



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



MARIA E. ΠΟΝΤΙΚΑΚΗ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ:

ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

«ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ»

Επόπτης : Δρ. Φαφαλιού Ειρήνη

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ»**

Πειραιάς, 2009



Master of Science (M.Sc.)

Health Management



MARIA E. PONTIKAKI

STRATEGIC INNOVATION MANAGEMENT IN HEALTHCARE

INSTITUTIONS:

THE CASE STUDY OF ONASSEIO

Supervisor : Dr. Fafaliou Irene

***Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master of Science in Health Management”***

Piraeus, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, θεωρώ καθήκον μου να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου και εισηγήτρια της πτυχιακής μελέτης επίκουρο καθηγήτρια κα Ειρήνη Φαφαλιού για τη γενική καθοδήγηση, την πολύτιμη βοήθειά της, αλλά και την άψογη συνεργασία που είχαμε σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Επίσης, θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω για την πολύτιμη βοήθειά τους τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, τα ανώτερα στελέχη καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου που μου παρείχαν τα αναγκαία στοιχεία σε όλη τη διάρκεια της παρούσας μελέτης.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς τους γονείς μου για την υπομονή και την ηθική υποστήριξη που μου έδειξαν όλο αυτά τα χρόνια καθώς και για την πίστη τους σε οποιαδήποτε προσπάθειά μου.

**Αφιερώνεται στον σύζυγό μου
για την υπομονή,
τη στήριξη και
την αγάπη του**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αν και ιστορικά ο κλάδος της υγείας ήταν λιγότερο ευάλωτος σε περιόδους οικονομικής ύφεσης σε σύγκριση με άλλους τομείς της οικονομίας, λόγω της ανελαστικής ζήτησης, τα αποτελέσματα της παρούσας οικονομικής κρίσης αντανακλώνται ήδη και σε αυτόν τον κλάδο. Καθώς η οικονομική κρίση είναι πλέον πραγματικότητα, η βιομηχανία της υγείας θα πρέπει να αναζητήσει τρόπους προκειμένου να επιτευχθεί αποδοτικότητα σε βάθος χρόνου, παρά τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούν στην αγορά. Επιπρόσθετα, γεγονός αποτελεί ότι ο κλάδος της υγείας αντιμετωπίζει εξωτερικές πιέσεις που τον αναγκάζουν να αντιδράσει ενώ απαιτούν να προετοιμαστεί για τη νέα οικονομική πραγματικότητα με σκοπό να καταστεί βιώσιμος και επικερδής. Στο πλαίσιο αυτής της προετοιμασίας, κρίνεται αναγκαία η άμεση παρέμβαση των υψηλόβαθμων στελεχών που θα υλοποιήσουν καινοτόμες ιδέες.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη των δυνατοτήτων της στρατηγικής διοίκησης καινοτομίας με σκοπό την υπέρβαση της υπάρχουσας προβληματικής κατάστασης στον κλάδο της υγείας. Για την συλλογή των αναγκαίων στοιχείων διενεργήθηκε έρευνα πεδίου στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο με συνεντεύξεις βασισμένες σε ημιδομημένο ερωτηματολόγιο. Οι συνεντεύξεις έγιναν με υψηλόβαθμα στελέχη, αλλά και με περιορισμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού.

Η μελέτη περίπτωσης στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο διενεργήθηκε, εκτός των άλλων, με σκοπό τον προσδιορισμό του εάν η συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα ακολουθεί πρακτικές στρατηγικού μάνατζμεντ και, στην περίπτωση που τις χρησιμοποιεί, αναλύονται οι λόγοι που κρίνουν απαραίτητη την εφαρμογή τους. Η μελέτη ολοκληρώνεται με τον τρόπο που το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο -και κατ' επέκταση ένας μη-κερδοσκοπικός ελληνικός οργανισμός- αντιμετωπίζει την ανταγωνιστικότητα στον κλάδο του, τις νέες απαιτήσεις και την αναμφίβολα δύσκολη οικονομική κατάσταση.

Λέξεις –Κλειδιά: στρατηγική διοίκηση καινοτομίας, καινοτομικές μέθοδοι, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο.

STRATEGIC INNOVATION MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS:
THE CASE STUDY OF ONASSEIO

MARIA E. PONTIKAKI

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master in Health Management”

University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr. Fafaliou Irene

ABSTRACT

Although historically the health sector was less vulnerable to economic downturns compared with other industries, the results of this financial crisis is already reflected in this industry. As the economic crisis continues, the health industry should seek ways to achieve profitability in the long term, despite the difficult market conditions. Additionally, it is a fact that the health sector is facing external pressures that forces it to react, while it makes it necessary to prepare for the new economic reality in order to become viable and profitable. As part of this preparation, it is necessary the direct intervention of all levels of management who will implement strategic innovative ideas.

The main purpose of this thesis is to study the potentials of the strategic innovation management to overcome the existing crisis that has affected the health industry as well. To collect the necessary data, a field research was conducted in the Onassis Cardiac Surgery Center where interviews took place based on a semi structured questionnaire addressed to senior executives and a limited number of nursing staff.

The case study at the Onassis Cardiac Surgery Center was carried out, among others, in order to identify if the specific hospital unit is following strategic management practices; in case those are used, the reasons for their implementation are analyzed further. The study concludes with the way which the Onassis Cardiac Surgery Center, and thus a non-profit Greek organization is facing the competition and the new requirements demanded in the context of an undoubtedly difficult economic situation.

Keywords:

Strategic innovation management, innovative methods, Onassis Cardiac Surgery Center

ΕΠΟΨΗ

Τους τελευταίους μήνες η προσοχή του κόσμου επικεντρώνεται στη διεθνή οικονομική κρίση και στους τομείς που έχει επηρεάσει. Η κρίση έχει εξαπλωθεί πέρα του τραπεζικού κλάδου και της στέγασης. Ο κλάδος της υγείας αναμφίβολα πλήττεται από την οικονομική δυσπραγία τόσο στον ελληνικό χώρο όσο και στο εξωτερικό- εντός και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όλο και περισσότερο εντείνεται η ανάγκη για τα νοσοκομεία να εντοπίσουν στρατηγικούς τρόπους να παραμείνουν προσοδοφόρα και συνεπώς να παραμείνουν ενεργά στην αγορά της υγειονομικής περίθαλψης, αφού η κρίση πλήττει ακόμα και τους αναδυόμενους τομείς που παρουσίαζαν σημαντική οικονομική σταθερότητα τα τελευταία χρόνια. Απαραίτητη κρίνεται η αξιοποίηση των δυνατοτήτων καινοτομίας του κλάδου υγείας, με τελικό στόχο την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά προσπάθεια αποτύπωσης της κατάστασης στο διεθνή χώρο αλλά και στην Ελλάδα, με σκοπό την καταγραφή των παραγόντων από τους οποίους προκύπτει το πρόβλημα και των ενεργειών που επιχειρούνται για να περιοριστεί το δυνατόν περισσότερο το κόστος. Στο πλαίσιο της καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης σε νοσοκομείο που δραστηριοποιείται στην Αθήνα, διενεργήθηκε μελέτη περίπτωσης στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο για να καταγραφούν και να μελετηθούν οι απόψεις των υψηλόβαθμων στελεχών, που ουσιαστικά καθορίζουν τη στρατηγική του υπό έρευνα νοσοκομείου. Οι δυνατότητες χρήσης καινοτομικών μεθόδων για την αντιμετώπιση της παρούσας κατάστασης, αποτυπώνεται από τις συνεντεύξεις με κορυφαία στελέχη του Καρδιοχειρουργικού Κέντρου που έλαβαν χώρα τον Ιούνιο του 2007 με τη χρήση ερωτήσεων ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Η έρευνα επεκτάθηκε και ολοκληρώθηκε τον Οκτώβριο του ίδιου χρόνου, με συνεντεύξεις στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου χρησιμοποιώντας τις ίδιες ερωτήσεις έτσι ώστε να καταγραφεί και να αναλυθεί ο τρόπος που οι εργαζόμενοι του Ωνασείου αντιλαμβάνονται και βιώνουν τη χρήση των στρατηγικών μεθόδων.

Στο τέλος της εργασίας περιγράφονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από τη μελέτη που διενεργήθηκε και παραθέτονται προτάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο μελλοντικής έρευνας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εισαγωγή	- 11 -
2. Μεθοδολογία της παρούσας μελέτης	- 12 -
3. Βιβλιογραφική Επισκόπηση του Διεθνούς Περιβάλλοντος	- 20 -
4. Το Σύστημα Περίθαλψης στην Ελλάδα.....	- 34 -
5. Προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	- 39 -
6. Στρατηγική	- 42 -
7. Καινοτομία στην Ελλάδα	- 45 -
8. Μελέτη Περίπτωσης- Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο	- 51 -
9. Ανάλυση αποτελεσμάτων της Μελέτης Περίπτωσης και Συνέπειες/Αποτελέσματα	- 58 -
10. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης και μελλοντική έρευνα.....	- 63 -
11. Βιβλιογραφία και πηγές	- 64 -
12. Παράρτημα	- 67 -

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΙΑΚΡΙΤΟΙ ΤΥΠΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ, ΠΗΓΗ: YIN, 1994.	- 14 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΚΟΠΗΣΗΣ, ΠΗΓΗ: GABLE, 1994.....	- 16 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ. ΠΗΓΗ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, 2006- 23 -	
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. ΠΗΓΗ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, 2006.....	- 24 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ, ΠΗΓΗ: ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ.	- 26 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΚΑΘΕ 1000 ΑΤΟΜΑ, ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, 2008.	- 35 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, 2008.....	- 35 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 2000- 2006, ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ.-	- 36 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 9:ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, ΠΗΓΗ: WORLD HEALTH ORGANIZATION.	- 37 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 10:ΠΡΟΒΟΛΗ ΔΕΙΚΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ, ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ.-	- 38 -
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ, ΠΗΓΗ: TIDD, BESSANT, & PAVITT, 2005.	- 47 -

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΕΕ, ΠΗΓΗ:

INNOMETRICS, 2009. - 49 -

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Ω.Κ.Κ., ΠΗΓΗ: ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ. - 57 -

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Ω.Κ.Κ., ΠΗΓΗ: ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ. - 59 -

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ
Ω.Κ.Κ., ΠΗΓΗ: ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ. - 59 -

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

A. Ελληνικές

ΕΣΥ Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΗΕ Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΦΕΕ Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος

Ω.Κ.Κ. Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

B. Ξενόγλωσσες

EIS European Innovation Scoreboard

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development

SM Strategic Management

1. Εισαγωγή

Οι δαπάνες για την υγεία θα συνεχίσουν να καταλαμβάνουν μεγάλο ποσοστό της εθνικής οικονομίας αν δεν ακολουθηθούν στρατηγικές για την άμεση συγκράτηση του κόστους. Ωστόσο υπάρχει συναίνεση από όλους τους εμπλεκόμενους, ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαίο να βελτιωθεί.

Η παρούσα οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων καταδεικνύει ότι οι νοσοκομειακές μονάδες θα πρέπει να πάρουν δραστικά μέτρα με σκοπό να την ανατρέψουν, αν αυτό κρίνεται ακόμη εφικτό. Η σχέση μεταξύ της καινοτομίας και των οικονομικών επιδόσεων των νοσοκομειακών μονάδων χρήζει όλο και μεγαλύτερης αποδοχής από τη δημόσια πολιτική. Η βελτίωση των επιδόσεων καινοτομίας πρέπει να αποτελεί, συνεπώς, ύψιστη προτεραιότητα για τη λήψη αποφάσεων. Με την προώθηση καινοτομικών προϊόντων και υπηρεσιών, είναι εφικτή η μακροπρόθεσμη ανάπτυξη και η αύξηση της παραγωγικότητας, τα οποία θα καταστήσουν τα νοσοκομεία επικερδή. Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας και της ανάπτυξής τους είναι απαραίτητο να επιτευχθεί με στρατηγικό σχεδιασμό, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις δραματικές αλλαγές στον κλάδο της υγείας.

Το αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι να ερευνήσει και να αναλύσει τη δυνατότητα των εφαρμογών στρατηγικής καινοτομίας διενεργώντας μελέτη περίπτωσης στο Ω.Κ.Κ. το οποίο είναι ανεξάρτητο μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο.

Στην εργασία, γίνεται αρχικά τεκμηρίωση της μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε για την συλλογή των δεδομένων και οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Ακολουθεί βιβλιογραφική επισκόπηση της κατάστασης σε διεθνές επίπεδο στον κλάδο της υγείας, ενώ συνεχίζεται με επικέντρωση στο Σύστημα Περίθαλψης στην Ελλάδα, καθώς και στα κύρια προβλήματα που το πλήττουν. Εκτενής αναφορά γίνεται επίσης στην καινοτομία και πώς αυτή εφαρμόζεται στον ελληνικό χώρο. Τέλος, η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται με την ανάλυση των αποτελεσμάτων καθώς και με τους περιορισμούς της και τις δυνατότητες μελλοντικής έρευνας.

2. Μεθοδολογία της παρούσας μελέτης

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μελέτης περίπτωσης (case study) στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Στα παρακάτω δύο υποκεφάλαια (2.1 και 2.2) σχολιάζονται αντίστοιχα οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος οργανισμός και τεκμηριώνεται η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε.

2.1. Επιλογή του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει κατανοήσει την ανάγκη καθορισμού ενός νέου πλαισίου δράσης στον τομέα της υγείας και για τον λόγο αυτό έκρινε αναγκαία την παρουσίαση μίας νέας κοινοτικής στρατηγικής (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2006). Η αλλαγή του σκηνικού στον τομέα της υγείας, παράλληλα με την πίεση στα υπάρχοντα συστήματα, οδήγησαν την Κοινότητα στην κατάρτιση νέας στρατηγικής, καταδεικνύοντας έτσι την σημασία που αποδίδει η Ευρωπαϊκή Κοινότητα στη δημόσια υγεία. Στην Ελλάδα δεν έχει εφαρμοστεί επιτυχημένα κανένα μέτρο αν και είναι κατανοητό από όλους τους επαγγελματίες του κλάδου ότι είναι αναγκαία η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σε αυτό το πλαίσιο, διερευνήθηκε η ιδέα εξέτασης ενός νοσοκομείου το οποίο να ανταποκρίνεται στα κριτήρια επιλογής τα οποία βασίζονται στην ύπαρξη ενός δημόσιου μη κερδοσκοπικού και ανεξάρτητου νοσοκομείου με υψηλό κύρος στον κλάδο της υγείας, το οποίο έχει προσβληθεί σε μικρότερο βαθμό από την οικονομική κρίση σε σύγκριση με την πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τον καθηγητή του Harvard ME Porter, που ανέπτυξε το μοντέλο των πέντε δυνάμεων (five forces framework), η φύση του ανταγωνισμού στον κλάδο της υγείας είναι ιδιαίτερη, οπότε προτρέπει στην εξέταση μίας μονάδας που δεν προσφέρει εύρος διαφορετικών υπηρεσιών (Porter & Teisberg, 2006). Οι υπηρεσίες του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού κέντρου επικεντρώνονται σε μία μοναδική γραμμή υπηρεσιών: Υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης για νοσήματα καρδιάς. Η παροχή υπηρεσιών σε έναν εξειδικευμένο τομέα παθήσεων, έχει σαν αποτέλεσμα αύξηση των κερδών που προκαλείται από την αύξηση των ασθενών και το υψηλότερο περιθώριο κέρδους. Το γεγονός παροχής μίας και μοναδικής γραμμής κλινικών υπηρεσιών, τις

καρδιαγγειακές παθήσεις, καθιστά το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο κατάλληλο για την παρούσα μελέτη.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, στις οποίες επικεντρώνεται το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο, αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο 1.8 εκατομμύρια θάνατοι προέρχονται από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Petersen, Peto, Rayner, Leal, & Lueng, 2005). Περίπου ένας στους τρεις θανάτους προέρχεται από καρδιαγγειακές παθήσεις σε διεθνές επίπεδο, και ένας στους δύο θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το 49% του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα οφείλονται σε καρδιαγγειακές παθήσεις (συνδυασμός εμφραγμάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων), 25% σε διάφορους τύπους καρκίνων, και περίπου 6% σε εξωτερικά αίτια-εκούσιοι και ακούσιοι τραυματισμοί (WorldHealthOrganization, 2004).

Στην Ευρώπη, το συνολικό κόστος των καρδιαγγειακών παθήσεων υπολογίζεται στα 169 δισεκατομμύρια Ευρώ το χρόνο (Petersen, Peto, Rayner, Leal, & Lueng, 2005). Λόγω της συντριπτικής αυτής πρωτιάς σε αιτίες θανάτου στον Ελληνικό χώρο και του κόστους, υπάρχει επιπλέον κίνητρο για αύξηση των δαπανών στις μονάδες που δραστηριοποιούνται στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Επομένως, το Ωνάσειο κρίθηκε κατάλληλο για τη διενέργεια συνεντεύξεων και τη συλλογή στοιχείων.

2.2. Επιλογή της μεθόδου -Μελέτη Περίπτωσης (Case study)

Στην παρούσα εργασία για τη συλλογή και ανάλυση των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Μελέτης Περίπτωσης με συνεντεύξεις στον χώρο του Ω.Κ.Κ. Η Μελέτη Περίπτωσης προέρχεται από την ανάγκη κατανόησης περίπλοκων κοινωνικών φαινομένων και σε γενικές γραμμές επιτρέπει στους ερευνητές να αποδώσουν νόημα σε γεγονότα της καθημερινότητας όπως διαδικασίες που ακολουθούν οι οργανισμοί.

Η Μελέτη περίπτωσης προσπαθεί να αποσαφηνίσει μία απόφαση ή ένα σύνολο αποφάσεων, τον λόγο που πάρθηκαν, πώς υλοποιήθηκαν και ποιο είναι το αποτέλεσμα (Schramm, 1971).

Η μέθοδος της Μελέτης Περίπτωσης θεωρείται ως ένα σύνολο κανόνων, διαδικασιών και τεχνικών, βρίσκεται σε αντίθεση με τις συνήθεις μεθόδους της έρευνας -πείραμα ή δημοσκόπηση. Η μέθοδος ενδείκνυται όταν οι ερευνητές επιθυμούν να:

- καθορίσουν θέματα σε περιορισμένο εύρος και όχι σε γενικές γραμμές,
- καλύψουν τα παρελκόμενα και όχι μόνο το φαινόμενο της έρευνας,
- βασίζονται σε πολλαπλές και όχι μεμονωμένες πηγές αποδεικτικών στοιχείων

(Yin, 1994).

Πέρα της Μελέτης Περίπτωσης, υπάρχουν μία σειρά άλλων μεθόδων έρευνας που χρησιμοποιούνται από επιστήμονες, όπως είναι οι εμπειρικές έρευνες, η χρησιμοποίηση ποσοτικών μοντέλων για την ανάλυση ιστορικών στοιχείων και η διενέργεια ποιοτικής έρευνας. Συχνό είναι επίσης το φαινόμενο όπου οι ερευνητές θέλοντας να εκμεταλλευτούν τα πλεονεκτήματα κάποιων μεθόδων χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό μεθόδων για τις έρευνές τους (Yin, 1994).

Τύποι Μελέτης Περίπτωσης

Όταν η μελέτη περίπτωσης χρησιμοποιείται για έρευνα, προσδιορίζονται έξι (6) διακριτοί τύποι Μελέτης Περίπτωσης, βασισμένοι σε έναν πίνακα 2x3 πίνακα. Η Μελέτη Περίπτωσης μπορεί να είναι είτε μεμονωμένη, είτε πολλαπλή. Ανεξάρτητα από το αν είναι μεμονωμένη ή πολλαπλή, η Μελέτη Περίπτωσης μπορεί να είναι διερευνητική, περιγραφική ή επεξηγηματική (Yin, 1994).

Μελέτη Περίπτωσης	Μεμονωμένη	Πολλαπλή
Διερευνητική	√	√
Περιγραφική	√	√
Επεξηγηματική	√	√

Πίνακας 1: Διακριτοί Τύποι Μελέτης Περίπτωσης, Πηγή: Yin, 1994.

Μεμονωμένη- Πολλαπλή Μελέτη Περίπτωσης

Η μεμονωμένη Μελέτη Περίπτωσης εστιάζει στην εξέταση μίας και μόνο περίπτωσης ενώ η πολλαπλή Μελέτη Περίπτωσης περιλαμβάνει δύο ή περισσότερες περιπτώσεις στα πλαίσια της συγκεκριμένης μελέτης. Οι περιπτώσεις που επιλέγονται για μελέτη μπορεί να

είναι είτε πανομοιότυπες σκοπεύοντας την πρόβλεψη παρόμοιων αποτελεσμάτων, είτε αντικρουόμενα για λόγους πρόβλεψης (Yin, 1994).

Διερευνητική-Περιγραφική- Επεξηγηματική

Η διερευνητική Μελέτη Περίπτωσης -ανεξάρτητα αν είναι μεμονωμένη ή πολλαπλή- έχει σκοπό τον προσδιορισμό των ερωτήσεων και των υποθέσεων μία επόμενης μελέτης (όχι απαραίτητα Μελέτη Περίπτωσης). Επίσης μπορεί να έχει σκοπό τον προσδιορισμό της σκοπιμότητας των επιθυμητών ερευνητικών διαδικασιών.

Η περιγραφική Μελέτη Περίπτωσης -ανεξάρτητα αν είναι μεμονωμένη ή πολλαπλή- παρουσιάζει μία ολοκληρωμένη περιγραφή του φαινομένου μέσα από τα συμφραζόμενα.

Η επεξηγηματική Μελέτη Περίπτωσης -ανεξάρτητα αν είναι μεμονωμένη ή πολλαπλή- παρουσιάζει τα δεδομένα φέρνοντας στην επιφάνεια τη σχέση αίτιο-επίπτωση, εξηγώντας πώς τα γεγονότα συνέβησαν (Yin, 1994).

Πλεονεκτήματα της Μελέτης Περίπτωσης

Η Μελέτη Περίπτωσης αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στον χώρο των μεθοδολογιών έρευνας. Αποτελεί επιλογή των ερευνητών όταν επιθυμείται η απάντηση στις ερωτήσεις «πώς» και «γιατί» και όταν ο ερευνητής έχει μηδαμινό έλεγχο στο αντικείμενο που ερευνά. Η Μελέτη Περίπτωσης, επιλέγεται ως μέθοδος έρευνας όταν κυρίαρχος στόχος της έρευνας είναι να μελετηθεί ένα γεγονός που λαμβάνει χώρα στο παρόν και το οποίο είναι ανεξάρτητο και δεν επηρεάζεται από εξωτερικές μεταβλητές (Yin, 1994).

Μειονεκτήματα της Μελέτης Περίπτωσης

Παρόλα τα πλεονεκτήματα της μελέτης περίπτωσης, τέσσερα (4) μειονεκτήματα σχετίζονται με την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου: η έλλειψη δυνατότητας ελέγχου, συμπεράσματος, επαναληψιμότητας και γενίκευσης. Η αδυναμία επαναληψιμότητας και γενίκευσης απορρέει από την έλλειψη τυχαιότητας, όταν επιλέγεται μία συγκεκριμένη περίπτωση για ανάλυση (Lee, 1989).

Σύγκριση Μελέτη Περίπτωσης και Δημοσκοπήσης

Η Μελέτη περίπτωσης αποτελεί αναμφίβολα ποιοτική ανάλυση σε αντίθεση με τη δημοσκοπήση (survey) που συλλέγονται τα δεδομένα μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, από απαντήσεις ερωτηματολογίων που αποστέλλονται μέσω διαδικτύου ή από στατιστικές αναλύσεις. Συνεπώς η δημοσκοπήση αποτελεί ποσοτική ανάλυση και έχει προϊόν τον συσχετισμό στοιχείων μεταξύ οργανισμών, ενώ παράλληλα παρέχει ένα "στιγμιότυπο" – συγκεκριμένη εικόνα σε συγκεκριμένη στιγμή-.

Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της κάθε έρευνας (μελέτη περίπτωσης και δημοσκοπήση) παρέχοντας ουσιαστικά μία σύγκριση των δυνατών και αδύνατων σημείων αντίστοιχα.

	Μελέτη Περίπτωσης (Case Study)	Δημοσκοπήση (Survey)
Δυνατότητα ελέγχου	Χαμηλή	Μέτρια
Αφαιρετικότητα	Χαμηλή	Μέτρια
Δυνατότητα επανάληψης	Χαμηλή	Μέτρια
Γενίκευση	Χαμηλή	Υψηλή
Δυνατότητα διερεύνησης	Υψηλή	Μέτρια
Αντιπροσωπευτικότητα	Υψηλή	Μέτρια

Πίνακας 2: Σύγκριση Μελέτης Περίπτωσης και Δημοσκοπήσης, Πηγή: Gable, 1994.

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι τα πλεονεκτήματα μιας μεθόδου αποτελούν αδυναμίες της άλλης.

Λόγω του συνόλου των προαναφερόμενων χαρακτηριστικών της Μελέτη Περίπτωσης, κρίθηκε η συγκεκριμένη προσέγγιση ως καταλληλότερη για τη κατανόηση του συγκεκριμένου προβλήματος. Παρέχει τη δυνατότητα στον μελετητή να διεισδύσει με ερωτήσεις και να συλλάβει τον πλούτο της οργανωτικής συμπεριφοράς. Ο περιορισμός όμως έγκειται στο ότι τα συμπεράσματα μπορεί να είναι ειδικά για τον συγκεκριμένο Καρδιοχειρουργικό κέντρο που επιλέχθηκε και δεν μπορούν να γενικευτούν (Gable &

Guy, 1994). Ο συγκεκριμένος περιορισμός της παρούσας μελέτης αναλύεται εκτενέστερα στο κεφάλαιο 10.

Φάσεις της Μελέτης Περίπτωσης

Η μέθοδος της Μελέτης Περίπτωσης αποτελεί μέθοδο ποιοτικής ανάλυσης με τις ακόλουθες φάσεις:

1. Σχεδιασμός της μελέτης,
2. Πραγματοποίηση της μελέτης,
3. Ανάλυση των στοιχείων που αποκομίστηκαν από την μελέτη,
4. Διατύπωση συμπερασμάτων βάσει των αναλυμένων στοιχείων.

Παρατίθεται ανάλυση των επιμέρους φάσεων της Μελέτης Περίπτωσης σε σχέση με την συγκεκριμένη μελέτη:

1. Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του σκοπού της έρευνας και εν συνεχεία τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου βάσει του οποίου έγιναν οι συνεντεύξεις. Ο σκοπός των συνεντεύξεων είναι, ανάμεσα σε άλλα, να προσδιοριστεί ο τρόπος που αντιλαμβάνεται η ανώτατη διοίκηση τη στρατηγική καινοτομία καθώς και ο τρόπος που εφαρμόζει στρατηγική διοίκηση, προκειμένου να ενισχύσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βάσει του συγκεκριμένου σκοπού καθορίστηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλαμβάνει την επιλογή οι συνεντεύξεις να γίνουν στο χώρο του Ωνασείου, πρακτική που απορρέει σημαντικά πλεονεκτήματα στην έρευνα. Όταν οι συνεντεύξεις λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του ερωτηθέντος, δίνεται η δυνατότητα επιπλέον παρατηρήσεων του ερευνητή και ταυτόχρονα δημιουργείται μια αίσθηση οικειότητας με τον ερωτηθέντα έτσι ώστε να απαντήσει πιο άνετα στις διάφορες ερωτήσεις που του γίνονται.

2. Η επόμενη φάση της Μελέτης Περίπτωσης εμπεριείχε την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων στο σύνολο των ερωτηθέντων (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Το ερωτηματολόγιο βάσει του οποίου κλήθηκε να απαντήσει ο πληθυσμός των ερωτηθέντων,

περιλαμβάνει τις ακόλουθες δύο διακριτές ενότητες: Α. Γενικά στοιχεία του Νοσοκομείου και Β. Αξιολόγηση του Στρατηγικού Μάνατζμεντ.

- Α. Στην πρώτη ενότητα, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν γενικές ερωτήσεις αναφορικά με τις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου, το ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και την εκπαίδευσή του. Επίσης οι ερωτηθέντες προσδιόρισαν το μερίδιο της αγοράς που έχει το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε σχέση με κάποιο που παρέχει παρεμφερείς υπηρεσίες, καθώς και ποιοι είναι οι τελικοί χρήστες στους οποίους απευθύνεται. Παράλληλα οι ερωτηθέντες έδωσαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων πολιτών ετησίως, το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του Ω.Κ.Κ. σε σχέση με άλλα νοσοκομεία, το στοιχείο της επιχειρησιακής εξέλιξης που έκριναν ως το πιο σημαντικό, και τέλος έδωσαν τη δική τους άποψη σε σχέση με το οικονομικό στοιχείο που είναι ή θα έπρεπε να είναι το πιο σημαντικό για τη λειτουργία του Ω.Κ.Κ.
- Β. Στη δεύτερη ενότητα, οι ερωτηθέντες κατέθεσαν τη γνώμη τους σε σχέση με το αν το Ω.Κ.Κ. ασκεί στρατηγικό μάνατζμεντ και στην περίπτωση που η απάντησή τους ήταν θετική, είχαν τη δυνατότητα να αναλύσουν το λόγο για τον οποίο ασκείται. Έπειτα, παρέθεταν το όραμα και τον σκοπό / στόχο του Ω.Κ.Κ. Οι ερωτηθέντες καλούνταν να προσδιορίσουν τον τρόπο που δημοσιοποιείται η αποστολή του νοσοκομείου και κατά πόσο πιστεύουν ότι έχει αποτέλεσμα η αποστολή τους. Επίσης, ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικά με την ύπαρξη εσωτερικής αξιολόγησης του νοσοκομείου και λογισμικών πακέτων επιχειρησιακού προγραμματισμού. Ανάμεσα σε άλλα, πληροφορίες αντλήθηκαν για τον προϋπολογισμό για το στρατηγικό μάνατζμεντ και ποιες επιχειρησιακές λειτουργίες ακολουθούν το στρατηγικό πρόγραμμα.

Οι ερωτηθέντες στις συνεντεύξεις (στο σύνολο 6- έξι άτομα) ήταν μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη συνεπώς άτομα που καθορίζουν την στρατηγική του νοσοκομείου. Οι συνεντεύξεις διήρκησαν κατά μέσο όρο 2.5 ώρες, με μέγιστη διάρκεια τις 3 ώρες και διεξήχθησαν στο χώρο του Ω.Κ.Κ. ξεκινώντας από τον Απρίλιο και ολοκληρώθηκαν τον Ιουνίου του 2007 σε ξεχωριστές συνεδρίες. Η δεύτερη και τελευταία φάση των συνεντεύξεων διενεργήθηκε τον Οκτώβριο του 2007 στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ωνάσειου.

3. Η Ανάλυση των στοιχείων που αποκομίστηκαν από τη μελέτη, ακολούθησαν από τη φάση των συνεντεύξεων. Συγκεκριμένα, έγινε συλλογή των ερωτηματολογίων που συζητήθηκαν στις συνεντεύξεις και κατηγοριοποίηση των απαντήσεων των ερωτηθέντων με σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων.

4. Η διατύπωση συμπερασμάτων βάση των αναλυμένων στοιχείων, περιλάμβανε το γεγονός ότι το Ωνάσειο ακολουθεί πρακτικές στρατηγικής διοίκησης με σκοπό την αύξηση των κερδών του και τη μεγιστοποίηση της απόδοσής του. Τα υψηλόβαθμα στελέχη έχουν συνειδητοποιήσει ότι το στρατηγικού μάνατζμεντ αποτελεί μέσο για την επιβίωση του Καρδιοχειρουργικού Κέντρου σε μακροπρόθεσμη βάση. Εκτενής ανάλυση των συμπερασμάτων γίνεται στο Κεφάλαιο 9. Ανάλυση αποτελεσμάτων της Μελέτης Περίπτωσης και Συνέπειες/Αποτελέσματα.

3. Βιβλιογραφική Επισκόπηση του Διεθνούς Περιβάλλοντος

3.1. Παρούσα κατάσταση σε διεθνές επίπεδο

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας, η οποία δεν συνοδεύεται από βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, οδήγησαν πολλούς διεθνείς οργανισμούς στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), ο οποίος είναι ένας διεθνής οργανισμός που ιδρύθηκε το 1945, δηλαδή αμέσως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Στον οργανισμό αυτό συμμετέχουν 51 χώρες οι οποίες δεσμεύονται, μεταξύ άλλων, για τη διατήρηση της διεθνούς ειρήνης και την καθιέρωση καλύτερων προτύπων διαβίωσης. Ο ΟΗΕ ασχολείται με ένα ευρύ φάσμα θεμελιωδών θεμάτων, όπως τη διασφάλιση της ειρήνης, την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και την υγεία. Στην έκθεση με τους στόχους του ΟΗΕ για την χιλιετία συμπεριλαμβάνει την υγεία στους στόχους με «Προτεραιότητα 4- Μείωση της Παιδικής θνησιμότητας», «Προτεραιότητα 5- Βελτίωση της Μητρικής Υγείας» και «Προτεραιότητα 6 – Αντιμετώπιση του AIDS, ελονοσίας και άλλων ασθενειών». Ο ΟΗΕ επικεντρώνεται στο ζήτημα της υγείας και επιδιώκει να ερευνήσει τρόπους για τη βελτίωσή της μέχρι το 2015 (United Nations, 2008).

Η βελτιωμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη αποτελεί το επίκεντρο των προσπαθειών μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να αυξάνεται συνεχώς, και η οικονομική δυνατότητα μειώνεται δραστικά, υπάρχει πολύ μικρό περιθώριο στον οικογενειακό προϋπολογισμό για την κάλυψη του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Οι δυναμικές του κλάδου υγείας έχουν αλλάξει και αναμένεται πιο ουσιαστική αλλαγή στο μέλλον, γεγονός που απορρέει από τη βελτίωση/εξέλιξη των τεχνολογικών μεθόδων και από την ανελαστική αύξηση της ζήτησης από τους καταναλωτές/ασθενείς. Οι τεχνολογικές αλλαγές και η συνεχόμενη αύξηση της ζήτησης ανεβάζουν κατακόρυφα το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Είναι γεγονός ότι οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος αντιμετωπίζουν συχνότερα και σοβαρότερα προβλήματα υγείας σε αντίθεση με τις οικονομικά ευπορότερες οικογένειες. Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι ο πλούτος προάγει και προστατεύει την υγεία, αφού η αύξηση

του εισοδήματος αντανακλά συχνότερη πρόληψη, βελτιωμένη περίθαλψη και μεγαλύτερη πρόσβαση σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης η οικονομική άνθιση παρέχει τους πόρους για σωστή διατροφή, καλύτερη κατοικία και γενικότερα βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στην Αμερική οι δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υπερβαίνει το 2,5% του οικογενειακού εισοδήματος (Cunningham, Miller, & Cassil, 2008).

Τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα τα τελευταία χρόνια. Παλαιότερα οι πτωχεύσεις των νοσοκομείων ήταν σπάνιες. Από τα μέσα του 1980 όμως περίπου 80 νοσοκομεία το χρόνο κηρύσσουν πτώχευση, το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου 1.5% των συνολικών νοσοκομείων στην Αμερική. Πολλά νοσοκομεία δυσκολεύονται να παραμείνουν κερδοφόρα και τα περιθώρια κέρδους είναι πιο χαμηλά από ποτέ. (Lesser and Ginsburg, 2001).

Έρευνα έδειξε ότι το 20% των Αμερικανών άνω των 65 ετών, έχουν οι ίδιοι ή η οικογένειά τους πρόβλημα να πληρώσουν τα ιατρικά τους τιμολόγια μέσα στο 2007, ποσοστό που έχει αυξηθεί σε σύγκριση με το 14,2% το 2003 (Cunningham, Miller, & Cassil, 2008). Τα αυξημένα ιατρικά έξοδα, έχουν οδηγήσει πολλά νοικοκυριά να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους με σκοπό των περιορισμό άλλων εξόδων για την εξόφληση των υπηρεσιών υγείας. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο τα νοικοκυριά να καθυστερήσουν ή ακόμα και να εγκαταλείψουν προληπτικές εξετάσεις με σκοπό να περιορίσουν τα κόστη. Ο προϋπολογισμός των νοικοκυριών είναι πλέον τόσο σφικτός που κάποιο απρόβλεπτο έξοδο, ή η απώλεια της θέσης εργασίας ή μία σοβαρή ασθένεια ή μία αλλαγή στην ασφαλιστική κάλυψη επιφέρει ακραία οικονομικά προβλήματα (Cunningham, Miller, & Cassil, 2008).

Κατά τη διάρκεια των ετών 1999 - 2001, πολλές σημαντικές εξελίξεις έχουν λάβει χώρα στην υγειονομική περίθαλψη των Ηνωμένων Πολιτειών:

- Η Περίθαλψη έχει χάσει την δύναμή της έτσι ώστε να ελέγχει τα κόστη, καθώς τα προγράμματα υγείας προσπαθούν να ανταποκριθούν στη ζήτηση των καταναλωτών για προϊόντα λιγότερο περιοριστικά και να αποκαταστήσουν την αποδοτικότητα.

- Η εκτεταμένη εξυγίανση των νοσοκομείων έχει αυξήσει τη διαπραγματευτική τους δύναμη σε σχέση με τα προγράμματα υγείας, γεγονός που βοηθάει τα νοσοκομεία να αρνηθούν τις επιθετικές πολιτικές πληρωμής.
- Η τάση των ιατρών να λειτουργούν σε ιδιόκτητες εγκαταστάσεις απειλεί να ανεβάσει επιπλέον το κόστος.

Για τους καταναλωτές οι παραπάνω τάσεις οδήγησαν σε αύξηση του κόστους και σε λιγότερες επιλογές για την κάλυψη των αναγκών τους (Lesser and Ginsburg, 2001).

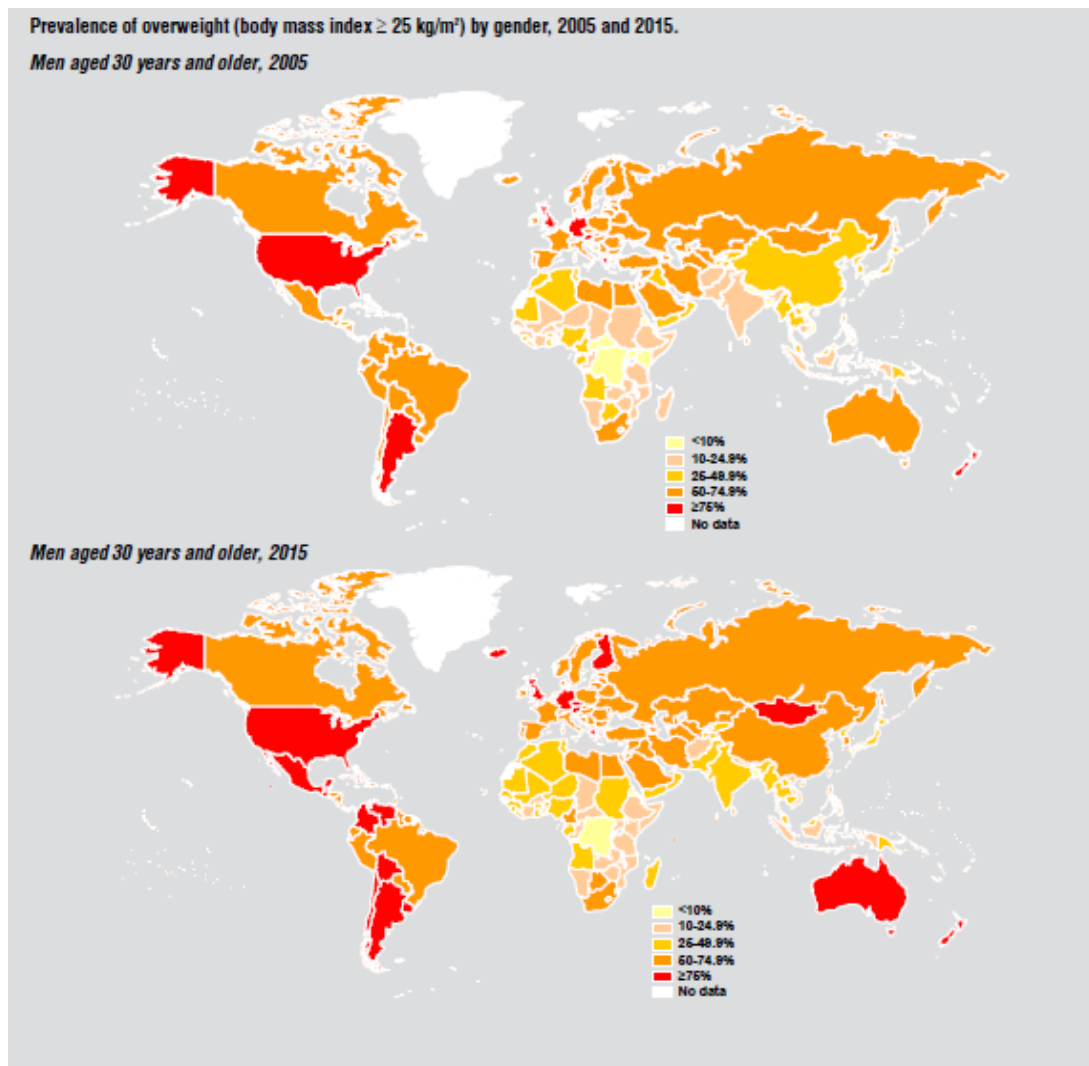
Η υγειονομική περίθαλψη βρίσκεται παγκοσμίως σε κρίση, αν και αυτό δεν αποτελεί είδηση για πολλές χώρες. Η ειδοποιός διαφορά είναι ότι ακολουθώντας τα σημερινά «μονοπάτια» πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο θα καταστούν μη βιώσιμα μέχρι το 2015 (Adams, Mounib, Pai, Stuart, Thomas, & Tomaszewicz, 2007).

Αυτό μπορεί να είναι αντιφατικό, λαμβάνοντας υπόψη τις προσπάθειες των αρμόδιων επαγγελματιών του τομέα υγειονομικής περίθαλψης και τα άλματα της ιατρικής. Παρόλα αυτά είναι πραγματικότητα ότι το κόστος αυξάνεται διαρκώς ενώ η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι φτωχή και ευμετάβλητη καθώς και η πρόσβαση σε μονάδες υγείας ή οι παρεχόμενες επιλογές είναι ανεπαρκείς.

Τα προβλήματα αυτά, σε συνδυασμό με την εμφάνιση ενός ριζικά νέου περιβάλλοντος προερχόμενο από τις επιταγές της παγκοσμιοποίησης, του καταναλωτισμού, τις δημογραφικές αλλαγές (Πίνακας 4: Γήρανση του πληθυσμού. Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006), τις αυξανόμενες ασθένειες συμπεριλαμβανομένης και της παχυσαρκίας (Πίνακας 3: Εξάπλωση του φαινομένου της παχυσαρκίας. Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006) και τις ακριβές νέες τεχνολογίες και θεραπείες θα αποτελέσουν εφαλτήριο για θεμελιώδη αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη την επόμενη δεκαετία. Τα υγειονομικά συστήματα που θα αποτύχουν να αντιμετωπίσουν αυτό το νέο περιβάλλον είναι πολύ πιθανό να χρειαστούν αναγκαστική άμεση και ουσιαστική αναδόμηση (Adams, Mounib, Pai, Stuart, Thomas, & Tomaszewicz, 2007).

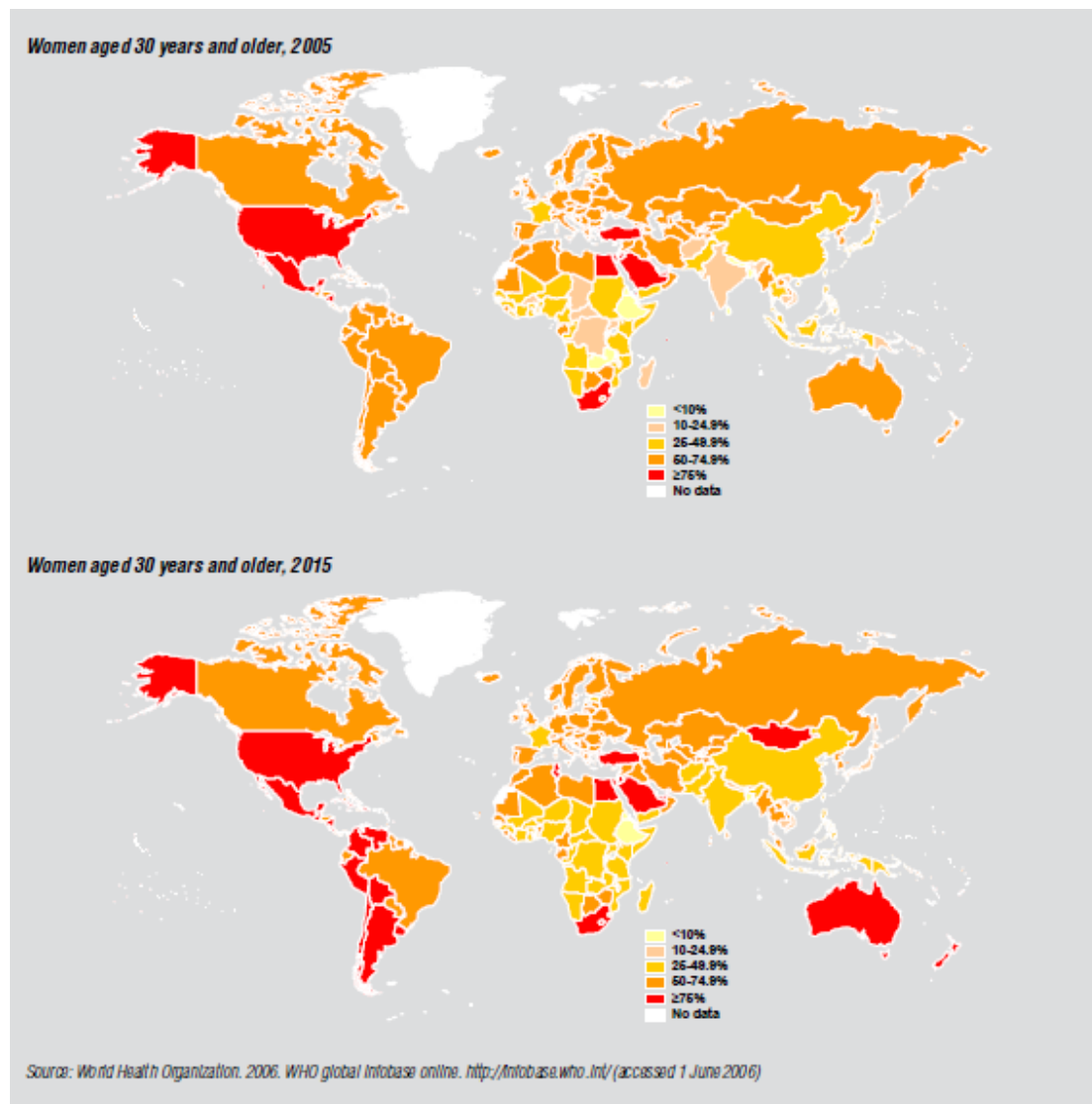
Το φαινόμενο της παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα. Συγκεκριμένα εμφανίζεται η παρούσα κατάσταση, με δεδομένα του 2005,

παχυσαρκίας στον ανδρικό πληθυσμό άνω των 30 ετών. Στον ίδιο πίνακα απεικονίζεται η πρόβλεψη για την κατάσταση όπως αναμένεται το 2015 για το ίδιο τμήμα του πληθυσμού.



Πίνακας 3: Εξάπλωση του φαινομένου της παχυσαρκίας. Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006

Οι δημογραφικές αλλαγές σε παγκόσμιο επίπεδο γίνονται ορατές διαγραμματικά στον Πίνακα 4: Γήρανση του πληθυσμού. Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006. Στον ακόλουθο πίνακα απεικονίζεται η παρούσα κατάσταση (με δεδομένα του 2005) για τον γυναικείο πληθυσμό άνω των 30 ετών. Στον ίδιο πίνακα απεικονίζεται η πρόβλεψη για την κατάσταση όπως αναμένεται το 2015 για το ίδιο τμήμα του πληθυσμού. Καθώς η γήρανση του πληθυσμού είναι γεγονός, αυξάνονται αναλογικά και οι υγειονομικές ανάγκες.



Πίνακας 4: Γήρανση του πληθυσμού. Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006

Αναμφίβολα αλλαγές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να γίνουν από τα υψηλόβαθμα στελέχη, οι αποφάσεις που πρέπει να παρθούν είναι «πότε και πώς». Αν δεν υπάρξει άμεση αντίδραση, τότε το σύστημα θα αδυνατεί να συνεχίσει με την ίδια πορεία και συνεπώς θα γίνει αναγκαστική μια άμεση αναδιάρθρωση. Αυτή είναι μια τρομακτική, αλλά πολύ πραγματική προοπτική. Οικονομικοί περιορισμοί, αντιπαραγωγική κοινωνία και κανόνες, έλλειψη εναρμόνισης όσον αφορά τα κίνητρα, βραχυπρόθεσμος τρόπος σκέψης, και αδυναμία πρόσβασης σε κρίσιμες πληροφορίες, αναστέλλουν την προθυμία και την ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για αλλαγή. Εάν η επιθυμία και η ικανότητα για αλλαγή δεν μπορεί να επιτευχθεί, το αποτέλεσμα θα είναι η ανάγκη μετασχηματισμού, ένα σενάριο στο οποίο θα επιδεινώσει την κατάσταση για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.

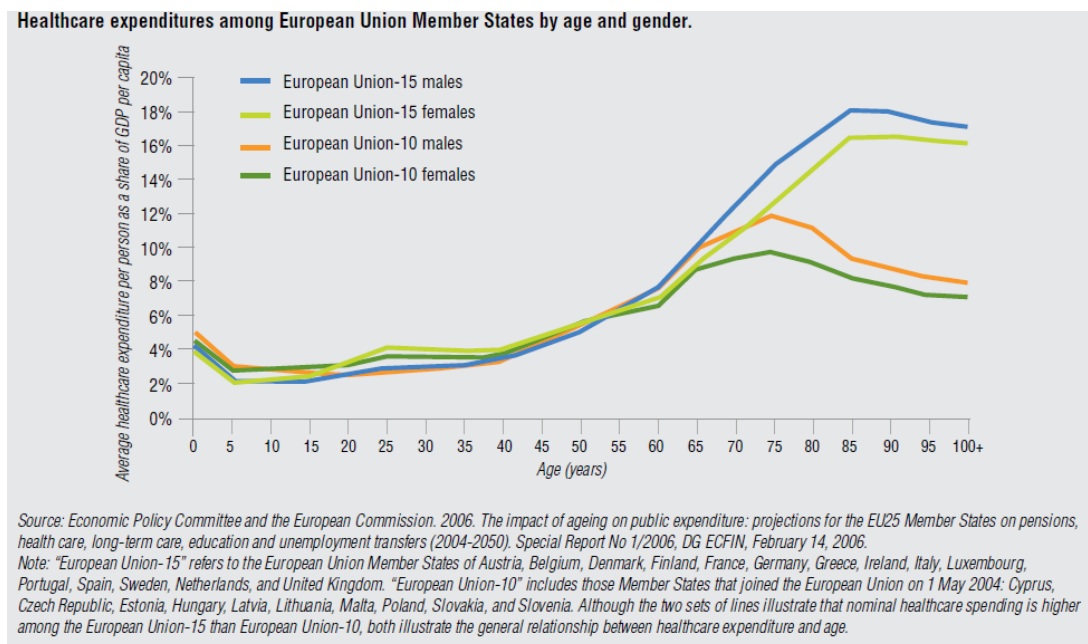
3.2. Δαπάνες σε Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Οι καταναλωτές από όλες τις εισοδηματικές τάξεις, ιδιαίτερα τα μεσαία εισοδήματα και οι μικρές επιχειρήσεις με πολύ χαμηλή διαπραγματευτική ισχύ, αντιμετωπίζουν τεράστιες αυξήσεις στο ποσοστό της αμοιβής για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Υπολογίζεται ότι το κόστος αυξάνεται δυο με δύομισι φορές γρηγορότερα από τον πληθωρισμό, γεγονός που πλήττει κυρίως την μεσαία τάξη, καταλαμβάνοντας ένα μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους συγκριτικά με υψηλότερες τάξεις. Το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω. Σημαντική είναι επίσης η επίπτωση της αύξησης του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις, και πιο συγκεκριμένα στις επιχειρήσεις που απασχολούν λιγότερα από 100 άτομα. Μη έχοντας μεγάλη διαπραγματευτική ισχύ, λόγω μεγέθους, αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τα υψηλά ποσοστά αύξησης του κόστους (NCHC, 2007).

Ο Πίνακας 5: Δαπάνες στον τομέα της Υγείας ανάμεσα στα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαγραμματικά εμφανίζει το μέσο όρο των δαπανών υγείας ανά άτομο ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά κεφαλήν.

Με την ένδειξη “European Union-15”, αναφέρονται τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, Ολλανδία, και Ηνωμένο Βασίλειο.

Η ένδειξη “European Union-10” περιλαμβάνει τα κράτη μέλη που προσχώρησαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση την 1η Μαΐου 2004: Κύπρος, Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Πολωνία, Σλοβακία και Σλοβενία.



Πίνακας 5: Δαπάνες στον τομέα της Υγείας ανάμεσα στα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πηγή: Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής και Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το βασικό συμπέρασμα από τον παραπάνω πίνακα, συνοψίζεται στο ότι οι δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης-15 είναι υψηλότερες από την Ευρωπαϊκή Ένωση-10. Οι δαπάνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης-15 απεικονίζονται με την μπλε γραμμή για τους άνδρες και με το ανοιχτό πράσινο για της γυναίκες, ενώ οι δαπάνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης-10 εμφανίζονται με πορτοκαλί γραμμή και σκούρα πράσινη γραμμή για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα.

3.3. Προβλήματα του υγειονομικού κλάδου

Το γεγονός ότι το σύστημα υγείας είναι προβληματικό, είναι γνωστό. Ακόμη και οι ηγέτες της βιομηχανίας της υγείας αναγνωρίζουν ότι το αυξανόμενο κόστος και η άνιση πρόσβαση απειλούν τη βιωσιμότητα του συστήματος. Προσηλώνονται σε λύσεις οι οποίες επικεντρώνονται στην αυξημένη διαφάνεια της ποιότητας της πληροφόρησης σε σχέση με την τιμή και την τεχνολογία πληροφοριακών συστημάτων υγείας (The PricewaterhouseCoopers Health Research Institute, 2007a).

Οι καταναλωτές έχουν ελαφρώς διαφορετικές απόψεις σχετικά με το τι οδήγησε το σύστημα στο να υφίσταται απώλειες: «η απληστία». Έχοντας ως στόχο να προβλέψουν τα σημαντικότερα θέματα για το επόμενο έτος, το PricewaterhouseCoopers Health Research

Institute διενήργησε έρευνα σε 1000 καταναλωτές τον Οκτώβριο του 2006. Το δείγμα ερωτήθηκε τους λόγους για τους οποίους προκαλείται αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, και το 90% των καταναλωτών δήλωσε την απληστία. Η απληστία προηγήθηκε σε σχέση με άλλους παράγοντες που επισημάνθηκαν από ηγέτες του κλάδου, όπως η διοικητική γραφειοκρατία, η ιατρική αμέλεια, και οι ανασφάλιστοι. Ίσως αυτή η αντιμετώπιση να προκαλείται από το θυμό ή την απογοήτευση των καταναλωτών. Ίσως πάλι να μην εκτιμούν την πολυπλοκότητα της υγειονομικής περίθαλψης ως μιας επιχείρησης.

Σε κάθε περίπτωση όμως η τάση αυτή καταδεικνύει ότι η βιομηχανία της υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίσει με ανοσία τον σκεπτικισμό των καταναλωτών όντας σε ένα μεταβατικό σύστημα. Αντίθετα, η στάση αυτή των καταναλωτών θα πρέπει να αντιμετωπιστεί. Στελέχη μονάδων υγείας θα πρέπει να υιοθετήσουν καινοτομικές μεθόδους έτσι ώστε όχι μόνο να αντιμετωπίσουν τους καταναλωτές αλλά και να αποκαταστήσουν την εμπιστοσύνη τους στον κλάδο. Συνεπώς είναι αναγκαία όχι μόνο η διαχείριση της εσωτερικής λειτουργίας των οργανισμών αλλά και ο ταυτόχρονος επαναπροσδιορισμός της θέσης τους στην αγορά. Το παραπάνω θα επιτευχτεί εφαρμόζοντας οι οργανισμοί τις τεχνικές τους γνώσεις και δεξιότητες και επικοινωνώντας τις αξίες τους σε απλούς λαϊκούς όρους (The PricewaterhouseCoopers Health Research Institute , 2007a).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι τομείς ανησυχίας των στελεχών και των πολιτικών υπευθύνων σχετικά με τα προβλήματα και θέματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος, έχουν εντοπιστεί στους παρακάτω επτά:

1. Πρωτοβουλία σε τοπικό επίπεδο

Χωρίς ενιαία νομοθεσία, η ανεξάρτητη πρωτοβουλία σε τοπικό επίπεδο για την επίλυση υγειονομικών θεμάτων μπορεί να οδηγήσει μόνο σε μπαλώματα και δεν αποτελεί ουσιαστική λύση.

2. Η διαφάνεια θα μπορούσε να είναι αποκαλυπτική

Όταν οι ρυθμιστικές αρχές καθορίζουν μία πορεία, οι καταναλωτές ακολουθούν. Η διαφάνεια δεν αποτελεί πλέον επιλογή, αλλά υποχρεωτική προϋπόθεση για την άσκηση οποιασδήποτε επιχειρηματικής δραστηριότητας.

3. Πρωταρχικός ρόλος η χρήση τεχνολογίας

Η στροφή προς τα ψηφιακά νοσοκομεία συνεχίζεται με αργούς ρυθμούς με τη χρήση της τεχνολογίας.

4. Η δύναμη των καταναλωτών

Ο καταναλωτισμός επικεντρώνεται στην παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και στις επιχειρήσεις έτσι ώστε να καταφέρουν να λάβουν καλύτερες αποφάσεις και να βοηθήσουν στον έλεγχο του αυξανόμενου κόστους.

5. Έλεγχος τιμής

Η τιμολόγηση των φαρμάκων θα εξακολουθήσει να αντιμετωπίζει αυξημένο δημόσιο και κυβερνητικό έλεγχο. Η πλειοψηφία των καταναλωτών δεν είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν παραπάνω για να αποκτήσουν μία μάρκα ενός φαρμάκου.

6. Η παχυσαρκία είναι το «νέο» κάπνισμα

Όταν το κάπνισμα τέθηκε ως ένα θέμα δαπανηρό για τη δημόσια υγεία, η κυβέρνηση άρχισε με την εκπαίδευση και ακολούθησε με ρυθμίσεις και εντολές. Οι προσπάθειες απέδωσαν. Προτίθεται η κυβέρνηση ή ο ιδιωτικός τομέας να επιχειρήσει παρόμοια προσπάθεια για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας όπως αυτής με το κάπνισμα; Ο πόλεμος της παχυσαρκίας θα είναι μεγάλος, με προσπάθειες για την καταπολέμηση της να έρχονται από πολλές κατευθύνσεις. Οι οργανισμοί υγείας μπορούν να αποτελέσουν πρωτοπόρο, να συμμετέχουν, ή να απέχουν εντελώς από αυτήν την προσπάθεια.

7. Οι μικροί επενδυτές είναι αρκετά μεγάλοι.

Οι ιδιώτες επενδυτές θα χρηματοδοτήσουν την επόμενη γενιά των καινοτομικών μεθόδων σε υπηρεσίες και θεραπείες, προκαλώντας μεγαλύτερους ανταγωνιστές με έλλειψη ευκινησίας.

Ανεξάρτητα από το αν βρισκόμαστε μέσα στον κλάδο της υγείας είτε εκτός αυτού, κατά κοινή ομολογία η τρέχουσα κατάσταση δεν είναι βιώσιμη και η εφαρμογή μέτρων για άμεση αλλαγή κρίνεται απαραίτητη. Τώρα, περισσότερο από ποτέ, οι ηγέτες της υγείας θα πρέπει να εντείνουν τις δραστηριότητές τους. Η αποτυχία να κλείσει το χάσμα μεταξύ του τρόπου που βλέπουν οι καταναλωτές τον κλάδο της υγείας και του τρόπου που βλέπει ο ίδιος ο κλάδος τον εαυτό του, θα μπορούσε να είναι καταστροφική και για τους δύο.

Υπάρχουν μυριάδες ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί υγείας και πολλές ευκαιρίες για τα στελέχη τους να τα αντιμετωπίσουν. Για να είναι βιώσιμος ο κλάδος της υγείας, θα πρέπει οι οργανισμοί να επικοινωνήσουν και να συνδεθούν με τους πελάτες τους μέσω καινοτόμων προσεγγίσεων και νέων προοπτικών.

Σύμφωνα με ορισμένες προβλέψεις στο χώρο της υγείας και με υγειονομικές εκθέσεις, μια νέα σειρά από ζητήματα θα προστεθούν στον ήδη υπάρχοντα. Τα νέα αυτά ζητήματα πηγάζουν από αλληπάλληλες αλλαγές στην πλευρά της ζήτησης (και όχι μόνο) του κλάδου της υγείας. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν κυρίως δημογραφικούς παράγοντες, για παράδειγμα, οι άνθρωποι τείνουν να ζουν περισσότερα χρόνια, και να είναι καλύτερα μορφωμένοι και ενημερωμένοι. Παράλληλα, υπάρχει μεγαλύτερη ποικιλομορφία στην εθνότητα του πληθυσμού ενώ το εισόδημα εξακολουθεί να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο όσον αφορά την προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη (The PricewaterhouseCoopers Health Research Institute, 2007a).

Ταυτόχρονα, οι ηγέτες της υγειονομική περίθαλψης, κυρίως όσοι διαχειρίζονται νοσοκομεία, ωθούνται από την αύξηση των περιβαλλοντικών αλλαγών και της πίεσης για μείωση του κόστους και τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους σε καθαρά οικονομικούς στόχους (Abel-Smith & Mossialos, 1994).

Στη δεκαετία του 1990 και μέχρι το μέσο του 2010, σχεδόν όλα τα κερδοσκοπικού χαρακτήρα και μη νοσοκομεία προσπάθησαν να επαναπροσδιορίσουν τη στρατηγική τους θέση, με τη χρησιμοποίηση διαφόρων ανταγωνιστικών στρατηγικών και καινοτόμων στρατηγικών εργαλείων (Mckee & Healy, 2002).

Παρά τις πρωτοβουλίες αυτές που ξεκίνησε από υψηλόβαθμα στελέχη του κλάδου, οι στρατηγικές δράσεις (οι οποίες κυμαίνονται από τις συγχωνεύσεις και εξαγορές με την εφαρμογή νέων τεχνολογικών βοηθημάτων) είχαν ως αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές τη δραστική μείωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών ή, ακόμη χειρότερα, σε αναγκαστικό κλείσιμο νοσοκομείων. Με περικοπές του προϋπολογισμού, μείωση προσωπικού και άλλους οικονομικούς παράγοντες που εμποδίζουν την επιτυχία των υγειονομικών οργανισμών, οι πτωχεύσεις νοσοκομείων φαίνεται να είναι πιο πιθανό σενάριο τα τελευταία χρόνια από ποτέ.

3.4. Το μονοπάτι για τον επιτυχή μετασχηματισμό

Η συνεχής αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης έχει αναγκάσει όλους τους βασικούς παίκτες να επαναπροσδιορίσουν τους στόχους για το σύστημα πληρωμών των μονάδων υγείας. Οι εργοδότες από την πλευρά τους επιδιώκουν διαφάνεια, δημοσιοποιώντας τα στοιχεία απόδοσής τους στο κοινό. Οι ασφαλιστικές εταιρίες τίθενται υπέρ της διαφάνειας αλλά είναι απρόθυμες να επικοινωνήσουν στο κοινό τη συγκριτική ανάλυση των επιδόσεων και τον τρόπο καθορισμού των τιμών.

Για να προσδιοριστεί ο δρόμος για τον επιτυχή μετασχηματισμό στο μέλλον, είναι απαραίτητο να καθοριστεί μία στρατηγική χωρίς περιορισμούς: «Σκέψου όπως ο Θεός». Στη συνέχεια, απαιτείται έλεγχος και κρίση σχετικά με το τι πρέπει να ακολουθηθεί και τι να αποφευχθεί (Hamel & Prahalad, 1994).

Ευτυχώς, υπάρχει ένα θετικό σενάριο, το οποίο στηρίζεται και απαιτεί νέα επίπεδα υπευθυνότητας, δύσκολες αποφάσεις, και σκληρή δουλειά εκ μέρους όλων των ενδιαφερομένων (Adams, Mounib, Pai, Stuart, Thomas, & Tomaszewicz, 2007). Για την επίτευξη ενός αισιόδοξου σεναρίου, απαιτείται συνεργασία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, των παρόχων προγραμμάτων υγείας, των προμηθευτών και της εκάστοτε κυβέρνησης. Πιο αναλυτικά, οι παροχείς ιατρικής περίθαλψης οφείλουν να επεκτείνουν τη παρούσα επικέντρωση σε περιστασιακή φροντίδα ώστε να περιλαμβάνεται η ενίσχυση της διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών και της διαβίου πρόβλεψης και πρόληψη της ασθένειας.

Από την πλευρά των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, αναγκαία είναι η ανάληψη προσωπικής ευθύνης για την υγεία τους έτσι ώστε να επιτευχτεί η μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας που λαμβάνουν από ένα ριζικά αλλαγμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι παροχείς προγραμμάτων υγείας οφείλουν να βοηθήσουν τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας να παραμένουν υγιείς και να μεγιστοποιήσουν την αξία που λαμβάνουν από ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα οφείλουν να διευκολύνουν τις οργανώσεις και τους γιατρούς στην παράδοση υψηλότερη ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης.

Οι προμηθευτές οι οποίοι εργάζονται σε συνεργασία με ιατρούς και ασθενείς, να παράγουν προϊόντα που βελτιώνουν το αποτέλεσμα ή να παρέχουν ισοδύναμα αποτελέσματα με χαμηλότερο κόστος. Οι κοινωνίες να πραγματοποιούν ρεαλιστικές, λογικές αποφάσεις σχετικά με τις προσδοκίες του τρόπου ζωής, καθώς και να επικεντρώνονται στο πώς να κάνουν την υγειονομική περίθαλψη ένα κοινωνικό δικαίωμα έναντι μιας αγοράς υπηρεσιών.

Οι κυβερνήσεις οφείλουν να στηρίζουν τη βιωσιμότητα του συστήματος παρέχοντας την πολιτική βούληση που απαιτείται για την αφαίρεση των εμποδίων, ενθαρρύνοντας την καινοτομία και κατευθύνοντας την κοινωνία σε βιώσιμες λύσεις. Εάν όλα τα ενδιαφέροντα μέρη λειτουργήσουν με υπευθυνότητα και δείξουν βούληση και ικανότητα για αλλαγή, θα επιτευχθεί μετασχηματισμός, ο οποίος θα αποτελέσει στοιχείο του εθνικού πλούτου. Με αυτόν τον τρόπο θα συντελέσουν σε μία υγιέστερη, πιο ποιοτική και παραγωγική ζωή για τους πολίτες, ενώ παράλληλα θα οδηγήσουν τις χώρες και τους οργανισμούς σε ανταγωνισμό παγκόσμιου επιπέδου. Τέλος θα βοηθήσουν αυτές τις χώρες να κερδίσουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην αναδυόμενη παγκόσμια βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης.

Η δράση και η υπευθυνότητα αποτελούν τα κύρια στοιχεία της αλλαγής για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα οι χώρες, αναλαμβάνοντας τις παρακάτω ενέργειες, θα επιτύχουν αλλαγή στο υπάρχον σύστημα:

Εστίαση στην αξία - Οι καταναλωτές και οι προμηθευτές να συμφωνήσουν σχετικά με τον ορισμό και λήψη μέτρων για την αξία της υγειονομικής περίθαλψης, και έπειτα άμεση αγορά και παράδοση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Δημιουργία καλύτερων καταναλωτών - Καταναλωτές θα κάνουν πιο συνειδητοποιημένες επιλογές και έτσι θα καταστούν καλύτεροι αγοραστές υγειονομικών υπηρεσιών.

Δημιουργία καλύτερων επιλογών για την προώθηση της υγείας και την παροχή φροντίδας – Καταναλωτές και παροχείς υπηρεσιών να αναζητήσουν πιο αποτελεσματικούς και αποδοτικούς τρόπους, κανάλια και ρυθμίσεις για την προαγωγή και της παράδοση υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθούν τα παραπάνω και ακόμα δυσκολότερο να πραγματοποιηθεί ο συνδυασμός τους, αφού στην πραγματικότητα απουσιάζει ένα σαφές πλαίσιο για τον προσδιορισμό αξίας, μια διαδικασία για την επίλυση των αναπόφευκτων συγκρούσεων, καθώς και η προθυμία να ληφθούν σκληρές αποφάσεις.

Για δεκαετίες τώρα, παρά τις διάφορες πρωτοβουλίες για τη μείωση του κόστους περίθαλψης, κάλυψη των ανασφάλιστων, και τον έλεγχο - μέσω της νομοθεσίας, - της εμπορίας του κατασκευαστικού μέρους του κλάδου της υγείας, οι ανάγκες και οι προσδοκίες των καταναλωτών δεν έχουν αντιμετωπιστεί σωστά. Αντίθετα, οι καταναλωτές είναι μάρτυρες μιας αυξανόμενης υποβάθμισης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, καλύπτοντας σχεδόν κάθε πτυχή του κλάδου της υγείας, από τους παρόχους στους καταναλωτές και τους οργανισμούς (Adams, Mounib, Pai, Stuart, Thomas, & Tomaszewicz, 2007).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε ένα ενιαίο πλαίσιο δράσης με έξι κύρια στοιχεία (WorldHealthOrganization, 2007). Ο προσδιορισμός αυτών των στοιχείων αυτών έχει τρεις κύριους στόχους:

- Να επιτρέψει τον ορισμό των επιθυμητών χαρακτηριστικών που θα πρέπει να έχει ένα σύστημα υγείας.
- Να παρέχει ένα τρόπο προσδιορισμού των προτεραιοτήτων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
- Να παρέχει έναν μέσο εμφάνισης των κενών που δημιουργούνται από την υποστήριξη του ΠΟΥ.

Το ενιαίο πλαίσιο δράσης του ΠΟΥ, αποτελείται από 6 διακριτά στοιχεία που παραθέτονται συνοπτικά στις παρακάτω παραγράφους (WorldHealthOrganization, 2007).

1. Οι καλές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας ορίζονται αυτές που παρέχουν «αποτελεσματική, ασφαλή και ποιοτική παρέμβαση σε όσους την χρειάζονται, όπου και όποτε την χρειάζονται, με την ελάχιστη σπατάλη πόρων».
2. Το εργατικό δυναμικό να λειτουργεί με τρόπους που να «ανταποκρίνονται, δίκαια και αποτελεσματικά, με σκοπό να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα υγείας, με βάση τους διαθέσιμους πόρους και τις συνθήκες».

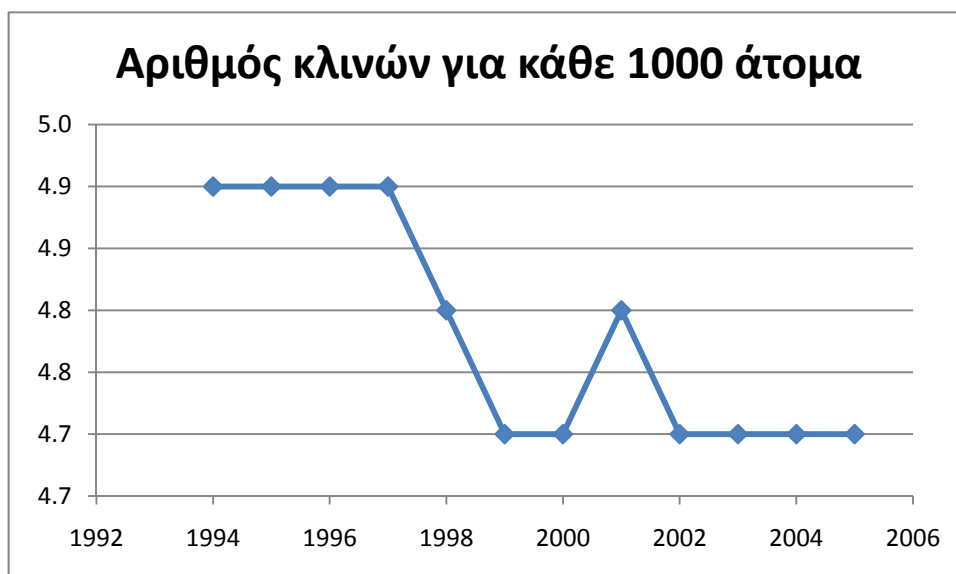
3. Η λειτουργία του πληροφοριακού συστήματος για την υγεία να διασφαλίζει «την παραγωγή, την ανάλυση, διάδοση και χρήση αξιόπιστων και έγκυρων πληροφοριών σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, και της απόδοσης του συστήματος υγείας».
4. «Η εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας να εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση στα βασικά ιατρικά προϊόντα, στα εμβόλια και τις τεχνολογίες με πιστοποιημένη ποιότητα, στην ασφάλεια, στην αποτελεσματικότητα με σκοπό τη μεγιστοποίηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας».
5. Ένα καλό σύστημα υγείας που να έχει στη διάθεσή του αρκετά κονδύλια έτσι ώστε να έχει τη δυνατότητα να εξασφαλίσει ότι τα άτομα που έχουν ανάγκη θα χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες υπηρεσίες. Το σύστημα υγείας οφείλει να προστατεύει τους ασθενείς από την περίπτωση οικονομικής εξαθλίωσης που σχετίζεται με την αποπληρωμή υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, το σύστημα υγείας να παρέχει κίνητρα για τους παρόχους έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικοί και αποδοτικοί.
6. Τέλος, η ηγεσία και η διακυβέρνηση να εξασφαλίζει τη στρατηγικό πλαίσιο δράσης και σε συνδυασμό με την αποτελεσματική εποπτεία, να δίνει σημασία στο σωστό σχεδιασμό του συστήματος.

4. Το Σύστημα Περίθαλψης στην Ελλάδα

Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε να κατατάσσεται σε σχέση με τον τρόπο οργάνωσης αλλά και χρηματοδότησης, τόσο στο μοντέλο Beveridge και στο μοντέλο Bismark. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge η χρηματοδότηση προέρχεται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Το μοντέλο Bismark, βασίζεται στην ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων, που χρηματοδοτούνται από εισφορές προερχόμενες από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αμάγαλμα, αφού έχει υιοθετήσει στοιχεία και από τα δύο μοντέλα.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε το 1980 και προβλέπει δωρεάν παροχή ιατρών υπηρεσιών καθώς και δωρεάν φαρμακευτική κάλυψη σε όλα τα άτομα που διαμένουν στον Ελληνικό χώρο. Η παροχή υπηρεσιών Υγειονομικής Περίθαλψης παρέχεται μέσω του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα. Στο Δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται όχι μόνο τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ αλλά και οι μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία. Στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνονται οι πολυδύναμες κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα. Οι διάφορες μονάδες που απαρτίζουν τη διοίκηση του Ελληνικού συστήματος υγείας, έχουν διαφορετικές ανάγκες και συνεπώς διαφορετικές απαιτήσεις.

Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει τον αριθμό κλινών στην Ελλάδα για κάθε 1000 άτομα πληθυσμού, σύμφωνα με τα στοιχεία της (OECD Health Data, 2008). Το Μεξικό έχει το μικρότερο αριθμό κλινών, 1.7 ανά 1000 άτομα, ενώ τον μεγαλύτερο αριθμό κλινών το έχει η Ιαπωνία με 14 κλίνες ανά 1000 άτομα. Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει τη χρονική περίοδο από το 1993 έως και το 2005.



Πίνακας 6: Αριθμός κλινών στην Ελλάδα για κάθε 1000 άτομα, Πηγή: OECD Health Data, 2008.

Ακολουθεί διάγραμμα που απεικονίζει την συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Το διάγραμμα απεικονίζει τη χρονική περίοδο από το 1987 έως και το 2006.



Πίνακας 7: Συνολική Δαπάνη για την υγεία, Πηγή: OECD Health Data, 2008.

Μετά από ανάλυση των δεδομένων που παρέχονται από την (OECD Health Data, 2008), παρατηρείται ότι η Ελλάδα σταθερά αυξάνει το ποσοστό δαπανών για την υγεία φτάνοντας το 9.1 % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για το 2006. Από το 9.1%, το 60% είναι δημόσιες, και το 40% ιδιωτικές δαπάνες. Παρόλη τη συνεχόμενη αύξηση των

δαπανών για την υγεία τα τελευταία 20 χρόνια, τα περισσότερα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν συνεχή ελλείμματα, γεγονός που ενδυναμώνει την αρνητική εικόνα του απλού πολίτη για το υπάρχον σύστημα υγείας. Οι ΗΠΑ αποτελεί τη χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών για την υγεία που αγγίζει το 15.3%, ενώ αντίθετα η Πολωνία είναι στην τελευταία θέση με 6,2% σύμφωνα με τα δεδομένα του 2006. Τα δεδομένα που αναλύθηκαν για τη δημιουργία του Πίνακα 7, παρέχονται στο παράρτημα της παρούσας διπλωματικής.

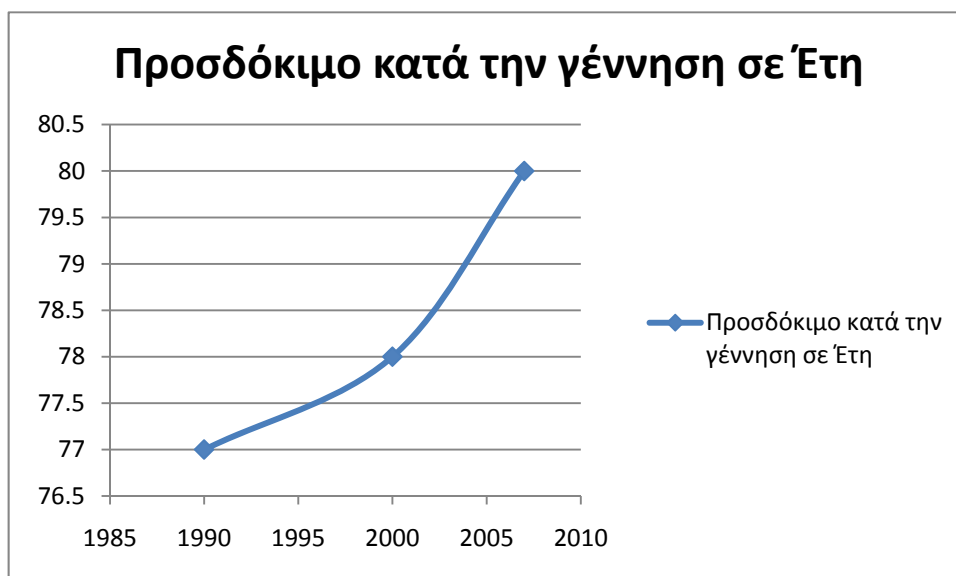
Ακολουθεί συγκριτική μελέτη δεδομένων για το 2000 και 2006, που ανακτήθηκαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Ο πίνακας που ακολουθεί απεικονίζει τον αριθμό νοσοκομείων και κλινών δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου αντίστοιχα.

Έτος	Σύνολο Νοσοκομείων και κλινικών	Αριθμός κλινών	Αριθμός νοσοκομείων Δημοσίου Δικαίου	Αριθμός κλινών Δημοσίου Δικαίου	Αριθμός νοσοκομείων Ιδιωτικού Δικαίου	Αριθμός κλινών Ιδιωτικού Δικαίου	Αριθμός νοσοκομείων Ιδιωτικών κλινικών	Αριθμός κλινών Ιδιωτικών κλινικών	Αριθμός Κέντρων υγείας	Αριθμός κλινών Κέντρων υγείας
2000	337	51500	140	35730	5	629	192	15141	180	1104
2006	317	53701	141	37053	6	1566	170	15082	190	1010

Πίνακας 8: Συγκριτική Μελέτη 2000- 2006, Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.

Ο συνολικός αριθμός δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών έχει μειωθεί 10%, γεγονός που προέρχεται από τη μείωση των ιδιωτικών κλινικών από 192 το 2000 σε 170 το 2006. Παρά τη μείωση του συνολικού αριθμού των νοσοκομείων και κλινικών, ο αριθμός των κλινών σε σύνολο έχει αυξηθεί κατά 4,3%. Εντυπωσιακή είναι η αύξηση πάνω από 200% των κλινών από νοσοκομεία και κλινικές ιδιωτικού δικαίου μεταξύ των ετών 2000 και 2006.

Το προσδόκιμο ζωής αντανακλά τα χρόνια που ένα άτομο υπολογίζεται να ζήσει. Με βάση τα πρόσφατα στοιχεία που αντλήθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Ελλάδα παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής τα τελευταία 18 χρόνια.



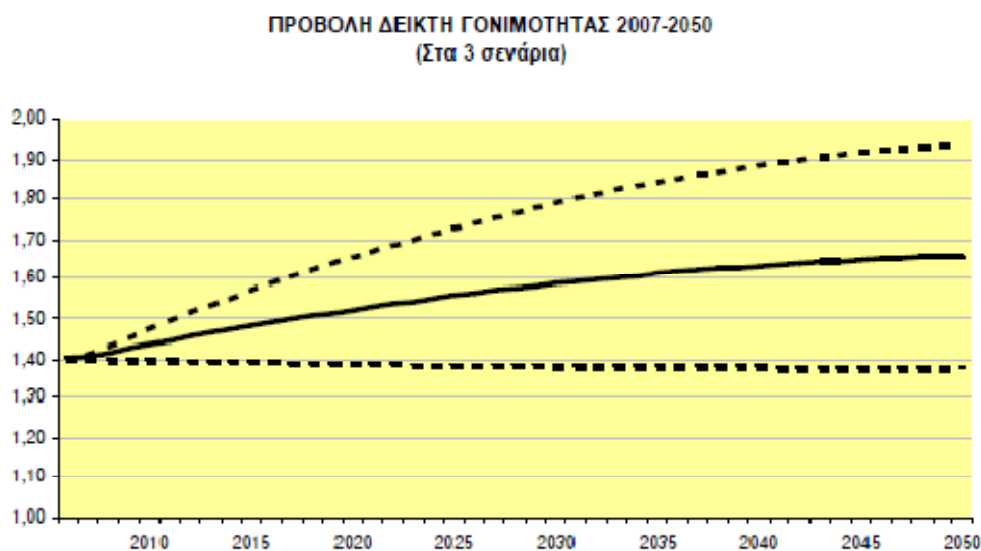
Πίνακας 9: Προσδόκιμο κατά τη γέννηση, Πηγή: World Health Organization.

Μάλιστα χαρακτηριστικό είναι ότι η Ελλάδα έχει υψηλότερο προσδόκιμο ακόμα και από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής ένωσης, συγκεκριμένα το 1990 στην Ευρώπη ήταν 72 έτη σε σχέση με την Ελλάδα που ήταν 77 έτη, το 2000 στην Ευρώπη παρέμεινε 72 έτη ενώ στην Ελλάδα αυξήθηκε στα 78 έτη και τέλος στο 2007 στην Ευρώπη ήταν 74 έτη ενώ στην Ελλάδα ήταν 80 έτη.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις τις Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, «ο πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών από τα επίπεδα του 18,5% την 1/1/2007 θα φθάσει το 2050 τα επίπεδα του 32%, παρασύροντας προς τα άνω τους σχετικούς δείκτες γήρανσης.» (Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος).

Σύμφωνα με τις τελευταίες διαθέσιμες πληθυσμιακές προβολές, που βασίζονται στην απογραφής πληθυσμού το 2001, ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδος θα ανέρχεται σε 10.778.997 άτομα το 2050 (μέση εκδοχή), «η δομή, όμως, του πληθυσμού θα είναι διαφορετική από αυτή του 2000, δηλαδή: η αναλογία των παιδιών ηλικίας 0 – 14 ετών θα μειωθεί από 15,3% το 2000 σε 12,1% το 2050, ενώ η αναλογία της ομάδας ηλικιών 65 ετών και άνω θα αυξηθεί από 16,6% το 2000 σε 31,5% το 2050. Το ποσοστό του οικονομικώς ενεργού πληθυσμού ηλικίας 15 – 64 ετών θα μειωθεί κατά 11,7 ποσοστιαίες μονάδες και από 68,1% το 2000 θα γίνει 56,4% το 2050.» (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 2008).

Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει την προβολή του δείκτη γονιμότητας στην Ελλάδα για την περίοδο του 2007- 2050 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 2008). Η εξέλιξη της γονιμότητας εμφανίζεται στα 3 ακόλουθα σενάρια (το χαμηλό, το υψηλό και το μέσο σενάριο).



Πίνακας 10: Προβολή Δείκτη Γονιμότητας, Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.

Το υψηλότερο προσδόκιμο σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού οδηγεί στην αναγκαιότητα αύξησης των δαπανών για την υγεία με σκοπό την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών των πολιτών.

5. Προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το σημερινό σύστημα Υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από αδιαφάνεια και έλλειψη δομών ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν έρθει στο φως της δημοσιότητας αθέμιτες συναλλαγές όπου ο πολίτης αναγκάζεται να διενεργήσει προκειμένου είτε να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνει είτε να παρακάμψει πιθανές καθυστερήσεις σε λίστες αναμονής. Συχνό είναι επίσης το φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων, όπου ένα μικρό ποσοστό δημοσιοποιείται ενώ το μεγαλύτερο αποσιωπάται από τους διάφορους φορείς όπως για παράδειγμα τις ασφαλιστικές υπηρεσίες ή τα νοσηλευτικά ιδρύματα (Ψωμόπουλος & Κουκουμάς, 2004).

Το χρηματοοικονομικό αδιέξοδο των ελληνικών μονάδων υγείας είναι πλέον γεγονός παρά τις επαναλαμβανόμενες κρατικές παρεμβάσεις. Τα υψηλόβαθμα στελέχη των μονάδων υγείας έχουν διαφορετικούς στόχους ανάλογα με τον αν απασχολούνται στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα. Συγκεκριμένα, η στρατηγική όσων εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα είναι η γρήγορη ανέλιξη, και η μεγιστοποίηση των οικονομικών απολαβών. Αντίθετα, όσοι απασχολούνται στο δημόσιο τομέα στοχεύουν να διατηρήσουν το status τους. Από την άλλη πλευρά οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας- οι ασθενείς, αδυνατούν να αντιδράσουν μέσα σε αυτό το πλαίσιο αντικρουόμενων συμφερόντων. Ελλιπής είναι τα συστήματα ελέγχου ποιότητας με στόχο τη βελτίωση και τη σταθεροποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών ενώ οι ενέργειες εφαρμογής συστημάτων πληροφορικής είναι αποσπασματικές.

Επιτακτική είναι η ανάγκη για διαφοροποίηση των δομών του Ελληνικού Συστήματος Υγείας με σκοπό ο τελικός καταναλωτής να λαμβάνει σταθερά υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, χωρίς να αυξάνεται το κόστος που υποχρεούται να αναλάβει.

Παράλληλα, σημαντικές ελλείψεις παρουσιάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την πρόληψη, ενώ συχνά είναι τα φαινόμενα μη ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας λόγω ανεπάρκειας είτε ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού είτε αδυναμίας πρόσβασης σε νοσοκομεία που είναι πλήρως εξοπλισμένα. Η τελευταία περίπτωση αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν κυρίως οι κάτοικοι της επαρχίας και της νησιωτικής Ελλάδας.

Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), παραθέτει έκθεση στην οποία αναφέρει ότι «Το συνολικό ύψος των χρεών των δημόσιων νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις- Μέλη του ΣΦΕΕ ανέρχεται στις 31/12/2008 στα 2,68 Εκατομμύρια Ευρώ» (ΣΦΕΕ, 2009). Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, εντυπωσιακός είναι ο ρυθμός αύξησης των χρεών που από το Σεπτέμβριο του 2006 έως και το Δεκέμβριο του 2008 καταγράφηκε σε 133%, δηλαδή 1,15 δις Ευρώ και 2,68 δις Ευρώ αντίστοιχα. Τέλος, ο μέσος χρόνος καθυστέρησης στην εξόφληση των οφειλών υπολογίστηκε από το ΣΦΕΕ σε 27.36 μήνες.

Τα χρέη τα δημόσιων νοσοκομείων δεν απευθύνονται μόνο απέναντι στα μέλη του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδας αλλά επεκτείνονται και σε άλλους προμηθευτές. Σύμφωνα με δημοσίευμα της Καθημερινής, κατά τη διάρκεια του 2005-2006 τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων είχαν φτάσει τα 2,4 δις Ευρώ (KATHIMERINI, 2007), ενώ σύμφωνα με το ΣΦΕΕ, το 2006 το χρέος των νοσοκομείων σε μέλη του ΣΦΕΕ ήταν 1,23 δις Ευρώ, γεγονός που αποκαλύπτει ότι σε 1,17 δις Ευρώ υπολογίζεται το χρέος των νοσοκομείων σε άλλους προμηθευτές εκτός μελών του ΣΦΕΕ όπως προμηθευτές αναλώσιμων ιατρικών ειδών. Πιθανές αιτίες του υπέρογκου χρέους είναι οι υπερτιμολογήσεις - οι ιατρικές συσκευές πωλούνται με περιθώριο κέρδους που φτάνει μέχρι και το 1,500%. -, οι προσωπικές διασυνδέσεις προμηθευτών και γιατρών που έχουν σαν αποτέλεσμα απευθείας αναθέσεις διαγωνισμών.

Το Υπουργείο Οικονομίας, κάνοντας μία προσπάθεια ρυθμίσεων των χρεών προς τους προμηθευτές, εξέδωσε τον Απρίλιο του 2009 εγκύκλιο (Αρ. πρωτ: Γ.Γ. 676/2-4-09) για την εφαρμογή διαδικασίας ρύθμισης των οφειλών. Η εγκύκλιος αυτή περιλαμβάνει διευθέτηση των χρεών προς τους προμηθευτές μέχρι τις 30/06/2007.

Παρά την οικονομική συρρίκνωση, ο Κλάδος των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα συνεχίζει να παρουσιάζει διψήφια αύξηση, που φτάνει το 16% ετησίως (Hellastat Report, 2009), ενώ σύμφωνα με την ίδια έκθεση, η είσοδος νέων «παικτών» στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι δύσκολη γιατί απαιτείται υψηλό κόστος αρχικής επένδυσης σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια που το κόστος δεν είναι τόσο υψηλό οπότε αφήνει μεγαλύτερα περιθώρια εισαγωγής στον κλάδο. Η παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές μονάδες, σύμφωνα με το Hellastat Report, 2009, χαρακτηρίζεται από τους ακόλουθους παράγοντες: Συνεχή τεχνολογική αναβάθμιση, διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών, παροχή νέων θεραπευτικών μεθόδων, δημιουργία νέων μονάδων αλλά και επέκταση των υφιστάμενων και τέλος συγκέντρωση μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων.

Η οικονομική κρίση αναμφίβολα έχει πλήξει σε παγκόσμιο επίπεδο το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών, φαινόμενο που πιθανόν να αποτρέψει μελλοντικές τάσεις αυξήσεων των τιμολογίων εταιριών που βρίσκονται στον κλάδο υγείας αφού οι πολίτες αδυνατούν να ανταπεξέλθουν. Δεν είναι απίθανο να υπάρξει στροφή των ασθενών σε οικονομικότερες λύσεις που περιλαμβάνουν διαμονή σε δωμάτια περισσότερων κλινών ή μείωση των γεννήσεων λόγω οικονομικής αδυναμίας.

6. Στρατηγική

6.1. Κακή Στρατηγική

Ο Porter, διευθυντής του Ινστιτούτου του Χάρβαρντ για τη Στρατηγική και την Ανταγωνιστικότητα στο πλαίσιο μίας μελέτης του τόνισε ότι οι διαχειριστές έργων δυσκολεύονται όταν επιχειρούν να ανταγωνιστούν με άλλες εταιρείες και οργανισμούς. «Κανείς δεν κερδίζει έναν τέτοιου είδους αγώνα» (Porter, 2006). Αντί αυτού, οι διαχειριστές έργων πρέπει να αναπτύξουν μία σαφή στρατηγική γύρω από τη μοναδική θέση του οργανισμού στην αγορά. Σύμφωνα με τον Porter, υπήρχε η λανθασμένη πεποίθηση ότι το μεγαλύτερο μέρος των στρατηγικών λαθών προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες, όπως τις καταναλωτικές τάσεις ή τις τεχνολογικές αλλαγές, αντίληψη που καταρρίφθηκε μετά από 20-25 χρόνια εμπειρίας. Τα περισσότερα στρατηγικά λάθη προέρχονται από το εσωτερικούς παράγοντες, δηλαδή μέσα από την ίδια την εταιρία.

Από πού προέρχεται όμως η κακή στρατηγική; Είναι συχνό πλέον το φαινόμενο οι διαχειριστές έργων να κινούνται αποκλειστικά και μόνο οδηγούμενοι από τον ανταγωνισμό. Ο ανταγωνισμός αυτός αποδεικνύεται τελικά καταστροφικός, αφού στην πραγματικότητα δεν υπάρχει καλύτερη εταιρία σε κάθε κλάδο και κάθε βιομηχανία. Οι διαχειριστές έργων μπαίνουν σε μία διαδικασία ανταγωνισμού σε κάθε πτυχή της επιχείρησης, με σκοπό να αποκτήσουν ηγετική θέση ξεπερνώντας τον ανταγωνιστή τους σε κάθε επίπεδο της επιχείρησης, αμελώντας όμως μία σειρά παραγόντων που προέρχονται από τους λόγους που επιλέγεται ο κάθε οργανισμός. Για παράδειγμα, δεν υπάρχει το καλύτερο αμάξι, αφού αυτό εξαρτάται από τους παράγοντες για τους οποίους επιλέγεται, από τον προϋπολογισμό, από τη χρήση που θα του γίνει, από το άτομο τελικά που θα το χρησιμοποιήσει. Ανάλογα δεν υπάρχει και καλύτερη εταιρεία, αλλά εξαρτάται από τους παράγοντες για τους οποίους τελικά την επιλέγεις.

Οι οργανισμοί θα πρέπει να επιδιώκουν τη μοναδικότητα και να μην θέτουν τον εαυτό τους σε τέτοιου τύπου ανταγωνισμό γιατί τελικά αποβαίνει καταστρεπτικός. Συγκεκριμένα, οι οργανισμοί και τα υψηλόβαθμα στελέχη, θα πρέπει να προσανατολίζονται προς την εξασφάλιση ικανοποιητικού μέρους των καταναλωτών με σκοπό να επιβιώσουν και μακροπρόθεσμα να έχουν κέρδος. «Το χειρότερο λάθος είναι να ανταγωνίζεται κάποιος τον ανταγωνισμό πάνω στα ίδια πράγματα», όπως χαρακτηριστικά

δήλωσε ο Porter (Porter, 2006). «Αυτό οδηγεί μόνο σε κλιμάκωση, γεγονός που οδηγεί σε χαμηλότερες τιμές ή υψηλότερες δαπάνες εκτός εάν ο ανταγωνιστής είναι αδέξιος να χειριστεί την κατάσταση. Οι εταιρείες θα πρέπει να επιδιώκουν την μοναδικότητα» (Porter, 2006).

Ακόμα και ο όρος «Στρατηγική» πολλές φορές παρερμηνεύεται αφού συγχέεται με μία προσδοκία ή φιλοδοξία του οργανισμού. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο που τα υψηλόβαθμα στελέχη των οργανισμών θέτουν ως στρατηγική τους να καταστούν ηγέτες στον κλάδο τους. Αυτή όμως η επιθυμία τους δεν περιγράφει τη στρατηγική τους αλλά τη φιλοδοξία τους. Επίσης συχνά συγχέεται η στρατηγική με μία ενέργεια όπως μία συγχώνευση ή μία εξαγορά. Ούτε αυτή η ενέργεια όμως αποτελεί στρατηγική. Ακόμη και ο σκοπός και η αποστολή της εταιρίας λανθασμένα συγχέεται με τη στρατηγική. Τα τελευταία χρόνια, οι οργανισμοί επικεντρώνονται στη μεγιστοποίηση του επενδυμένου κεφαλαίου και της οικονομικής απόδοσης. Αυτό αποτελεί το στόχο τους, όχι όμως και τη στρατηγική τους.

Η στρατηγική στην πραγματικότητα συνδέεται άρρηκτα με την μοναδικότητα και τα στοιχεία που κάνουν τον οργανισμό να ξεχωρίζει μέσα στον κλάδο του σε σύγκριση με τον ανταγωνισμό. Όταν μία εταιρία ή ένας οργανισμός διαμορφώνει τη στρατηγική του, ουσιαστικά καθορίζει τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει για να επιτευχθεί η μοναδικότητα.

Ένα ακόμα λάθος των διαχειριστών έργων αποτελεί η σύγχυση μεταξύ της λειτουργικής αποτελεσματικότητας με την στρατηγική. Η λειτουργική αποτελεσματικότητα είναι στην ουσία η επέκταση των βέλτιστων πρακτικών. Η καλή λειτουργία οδηγεί σε επιδόσεις, που είναι δύσκολο να διατηρηθούν. Εάν πρόκειται για βέλτιστη πρακτική, όλοι θα την ακολουθήσουν (Porter, 2006).

Τίποτα από τα παραπάνω δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί, αφού η πραγματική πρόκληση έγκειται στο ότι όλα τα παραπάνω πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να διατηρηθούν οι βέλτιστες πρακτικές, διατηρώντας και ενισχύοντας τις μοναδικές θέσεις της εταιρείας.

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την επιτυχημένη στρατηγική είναι η διάρκεια, δηλαδή η κατ' εξακολούθηση ακολουθία της. Όταν μία εταιρεία θέτει στρατηγική θα πρέπει να την ακολουθήσει για κάποια χρόνια συνεχόμενα και να μην αλλάξει κατεύθυνση και στρατηγική, γιατί αυτό οδηγεί μόνο σε αποτυχία της ίδιας της

στρατηγικής. Οι έρευνες δείχνουν ότι μεταξύ των εταιρειών που αποσύρονται από το προσκήνιο μέσα σε 10 χρόνια, πολλές από αυτές απολαμβάνουν πρωτοφανή ανάπτυξη στην αρχή, αλλά στη συνέχεια δίνουν περισσότερη βαρύτητα στην ανάπτυξή τους παρά στην προσκόλληση στην στρατηγική τους, οπότε και αποτυγχάνουν. (Porter, 2006)

6.2. Ηγεσία και στρατηγική

Ο Porter παραθέτει ορισμένες αποκλίσεις στην κεφαλαιαγορά που δημιουργούν εμπόδια στην στρατηγική. Συγκεκριμένα, η δομή του χρηματιστηρίου τείνει να δημιουργεί πίεση στις επιχειρήσεις να μιμηθούν τις άλλες εταιρείες στον ίδιο κλάδο. Οι ίδιες κινήσεις, όμως, δεν θα καταλήξουν στο ίδιο αποτέλεσμα. Το γεγονός αυτό οδηγεί όμως τις επιχειρήσεις σε καταστρεπτικό ανταγωνισμό και όχι στη μοναδικότητα που επιβάλλει η στρατηγική. Οι επιχειρήσεις προσπαθώντας να αυξήσουν τη μετοχική αξία, επικεντρώνονται στο να ικανοποιήσουν τους μετόχους τους, αντί να επικεντρώνονται στην αύξηση της δραστηριότητας της εταιρίας.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του ηγέτη του οργανισμού ο οποίος θα διαφυλάξει και θα εξασφαλίσει τη διάρκεια της στρατηγικής και θα λάβει αποφάσεις. Οι εταιρίες με πολύ καλή στρατηγική έχουν έναν πολύ καλό «ηγεμόνα» - CEO- ο οποίος μπορεί να επιβληθεί, να αποφασίσει, να καθοδηγήσει, να κάνει ξεκάθαρη τη στρατηγική ιεραρχικά ξεκινώντας από τα ανώτερα στελέχη. Ο ηγέτης πρέπει να έχει αυτοπεποίθηση με έντονες ικανότητες επικοινωνίας. Οι οργανισμοί που έχουν προσπαθήσει να επιβάλλουν στρατηγική με διαδικασίες που θέτονται από κάτω προς τα πάνω δεν έχουν ευδοκιμήσει.

Παλαιότερα η στρατηγική ήταν κοινό μυστικό ανάμεσα στα υψηλόβαθμα στελέχη της εταιρίας, κάτι που έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Σήμερα η στρατηγική κοινοποιείται και επικοινωνείται σε όλο τον οργανισμό με σκοπό να κατανοείται σε πρώτο επίπεδο, και έπειτα να ακολουθείται βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Η διαφάνεια και η σαφήνεια, βοηθάει πλέον στην αντιμετώπιση του ανταγωνισμού. Είναι καλό για έναν ανταγωνιστή να γνωρίζει τη στρατηγική του ανταγωνιστή του. Περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν ότι ο ανταγωνιστής θα βρει κάτι άλλο να γίνει μοναδικός, αντί να δημιουργήσει ένα καταστροφικό ανταγωνισμό – που τελικά δεν θα καταλήξει πουθενά.

7. Καινοτομία στην Ελλάδα

Η καινοτομία τίθεται σε θέση υψηλής προτεραιότητας στη πολιτική όλων σχεδόν των χωρών καθώς και των διεθνών οργανισμών. Ο διεθνής οργανισμός OECD, που χρονολογείται από το 1961, έχει δημιουργηθεί από τις κυβερνήσεις 30 χωρών με σκοπό την στήριξη της οικονομικής ανάπτυξης, την ενίσχυση της απασχόλησης και την άνοδο του βιοτικού επιπέδου. Με έδρα το Παρίσι, δραστηριοποιείται επίσης για την διατήρηση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας και την παροχή βοήθειας για τη διασφάλιση της οικονομική ανάπτυξης. Σε γενικές γραμμές 30 χώρες συνεργάζονται για την αντιμετώπιση των οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών προκλήσεων της παγκοσμιοποίησης. Ο OECD παρέχει τη δομή μέσα στην οποία οι κυβερνήσεις των χωρών που συμμετέχουν μπορούν να ανταλλάξουν εμπειρίες, να συζητήσουν απόψεις σχετικά με κοινά προβλήματα, να εντοπίσουν ορθές πρακτικές και να συντονίσουν διεθνείς πολιτικές.

Κάτω από αυτό το πρίσμα, ο οργανισμός OECD δίνει μεγάλη σημασία στη καινοτομία, ως βασική κινητήρια δύναμη της προόδου, και αναγνωρίζει ότι η ικανότητα να καινοτομείς και το εισάγεις στην αγορά αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την παγκόσμια ανταγωνιστικότητα την επόμενη δεκαετία (OECD, 2007). Αυξημένη είναι η ευαισθητοποίηση των πολιτικών υπευθύνων στο ότι η καινοτομία είναι κινητήρια δύναμη της οικονομικής προόδου και της ευημερίας καθώς και κινητήριος παράγοντας στην αντιμετώπιση των παγκόσμιων προκλήσεων σε τομείς όπως το περιβάλλον και η υγεία (OECD, 2007).

Η «καινοτομία» ορίζεται ως «αλλαγή» που μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές (Tidd, Bessant, & Pavitt, 2005). Υπάρχουν τέσσερις (4) βασικές κατηγορίες καινοτομίας:

- **Καινοτομία Προϊόντος.** Ένα προϊόν ή μία υπηρεσία που αλλάζει, γίνεται εντελώς νέα, ή σημαντικά βελτιωμένη. Η βελτίωση μπορεί να συμβεί στις τεχνικές προδιαγραφές, στα εξαρτήματα ή υλικά, στη φιλικότητα προς τον χρήστη ή σε άλλα λειτουργικά χαρακτηριστικά.
- **Καινοτομία Διαδικασίας.** Καινοτομία στους τρόπους με τους οποίους τα προϊόντα και οι υπηρεσίες δημιουργούνται ή διανέμονται. Περιλαμβάνει αλλαγές στην τεχνική, στον εξοπλισμό ή/και στο λογισμικό.

- **Καινοτομίας Marketing.** Αλλαγές στο τρόπο παρουσίασης των προϊόντων στην αγορά, αλλαγές στο σχεδιασμό του προϊόντος, την προώθηση του προϊόντος, ή την τιμή του.
- **Καινοτομία Οργανωτική.** Αλλαγές στον νοητικό μοντέλο που πλαισιώνει το τι κάνει η επιχείρηση-οργανισμός, στην οργάνωση του χώρου εργασίας ή στις εξωτερικές σχέσεις.

Ο παρακάτω πίνακας υποδεικνύει ορισμένους από τους τρόπους με τους οποίους οι επιχειρήσεις μπορούν να αποκτήσουν στρατηγικό πλεονέκτημα μέσω της καινοτομίας.

Μηχανισμός	Στρατηγικό Πλεονέκτημα
Καινοτομία στο προϊόν ή στην προσφερόμενη υπηρεσία	Προσφορά προϊόντος ή υπηρεσίας που κανείς άλλος δεν μπορεί να προσφέρει
Καινοτομία στην διαδικασία	Προσφορά προϊόντος ή υπηρεσίας με μοναδικό τρόπο- γρηγορότερα, με χαμηλότερο κόστος, προσαρμοσμένο στις ειδικές ανάγκες του πελάτη
Νομική προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας	Προσφορά προϊόντος ή υπηρεσίας που οι άλλοι χρειάζονται να πληρώσουν άδεια ή κάποιο φόρο
Προσθήκη ή επέκταση ανταγωνιστικών παραγόντων	Μετακίνηση από την τιμή του προϊόντος στον συνδυασμό τιμής και ποιότητας
Χρόνος	Πλεονέκτημα όταν γίνεται αρχικά η παροχή ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, γεγονός που μπορεί να δώσει στον πρώτο μεγάλο μερίδιο αγοράς. Επίσης πλεονέκτημα μπορεί να αποκτήσει αυτός που ακολουθεί τον πρώτο αφού μπορεί να αποφύγει τυχόν λάθη και παραλήψεις του πρώτου.
Σχεδιασμός πλατφόρμας	Προσφορά της πλατφόρμας πάνω στην οποία μπορούν να δημιουργηθούν παραλλαγές
Επαναγραφή των κανόνων	Προσφορά προϊόντος ή υπηρεσίας που

	είναι εντελώς διαφορετικό και βάζει τα προηγούμενα σε αχρηστία
Επαναδιαμόρφωση τμημάτων της διαδικασίας	Αποτελεσματικότεροι τρόποι τμημάτων της διαδικασίας
Μεταφορά του ίδιου προϊόντος σε άλλο περιβάλλον	Επανασυνδιασμός των ήδη υπαρχόντων στοιχείων σε διαφορετικές αγορές.
Άλλα	Η καινοτομία είναι νέος τρόπος να κάνεις πράγματα και να αποκτάς το στρατηγικό πλεονέκτημα, οπότε υπάρχει πάντα χώρος για καινούργιους τρόπους απόκτησης του πλεονεκτήματος.

Πίνακας 11: Στρατηγικά πλεονεκτήματα μέσω της καινοτομίας, Πηγή: Tidd, Bessant, & Pavitt, 2005.

Παντρεύοντας τον κλάδο της υγείας με την καινοτομία, παρατίθεται μελέτη όπου καινοτομικές μέθοδοι εξετάζονται για τη δόμηση μιας καρδιαγγειακής μονάδας (Zuckerman & Markham, 2006). Υπάρχουν τέσσερις κρίσιμες πτυχές και αυτές επικεντρώνονται σε σχέση με το προσφερόμενο προϊόν, την αγορά, την τοποθέτηση και τις μοναδικές δυνατότητες. Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με το προϊόν, θα πρέπει να εξεταστεί αρχικά σε ποιο εύρος θα πρέπει να προσφερθεί το προϊόν καθώς και σε ποιους τομείς θα διακριθεί η προς-δημιουργία καρδιαγγειακή μονάδα.

Σε σχέση με την αγορά, αναγκαίο είναι εξεταστεί πως είναι εφικτή η επέκταση των δραστηριοτήτων της σε νέες αγορές, πώς θα μπορούσε να εμβαθύνει τη διείσδυση σε υφιστάμενες αγορές καθώς και τον τρόπο υπεράσπισής της σε τρέχουσες αγορές. Επιπρόσθετα, σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί η ύπαρξη διακριτής τοποθέτησης στην ευρύτερη καρδιαγγειακή περίθαλψη.

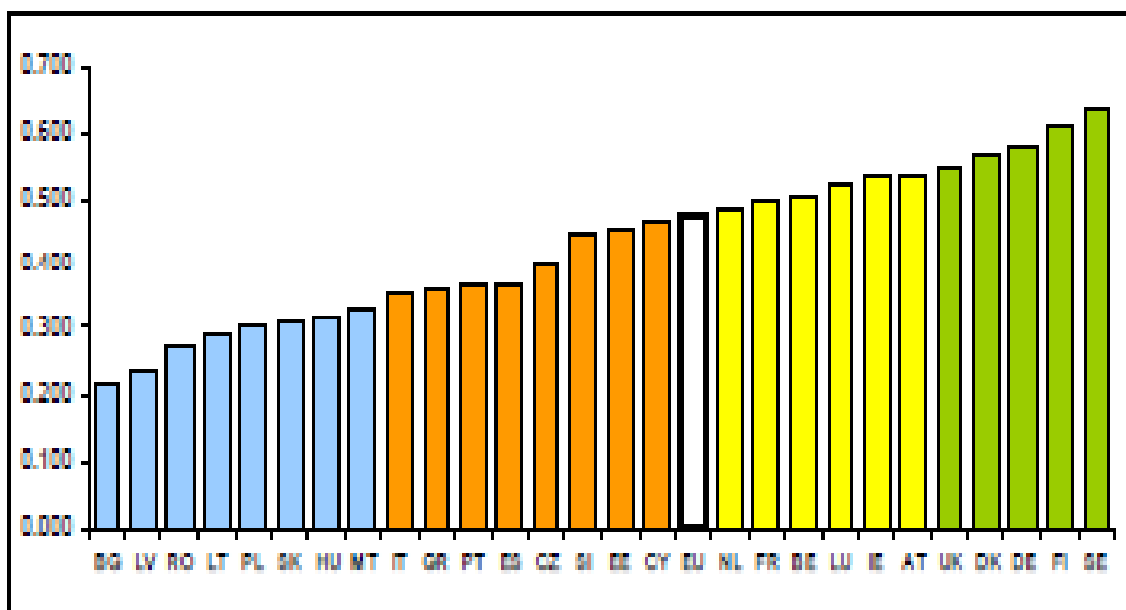
Τέλος, σημαντική είναι η επίτευξη μοναδικότητας σε διάφορους τομείς όπως ο τεχνολογικός, το προσωπικό που στρατολογείται (ιατρικό και νοσηλευτικό), οι εγκαταστάσεις, η οικονομική διαχείριση, η έρευνα, η εκπαίδευση (Zuckerman & Markham, 2006).

Σε διεθνές επίπεδο, κάποιες οικονομίες επιτυγχάνουν καλύτερες επιδόσεις σε καινοτομίες συγκριτικά με άλλες χώρες, δηλαδή έχουν την ικανότητα να εισάγουν νέα προϊόντα ή υπηρεσίες με επιτυχία στις διεθνείς αγορές. Συγκεκριμένοι παράγοντες εμποδίζουν κάποιες χώρες να χρησιμοποιήσουν τη διάσπαρτη επιστημονική και τεχνολογική γνώση, με αποτέλεσμα να μένουν πίσω στην ανάπτυξη καινοτομίας.

Στον ελληνικό χώρο, αν και υπάρχει σημαντική βελτίωση στην ανάπτυξη καινοτομιών την τελευταία πενταετία, ακόμα η χώρα μας παραμένει στα χαμηλότερα επίπεδα καινοτομίας συγκρινόμενη με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Συγκεκριμένα, η Ελλάδα βρίσκεται στη 18η θέση σε σχέση με τα 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Θλιβερό είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα δεν πρωτοστατεί στην ανάπτυξη καινοτομιών, αλλά περιορίζεται στην εφαρμογή τους, το οποίο προέρχεται από μία σειρά κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που επιβραδύνουν τη διάδοση της καινοτομίας στη χώρα μας.

Η έλλειψη μεγάλου μεγέθους επιχειρήσεων, με την πλειοψηφία των επιχειρήσεων να διοικούνται από τον ιδιοκτήτη της επιχείρησης ή από περιορισμένη διοικητική ομάδα, δυσχεραίνει την ανάπτυξη καινοτομικών μεθόδων, αφού τις περισσότερες φορές απουσιάζει οργανωμένο τμήμα Έρευνας & Ανάπτυξης. Τα χαμηλά επίπεδα καινοτομίας της χώρας μας προέρχονται επίσης από το φορολογικό σύστημα που δεν υποστηρίζει κινήσεις έρευνας και ανάπτυξης σε συνδυασμό με το μικρό μέγεθος της αγοράς που επηρεάζει την ανάληψη κινδύνου. Οι προαναφερόμενοι παράγοντες μαζί με την περιορισμένη τεχνολογική υποδομή, οδηγεί τη χώρα μας στις τελευταίες θέσεις των διάφορων δεικτών τεχνολογικής έρευνας και καινοτομίας. Είναι γεγονός ότι η ανάπτυξη της Ελληνικής οικονομίας βασίζεται στη μεταφορά τεχνολογίας από το εξωτερικό, αντί να προέρχεται από τις δομές της ελληνικής επιχείρησης.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση θέτει την καινοτομία σε υψηλή προτεραιότητα, για αυτό το λόγο με δική της πρωτοβουλία ανέπτυξε τον Ευρωπαϊκό Πίνακα Αποτελεσμάτων για την Καινοτομία- European Innovation Scoreboard (EIS) με σκοπό την συγκριτική παρουσίαση των επιδόσεων καινοτομίας των κρατών-μελών της. Το EIS 2008 περιλαμβάνει δείκτες καινοτομίας και αναλύσεις τάσεων για τα 27 κράτη/μέλη της Ευρώπης, καθώς και για την Κροατία, την Τουρκία, την Ισλανδία, τη Νορβηγία και την Ελβετία (INNOMETRICS, 2009). Με βάση 29 δείκτες, καθορίζεται η επίδοση της καινοτομίας των υπό εξέταση κρατών που στην μελέτη του 2009 απεικονίζεται με τον παρακάτω πίνακα.



Πίνακας 12: Συνοπτική απόδοση της καινοτομίας των κρατών μελών της ΕΕ, Πηγή: INNOMETRICS, 2009.

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, τα κράτη/μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης εμπίπτουν στις ακόλουθες τέσσερις ομάδες, που απεικονίζονται με διαφορετικά χρώματα ανά ομάδα:

- Με πράσινο χρώμα είναι οι ηγέτες της καινοτομίας, με πρωτοστάτη τη Σουηδία που ηγείται της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ακολουθεί η Σουηδία, η Φινλανδία, η Γερμανία, η Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Σε σύγκριση με παλαιότερες μελέτες, η Γερμανία παρουσιάζει τη ταχύτερη βελτίωση ενώ η Δανία παρουσιάζει στασιμότητα.
- Με κίτρινο χρώμα εμφανίζονται οι χώρες που ακολουθούν τους ηγέτες της καινοτομίας. Η επίδοσή τους είναι πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν η Αυστρία, η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, το Βέλγιο, η Γαλλία και η Ολλανδία.
- Στην πορτοκαλί κατηγορία ανήκουν οι καινοτόμοι με μέτρια ταχύτητα στην οποία ανήκουν η Κύπρος, η Εσθονία, η Σλοβενία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ελλάδα και η Ιταλία. Η απόδοση αυτών των χωρών, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η χώρα μας, είναι κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, η Ελλάδα βρίσκεται προτελευταία στην πορτοκαλί κατηγορία, δηλαδή πολύ κοντά στις χώρες που προσπαθούν να καλύψουν τη διαφορά των επιδόσεων καινοτομίας.

- Στη μπλε κατηγορία ανήκουν η Μάλτα, η Ουγγαρία, η Σλοβακία, η Πολωνία, η Λιθουανία, η Ρουμανία, η Λετονία και η Βουλγαρία. Η Βουλγαρία και η Ρουμανία εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης της απόδοσής τους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της κατηγορίας τους (INNOMETRICS, 2009).

Συγκρίνοντας την μελέτη της (INNOMETRICS, 2009) και την μελέτη του ίδιου οργανισμού πριν από 2 χρόνια, το 2007, παρατηρείται ότι οι περισσότερες χώρες έχουν παραμείνει στην ομάδα που βρίσκονταν και το 2007, με εξαίρεση την Ελλάδα και την Πορτογαλία. Το 2007 και οι δύο αυτές χώρες βρίσκονταν στην μπλε κατηγορία το 2007 και ανέβηκαν στην πορτοκαλί κατηγορία το 2009 (INNOMETRICS, 2009).

Σύμφωνα με μελέτη του (OECD, 2007), οι φορείς που σχεδιάζουν την πολιτική θα πρέπει να επιδιώξουν να δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον έτσι ώστε να είναι εφικτή η ανάπτυξη καινοτομίας. Προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στη βασική έρευνα, γιατί χωρίς αυτήν η μελλοντική καινοτομία θα τεθεί σε κίνδυνο. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος της χρηματοδότησης, είτε από κρατικά κονδύλια είτε από ιδιωτική πρωτοβουλία αλλά και η ύπαρξη ανταγωνιστικών διαδικασιών για την επιλογή των φορέων που τελικά θα λάβουν τη χρηματοδότηση. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται από τον (OECD, 2007), είναι κρίσιμο να υπάρξει ισορροπία μεταξύ της επιδίωξης για διάχυση της γνώσης ανάμεσα στους ερευνητικούς φορείς και στη εμπορική εκμετάλλευση την καινοτομίας από τον ιδιωτικό τομέα.

8. Μελέτη Περίπτωσης- Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

8.1. Γενικά στοιχεία

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (Ω.Κ.Κ.) είναι Κοινωφελές Ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που βρίσκεται στην Νοτιοανατολική Αττική, συγκεκριμένα στη λεωφόρο Συγγρού 356 σε μία έκταση 8 στρεμμάτων και είναι εξειδικευμένο σε καρδιακά νοσήματα. Τον Οκτώβριο του 1987 ξεκίνησαν οι εργασίες ανέγερσης που συνολικά διήρκησαν 5 χρόνια, ενώ το κόστος ανήλθε στα 75 εκατομμύρια δολάρια. Το σύνολο των κόστους για τον σχεδιασμό, την κατασκευή αλλά και τον εξοπλισμό του Ω.Κ.Κ. προήλθε από το Κοινωφελές Ίδρυμα «Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης».

Η ανάγκη κατασκευής του συγκεκριμένου κέντρου προήλθε από την παντελή έλλειψη ελληνικών κρατικών νοσοκομείων εξειδικευμένων στις καρδιακές παθήσεις με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των καρδιοπαθών ασθενών να καταφεύγουν σε νοσοκομειακές μονάδες του εξωτερικού. Σκοπός του Ω.Κ.Κ. ήταν η δημιουργία πρότυπης μονάδας εξοπλισμένης με τα πλέον εξελιγμένα τεχνικά μέσα λειτουργίας και πιο σύγχρονα επιστημονικά όργανα, γεγονός που εκτίναξε το κόστος κατασκευής και εξοπλισμού του.

Ως πρότυπη μονάδα, το Ω.Κ.Κ. σχεδιάστηκε από Άγγλους ειδικούς αρχιτέκτονες νοσοκομειολόγους, που έδωσαν ειδική βαρύτητα στις ξενοδοχειακού τύπου ανέσεις του κέντρου. Το Ω.Κ.Κ. από την αρχή της λειτουργίας του στελεχώθηκε από εξαιρετικού επιπέδου επιστημονικό αλλά και νοσηλευτικό προσωπικό, αναγνωρισμένο σε ελληνικό αλλά και διεθνές επίπεδο. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην επιλογή του προσωπικού με σκοπό την διασφάλιση υψηλού επιπέδου ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

Το καρδιοχειρουργικό κέντρο έχει ειδικευση στην καρδιαγγειακή χειρουργική επέμβαση και διαγνωστική και παρεμβατική καρδιολογία και δωρίθηκε στο ελληνικό κράτος το 1990. Το λειτουργικό κόστος του Κέντρου καλύπτεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με σχεδόν 150 κρεβάτια και πάνω από 50 άριστα καταρτισμένους ιατρούς, αυτό το Κέντρο παρέχει ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σε ασθενείς με καρδιοπάθεια. Η υπηρεσία Διασφάλισης Ποιότητας που λειτουργεί στο Κέντρο (η πρώτη του είδους της σε ελληνικό νοσοκομείο), υπογραμμίζει τη σημασία που

δίνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο και τα ανώτατα στελέχη στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών.

8.2. Στελέχωση και Οργανόγραμμα

Διοικητικό Συμβούλιο

Το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι υπεύθυνο να διορίσει έξι (6) άτομα απευθείας ανά τριετία που θα απαρτίσουν το επταμελές (7) Διοικητικό συμβούλιο του Ω.Κ.Κ. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι υπεύθυνο για την εποπτεία του Ω.Κ.Κ. Το έβδομο μέλος είναι πάντα ένας εκπρόσωπος του «Ιδρύματος Ωνάση».

Λειτουργική Δομή

Στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο υπάρχουν τρεις ισότιμες αυτοτελείς υπηρεσίες: Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική και Οικονομική των οποίων προΐσταται ο Γενικός Διευθυντής με την παρακάτω στελέχωση.

- Γενικός Διευθυντής,
- Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας,
- Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
- Διευθυντής Διοικητικών και Οικονομικών Υπηρεσιών.

Η δομή του Ω.Κ.Κ. περιλαμβάνει επίσης και τρία (3) αυτοτελή γραφεία: Το γραφείο Νομικού Συμβούλου, το οποίο υπάγεται στον Πρόεδρο του Διοικητικού συμβουλίου, το γραφείο Διασφάλισης Ποιότητας και το γραφείο Δημοσίων σχέσεων τα οποία υπάγονται στον Γενικό Διευθυντή. Πηγή: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

Επιτροπές

Στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο λειτουργούν με συμβουλευτική αρμοδιότητα οι παρακάτω Επιτροπές: Συντονιστική Επιτροπή, Επιστημονική Επιτροπή, Επιτροπή Ιατρικής Δεοντολογίας και Ηθικής Κλινικών Ερευνών, Επιτροπή Ελέγχου Λοιμώξεων, Νοσοκομειακή Επιτροπή Ιατρικής των Μεταγγίσεων και Επιτροπή Ποιότητας.

Τομείς

Στο ανθρώπινο δυναμικό του Ω.Κ.Κ. συγκαταλέγεται το ιατρικό, το νοσηλευτικό, το παραϊατρικό και το διοικητικό προσωπικό, το οποίο προΐσταται ο Γενικός Διευθυντής. Το προσωπικό αυτό στελεχώνει τους 4 τομείς του Ω.Κ.Κ. που είναι οι ακόλουθοι:

- **Καρδιοχειρουργικός**
Στον Καρδιοχειρουργικό τομέα υπάγονται τέσσερα Καρδιοχειρουργικά Τμήματα, τρία ενηλίκων και το Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών.
- **Καρδιολογικός**
Στον Καρδιολογικός Τομέας απαρτίζεται από τρία Καρδιολογικά Τμήματα, δύο Ενηλίκων και το Παιδοκαρδιολογικό Τμήμα.
- **Αναισθησιολογικός**
Ο Αναισθησιολογικός Τομέας έχει στη διάθεση του τα πλέον εξειδικευμένα μηχανήματα αναισθησίας με σκοπό την «παρακολούθηση, καταγραφή και εξειδικευμένη υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών».
- **Εργαστηριακός**
Στον Εργαστηριακό τομέα συγκαταλέγονται το Μικροβιολογικό, το Βιοχημικό και το Ορολογικό τμήμα. Στα Κεντρικά Εργαστήρια διενεργείται ευρεία σειρά εξετάσεων από τις συνήθεις και απλούστερες έως τις πλέον εξειδικευμένες και σπάνιες.

Πηγή: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

8.3. Θέση στην αγορά

Το Ω.Κ.Κ. αναγνωρίζεται σε διεθνές επίπεδο ως ένα από τα νοσοκομεία με τα «καλύτερα αποτελέσματα ως προς τους δείκτες επιβίωσης». Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα φτάνει μόλις το 1,17% στην περίοδο 1993- 2004, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσίευσε το Ω.Κ.Κ. Στην περίοδο 1993 – 2008, το ποσοστό θνητότητας παρέμεινε στο 1,17% παρά την αύξηση των εισαγωγών, των καρδιολογικών και καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων. Το Ω.Κ.Κ. είναι το πρώτο και μοναδικό πιστοποιημένο νοσοκομείο στην Ελλάδα και ένα από τα ελάχιστα στην Ευρώπη - ISO 9001:2000 (Φεβρουάριος 2004) – «για την ανάπτυξη και την παροχή υπηρεσιών υγείας στον τομέα της καρδιοχειρουργικής και της καρδιολογίας ενηλίκων και παιδών, συμπεριλαμβανομένων των μεταμοσχεύσεων ενδοθωρακικών οργάνων, καθώς και των υπηρεσιών υποστήριξης». Το Ω.Κ.Κ. έχει πιστοποιηθεί από τον εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης, τον Ελ.Ο.Τ., και από την ελβετική «Suisse Association for Quality Systems».

Ο σκοπός του Ω.Κ.Κ. να εξυπηρετεί τους καρδιοπαθείς που διαμένουν στον ελληνικό χώρο επιτεύχθηκε αφού, έως το τέλος του 2005 νοσηλεύτηκαν περισσότεροι από 82.000 ασθενείς, πραγματοποιήθηκαν περίπου 22.000 καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και έγιναν 690.000 περίπου ιατρικές επισκέψεις ή διαγνωστικές εξετάσεις στα Εξωτερικά Ιατρεία. Οι ασθενείς που μένουν στην Ελλάδα, δεν καταφεύγουν πια σε ιδρύματα του εξωτερικού, και έτσι το όφελος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τη διαφορά των νοσηλίων Ελλάδος-εξωτερικού, χωρίς την προσθήκη εξόδων πολλαπλών μετεγχειρητικών επισκέψεων και διαμονής, ξεπερνά τα 450.000.000 Ευρώ (Ωνασειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, 2009).

Κυρίαρχος σκοπός του Ω.Κ.Κ. είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών που επιτυγχάνεται με το συνδυασμό άρτια καταρτισμένου ιατρικό-νοσηλευτικού προσωπικού και υπερσύγχρονων τεχνολογικού εξοπλισμού. Είναι άξιο αναφοράς ότι το Ω.Κ.Κ. την περίοδο 2002- 2005 δαπάνησε το ποσό των 6.000.000 Ευρώ για την αντικατάσταση και ανανέωση του βιοϊατρικοτεχνολογικού εξοπλισμού του ΩΚΚ. Στην τοποθέτηση υπερσύγχρονου αξονικού τομογράφου αξίας 1.600.000 ευρώ προχώρησε επίσης το ΩΚΚ

το 2006, γεγονότα που αποδεικνύουν τη σημασία που δείχνει το Καρδιοχειρουργικό κέντρο στην άρτιο εξοπλισμό του.

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Ω.Κ.Κ, σκοπός του είναι «η βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και πιο συγκεκριμένα:

- Η παροχή υψηλού επιπέδου εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας στους πάσχοντες από καρδιακά νοσήματα.
- Η συμβολή του στην προαγωγή της έρευνας και της επιστημονικής γνώσης προωθώντας παράλληλα την πρόληψη, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και τη θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Η καταξίωση του ως πυρήνα μετάδοσης της γνώσης με την εκπαίδευση νέων επιστημών και λειτουργών υγείας στους τομείς της καρδιολογίας, καρδιοχειρουργικής, της αναισθησιολογίας και της εντατικής θεραπείας.
- Η συμβολή του στο γόνιμο επιστημονικό διάλογο, σε συνεργασία με αντίστοιχα κέντρα στην Ελλάδα και το εξωτερικό, καθώς και την ισχυρή παρουσία του σε διεθνείς συναντήσεις και συνέδρια» (Ωνασειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, 2009).

8.4. Περιγραφή παραγόμενων προϊόντων/υπηρεσιών

Το Ω.Κ.Κ. παρέχει τις υπηρεσίες του ισότιμα σε όλους τους πολίτες δωρεάν, αφού τα νοσήλια καλύπτονται από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία. Σύμφωνα με δεδομένα του Ω.Κ.Κ. με στοιχεία από το 1993 έως το 2008, περίπου το 95% των ασθενών προέρχονται από τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ, ΟΓΑ, κ.τ.λ.- 2,2% είναι ιδιώτες ασθενείς και 0,4% άποροι. Οι δείκτες αυτοί επιβεβαιώνουν ότι το Ω.Κ.Κ. εκπληρώνει στο ακέραιο τον κοινωνικό του χαρακτήρα.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν όλο το φάσμα των Καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων για ενήλικες αλλά και παιδιά. Στο πλαίσιο του Καρδιοχειρουργικού Τομέα λειτουργεί επίσης Μονάδα Μεταμοσχεύσεων καρδιάς και πνευμόνων.

Ο Καρδιολογικός Τομέας περιλαμβάνει την Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μονάδα Εμφραγμάτων) και Καρδιολογική Μονάδα Ημιεντατικής Θεραπείας και αναλαμβάνει ενήλικες και παιδιά. Στον ευρύτερο Καρδιολογικό Τομέα υπάγονται τα

ακόλουθα Εργαστήρια: «Αιμοδυναμικό, Ηλεκτροφυσιολογίας, Υπερηχοκαρδιογραφία, Εργαστήρια Εργοσπιρομετρίας, Ηλεκτροκαρδιογραφικής Δοκιμασίας Κοπώσεως, Μελέτης Όψιμων Δυναμικών, Παρακολούθησης Αρτηριακής Πίεσεως, Ελέγχου και Επαναπρογραμματισμού Βηματοδοτών, 24ωρης Καταγραφής με συσκευή Holter του Καρδιακού Ρυθμού και της Αρτηριακής Πίεσεως, καθώς και τα Εργαστήρια Έρευνας της Καρδιακής Ανεπάρκειας και Έρευνας της Υπέρτασης.»

Τέλος στον Αναισθησιολογικό Τομέα περιλαμβάνεται η προετοιμασία των καρδιοχειρουργικών ασθενών καθώς και η παρακολούθηση των λειτουργιών του ασθενή κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Μετεγχειρητική φροντίδα για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, 2009).

Ακολουθεί πίνακας με τη δραστηριότητα του Ω.Κ.Κ. την περίοδο 1993-2004. Στις 15 Ιουλίου του 1993 έγινε η επίσημη έναρξη λειτουργίας του Ωνάσειου.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Ω.Κ.Κ.	
1993 – 2004	
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	
Συνολικός αριθμός εξετάσεων στα Εξωτερικά Ιατρεία	619.155
Ιατρικές επισκέψεις	327.638
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	
Νοσηλείες (εισαγωγές) καρδιοχειρουργικών ασθενών	20.033
Νοσηλείες (εισαγωγές) καρδιολογικών ασθενών	54.331
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	
Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις	19.990
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	
Μεταμοσχεύσεις καρδιάς	37
Εμφύτευση συστημάτων υποστήριξης μακράς διάρκειας αριστερής κοιλίας – LVAD	6
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
Στεφανιογραφίες, αγγειοπλαστικές, καθετηριασμοί κ.λπ)	54.317
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	

Ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες, ablation, βηματοδότες κ.λπ)	11.668
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	359.599
ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ	69,60%
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ	1,17%

Πίνακας 13: Δραστηριότητα Ω.Κ.Κ., Πηγή: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

Η δράση του Ω.Κ.Κ δεν είναι μονόπλευρη και δεν περιορίζεται μόνο στο κλινικό έργο όπως αυτό εμφανίζεται στον παραπάνω πίνακα, αλλά επεκτείνεται στο ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο. Το ερευνητικό έργο του Ω.Κ.Κ είναι διεθνώς αναγνωρισμένο και χρησιμοποιεί ερευνητικά πρωτόκολλα για τη διεξαγωγή μελετών.

9. Ανάλυση αποτελεσμάτων της Μελέτης Περίπτωσης και Συνέπειες/Αποτελέσματα

9.1. Ανάλυση αποτελεσμάτων

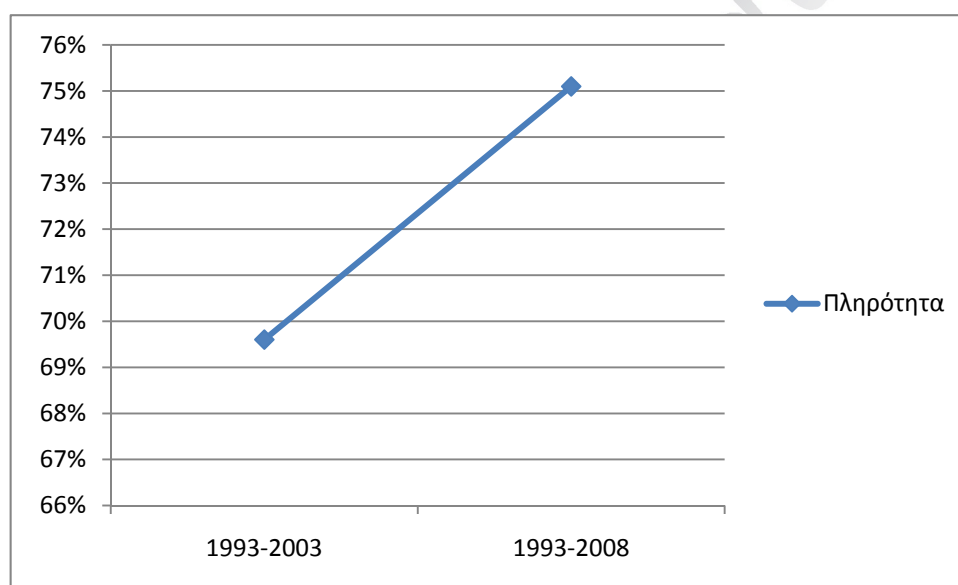
Ο σχεδιασμός της μελέτης και ο καθορισμός των ερωτημάτων προηγήθηκε από την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων. Στο παρόν κεφάλαιο 9.1 παρατίθεται ανάλυση των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων με σκοπό την έκφανση σημαντικών συμπερασμάτων (κεφάλαιο 9.2.). Όλοι οι ερωτηθέντες συμφώνησαν ότι το Ω.Κ.Κ. ακολουθεί πρακτικές στρατηγικού μάνατζμεντ και ο βασικός λόγος χρήσης τέτοιων πρακτικών είναι η μεγιστοποίηση της απόδοσής του. Είναι γεγονός ότι τα υψηλόβαθμα στελέχη του Ω.Κ.Κ. έχουν συνειδητοποιήσει ότι η χρήση πρακτικών στρατηγικού μάνατζμεντ, δηλαδή η κατάστρωση και η εκτέλεση της στρατηγικής του καρδιοχειρουργικού κέντρου, αποτελεί μέσο για την επιβίωση του Ω.Κ.Κ. και την αποφυγή χρεοκοπίας σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα. Η στρατηγική αποτελείται από ένα σύνολο καλά σχεδιασμένων αποφάσεων και κινήσεων που έχουν καθορισμένο σκοπό, τη δημιουργία μακροπρόθεσμων και ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων.

Ξεκάθαρο φαίνεται να είναι το όραμα και οι αποστολή του νοσοκομείου στους ερωτηθέντες, τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι εστίασαν στην παροχή υψηλής ποιότητας εξειδικευμένων υπηρεσιών. Η συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι απαραίτητο στοιχείο και πρέπει να αποτελεί κομμάτι του στρατηγικού μάνατζμεντ αφού έχει πολλαπλά οφέλη για την ίδια τη μονάδα υγείας. Πέρα της φήμης και της αίγλης που απολαμβάνει μία μονάδα υγείας που παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, είναι απαραίτητο να σημειωθούν τα οικονομικά οφέλη που σχετίζονται με την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων από την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών. Συνεπώς, μεγαλύτερος αριθμός ασθενών μπορούν να χρησιμοποιήσουν πιο αποτελεσματικά τους ίδιους πόρους επιτυγχάνοντας υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών που τελικά περιορίζουν τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, καθώς και τις αδικαιολόγητες δαπάνες (Κρητικός Ανδρέας, 2005)

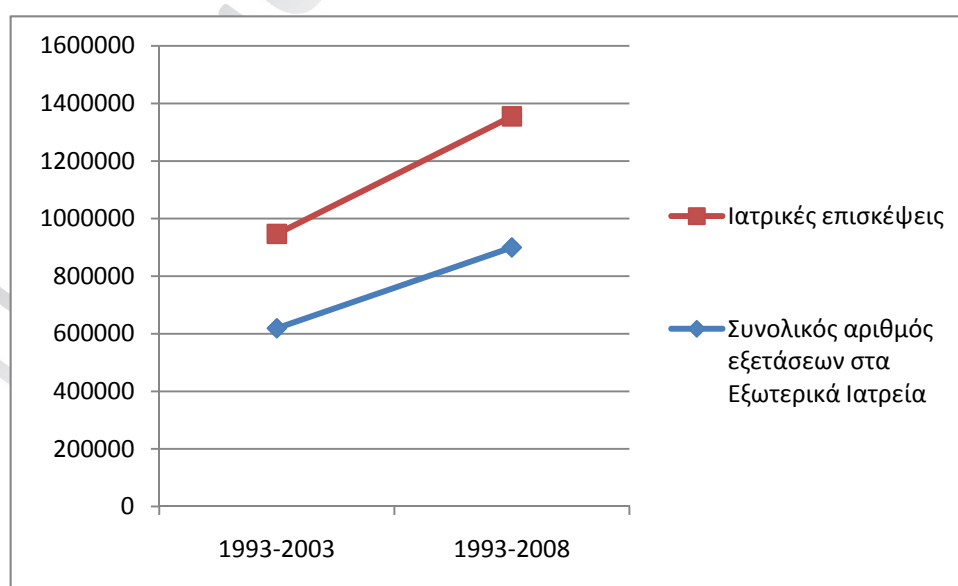
Τακτικά είναι τα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλα τα μέλη του διοικητικού και του ιατρικού προσωπικού του Ω.Κ.Κ. μέσω των οποίων επικοινωνείται, εκτός των άλλων, η φιλοσοφία του νοσοκομείου. Ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας που θέλουν τα υψηλόβαθμα

στελέχη να προσδώσουν στο νοσοκομείο, αποτελεί άλλωστε μακροπρόθεσμο στόχο του Ω.Κ.Κ.

Το ταχύτατα μεταβαλλόμενο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με τις έντονες δημογραφικές αλλαγές, θα καταστήσει σύντομα επιτακτική την ανάγκη επέκτασης του Ω.Κ.Κ. Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του Ω.Κ.Κ, την περίοδο 1993 έως 2003 η πληρότητα του Ω.Κ.Κ άγγιζε το 69.6%, ενώ την περίοδο 1993 έως 2008 η πληρότητα αυξήθηκε στο 75,1%, όπως απεικονίζεται στο ακόλουθο πίνακα.



Πίνακας 14: Πληρότητα του Ω.Κ.Κ., Πηγή: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.



Πίνακας 15: Ιατρικές επισκέψεις και Συνολικός αριθμός εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία του Ω.Κ.Κ., Πηγή: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

Η αύξηση των περιστατικών είναι δεδομένη, όπως αυτή φαίνεται από τον Πίνακα 15 και επιβεβαιώνεται με τα στοιχεία που δημοσιεύει το Ω.Κ.Κ. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, την περίοδο 1993 έως 2003 ο συνολικός αριθμός εξετάσεων στα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν 619.155 ενώ την περίοδο 1993- 2008 ο συνολικός αριθμός εξετάσεων στα Εξωτερικά Ιατρεία σκαρφάλωσε στις 900.000. Ανάλογη αύξηση επήλθε και στον συνολικό αριθμό εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία του Ω.Κ.Κ. που την περίοδο 1993 έως 2003 ήταν 327.638, ενώ την περίοδο 1993-2008 ήταν 455.000.

Για αυτό τον λόγο έχει ήδη εκπονηθεί σχέδιο επέκτασης στο ίδιο οικόπεδο με το παρόν Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Η προμελέτη προβλέπει επέκταση σε πενταόροφο κτίριο με ωφέλιμο εμβαδόν 7.000 τ.μ. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο ποιος θα αναλάβει τη χρηματοδότηση της επέκτασης, και έτσι δεν έχει προχωρήσει η υλοποίηση της προμελέτης, παρά το γεγονός ότι η επέκταση έχει ήδη εγκριθεί από το ΥΠΕΧΩΔΕ.

Αντικρουόμενες ήταν οι απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με τις μελλοντικές δυνατότητες που προβλέπουν για το Ω.Κ.Κ. αφού μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ωνασείου ισχυρίζονται ότι οι ιατροί, επιστρέφοντας στην Ελλάδα μετά την ειδίκευσή τους στο εξωτερικό, χρησιμοποιούν τη γνώση και την εμπειρία τους με σκοπό την αναβάθμιση των υφιστάμενων τεχνολογιών και μεθόδων. Σε αυτή την άποψη ευθυγραμμίζεται και ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας που επιθυμείται να δοθεί στο καρδιοχειρουργικό κέντρο, αφού η γνώση των ιατρών σε κορυφαία νοσοκομεία του εξωτερικού, μεταφράζεται σε υψηλά επίπεδα έρευνας. Διαφορετική άποψη για τις μελλοντικές ευκαιρίες του Ω.Κ.Κ. έχουν διευθυντικά ιατρικά στελέχη, τα οποία εκτιμούν ότι οι δωρεές των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να παρέχονται σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες και ερευνητικούς προσπάθειες.

Οι ερωτηθέντες έχουν συνειδητοποιήσει την οικονομική κρίση που έχει πλήξει και το χώρο της υγείας. Οι προτάσεις για την έξοδο από την δύσκολη αυτή οικονομική κατάσταση του κλάδου υγείας περιλάμβαναν την περαιτέρω αύξηση του κρατικού προϋπολογισμού για υπηρεσίες υγείας, την αύξηση των δωρεών από ιδιώτες και από δημόσιους και ιδιωτικούς κοινωφελείς οργανισμούς καθώς και τη στήριξη από ελληνικά, ευρωπαϊκά και διεθνή κονδύλια.

Το διοικητικό συμβούλιο του Ω.Κ.Κ. δεν έχει εντάξει το στρατηγικό μάνατζμεντ ως κομμάτι του ετήσιου προϋπολογισμού του, παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζει την αναγκαιότητα ύπαρξής του. Το στρατηγικό πλάνο αποτελείται από την αποστολή του οργανισμού, τον αντικειμενικό σκοπό (οι στόχοι που θα υλοποιηθούν μέσω της αποστολής) και την κατάστρωση της στρατηγικής (ο τρόπος που θα επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι). Η κατάστρωση στρατηγικής απαιτεί ανάλυση του κλάδου της επιχείρησης, συμπεριλαμβανομένου του ανταγωνισμού.

Περίπου κάθε 5 χρόνια ανατίθεται σε εξωτερικό συνεργάτη ο σχεδιασμός ενός στρατηγικού πλάνου διαχείρισης, το οποίο όμως κατά κοινή ομολογία έχει κάποια κενά στην εφαρμογή του, παρά το γεγονός ότι το πλάνο επικυρώνεται από το εκάστοτε διοικητικό συμβούλιο του Ω.Κ.Κ. Τα κενά που υπάρχουν στη πραγματοποίηση κομματιών του στρατηγικού πλάνου διαχείρισης δεν αποτρέπουν το Ω.Κ.Κ. να πρωτοπορεί στην εισαγωγή καινοτόμων ιδεών και στην εφαρμογή νέων τεχνολογιών. Συγκεκριμένα, το Ω.Κ.Κ. από την αρχή της λειτουργίας του, τον Ιούλιο του 1993, ανέπτυξε το πρώτο Ολοκληρωμένο Νοσοκομειακό Πληροφοριακό Περιβάλλον στον ελληνικό χώρο. Χαρακτηριστικό καινοτομίας αποτελεί επίσης η χρήση ενδοεπιχειρησιακού δικτύου, με σκοπό την απλούστευση και την επιτάχυνση της πρόσβασης σε όλες τις πληροφορίες που έχει ανάγκη το προσωπικό.

9.2. Συνέπειες/Αποτελέσματα

Μία σειρά συμπερασμάτων απορρέουν από την ανάλυση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φαίνεται ότι πρωτοστατεί στη φιλοσοφία του νοσοκομείου, σύμφωνα με μαρτυρίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας έχει πολλαπλά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, για τους επαγγελματίες υγείας, για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, για τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και κατ'επέκταση για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο.

Το μέλημα των υψηλόβαθμων στελεχών για διαρκή βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, αντικατοπτρίζεται και στους εκπαιδευτικούς και επιστημονικούς στόχους που έχει θέσει το Καρδιοχειρουργικό κέντρο. Το Ω.Κ.Κ. φαίνεται ότι έχει καταφέρει τους επιστημονικούς στόχους που έχει θέσει, αφού σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του

Ω.Κ.Κ. κατά την περίοδο 1993 έως 2008, «έχουν συνολικά δημοσιευθεί περισσότερα από 500 επιστημονικά άρθρα και στελέχη του Ω.Κ.Κ. έχουν εκδώσει σημαντικό αριθμό συγγραμμάτων. Έχουν οργανωθεί 92 επιστημονικές εκδηλώσεις και 4 διεθνή συνέδρια ενώ έχουν βραβευθεί από την Ακαδημία Αθηνών 2 εργασίες επιστημονικού προσωπικού του ΩΚΚ.».

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων έγινε εμφανές ότι τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και τα διευθυντικά στελέχη έχουν συνειδητοποιήσει τις ευκαιρίες που θα προκύψουν στο Ω.Κ.Κ., από την εφαρμογή της στρατηγικής καινοτομίας. Αν και δεν το έχουν εντάξει στον ετήσιο προϋπολογισμό, το γεγονός ότι το αναθέτουν σε εξωτερικό συνεργάτη υποδηλώνει την αναγκαιότητα που δίνουν στην ύπαρξή του. Επίσης ο αριθμός των καινοτομιών που ήδη έχει εφαρμόσει το Ω.Κ.Κ. καταδεικνύει ότι το νοσοκομείο είναι ευέλικτο και ανοιχτό στην υλοποίηση αλλαγών και καινοτομιών.

10. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης και μελλοντική έρευνα

Οι βασικοί περιορισμοί αυτής της εργασίας προέρχονται από τη μέθοδο που έχει επιλεγεί για τη συλλογή των δεδομένων σε συνδυασμό με το αναμφίβολο μικρό δείγμα που συμμετείχε στις συνεντεύξεις της μίας και μοναδικής νοσοκομειακής μονάδας που εξετάστηκε.

Η μελέτη περίπτωση από τη φύση της αποτελεί μία ποιοτική μέθοδο συλλογής στοιχείων που οδηγεί σε λανθασμένα αποτελέσματα όταν επιλέγεται η γενίκευση των συμπερασμάτων της. Από την άλλη πλευρά δίνει τη δυνατότητα στον αναλυτή να προχωρήσει σε εις βάθος ερωτήσεις με σκοπό να καταγράψει τη συμπεριφορά του οργανισμού σε σχέση με τη στρατηγική που ακολουθεί. Όπως αναφέρεται αναλυτικά στο Κεφάλαιο 2.2 της παρούσας εργασίας, η μελέτη περίπτωσης μπορεί να είναι μία ή πολλαπλές και αποτελεί ιδανική μέθοδο συλλογής αποτελεσμάτων όταν αντιπροσωπεύει μία μοναδική περίπτωση.

Συμπερασματικά, στην συγκεκριμένη μελέτη, η επέκταση της συγκεκριμένης έρευνας σε άλλα νοσοκομεία θα ενδυνάμωνε το αποτέλεσμα ενώ ταυτόχρονα θα αύξανε την εγκυρότητά της. Επίσης, η ενδυνάμωση του αποτελέσματος θα μπορούσε επιτευχθεί με την πραγματοποίηση περισσότερων συνεντεύξεων στο ίδιο το καρδιοχειρουργικό κέντρο, δηλαδή με τη σημαντική αύξηση του δείγματος.

Στη συγκεκριμένη εργασία, η έρευνα με μελέτη περίπτωσης μπορεί να επεκταθεί και σε άλλα ανεξάρτητα νοσοκομεία που λειτουργούν είτε στον νομό Αττικής είτε στην ευρύτερη ελληνική επαρχία. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να επιτευχθεί συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων μεταξύ των διαφορετικών ερευνών και η έκφανση συμπερασμάτων ακόμη και μεταξύ διαφορετικών τύπων νοσοκομείων. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε επίσης να αποτελέσει η συλλογή στοιχείων περισσότερων ατόμων με διαφορετικές αρμοδιότητες μέσα στο Ω.Κ.Κ. πέρα των υψηλόβαθμων στελεχών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, επέκταση της έρευνας θα μπορούσε να επιτευχθεί με τη διενέργεια εναλλακτικού τρόπου συλλογής αποτελεσμάτων.

11. Βιβλιογραφία και Πηγές

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Στατιστικές Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού, 2008.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Απόφαση 1786/2002/EK, 26 Ιουλίου 2006.
- Κρητικός Ανδρέας. «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», 2005.
- Παπαδοκωστόπουλος Δ. «2,4 δισ. ευρώ το χρέος των νοσοκομείων», Εφημερίδα Καθημερινή, 2007.
- Πηγή: Ωνασειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.
- ΣΦΕΕ. «Έκθεση του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος για τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων προς τις εταιρίες-μέλη του», 2009.
- Ψωμόπουλος, Π., & Κουκουμάς, Ν. «The Greek Foresight Programme: Healthcare 2021», 2004.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B., & Mossialos, E. «Cost containment and healthcare reform: a study of the European Union», 1994.
- Adams, J., Mounib, E., Pai, A., Stuart, N., Thomas, R., & Tomaszewicz, P. «Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? A portrait and a path to successful transformation», The IBM Institute for Business Value., 2007.
- Amaratunga, D., & Baldry, D. «Case study methodology as means of theory building: performance measurement in facilities management organizations.», 2001.
- Christensen, C. M., & Raynor, M. E. «The Innovators Solution», 2003.
- Cunningham, P. J., Miller, C., & Cassil, «A. Living on the Edge: Health Care Expenses Strain Family Budgets.», 2008.
- Gable, & Guy, G. « Integrating case study and survey research methods: an example in information systems», European Journal of Information Systems 3(2):pp. 112-126., 1994.

- Hamel, G., & Prahalad, C. «Competing for the future», July- August 1994.
- Hellastat Report, 2009.
- Hellastat. «Sectoral Market Analysis 2006-2007: Health». Available on the web at: www.hellastat.com, 2007.
- Innometrics. «European Innovation Scoreboard 2008, Comparative Analysis of Innovation Performance», 2009.
- Institu, T. P. «HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future», 2007.
- Lee, S. A. «A Scientific Methodology for MIS Case Studies». MIS Quarterly (13:1), March, pp.32-50, 1989.
- Leonard-Barton, D. «A dual methodology for case studies: synergistic use of a longitudinal single site with replicated multiple sites», 1990.
- Lesser, C. S., & Ginsburg, P. b. «Back to the Future? New Cost and Access Challenges Emerge», 2001.
- Mckee, M., & Healy, J. «Hospitals in a changing Europe», 2002.
- Mitchell, J. C. «Case and situation analysis», 1983.
- Murti, S. «Health and Health Care 2010», 2000.
- NCHC, «Healthcare costs threaten middle class», 2007.
- OECD, «Health Data. Statistics and Indicators for 30 Countries», 2008.
- OECD, «Innovation and Growth», 2007.
- OECD, «The New Economy: Beyond the hype», 2001.
- Petersen, S., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., & Lueng, R. «European cardiovascular disease statistics», BHF: London, 2005.
- Porter, «Why Do Good Managers Set Bad Strategies?», 2006.
- Porter M. E., & Teisberg, E. O., «Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results», 2006.
- Schramn. «Notes on Case studies of instructional media projects», Academy for Educational Development, Washington DC, 1971.
- Simon, A. «Generative and case study research in quality management. Part I: theoretical considerations». International Journal of Quality and Reliability Management, 13(1): 32-42, 1996.
- Statistical Center, «The StratCenter on hospitals' data», Available on the web at: <http://www.stratcenter.com/StratCenter>, 2009.

- The PricewaterhouseCoopers Health Research Institute. «Top seven health industry trends in '07», 2007.
- The Sunday Ethnos, «Hospitals affect the health of doctors and physicians» ELINYAE Survey, 20 May 2007.
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. «Managing Innovation», 2005.
- United Nations, «The Millenium Development Goals Report 2008», 2008.
- World Health Organization, «World health statistics», 2009.
- WorldHealthOrganization, «Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes», 2007.
- WorldHealthOrganization, «Highlights on health in Greece», 2004.
- Yin, R. K., «Case Study Research, Design and Methods», 1994.
- Zuckerman, A. M., «Improve your Competitive Strategy», 2002.
- Zuckerman, A. M., «Healthcare Strategic Planning: Approaches for the 21st Century», 1998.
- Zuckerman, A. M., & Markham, C. H, «Centers of excellence: big opportunities, big dividends: no topic in the field of healthcare growth strategies is as hot as centers of excellence», 2006.

Στοιχεία από (OECD Health Data, 2008)

Countries	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend	expend
	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on	on
	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %	health %
	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross	gross
	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic	domestic
product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product	product
Australia	6.8	6.6	6.5	6.6	6.9	7.2	7.3	7.3	7.4	7.4	7.6	7.6	7.8 b	8.0	8.3	8.4	8.6	8.6	8.8	8.8	8.7
Austria	6.7	6.8	6.8	7.0	8.4 b	8.4	8.8	9.3	9.7	9.7	9.7	9.8	10.0	10.1	9.9	10.1	10.1	10.2	10.3	10.3	10.1
Belgium	7.1	7.3	7.3	7.2	7.2	7.6	7.7	7.9	7.7	8.2	8.4	8.3	8.4	8.6	8.6	8.7	9.0	10.5 b	10.7	10.6 b	10.3
Canada	8.4	8.3	8.2	8.4	8.9	9.6	9.8	9.7	9.4	9.4	9.0 b	8.8	9.0	8.9	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.9	10.0
Czech Republic					4.7	4.9	5.1	6.7	6.9	7.0	6.7	6.7		6.6	6.6	6.5 b	6.7	7.1	7.4 b	7.2	6.8
Denmark	8.2	8.5	8.6	8.5	8.3	8.2	8.3	8.6	8.4	8.1	8.2	8.2	8.3	8.5	8.3	8.6	8.8	9.3 b	9.5	9.5	9.5
Finland	7.2	7.3	7.1	7.1	7.7	8.8	9.0	8.2 b	7.7	7.7 b	7.8	7.4	7.2	7.2	7.6	7.6	8.0	8.1	8.3	8.2	8.2
France					8.4	8.6	8.9	9.3	9.3	9.3	10.4 b	10.4	10.2	10.1	10.1	10.1	10.2	10.5	10.9	11.0	11.0
Germany	8.7	8.8	8.9	8.3	8.3		9.6 b		9.8	10.1	10.1	10.4	10.2	10.2	10.3	10.3	10.6	10.8	10.6	10.7	10.6
Greece		6.6	5.9	6.5	6.6	6.4	7.0	7.9	8.6	8.6	8.6	8.4	8.4	8.6	7.8 b	8.4	8.2	8.5	8.3	9.0	9.1
Hungary						7.0	7.5	7.6	8.1	8.1	7.3	7.0	6.8	7.1 b	7.2	6.9	7.2	7.6	8.4	8.2	8.5
Iceland	7.7	7.8	8.4	8.2	7.8	8.0	8.2	8.3	8.1	8.2	8.2	8.1	8.9	9.6	9.5	9.3	10.2	10.4	9.9	9.4	9.1
Ireland	7.4	7.1	6.7	6.3	6.1 b	6.5	7.0	6.9	6.9	6.7	6.5	6.4	6.2	6.2	6.3	6.9	7.1	7.3	7.5	8.2	7.5
Italy		7.3	7.3	7.7		7.9	8.0	7.9	7.8	8.1	7.4	7.7	7.7	7.8	8.2	8.3	8.3	8.7	8.7	8.9	9.0
Japan	6.7	6.7	6.4	6.1	6.0	6.0	6.3	6.5	6.8	6.9 b	7.0	7.0	7.3	7.5	7.7	7.9	8.0	8.1	8.0	8.2	8.1
Korea	3.3	3.3	3.5	4.0	4.0	3.9	4.2	4.1	4.1	4.1	3.9	4.1	4.2	4.2	4.4	4.5	5.2	5.1	5.4	5.4	5.9
Luxembourg																					
oung	5.0	5.5	5.3	5.2	5.4	5.1	5.4	5.5	5.3 b	5.6 b	5.7	5.6	5.7	5.8	5.8	6.4	6.8	7.6 b	8.1	7.8	7.3
Mexico					4.8	5.2	5.6	5.8	5.8	5.6	5.1	5.3	5.4 b	5.6	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5	6.4	6.6
Netherlands	7.4	7.6	7.6	7.9	8.0	8.2	8.4	8.5	8.3	8.3	8.2	7.9	8.1 b	8.1	8.0	8.3	8.9	9.4 b	9.5		
nd																					
New Zealand	5.2	5.7	6.3	6.5	6.9	7.3	7.5	7.1	7.1	7.2	7.1	7.3	7.8	7.6	7.7	7.8	8.2	8.0			
Norway	7.0	7.5	7.7	7.5	7.6	8.0	8.1	7.9	7.9	7.9	7.8	8.4 b	9.3	9.3	8.4	8.8	9.8	10.0	9.7	9.1	8.7
Portugal					4.8	6.0	6.1	5.8	5.5	5.5	5.9	5.6	5.9	5.7	5.5	5.9	6.3 b	6.2	6.2	6.2	6.2
Slovak Republic	6.3	6.2	6.4	5.9	5.9	6.4	6.6	6.9	7.0	7.0	7.8 b	8.0	8.0	8.0	8.2	8.8 b	8.8	9.0	9.7	10.0	10.2
Slovenia																					
Slovak Republic																					
Spain	5.3	5.4	6.0	6.2	6.5	6.7	7.1	7.4	7.3	7.4	7.5	7.3	7.3	7.3	7.2	7.2	7.3	8.1 b	8.2	8.3	8.4
Sweden	8.2	8.3	8.2	8.2	8.2	8.0	8.2	8.4 b	8.0	8.0	8.2	8.1	8.2	8.3	8.2	8.0 b	8.3	9.4	9.2	9.2	9.2
Switzerland																					
Turkey	7.9	8.1	8.2	8.2	8.2	8.9	9.3	9.4	9.4	9.7 b	10.1	10.1	10.2	10.3	10.3	10.7	11.0	11.4	11.4	11.4	11.3
United Kingdom	2.7	2.8	3.1	3.4	3.6	3.8	3.8	3.7	3.6	3.4	3.9	4.2	3.6	4.0 b	4.9	5.6	5.9	6.0	5.9	5.7	
United States	5.9	6.0	5.9	5.9	6.0	6.4	6.9	6.9	7.0	6.9	7.0	6.8 b	6.8	7.1	7.2	7.5	7.6	7.7 b	8.0 d	8.2 d	8.4
United States	10.2	10.4	10.8	11.2	11.9	12.6	12.9	13.2	13.1	13.3	13.3	13.2	13.1	13.0	13.1	13.2	13.9	14.7	15.1	15.2	15.2