του. Αντιθέτως, η ρευστότητα του ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ του ΛΗΤΩ και του ΜΗΤΕΡΑ φαίνεται ότι δεν βελτιώνεται με το πέρασμα των ετών, γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει μελλοντικά την λειτουργία των εταιρειών σε ενδεχόμενες απρόσμενες υποχρεώσεις.

Όσον αφορά την αποδοτικότητα, η μοναδική εταιρεία που είναι κερδοφόρα και για τα δέκα χρόνια είναι το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΑΣ όπου και εμφανίζει σταθερό περιθώριο καθαρού κέρδους με το πέρασμα των ετών. Αντιθέτως, όλες οι υπόλοιπες εταιρείες εμφάνισαν αρνητικούς αριθμοδείκτες αποδοτικότητας για τουλάχιστον ένα έτος. Επίσης, στους αριθμοδείκτες δραστηριότητας παρατηρείται ότι όλες οι εταιρείες ασκούν την ίδια πολιτική, δηλαδή οι απαιτήσεις να εισπράττονται σε αρκετά λιγότερο χρόνο από ότι εξοφλούνται οι υποχρεώσεις.

Τέλος, όσον αφορά την χρηματοοικονομική διάρθρωση παρατηρείται ότι όλες οι εταιρείες χρηματοδοτούν τις λειτουργίες τους και τα επενδυτικά τους πλάνα με την χρησιμοποίηση περισσότερο ξένων κεφαλαίων παρά μετοχικών. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το ΓΕΝΕΣΙΣ όπου στην αναλογία ίδια προς ξένα κεφάλαια, εμφανίζεται αποτέλεσμα άνω του 1, το οποίο σημαίνει ότι χρησιμοποιούνται περισσότερα μετοχικά κεφάλαια από ότι ξένα.

Από τα παραπάνω συμπαιρένεται ότι η θέσπιση του rebate και του clawback έχει επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την κερδοφορία των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, αφού στην ουσία μόνο το ΙΑΣΩ ΑΘΗΝΩΝ κατάφερε να εμφανίζει σταθερό περιθώριο καθαρού κέρδους.

Η υγεία λοιπόν είναι ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό; Ένα ερώτημα που έχει απασχολήσει πολύ και διαχρονικά. Ο ορισμός της υγείας έχει δοθεί κατά καιρούς από πολλούς, από την εποχή της αρχαίας Ελλάδας ακόμα. Σύμφωνα όμως με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου».

Η δωρεάν απολαβή των παροχών υπηρεσιών υγείας είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων των ανθρώπων. Όμως η υγεία δεν μπορεί να οριστεί ως αμιγώς δημόσιο αγαθό. Η οικονομική κρίση και η αύξηση των δαπανών υγείας πρόβαλε την ανάγκη για μια νέα υγειονομική πραγματικότητα. Οι αναπτυγμένες κοινωνίες αναγκάστηκαν να προχωρήσουν σε έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας και στη δημιουργία ανταγωνισμού για καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο τα ασφαλιστικά ταμεία διαπραγματεύονται με τους παρόχους (δημόσιους και ιδιωτικούς) προς όφελος του ασθενή.

Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας διακρίνεται σε γενικές κλινικές, μαιευτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα και ανάλογα με τη δυναμικότητα τους χωρίζονται σε μεγάλες κλινικές ,μεσαίες και μικρές. Όλες αυτές οι κλινικές χρηματοδοτούνται από το δημόσιο (φορολογία) , αλλά και από ιδιωτικές παροχές (ιδιωτικές ασφαλιστικές, ιδίες δαπάνες). Για να καταλήξει ένας ερευνητής αν μια κλινική είναι αποδοτική ή όχι χρησιμοποιεί τη χρηματοοικονομική ανάλυση, η οποία μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους (κάθετη, οριζόντια, ανάλυση με δείκτες τάσης, ανάλυση με αριθμοδείκτες).

Η δημοφιλέστερη μέθοδος είναι η ανάλυση με αριθμοδείκτες, δηλαδή τις σχέσεις μεταξύ μεγεθών λογιστικής, με σκοπό τον προσδιορισμό την οικονομική κατάσταση της κλινικής και τον εντοπισμό τυχόν αδυναμιών της. Παρόλο που οι αριθμοδείκτες χρησιμοποιήθηκαν μόλις το 1985 στην υγεία, παγκοσμίως έχουν κερδίσει το ενδιαφέρον των μελετητών. Σε όλες τις μελέτες ανά τον κόσμο οι ερευνητές κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα. Όλοι οι αριθμοδείκτες δεν είναι αξιόπιστοι και ότι πρέπει να μελετηθούν συνδυαστικά και όχι μεμονωμένα. Οι δημοφιλέστεροι αριθμοδείκτες για την υγεία είναι της ρευστότητας, της αποδοτικότητας, της διάρθρωσης κεφαλαίων και της δραστηριότητας.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν έξι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές της Θεσσαλονίκης και της Αθήνας σε βάθος δεκαετίας (2009-2018).

Δυστυχώς ενώ η πορεία των ιδιωτικών κλινικών ήταν συνεχώς ανοδική το 2020 είδαν τα έσοδά τους να μειώνονται λόγω κορονοϊού. Το υπουργείο υγείας ανέστειλε τα προγραμματισμένα χειρουργεία και η προσέλευση των ασθενών μειώθηκε σημαντικά. Συγκεκριμένα οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές είδαν τα έσοδά τους να μειώνονται κατά 6,5%.

Με δεδομένο τις νέες συνθήκες οι ιδιωτικές κλινικές θα πρέπει να βρουν νέους τρόπους αύξησης των εσόδων τους. Ένας από αυτούς θα μπορούσε να είναι ο ιατρικός τουρισμός, δηλαδή κλινικές προσαρμοσμένες ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν τις ιατρικές ανάγκες των επισκεπτών που βρίσκονται στην πόλη τους. Επίσης μπορούν να προσφέρουν εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις και να επεκταθούν στις εξειδικεύσεις όπου

μπορούν και για τους ασθενείς της χώρα τους ,αλλά και για τους ασθενείς που επιλέγουν να αλλάξουν τόπο για να λάβουν μια εξειδικευμένη θεραπεία. Ένας άλλος τρόπος είναι να επεκτείνουν τις ήδη υφιστάμενες εταιρείες σε αγορές τους εξωτερικού. Τέλος πρέπει να επεκταθούν οι συμβάσεις με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Βιβλιογραφία

- Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος. (2009). Ιδιωτικά νοσοκομεία: ένας δυναμικός κλάδος με σημαντικές προοπτικές εξωστρέφειας. Αθήνα.
- Achim, M. G. (2008). Tools of financial analysis. *International conference on emerging economics issues in a globalizing world*. Izmir.
- Bem, A. P. (2014). *Procedia Economics and Finance*. 12, pp. 27-36.
- Bhat, R. J. (2006). Financial performance of private sector hospitals in India: some future evidence. *Indian institute of management*.
- Borghi, J. (2001). *What is the cost of maternal health care and how can it be financed?* Retrieved December 23, 2020, from <http://isieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2941e/s2941epdf>
- Burkhardt, J. W. (2013). Examining financial performance indicators for acute care hospitals. *J Health Care Finance*, 39(3), pp. 1-13.
- Cleverley, D. E. (1985). State of the hospital industry. Financing the future. (J. a. Barlett, Ed.)
- Counte, M. G. (1988). Using ratios to measure hospital financial performance: Can the process be simplified? *Health service management research*, 1(3), pp. 172-180.
- Curtis, p. R. (2009). Health Care Finance, the Performance of Public Hospitals and Financial Statement Analysis. *European Research Studies*, 7(4).
- Fitzsimmons, P. W. (1997). Medicine and management: a conflict facing general practice? *Journal of management in medicine*, 11(2-3), pp. 295-312.
- Gerdtham U, J. B. (2000). International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. *Review of Income and Wealth*, 39(3), pp. 295-312.
- ICAP. (2008). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Κλαδική μελέτη.
- ICAP. (2011). Οι κορυφαίοι κλάδοι της ελληνικής οικονομίας.
- ICAP. (2013). Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. *Κλαδική μελέτη*.
- ICAP. (2016). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας ,Κλαδική μελέτη.
- IFC. (2010). IFC Financing guide for health care SMEs in emerging markets. Retrieved January 21, 2010, from <https://www.shopsplusproject.org/sites/default/files/resources/IFC-Financing-Guide-for-Health-Care-SMEs-in-Emerging-Markets>
- Jonny. (2016). Efficiency analysis of financial management administration of ABC hospital using financial ratio analysis method. *Binus Businnes Review*, 7(1), pp. 58-62.
- Kokemuller, M. (2018). The main differences between Social Media and TV and radio advertising. Retrieved March 18, 2021, from <https://www.adweek.com/digital/kurt-abrahamson-sharethis-guest-post-media-is-the-new-television>
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country- level analysis of health. *Health policy*, 56(3), p. 174.
- Lazzari, Z. (2018). *What is the importance of financial ratios in health care organizations?* Retrieved April 18, 2021, from <https://yourbusiness.azcentral.com/importance-financial-ratios-health-care-organizations-27142.html>
- Lee, M. (2015). Financial Analysis of National University Hospitals in Korea. *Osong Public Health and Research Perspective*, 6(5), pp. 310-317.
- Lim, W. (2016). Social Media in medical and health care: opportunities and challenge. Retrieved March 3, 2021, from <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/MIP-06-2015-0120>

- Loukopolos, G. R. (2014). Financial Statement analysis of the greek private health sector over the last decade (2002-2012): The case of diagnostic and therapeutic centre of Athens Hygeia S.A. Retrieved December 20, 2020, from <https://ssrn.com/abstract=2503875>
- Maverick, J. (2020). *Key financial ratios to analyze healthcare stocks*. Retrieved April 18, 2021, from <https://investopedia.com/key-financial-ratios-analyze-healthcare-industry.asp>
- Mossialos, E. A. (2005, Jun). An investigation of Casearean section in three Greek hoepitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Helath*, 15(3), pp. 288-295.
- Nowiki, M. (2017). Financial analysis and management reporting. In *Introduction to the financial management of healthcare organization* (pp. 49-74).
- OECD. (2019). Health at a glance. Paris. Retrieved December 18, 2020, from <https://www.oecd-library.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=159127844&id=id&accname=guest&checksum=233D75E0F4F9B813E29917DC7A4>
- Okumu, C. O. (2018). Clients' satisfaction eith quality of childbirth services: A comparative study between public and private facilities in Limuru Sub- Country. 13(3).
- Sarowar, M. M. (2010). Calcuation of costs of pregnancy - and puerperium - related care: Experience from a hospital in a low - income country. *J. Health Polpul Nutr*, 28(3), pp. 264-272.
- Suarez, V. L. (2011). Making the case for public health finance policy. *American Journal of public health*, 101(3), pp. 419-425.
- Tenas, J. S. (2017). Infuential variables on the profitability of hospital companies. *Intangible Capital*, 14(1), pp. 171-185.
- Tountas, Y. K. (2005). The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74(1), pp. 167-180.
- Vesic, T. (2017). The importance of fonancial analysis for business decision making. *Faculty of business economics and entrepreneurship*. Belgrade, Serbia.
- Walsh, C. (2006). Key management ratios- the clearest guide to the critical numbers tha drive your business. Great Britain: Prentice Hall.
- Watkins, A. (2000). Hospital financial ratio classification patterns revisited: Upon considering non financial information. *Journal of Accounting and Public Policy*, 19(1), pp. 73-95.
- Wiegand, N. (2014). Social Media advantages and disadvantages in business. Retrieved March 8, 2021, from <https://everydaylife.globalpost.com/sodial-media-advantages-disadvantages-business-21665.html>
- Zeller, T. S. (1996). A revised classification pattern of hospital financial ratios. *Journal of Accounting an Public Policy*, 15(2), pp. 161-182.
- Αποστόλου, Α. (2015). Ανάλυση λογιστικών - χρηματοοικονομικών καταστάσεων. *Ελληνικά ακαδημαϊκά ηλεκτρονικά συγγράμματα και βοηθήματα, σύλλογος ελληνικών ακαδημαϊκών βιβλιοθηκών*, pp. 33-44.
- αφημερ. (n.d.). ν.
- Βασιλείου, Δ. Η. (2008). Χρηματοοικονομική διοίκηση. Θεωρία και πρακτική. Αθήνα: Rossili.
- Βλάχος, Χ. Α. (2007). *Διεθνή λογιστικά πρότυπα*. Αθήνα: Global training.
- Γεωργόπουλος, Α. (2014). Ανάλυση χρηματοοικονομικών καταστάσεων. Αθήνα: Μπένου.
- Γκίνογλου, Δ. Τ. (2005). Γενική χρηματοοικονομική λογιστική. Αθήνα: Rossili.

- Δουμουλάκης, Γ. Π. (2000). Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Πάτρα.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2006). Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών 2004-2005. *Δελτίο τύπου*. Πειραιάς.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2017). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), 2017.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2018). Δελτίο τύπου, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), 2018.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2020). *Δελτίο τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), 2020*.
- Κάντζος, Κ. (2002). *Ανάλυση χρηματοοικονομικών καταστάσεων*. Αθήνα: Interbooks.
- Καραγιάννη, Ρ. (2011). Χρηματοοικονομικά χαρακτηριστικά του κλάδου υγείας. *ΚΕΠΕ, Συνθήκες αγοράς και ανταγωνισμός στην ελληνική οικονομία*, Γ(67).
- Καραγιάννη, Ρ. (2014). Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009-2012. *ΚΕΠΕ, Οικονομικές εξελίξεις*(25), pp. 51-59.
- Καραγιώργος, Θ. Π. (2010). *Η εφαρμογή των διεθνών λογιστικών προτύπων (ΔΛΠ) σε συνδυασμό με το γενικό λογιστικό σχέδιο (ΓΛΣ)- Θεωρία και πράξη*. Θεσσαλονίκη: Αλεξοπούλου - Καραγιώργος.
- Καραίσκου, Α. Μ. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*, 4, pp. 49-54.
- Κατμερτζή, Μ. (n.d.). Ανάλυση του ελληνικού συστήματος υγείας και τα προβλήματά του. *Εισήγηση*.
- Λαζαρίδης, Γ. Π. (2010). Επιχειρηματική ανάλυση και προσδιορισμός αξίας. (Κυριακίδη, Ed.) pp. 506-507, 528.
- Μαζαράκης, Σ. (2017). Θα πρέπει όλες οι επιχειρήσεις να έχουν παρουσία στα Social Media;. Retrieved March 18, 2021, from <https://businesscoachinglab.gr/page.aspx?itemID=SPG132>
- Μπατσινίλας, Ε. Π. (2017). Σύγχρονη ανάλυση και διερεύνηση των οικονομικών καταστάσεων. Αθήνα: Σταμούλης.
- Μπιτσώρη, Ζ. Μπαλάσκα, Δ. (2016). Υπηρεσίες Υγείας και η χρηματοδότησή τους. *Επιστημονικά Χρονικά*, 5(2), pp. 113-122.
- N. 2071/92. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας". ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992.
- N. 4052/2012. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Έγκριση των σχεδίων συμβάσεων χρηματοδοτικής διευκόλυνσης ης Ελληνικής Δημοκρατίας". ΦΕΚ 41/Α/1.3.2012.
- N. 4308/14, . (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Ελληνικά Λογιστικά Πρότυπα, συναφείς ρυθμίσεις και άλλες διατάξεις". ΦΕΚ 251/Α/24.11.2014.
- N. 4600/2019. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών". ΦΕΚ 43/Α/9.3.2019.
- N. 4647/19. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Κατεπείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας των Υπουργείων Υγείας, Εσωτερικών, Εργασίας και Κινητικών Υποθέσεων". ΦΕΚ 204/Α/16.12.2019.
- N.1397/1983. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Εθνικό Σύστημα Υγείας". ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983.
- N.1589/85. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις". ΦΕΚ 217/α/23.12.1985.
- N.1892/90. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Εκσυγχρονισμός και ανάπτυξη και άλλες διατάξεις". ΦΕΚ 101/Α/31.07.1990.
- Νιάρχος, Α. (2004). Χρηματοοικονομική ανάλυση λογιστικών καταστάσεων. Αθήνα : Σταμούλης.
- nnnn. (n.d.). *ηηνν*.

- Π.Δ 198/2007. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Π.Δ 198. "Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από τους φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις". ΦΕΚ 225/Α/14.09.2007.
- Π.Δ 235/2000. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Π.Δ 235/2000. "Ειδικές Ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών". ΦΕΚ 199/Α/14.09.2000.
- Π.Δ 247/91. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Π.Δ 247. "Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών". ΦΕΚ 93/Α/1991.
- Π.Δ 517/91. (n.d.). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Π.Δ 517. "Τεχνικές προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ'αριθμού 247/1991 Π.Δ". ΦΕΚ 202/Α/21.12.1991.
- Παναγοπούλου, Χ. (2019). Rebates & Clawback- "ουδέν μονιμότερο του προσωρινού". *Πρακτικά ημερίδας της Ελληνικής Εταιρείας Φαρμακευτικού Μάνατζμεντ*. Αθήνα. Retrieved Απρίλιος 15, 2021, from <https://www.eefarm.gr>
- Παπάκης, Ν. Π. (2020). *Τα μετρητά στην πρώτη γραμμή*. Retrieved Απρίλιος 18, 2021, from <https://www.accountancygreece.gr>
- Σουλιώτης, Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τζωρτζόπουλος, Π. Λ. (2012). Αριθμοδείκτες και επίσημες στατιστικές. Αθήνα: ΟΠΑ Α.Ε.
- Χατζηνικολάου, Σ. Α. (2008). Τα μυστικά των ισολογισμών. Τεχνικές ανάγνωσης και λειτουργίας λογιστικών καταστάσεων. Αθήνα: Κέρκυρα.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.