



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΜΠΣ στην «ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ»

**«ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑ»»**

ΧΡΗΣΤΟΣ Σ. ΚΥΡΙΤΣΗΣ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2007

**Η εργασία υποβάλλεται για τη μερική κάλυψη των απαιτήσεων με στόχο την
απόκτηση του διπλώματος ειδίκευσης στην:**

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ»

από

ΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΗΛΩΣΗ

Η εργασία αυτή είναι πρωτότυπη κι εκπονήθηκε, αποκλειστικά και μόνο, για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική» από το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

ΕΠΟΨΗ

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει τα ισχύοντα δεδομένα στον κλάδο της υγείας και να αξιολογήσει την πορεία του καθώς και να εξετάσει τις τακτικές διοίκησης που υιοθετούν οι μονάδες υγείας στην Ελλάδα.

Διενεργείται η επισκόπηση του κλάδου παροχής ιατρικών υπηρεσιών και εξετάζονται οι σύγχρονες τάσεις που επικρατούν στον κλάδο, όσον αφορά το μάνατζμεντ που υιοθετούν οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται σε αυτόν, γίνεται ανάλυση της μελέτης περίπτωσης του Υγεία, μιας μονάδας που έχει υπάρξει αντικείμενο και υποκείμενο εξαγορών και υιοθετεί σε μεγάλο βαθμό τακτικές και στρατηγικές επιλογές του σύγχρονου μάνατζμεντ, αποτυπώνονται οι τάσεις και οι προοπτικές του κλάδου και η εργασία αυτή ολοκληρώνεται με την διεξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων όσον αφορά τη διοίκηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Γεγονός είναι ότι ο δημόσιος κλάδος υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πολλά και σοβαρά προβλήματα. Αντίθετα, ο ιδιωτικός κλάδος υγείας, αν και αντιμετωπίζει και αυτός αρκετά αλλά σίγουρα λιγότερα προβλήματα, βρίσκεται σε ανοδική πορεία και θεωρείται στην αγορά μαγνήτης για κέρδη. Ωστόσο, τόσο ο ιδιωτικός όσο και ο δημόσιος κλάδος παροχής ιατρικών υπηρεσιών ευθύνονται εξίσου για την διασφάλιση της υγείας των πολιτών.

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνομούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι δύσκολο έργο και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα.

Η υιοθέτηση του σύγχρονου μάνατζμεντ είναι δεδομένο ότι μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά και να επηρεάσει θετικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο δυστυχώς, οι μονάδες υγείας που το έχουν υιοθετήσει στην Ελλάδα, δεν είναι η πλειοψηφία. Οι μονάδες υγείας στην Ελλάδα οφείλουν, προκειμένου να γίνουν πιο αποτελεσματικές, να ακολουθήσουν όλα όσα υπαγορεύει το σύγχρονο μάνατζμεντ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα απ' όλα, θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας μου, Λέκτορα κα Ειρήνη Φαφαλιού, για τη βοήθεια και την καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου. Οφείλω άμετρες ευχαριστίες στην αδερφή μου Δρ. Μαρία Κυρίτση, ιατρό αναισθησιολόγο και στο σύζυγό της Δρ. Δημήτρη Δαρδαβέση, ιατρό ορθοπαιδικό, τόσο για την καθοδήγηση που μου προσέφεραν στην προσέγγιση στελεχών του ιατρικού κόσμου, όσο και για τον πολύτιμο χρόνο τους που απλόχερα μου αφιέρωσαν. Ευχαριστώ από καρδιάς όλους τους καθηγητές του Πανεπιστημίου Πειραιώς με τους οποίους συνεργάστηκα και ιδιαίτερα τους δασκάλους μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών. Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω, τέλος, το τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού της Τράπεζας Πειραιώς για τη βοήθειά του στη συγκέντρωση ερευνητικού υλικού. Πάνω απ' όλα, είμαι ευγνώμων στους γονείς μου, Σπύρο και Λίτσα, για την ολόψυχη αγάπη και υποστήριξή τους όλα αυτά τα χρόνια, κι όχι μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.1 ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	4
1.3 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗ	6
2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	6
2.2 ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	9
2.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	11
2.5 ΒΑΣΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ	13
2.6 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	21
2.6.1 Το δυναμικό των θεραπευτηρίων της χώρας	23
2.6.2 Το ιατρικό προσωπικό της χώρας	24
2.6.3 Ο ιατρομηχανολογικός εξοπλισμός	25
2.7 ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ	25
2.8 ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	28
2.9 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31
2.10 ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΑΓΟΡΕΣ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	35
3.2 Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	38
3.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ	39
3.4 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	40
3.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΛΙΣΤΑΣ, ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ, ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	40

3.6 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	41
3.7 ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ	42
3.7.1 Η Αποστολή.....	42
3.7.2 Στόχος, δυνατά σημεία και Στρατηγική Ανταγωνισμό ΥΓΕΙΑ	42
3.7.3 Ιστορικό.....	43
3.7.4 Πρωτοπορία στην Υγεία	45
3.7.5 Πρόγραμμα Διαχείρισης Ποιότητας	46
3.7.6. Συνεργασίες και διεθνής αναγνώριση.....	49
3.7.7. Το Οργανόγραμμα της εταιρείας.....	50
3.7.8. Πως έφθασε στην εξαγορά.....	51
3.7.9 Γιατί η MARFIN προτίμησε το ΥΓΕΙΑ.....	52
3.8 ΔΥΝΑΜΕΙΣ/ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑ.....	54
3.9 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	58
4.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.	58
4.2 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	62
4.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία είναι μία παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από εξειδικευμένους ιατρούς ή από γενικούς παθολόγους με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman, 1998). Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεσή της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλιότερα, οι managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας (Angelopoulou, 1999). Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς.

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως (Robinson, M. K. and B. H.

Kleiner, 1997). Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούνταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει τα ισχύοντα δεδομένα στον κλάδο της υγείας και να αξιολογήσει την πορεία του καθώς και να εξετάσει τις τακτικές διοίκησης και τις στρατηγικές επιλογές που υιοθετούν οι μονάδες υγείας στην Ελλάδα.

Πιο συγκεκριμένα, στόχοι της έρευνας είναι:

- Κλαδική μελέτη του κλάδου παροχής ιατρικών υπηρεσιών
- Ανάλυση του θεωρητικού πλαισίου του σύγχρονου μανάτζμεντ υγείας
- Παρατήρηση των τακτικών μανάτζμεντ και των στρατηγικών επιλογών που υιοθετούν οι εταιρείες του κλάδου
- Μελέτη της περίπτωσης του Υγεία, το οποίο υπήρξε αντικείμενο εξαγοράς και το οποίο υιοθετεί σε μεγάλο βαθμό ότι προστάζει το σύγχρονο μανάτζμεντ
- Διερεύνηση των κινήσεων των κύριων παικτών του κλάδου υγείας
- Εξέταση των τάσεων και προοπτικών του κλάδου

1.3 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πριν την παρουσίαση των επόμενων κεφαλαίων, κρίνεται σκόπιμη η σύντομη αναφορά της δομής της παρούσας μελέτης. Η διάρθρωση της παρούσας μελέτης είναι η εξής: το πρώτο κεφάλαιο είναι εισαγωγικό και περιλαμβάνει μια σύντομη αναφορά στον κλάδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αποκρυπτογραφεί τους στόχους αυτής της έρευνας και παρουσιάζει τη συνολική δομή της μελέτης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνεται το θεωρητικό υπόβαθρο της υπό μελέτη περιοχής. Σε αυτό το κεφάλαιο διενεργείται η επισκόπηση του κλάδου παροχής ιατρικών υπηρεσιών και εξετάζονται οι σύγχρονες τάσεις που επικρατούν στον κλάδο, όσον αφορά το μανάτζμεντ που υιοθετούν οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται σε αυτόν.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαδικασίες και η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας καθώς και η ανάλυση της μελέτης περίπτωσης.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις τάσεις και τις προοπτικές για τον κλάδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών καθώς και προτάσεις και συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από την συγκεκριμένη μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της ελληνικής αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα των Διαγνωστικών Κέντρων τα οποία εντάσσονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και των Γενικών Θεραπευτηρίων και Μαιευτικών Κλινικών που εντάσσονται στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σύμφωνα πάντα με τη διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Σχετικά με τα βασικότερα χαρακτηριστικά του κλάδου παρατηρούνται τα εξής:

- Έμμεση σχέση μεταξύ παροχών ιατρικών υπηρεσιών και ασθενών.

Καθορίζεται κυρίως από τις ασφαλιστικές εταιρείες και τους ιατρούς που παραπέμπουν τους ασθενείς για θεραπεία. Επίσης, παρατηρείται συσπείρωση των ασφαλιστικών εταιρειών που επιζητούν εκπτώσεις καθώς και πίεση από τους ιατρούς για υψηλότερες αμοιβές. Αυτά καταδεικνύουν ότι η διαπραγματευτική δύναμη των ιατρών και των ασφαλιστικών εταιρειών είναι υψηλή.

- Ευνοϊκό νομοθετικό πλαίσιο των τελευταίων ετών.

Η εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων ποιότητας ως βασική προϋπόθεση για την ίδρυση νέων κλινικών και τα αυστηρότερα κριτήρια στη λειτουργία των νοσηλευτικών και διαγνωστικών μονάδων, ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια των ασθενών έχουν ως επακόλουθο ότι, πιθανοί νέοι παίκτες στο χώρο της υγείας να έχουν να αντιμετωπίσουν υψηλό επενδυτικό και λειτουργικό κόστος. Οι προαναφερθείσες Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

νομοθετικές ρυθμίσεις ευνοούν τις κυρίαρχες μονάδες στο χώρο της υγείας. Με τον τρόπο αυτό, αυτοί με τα μεγαλύτερα μεγέθη (ενεργητικό/έσοδα/γεωγραφική εξάπλωση) ωφελούνται περισσότερο, ενώ οι μικρότεροι παίκτες αποτρέπονται. Έτσι μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η απειλή από την είσοδο νέων ανταγωνιστών είναι χαμηλή.

- Διευρυμένος δημόσιος τομέας μέσω του οποίου το κράτος εφαρμόζει κοινωνική πολιτική.

Ορισμένα από τα νοσοκομεία παρουσιάζουν ελλείμματα, έχουν απαρχαιωμένο ιατρικό εξοπλισμό και αναποτελεσματικό μάνατζμεντ, αν και είναι στελεχωμένα με έμπειρους ιατρούς.

- Οικονομικοί λόγοι πολλές φορές οδηγούν τους καταναλωτές να στραφούν στο δημόσιο τομέα.
- Προσπάθεια αναβάθμισης του δημόσιου τομέα μέσω:
 - ✓ Εξοπλισμού των ολυμπιακών νοσοκομείων με νέα μηχανήματα(μείωση- κατάργηση των παραπομπών σε ιδιωτικά εργαστήρια για την πραγματοποίηση μαγνητικών, αξονικών εξετάσεων κ.λπ.).
 - ✓ Λειτουργίας του Θριάσιου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.
 - ✓ Λειτουργίας του Αττικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.
 - ✓ Δημιουργία μονόκλινων και lux δωματίων σε κύρια δημόσια νοσοκομεία.

- ✓ Αλλαγών των ασφαλιστικών ταμείων στον τρόπο συνεργασίας με τις ιδιωτικές κλινικές.

Ο διευρυμένος δημόσιος τομέας, η προσπάθεια αναβάθμισής του και οι οικονομικοί λόγοι που αναφέρθηκαν παραπάνω καθιστούν μέτρια προς υψηλή την απειλή από αυτόν προς τον ιδιωτικό.

- Επιβράδυνση της ελληνικής οικονομίας

Υπολογίζεται ότι ο ρυθμός ανάπτυξης μειώθηκε σημαντικά από 5% περίπου την περίοδο 2003-2004 σε περίπου 3% το 2005. Αυτό καταμαρτυρεί ότι η απειλή από μακροοικονομικούς παράγοντες είναι μέτρια.

- Ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρουσιάζει υψηλή συγκέντρωση.

Το 2002 οι έξι μεγαλύτερες ιδιωτικές κλινικές είχαν συνολικό μερίδιο αγοράς που άγγιξε το 45% του συνόλου των 3.000 διαγνωστικών και νοσοκομειακών ιδιωτικών μονάδων της επικράτειας. Μέτρια, συνεπώς, είναι και η απειλή από μικροοικονομικούς παράγοντες (Πανηγυράκης & Σιώμκος, 2005).

Όλα τα παραπάνω αποτυπώνονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ/ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΕΝΤΑΣΗ
<i>Διαπραγματευτική Δύναμη</i> ιατρών και ασφαλιστικών εταιρειών	Υψηλή
<i>Απειλή</i> από την είσοδο νέων ανταγωνιστών	Χαμηλή
<i>Απειλή</i> από το δημόσιο τομέα	Μέτρια-Υψηλή
<i>Απειλή</i> από μακροοικονομικούς παράγοντες	Μέτρια
<i>Απειλή</i> από μικροοικονομικούς παράγοντες	Μέτρια

Πίνακας 2.1: Ένταση απειλών

2.2 ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη αναφορά και είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- ✓ Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- ✓ Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- ✓ Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (Breedlove).
- ✓ Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες (Σκόρδη, 1997).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

2.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας διαμορφώνεται ως εξής:

➤ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ): Ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο. Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα από τους εξής φορείς:

- Ιατροί, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια.
- Διαγνωστικά κέντρα.
- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από 190 Κέντρα Υγείας και περίπου 1.350 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στις λοιπές περιοχές, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχεται από: α) 144 δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και 196 ιδιωτικές κλινικές (στοιχεία Υπουργείου Υγείας, 2004).
- Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα: Καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- Ψυχιατρική Περίθαλψη: Πέρα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται επίσης από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας (Icap Databank, 2005).

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες) συνοψίζονται στους παρακάτω:

- Η αλλαγή της νοοτροπίας των ασθενών είναι επίσης ένας πολύ βασικός παράγοντας. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας σήμερα είναι πολύ πιο ενημερωμένοι και απαιτητικοί από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας (Evans R. James, 2002)
- Οι ασθενείς παραπέμπονται στις κλινικές κυρίως από τους γιατρούς και τις ασφαλιστικές εταιρείες.
- Η υψηλή ποιότητα, η άμεση εξυπηρέτηση, οι μοντέρνες εγκαταστάσεις και η έμφαση στην ικανοποίηση του ασθενούς τα οποία παρέχει ο ιδιωτικός τομέας,

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

είναι πολύ σημαντικά κριτήρια τα οποία επηρεάζουν καθοριστικά την ζήτηση για τον ιδιωτικό τομέα (Fitzsimmons P., White T., 2004).

- Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες (ηλικία, βιοτικό επίπεδο, τόπος διαβίωσης – πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας κλπ.).
- Οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο ασφάλισης). Η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος συνιστά έναν πολύ βασικό παράγοντα. Πιο συγκεκριμένα αξίζει να σημειωθεί η κατά κεφαλήν αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος από € 7.317 το 1995 σε €11.957 το 2002(αύξηση της τάξεως περίπου 63% από το 1995 έως το 2002 και περίπου 7% ετησίως) καθώς και η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία κατά 11% ετησίως από το 1998 έως το 2000.
- Το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τυχόν ελλείψεις στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, συνθήκες νοσηλείας, ξενοδοχειακή υποδομή, επάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κλπ.), στρέφουν συχνά το κοινό προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
- Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μακρές λίστες αναμονής που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Ο παράγων τεχνολογία είναι βαρύνουσα σημασίας, δεδομένου ότι η προηγμένη τεχνολογία σε ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό, που διαθέτει κατά κόρον ο ιδιωτικός κλάδος, αυξάνει τα ποσοστά θετικού αποτελέσματος στη διάγνωση και

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

στη θεραπεία. Σημαντικές είναι τα τελευταία χρόνια οι επενδύσεις από πλευράς του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό την παροχή πολλών υπηρεσιών ταχύτερη, ευκολότερη και το σπουδαιότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη. Επιπλέον, οι ελλείψεις μερικών δημοσίων θεραπευτηρίων - ιδιαίτερα της επαρχίας - σε σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, σε κτιριακή υποδομή και σε επάρκεια κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν συχνά προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

2.5 ΒΑΣΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

➤ Μέγεθος εγχώριας αγοράς

Το μέγεθος της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (σε αξία) για την περίοδο 1997-2005, παρουσιάζεται στον πίνακα παρακάτω. Σημειώνεται ότι το εκτιμώμενο μέγεθος της αγοράς αναφέρεται στο συνολικό κύκλο εργασιών των επιχειρήσεων του κλάδου και δεν συμπεριλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, διαχρονική άνοδο παρουσιάζει το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7% την περίοδο 1997-2005. Ειδικότερα, η συνολική αξία εκτιμάται σε €1.321 εκατ. το 2005 έναντι €1.189,8 εκατ. το 2004 (αύξηση 11,0% την περίοδο 2005/04) και €1.049 εκατ. το 2003 (αύξηση 13,4% την περίοδο 2004/03).

Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1997-2005)									
Κατηγορία	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Κλινικές	265,6	293,5	343,7	395,0	455,8	539,3	620,7	730,0	826,4
Μαιευτήρια	88,6	110,3	120,9	140,6	150,0	164,0	173,0	184,8	203,3
Διαγνωστικά κέντρα	153,8	170,2	183,1	203,1	227,7	241,5	255,3	275,0	291,3
Σύνολο σε € εκατ	508,0	574,0	647,7	738,7	833,5	944,8	1.049	1.189,8	1.321
<i>Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς</i>									

Πίνακας 2.2: Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1997-2005)

Σχετικά με την διάρθρωση της αξίας της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία, σημειώνονται τα εξής:

α) Κλινικές

Η αγορά των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζει τη μεγαλύτερη αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2%. Ειδικότερα, το 2005 η αξία της συγκεκριμένης αγοράς εκτιμάται στο ύψος των €826,4 εκατ. έναντι €730 εκατ. το 2004 (αύξηση 13,2% την περίοδο 2005/04) και €620,7 εκατ. το 2003 (αύξηση 17,6% την περίοδο 2004/03). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2005, εκτιμάται ότι το 90% περίπου του συνολικού μεγέθους της αγοράς ιδιωτικών κλινικών προέρχεται από τους εσωτερικούς - νοσηλευόμενους ασθενείς. Σχετικά με το μερίδιο των κλινικών στο σύνολο της εξαμήνης αγοράς, αυτό εκτιμάται στο 62,6% για το 2005.

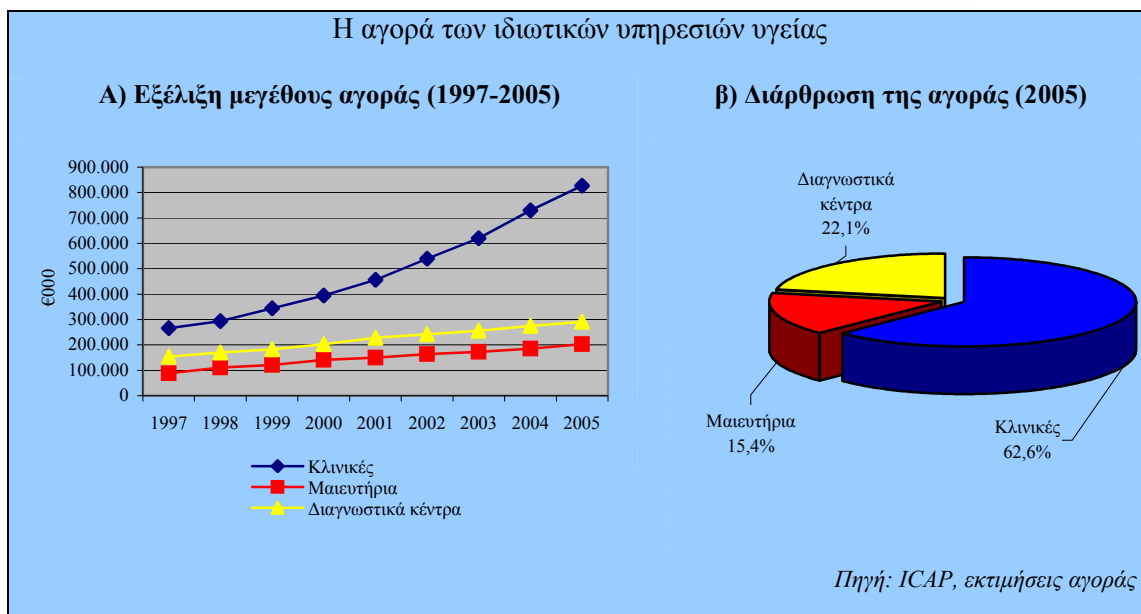
β) Μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές

Διαχρονική αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 10,9% καταγράφει το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών κατά την περίοδο 1997-2005.

Συγκεκριμένα, το 2005 εκτιμάται σε €203,3 εκατ. έναντι €184,8 εκατ. το 2004 (αύξηση 10% το διάστημα 2005/04) και €173 εκατ. το 2003 (αύξηση 6,8% το διάστημα 2004/03). Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι το 2005 εντάχθηκαν στο δυναμικό των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών δύο νέες μονάδες συνολικής δυναμικότητας 151 κλινών (Γένεσις ΑΕ και Γένεσις Αθηνών ΑΕ). Σημειώνεται ότι οι μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 15,4% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2005.

γ) Διαγνωστικά κέντρα

Η αγορά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων παρουσιάζει επίσης διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005, με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,3%, ο οποίος είναι χαμηλότερος σε σύγκριση με τις κλινικές και τα μαιευτήρια. Αναλυτικότερα, για το 2005 η συγκεκριμένη αγορά εκτιμάται σε €291,3 εκατ. έναντι €275 εκατ. το 2004 (αύξηση 5,9% την περίοδο 2005/04) και €255,3 εκατ. το 2003 (αύξηση 7,7% το διάστημα 2004/03). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2005, εκτιμάται ότι το μεγαλύτερο μέρος της υπό εξέταση αγοράς (περίπου 70%) καλύπτεται από τους ασφαλισμένους στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Τέλος, το μερίδιο των διαγνωστικών κέντρων στο σύνολο της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2005 εκτιμάται στο 22,1%.



Σχήμα 2.1: Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

➤ **Ο κλάδος χαρακτηρίζεται από υψηλό κατακερματισμό.**

Ο μεγαλύτερος φορέας κατέχει το 16% της συνολικής ιδιωτικής αγοράς υγείας και οι μικρότεροι παίκτες τίθενται εκτός συναγωνισμού λόγω χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών και διαθέσιμων πόρων (Πατηγυράκης & Σιώμοκος, 2005).

➤ **Ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης υπολογίζεται στο 13,2%**

➤ **Μερίδια αγοράς εταιρειών και ομίλων**

Τα μερίδια αγοράς ορισμένων εκ των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών, μαιευτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων για το 2005, παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Με βάση τα στοιχεία αυτά, μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών για το 2005, η εταιρεία Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ (1.150 κλίνες) καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο (25,1%) και ακολουθεί στη δεύτερη θέση η Περσεύς ΑΕ (Metropolitan Hospital) με μερίδιο 8,1%. Στην τρίτη θέση με μερίδιο 7,6% βρίσκεται το Υγεία

Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΑΕ. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο δείκτης συγκέντρωσης των μεριδίων αγοράς των ιδιωτικών κλινικών, ο οποίος ανέρχεται στο 66,8% για τις οκτώ μεγαλύτερες εταιρείες.

Μεταξύ των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, το Ιασώ κατέχει την πρώτη θέση για το 2005 με μερίδιο 37,7%. Ακολουθούν το Μητέρα (μερίδιο 30,5%) και το Λητώ (μερίδιο 9,1%). Ο δείκτης συγκέντρωσης για τις συγκεκριμένες τρεις επιχειρήσεις το 2005 διαμορφώνεται στο 77,3% της αγοράς που προκύπτει από τα ιδιωτικά μαιευτήρια.

Τέλος, από την πλευρά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η Βιοϊατρική ΑΕ κατατάσσεται στην πρώτη θέση με μερίδιο 20,8%. Ακολουθούν η Euromedica ΑΕ (τομέας διαγνωστικών κέντρων) με μερίδιο 7,6% και η Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ με μερίδιο 4,2%. Μικρότερη, σε σχέση με τις προηγούμενες δύο κατηγορίες, είναι η συγκέντρωση των 12 εταιρειών του πίνακα 4.2, με αντίστοιχο δείκτη 49,9% για το 2005. Ο υψηλότερος βαθμός διασποράς των μεριδίων που παρατηρείται στη συγκεκριμένη αγορά σε σύγκριση με αυτήν των κλινικών και των μαιευτηρίων, αποδίδεται στο μεγάλο αριθμό διαγνωστικών κέντρων, που λειτουργούν σε ολόκληρη τη χώρα τα περισσότερα από τα οποία αποτελούν μικρού μεγέθους επιχειρήσεις (Icap Databank, 2006, Eurostat).

Σχετικά με τη διαμόρφωση ορισμένων μεριδίων αγοράς, εάν ληφθούν υπόψη θυγατρικές και συγγενείς εταιρείες, σημειώνονται τα εξής: παρουσία στον τομέα των διαγνωστικών κέντρων έχει και το Ιατρικό Αθηνών το οποίο δια μέσου των θυγατρικών του εταιρειών Αξονική Έρευνα ΑΕ και Έρευνα ΑΕ κατέχει μερίδιο

2,3% στη συγκεκριμένη αγορά για το 2005. Επίσης, παρουσία στο χώρο των διαγνωστικών κέντρων έχει και το θεραπευτήριο Υγεία, μέσω της θυγατρικής Μαγνητική Υγεία Διαγνωστικές Απεικονίσεις ΑΕ (μερίδιο 0,7%). Ο όμιλος της ασφαλιστικής εταιρείας Interamerican, έχει εισέλθει στον χώρο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων μέσω της Ευρωκλινικής Αθηνών, της Ευρωκλινικής Παιδών και της Αθηναϊκής Γενικής Κλινικής, με συνολικό μερίδιο αγοράς 7,7% για το 2005. Ο όμιλος Ιασώ εκτός από τη μαιευτική κλινική ελέγχει πλέον και τη γενική κλινική Ιασώ General, κατέχοντας το 2005 το 11,3% της συνολικής αγοράς των γενικών και μαιευτικών κλινικών. Στον όμιλο της Βιοϊατρικής συμπεριλαμβάνεται και η Ευρωδιάγνωση ΑΕ, κατέχοντας από κοινού το 22,9% του συνόλου της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων για το 2005, ενώ μέσω της Λευκός Σταυρός ο συγκεκριμένος όμιλος έχει παρουσία και στον τομέα των κλινικών (μερίδιο 0,7%). Τέλος, το μερίδιο του ομίλου Euromedica στο σύνολο της αγοράς των γενικών και μαιευτικών κλινικών για το 2005 ανέρχεται σε 10,2% στο δε σύνολο της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων στο 10,3% (σύμφωνα με τα στοιχεία του δημοσιευμένου βάσει Δ.Λ.Π. ισολογισμού της 31.12.2005).

Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου (2005)	
Ιδιωτικές Κλινικές	Μερίδιο
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.	25,1%
ΠΕΡΣΕΥΣ Α.Ε.	8,1%
ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	7,6%
EUROMEDICA Α.Ε.*	6,4%
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	5,4%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	5,0%
ΙΑΣΩ GENERAL Α.Ε.	4,8%
ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α.Ε.	4,5%
Μαιευτικές Κλινικές	Μερίδιο
ΙΑΣΩ Α.Ε.	37,7%
ΜΗΤΕΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.	30,5%
ΛΗΤΩ Α.Ε.	9,1%
Διαγνωστικά Κέντρα	Μερίδιο
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	20,8%
EUROMEDICA Α.Ε.*	7,6%
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ Α.Ε.	4,2%
SKIN LASER ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ – ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	2,7%
ΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε.	2,6%
ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ Ι.Α.Ε.	2,1%
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΥΝ.ΠΕ	1,9%
ΕΡΕΥΝΑ Α.Ε.	1,8%
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε.Ε.	1,6%
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Δ. Ε.Π.Ε.	1,5%
EUROMEDICA ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε.*	1,5%
ΒΙΟΦΟΡΜΑ Ι. Α.Ε.	1,4%
* τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν από τα έσοδα των <u>αντίστοιχων δραστηριοτήτων</u> Πηγή: ICAP	

Πίνακας 2.3: Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου (2005)

➤ Διαφημιστική Δαπάνη Ιδιωτικών Κλινικών

Μείωση κατά 18,3% εμφανίζει η συνολική διαφημιστική δαπάνη των ιδιωτικών κλινικών το 2005 σε σχέση με το 2004. Συγκεκριμένα, το 2005 διαμορφώθηκε σε €109.030 έναντι €133.506 το 2004.

Την τελευταία διετία (2004-2005), διαφήμιση πραγματοποιήθηκε μόνον μέσω περιοδικών και εφημερίδων, με τα περιοδικά να αντιπροσωπεύουν το 80% της συνολικής διαφημιστικής δαπάνης για το 2005. Αντίθετα, το έτος 2004 οι εφημερίδες απορρόφησαν το 69,1% του συνόλου της διαφημιστικής δαπάνης.

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Από πλευράς επιχειρήσεων, το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της διαφημιστικής δαπάνης κατέχει για το 2005 το μαιευτήριο Λητώ με ποσοστό 48,6%. Ακολουθεί το Ιασώ με μερίδιο 26,7% και η κλινική Άγιος Λουκάς με μερίδιο 10,8%. Το έτος 2004, την υψηλότερη διαφημιστική δαπάνη πραγματοποίησε το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών (μερίδιο 34,7%).

➤ Πωλήσεις

i. Ιδιωτικών Κλινικών

Τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση στις πωλήσεις τους το 2005 σε σχέση με το 2004 παρουσιάζουν οι εταιρείες Ολύμπιον Θεραπευτήριο ΑΕ (178,1%), Γαβριλάκη Γενική Κλινική ΑΕ (150,2%) και Ιασώ General ΑΕ (67,9%). Την υψηλότερη αύξηση σε απόλυτες τιμές την περίοδο 2005/04, παρουσίασαν οι εταιρείες Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ (€25,7 εκ.), Ιασώ General ΑΕ (€16,1 εκ.) και Περσεύς ΑΕ (€11,1 εκατ.).

ii. Μαιευτικών / Γυναικολογικών Κλινικών

Τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση κατά την περίοδο 2005/04 παρουσιάζει η εταιρεία Euromedica Θεοτόκος ΑΕ (12,6%) και ακολουθούν οι Λητώ ΑΕ (8,4%) και Μητέρα Ιδιωτική Μαιευτική & Χειρουργική Κλινική ΑΕ (8,3%). Τη μεγαλύτερη αύξηση σε απόλυτες τιμές παρουσιάζει η Μητέρα Ιδιωτική Μαιευτική & Χειρουργική Κλινική ΑΕ (€4.735.588).

iii. Διαγνωστικών Κέντρων

Σημαντική ποσοστιαία αύξηση (άνω του 50%) παρουσίασαν την περίοδο 2005/04 οι πωλήσεις των εταιρειών Skin Laser Ιδιωτικό Πολυιατρείο – Ιατρική ΑΕ (υπερδιπλασιασμός), Λάμδα Ιατρική ΑΕ (63,3%) και Έρευνα ΑΕ (53,6%). Οι

εταιρείες που παρουσίασαν τη μεγαλύτερη απόλυτη αύξηση στις πωλήσεις την ίδια περίοδο είναι οι Βιοϊατρική ΑΕ (€5.450.609), Skin Laser Ιδιωτικό Πολυιατρείο – Ιατρική ΑΕ (€4.590.660) και Έρευνα ΑΕ (€1.869.683).

2.6 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Η εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με το νόμο 1397/83 σηματοδότησε την απαρχή σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών στην παροχή και στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Οι επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας για μια σειρά ετών μετά το 1983, αποσκοπούσαν στην άμβλυνση ενός εκ των σημαντικότερων χρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, την ύπαρξη δηλαδή μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Οι επενδύσεις αυτές αφορούσαν τα εξής:

- ✓ δημιουργία πανελλαδικού δικτύου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις μη αστικές περιοχές, για την κάλυψη των αναγκών του μόνιμου πληθυσμού, αλλά και των αναγκών που παρουσιάζονται κατά την τουριστική περίοδο,
- ✓ αναβάθμιση των υποδομών των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών μονάδων,
- ✓ κατασκευή και λειτουργία τεσσάρων Περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων (Ιωαννίνων, Πάτρας, Ηρακλείου και Λάρισας),

- ✓ υλοποίηση του προγράμματος «μεταρρύθμισης» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος από ένα δίκτυο προληπτικών και θεραπευτικών εξωνοσοκομειακών δομών,
- ✓ βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των υποδομών και την ανανέωση και συμπλήρωση του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού..

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για το 2004, στο σύνολο της χώρας λειτουργούν 196 ιδιωτικές κλινικές με 15.068 κλίνες συνολικά. Ειδικότερα, ο μεγαλύτερος αριθμός κλινών είναι συγκεντρωμένος στο Α', Β' και Γ' ΠΕ.Σ.Υ. Αττικής (8.318 κλίνες), και ακολουθούν το Α' και Β' ΠΕ.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας (2.790 κλίνες) και το ΠΕ.Σ.Υ. Θεσσαλίας (1.687 κλίνες). Σημειώνεται ότι από το 2005 τα ΠΕ.Σ.Υ. μετασχηματίστηκαν σε Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ.).

Οι διεθνείς τεχνολογικές εξελίξεις στους τομείς της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών, σε στενή, ανοικτή και αμφίδρομη σχέση με την πρόοδο της ιατρικής και των βασικών επιστημών που την υποστηρίζουν, έχουν ήδη μεταβάλλει ριζικά ολόκληρο το φάσμα παροχής των υπηρεσιών υγείας τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Επίσης, ο ρυθμός διείσδυσης των νέων τεχνολογιών και προσαρμογής της χώρας στις διεθνείς εξελίξεις και τάσεις, υπήρξε ασυνήθιστα υψηλός για τις διαγνωστικές υπηρεσίες, σχετικά ικανοποιητικός για τις επεμβατικές και τριτοβάθμιες εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας, βραδύς όμως για τα πληροφοριακά συστήματα. Την τελευταία δεκαετία, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν σημαντική

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

ανάπτυξη αξιοποιώντας τη γρήγορη προσαρμογή των μονάδων του κλάδου στις τεχνολογικές εξελίξεις.

Σήμερα, ένα μεγάλο τμήμα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα καλύπτεται από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Επίσης, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζοντας ολιγοπωλιακή σχεδόν δραστηριότητα στη γυναικολογική και μαιευτική περίθαλψη. Επιπλέον, ο ιδιωτικός τομέας προχώρησε σε ευρεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής και ακτινολογίας πραγματοποιώντας παράλληλα σημαντικές επενδύσεις προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας (Icap Databank, 2006, Eurostat).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι ο ιδιωτικός τομέας ασφάλισης οργανώνεται στο χώρο παροχής ιατρικών υπηρεσιών προκειμένου να ισχυροποιήσει τους κλάδους ασφάλισης ζωής και πάσης φύσεως ιατρικής / υγειονομικής περίθαλψης.

2.6.1 Το Δυναμικό των Θεραπευτηρίων της Χώρας

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., το 2003 λειτούργησαν συνολικά σε ολόκληρη τη χώρα 327 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 51.762 κλινών (158 κλίνες ανά θεραπευτήριο κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 35.814 κλίνες (μερίδιο 69,2%) αντιστοιχούν σε 142 θεραπευτήρια του δημοσίου και 14.528 κλίνες (μερίδιο 28,1%) σε 179 ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ είναι καταγεγραμμένες και 1.420 κλίνες σε 6 θεραπευτήρια τα οποία λειτουργούν ως Ν.Π.Ι.Δ. . Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή του συνόλου των κλινών, η περιφέρεια της πρωτεύουσας παρουσιάζει την μεγαλύτερη συγκέντρωση καθώς σ' αυτήν λειτουργούσαν συνολικά 22.464 κλίνες το 2003 (μερίδιο 43,4%) και ακολουθεί η περιφέρεια της Μακεδονίας με 12.172

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

κλίνες και μερίδιο 23,5% στο σύνολο των κλινών της χώρας. «Φτωχότερη» περιφέρεια σε συνολικό αριθμό θεραπευτικών κλινών, αναδεικνύεται και για το 2003 αυτή των Ιονίων Νήσων (μόλις 979 κλίνες).

Όσον αφορά ειδικά τις κλίνες των ιδιωτικών θεραπευτηρίων το 2003, στην περιφέρεια της πρωτεύουσας ήταν συγκεντρωμένο το 52,1% (7.575 κλίνες) του συνόλου των ιδιωτικών κλινών και στην περιφέρεια Μακεδονίας το 25,2% (3.655 κλίνες).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατηγοριοποίηση των θεραπευτηρίων για το 2003, σύμφωνα με την οποία, επί συνόλου 51.762 κλινών, στα Γενικά Νοσοκομεία αντιστοιχούν 35.397 κλίνες (μερίδιο 68,4% επί του συνόλου των κλινών), στα Ειδικά Νοσοκομεία 15.386 (μερίδιο 29,7%) και στα Μικτά Νοσοκομεία 979 κλίνες (μερίδιο 1,9%). Ειδικότερα όσον αφορά στα θεραπευτήρια του ιδιωτικού τομέα, στα Γενικά θεραπευτήρια αντιστοιχούν 7.215 κλίνες (μερίδιο 49,7% επί του συνόλου των ιδιωτικών κλινών), στα Ειδικά θεραπευτήρια αντιστοιχούν 6.334 κλίνες (μερίδιο 43,6%), ενώ 979 κλίνες αντιστοιχούν στα Μικτά θεραπευτήρια (μερίδιο 6,7%).

Σχετικά με την ειδικότητα των θεραπευτηρίων για το 2003, το 68,4% του συνόλου των κλινών της χώρας αντιστοιχεί σε Γενικά θεραπευτήρια (35.397 κλίνες) και ακολουθούν τα Νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια στα οποία αντιστοιχεί το 18,7% των κλινών (9.693 κλίνες).

2.6.2 Το Ιατρικό Προσωπικό της Χώρας

Το 2003, το ιατρικό προσωπικό της χώρας και ειδικότερα το νοσοκομειακό προσωπικό, ανέρχεται σε 24.227 άτομα. Ωστόσο, όσον αφορά το σύνολο των ιατρών

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

και οδοντιάτρων της χώρας για το 2004, αυτό ανέρχεται σε 67.259 άτομα εκ των οποίων 29.838 (μερίδιο 44,4%) δραστηριοποιούνται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας και 13.875 (μερίδιο 20,6%) στην περιφέρεια της Μακεδονίας. Τέλος, όσον αφορά την κατανομή των ιατρών κατά ειδικότητα για το 2004, εκτός των οδοντιάτρων που στο σύνολο της χώρας ανέρχονται σε 13.316 (μερίδιο 19,8%), ακολουθούν οι παθολόγοι (μερίδιο 5,9%), οι μικροβιολόγοι-αιματολόγοι (μερίδιο 5,3%) και οι παιδίατροι (μερίδιο 4,4%).

2.6.3 Ο Ιατρομηχανολογικός Εξοπλισμός της Χώρας

Το έτος 2003 καταγράφηκαν συνολικά σε όλα τα θεραπευτήρια 7.388 ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας εκ των οποίων 5.083 μηχανήματα (μερίδιο 68,8%) ανήκουν σε δημόσια νοσοκομεία, 2.071 (μερίδιο 28%) σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ υπάρχουν και 234 μηχανήματα σε νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ. Στο σύνολο του εξοπλισμού της χώρας για το 2003, ο μεγαλύτερος αριθμός αφορά μηχανήματα τεχνητού νεφρού (1.968 τεμάχια) με μερίδιο 26,6% και ακολουθούν οι αυτόματοι αναλυτές (1.724 τεμάχια) με μερίδιο 23,3% και τα ακτινοδιαγνωστικά μηχανήματα (1.064 τεμάχια) με μερίδιο 14,4%. Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή των μηχανημάτων για το 2003, στην περιφέρεια της πρωτεύουσας είναι συγκεντρωμένο το 38,5% (2.848 τεμάχια) και στο νομό Θεσσαλονίκης το 12,8% (944 τεμάχια)(Icar Databank, 2006).

2.7 ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, διαφοροποιούνται μεταξύ τους βάσει κάποιων ανταγωνιστικών χαρακτηριστικών, τόσο ποιοτικών όσο και

ποσοτικών. Τα βασικά σημεία ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας συνοψίζονται στα παρακάτω (Icar Databank, 2006):

- Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός

Ιδιαίτερα υψηλά είναι τα κονδύλια που επενδύουν κατά τακτά χρονικά διαστήματα σχεδόν όλα τα μεγάλα διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά θεραπευτήρια, προκειμένου να βρίσκονται πάντοτε στην αιχμή της τεχνολογίας, διαθέτοντας τα πλέον σύγχρονα και αξιόπιστα μηχανήματα. Στο συγκεκριμένο τομέα φαίνεται να υπερέχουν οι περισσότερο εδραιωμένες και πολυδύναμες μονάδες του κλάδου, οι οποίες είναι σε θέση να διαθέσουν τα απαιτούμενα ποσά για την πραγματοποίηση επενδύσεων σε ιατρικό και επιστημονικό εξοπλισμό, σε αντίθεση με μικρότερες μονάδες που σε κάποιες περιπτώσεις αδυνατούν να ανταποκριθούν στην ταχεία απαξίωση του μηχανολογικού τους εξοπλισμού.

Εναλλακτική λύση απόκτησης του απαιτούμενου μηχανολογικού εξοπλισμού για πολλές επιχειρήσεις του κλάδου, αποτελεί η χρηματοδοτική μίσθωση (leasing) προς κάλυψη των επενδυτικών τους αναγκών.

- Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων του κλάδου διαδραματίζει η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών η οποία διασφαλίζεται τόσο με τη συνεχή ανανέωση του διαγνωστικού και ιατρικού εξοπλισμού, όσο και με τη συνεχή εκπαίδευση και την πληρέστερη κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων.

- Ταχύτητα Υπηρεσιών

Η αρτιότητα του υπάρχοντος διαγνωστικού εξοπλισμού καθώς και η επάρκεια και ο βαθμός εκπαίδευσης του ιατρικού και μη προσωπικού, αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της ταχύτητας με την οποία διενεργούνται οι εξετάσεις των ασθενών και εξάγονται τα αποτελέσματα. Παράλληλα, η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας οδηγεί σε μείωση των ημερών νοσηλείας με αποτέλεσμα τα περισσότερα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας να αποφεύγουν πλέον την αύξηση του αριθμού των νοσοκομειακών τους κλινών. Αντίθετα, στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου εισαγωγής, διάγνωσης και νοσηλείας των ασθενών, ενώ με την εφαρμογή του “χειρουργείου μιας ημέρας” οι ασθενείς παραμένουν ελάχιστες ώρες μετά την επέμβασή τους στο θεραπευτήριο οπότε και αποχωρούν για κατ’ οίκον νοσηλεία και ανάρρωση.

- Συνεργασία με Ασφαλιστικούς Φορείς

Αρκετές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, συχνά διαθέτουν ένα σταθερό πελατολόγιο, μέσω της συνεργασίας τους με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Βασικά κριτήρια της επιλογής σύναψης συμβάσεων με τους οργανισμούς αυτούς από μέρους των μονάδων, είναι η οικονομική ευρωστία και φερεγγυότητα των πρώτων και το εύρος των παροχών προς τους ασφαλισμένους τους.

- Δυνατότητα Πρόσβασης στις Ιατρικές Υπηρεσίες

Στους στόχους, ιδιαίτερα των μεγάλων ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, περιλαμβάνεται η ανάπτυξη υποκαταστημάτων διάσπαρτων σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες, έτσι ώστε οι υπηρεσίες τους να είναι διαθέσιμες σε όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

- Εταιρικό Μέγεθος

Οι όμιλοι παροχής υπηρεσιών υγείας, διαθέτουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι αρκετών από τις μεμονωμένες επιχειρήσεις του κλάδου, οι οποίες δεν είναι πάντοτε σε θέση να προσφέρουν μεγάλο εύρος υπηρεσιών συνδυάζοντας παράλληλα υψηλή ποιότητα σε ανταγωνιστικές τιμές.

- Τιμολογιακή Πολιτική - Εναλλακτικοί Τρόποι Πληρωμής

Σε μια εποχή εισοδηματικής «στενότητας» για πολλά ελληνικά νοικοκυριά, μεγάλες εταιρείες του κλάδου προσφέρουν νέα χρηματοδοτικά εργαλεία για τους χρήστες των υπηρεσιών τους και συγκεκριμένα τη δυνατότητα αποπληρωμής των εξόδων νοσηλείας μέσω άτοκων μηνιαίων δόσεων. Παράλληλα, παρέχεται και η δυνατότητα ειδικών εκπτώσεων για την πραγματοποίηση κλιμακούμενου αριθμού εξετάσεων σε μονάδες του ίδιου ομίλου, ενώ η καθιέρωση «κάρτας εξωτερικών ιατρείων» είναι πλέον γεγονός για κάποιες μεγάλες ιδιωτικές κλινικές (Icap Colsuntance, 2006).

2.8 ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιτροπή του ινστιτούτου ιατρικής (2001) για την ποιότητα στον τομέα της υγείας στην Αμερική έχει προτείνει ένα ενδιαφέρον όραμα του συστήματος υγείας που απέχει κατά πολύ από τις ισχύουσες πρακτικές. Οι «Δέκα κανόνες» της επιτροπής (βλ. παρακάτω πίνακα) μόνο απλοί που δεν είναι. Απαιτούν βαθιές αλλαγές σε συμπεριφορές και διαδικασίες που ισχύουν μέχρι σήμερα. Αναφέρονται σε τρεις κύριους άξονες: 1) στην αυξημένη αλληλεξάρτηση μεταξύ πληροφόρησης και επικοινωνίας, 2) στη θεμελιώδη αλλαγή στη σχέση μεταξύ ασθενή και παροχέα

υπηρεσιών υγείας και 3) σε μια νέα κουλτούρα συνεργασίας μεταξύ των παροχών υπηρεσιών υγείας (Griffith and White, 2002, p. 55).

Ισχύουσα προσέγγιση	Νέος κανόνας
1. Η φροντίδα βασίζεται κυρίως στις επισκέψεις	1. Η θεραπεία βασίζεται σε συνεχείς θεραπευτικές σχέσεις
2. Η επαγγελματική αυτονομία προωθεί την μεταβλητότητα	2. Η φροντίδα εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις αξίες κάθε ασθενή.
3. Οι επαγγελματίες αγαπούν την παροχή φροντίδας	3. Ο ασθενής είναι η πηγή του ελέγχου
4. Οι πληροφορίες και τα γεγονότα είναι καταγεγραμμένα	4. Η γνώση μοιράζεται και οι πληροφορίες κυκλοφορούν ελεύθερα
5. Η λήψη αποφάσεων βασίζεται στην εκπαίδευση και την εμπειρία	5. Η λήψη αποφάσεων στηρίζεται σε στοιχεία
6. Το να μην γίνει ζημιά είναι ευθύνη ατομική	6. Η ασφάλεια είναι κυριότητα του συστήματος
7. Η μυστικότητα είναι απαραίτητη	7. Η διαφάνεια είναι απαραίτητη
8. Το σύστημα αντιδρά στις ανάγκες	8. Οι ανάγκες προλαμβάνονται
9. Η μείωση κόστους είναι επιδίωξη	9. Η σπατάλη μειώνεται διαρκώς
10. Δίνεται προτίμηση στους επαγγελματικούς ρόλους έναντι του συστήματος	10. Η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι προτεραιότητα

Πίνακας 2.3: Ten simple rules for the Twenty First Century Health System, *Proposed by the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Adapted from Griffith and White, 2002.*

Επιπρόσθετα, οι Griffith και White (2005) υποστηρίζουν ότι οι μονάδες υγείας που είναι ηγέτιδες στον κλάδο, προκειμένου να διοκηθούν πιο αποτελεσματικά κάνουν τις ακόλουθες δραστηριότητες:

1. Χρήση του οράματος, της αποστολής και των αξιών ,προκειμένου να περιγράψουν τον οργανισμό τους στο κοινό και στις ομάδες ενδιαφέροντος τους, προσέλκυση ευσπλαχνικών εργαζομένων και δοκιμή προτάσεων για αλλαγή.
2. Χρήση διαφόρων εκατοντάδων μετρήσεων και συγκρίσεων προκειμένου να παρέχουν σε κάθε κέντρο ευθύνης πολυδιάστατα σταθμά απόδοσης.

3. Κάνουν απολογισμό της πορείας τους σε τακτά διαστήματα και δημοσίως έτσι ώστε τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν ακριβώς που βρίσκονται.
4. Χρήση συστήματος μέτρησης προκειμένου να εξασφαλίσουν αμφίδρομη επικοινωνία. Οι ομάδες βελτίωσης της απόδοσης αναγνωρίζουν, δοκιμάζουν και εφαρμόζουν αλλαγές στη διαδικασία και έτσι διαμορφώνουν τους στόχους του επόμενου έτους.
5. Προσέλκυση και διατήρηση αποτελεσματικών και επιτυχημένων συνεργατών. Οι επιχειρήσεις που ηγούνται στον κλάδο παρακολουθούν την ικανοποίηση των γιατρών και των εργαζομένων.
6. Χρήση οικονομικών δεικτών προκειμένου να ανταμείβουν την επίτευξη των στόχων.

Οι Griffith και White (2005) κατέληξαν σε αυτά τα συμπεράσματα αφού εξέτασαν πέντε συστήματα υγείας που είτε έχουν κερδίσει το βραβείο Malcolm Baldrige National Quality στον τομέα υγείας είτε έχουν τεκμηριωθεί μέσα από εκτενείς μελέτες περιπτώσεων και μοιράζονται ένα κοινό μοντέλο διοίκησης.

Ο Zajac (2003) γνωρίζοντας τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος υγείας, περιγράφει ένα νοσοκομείο στο οποίο θα ήθελε να δουλέψει το 2013, το οποίο βασίζεται στο πλαίσιο της αποτίμησης και του προγραμματισμού/σχεδιασμού της αλλαγής του ινστιτούτου ιατρικής των ΗΠΑ(2003). Σύμφωνα λοιπόν με τον Zajac (2003), η φροντίδα υγείας θα πρέπει να είναι:

Ασφαλής

Αποτελεσματική

Προσανατολισμένη στον ασθενή

Έγκαιρη

Αποδοτική

Δίκαιη και καθ' οιονδήποτε έννοια όχι ρατσιστική

Από τα παραπάνω είναι κατανοητό ότι το μάνατζμεντ των υπηρεσιών υγείας είναι μια διοικητική διαδικασία που εστιάζει στην υπεροχή της υπηρεσίας. Τα προγράμματα που επιδιώκουν κάτι τέτοιο είναι εκτεταμένες, επίσημες, συνεχείς προσπάθειες που σκοπό έχουν να μετατρέψουν την πρωτοβουλία των ασθενών σε ανταμοιβή για τους εργαζόμενους. Συνδυάζουν ευελιξία και έλεγχο και η φροντίδα εξατομικεύεται διότι οι συμμετέχοντες έχουν εξοικειωθεί τόσο στη ρουτίνα όσο και στο απροσδόκητο (Northcott, 2000). Κάθε εργαζόμενος εκπαιδεύεται σε τυποποιημένες διαδικασίες για τα στοιχεία ρουτίνας της υπηρεσίας, εκπαιδεύεται επίσης στο να αντιδρά άμεσα και σωστά σε μοναδικές ανάγκες και ανταμείβεται για την αποτελεσματική χρήση αυτών των ικανοτήτων του (Wheeler and Proctor 2003).

2.9 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάλυση που προηγήθηκε στο παρόν κεφάλαιο καταμαρτυρεί ότι ο κλάδος των ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών βρίσκεται σε μια φάση ανόδου, η οποία άνοδος φυσικά συνοδεύεται και από ολοένα και εντονότερο ανταγωνισμό μεταξύ των εταιρειών του κλάδου. Με αυτά τα δεδομένα οι εταιρείες προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους τους (αύξηση πωλήσεων, αύξηση μεριδίου αγοράς, ισχυροποίηση του

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

brand name και της θέσης τους, κ.λπ.), προσανατολίζουν το μάρκατζμεντ τους στους παράγοντες αυτούς που θα τις κάνουν ανταγωνιστικότερες. Δίνουν έμφαση στην τιμολογιακή πολιτική τους, στο εταιρικό μέγεθος, στη δυνατότητα πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες, στη συνεργασία με τους ασφαλιστικούς φορείς, στην ταχύτητα των υπηρεσιών, στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, παράγοντες του κλάδου υγείας εκτιμούν ότι, με τις ισχύουσες συνθήκες και τάσεις, η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας θα συνεχίσει την ανοδική πορεία της και τα επόμενα χρόνια. Συγκεκριμένα, η άνοδος του κύκλου εργασιών των ιδιωτικών θεραπευτηρίων αναμένεται στο 16% σε ετήσια βάση, των μαιευτηρίων σε 6%-7% και των διαγνωστικών κέντρων σε 6%. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι τα επόμενα χρόνια θα αλλάξει ριζικά η εικόνα της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα καθώς, όπως έχει δείξει η ευρωπαϊκή εμπειρία, η ιδιοκτησία ιδιωτικών κλινικών μεταβιβάζεται σταδιακά από ομάδες ιατρών σε μεγάλους χρηματοοικονομικούς ομίλους ή ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους εισάγουν σύγχρονες μεθόδους προώθησης πωλήσεων, με γνώμονα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Icap Databank, 2005).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι λόγω της ανοδικής πορείας που σημειώνει ο κλάδος οι περισσότερες εταιρείες που δραστηριοποιούνται σε αυτόν, υιοθετούν στρατηγικές ανάπτυξης.

Οι πιο δημοφιλείς και ευρέως διαδεδομένες εταιρικές στρατηγικές επιλογές είναι αυτές που έχουν σχεδιαστεί για να επιτύχουν ανάπτυξη των πωλήσεων, των κεφαλαίων, των κερδών ή κάποιο συνδυασμό αυτών. Η λογική που διέπει τις στρατηγικές ανάπτυξης είναι ότι οι επιχειρήσεις λειτουργούν σε ένα δυναμικό και

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

εξελισσόμενο περιβάλλον και πρέπει να αναπτυχθούν για να επιβιώσουν. Οι βασικές κατηγορίες στρατηγικών ανάπτυξης που υπάρχουν είναι η κάθετη και οριζόντια ολοκλήρωση, η συσχετισμένη και ασυσχέτιστη διαφοροποίηση δραστηριοτήτων, η συγκέντρωση-διείσδυση αγοράς, η ανάπτυξη αγοράς και η ανάπτυξη προϊόντων (Παπαδάκης, 2002).

Η πλειοψηφία των επιχειρήσεων του κλάδου, που ακολουθούν στέκες ανάπτυξης, υλοποιούν τις στρατηγικές αυτές μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων.

2.10 ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΑΓΟΡΕΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται ανακατατάξεις στο χώρο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς μικρές περιφερειακές μονάδες απορροφώνται, εξαγοράζονται ή συγχωνεύονται με μεγαλύτερες. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις μεγάλες μονάδες του κλάδου αποκτούν διεθνή χαρακτήρα επεκτείνοντας τις εργασίες τους και σε χώρες του εξωτερικού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Ιατρικό Αθηνών το οποίο έχει επεκτείνει τις δραστηριότητές του σε διάφορες χώρες της Βαλκανικής.

Από την μία πλευρά η δυσκολία των περισσότερων μικρών μονάδων του κλάδου να ανταποκριθούν στη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και από την άλλη το πολύ υψηλό κόστος κατασκευής και εξοπλισμού μιας νέας θεραπευτικής μονάδας σε συνδυασμό με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, αποτελούν τους δύο βασικούς λόγους που οδηγούν στη στρατηγική των εξαγορών – συγχωνεύσεων - απορροφήσεων των μικρότερων από μεγαλύτερες επιχειρήσεις.

Ως εξαγορά ορίζεται η συναλλαγή κατά την οποία μια επιχείρηση αποκτά ένα μέρος ή το σύνολο της συμμετοχής (μετοχές ή εταιρικά μερίδια) σε μια άλλη έναντι χρηματικού ανταλλάγματος. Οι εξαγορές διακρίνονται σε απλές και σε συγχωνευτικές. Σε μια απλή εξαγορά η εξαγοραζόμενη επιχείρηση συνεχίζει να υπάρχει ως υποκείμενο δικαίου, ενώ σε μια συγχωνευτική εξαγορά η επιχείρηση που μεταβιβάζει την περιουσία της σε μια άλλη έναντι χρηματικού ανταλλάγματος παύει να υπάρχει ως υποκείμενο δικαίου.

Όταν σε μια συγχωνευτική εξαγορά δεν καταβάλλονται ως αντάλλαγμα χρήματα αλλά μερίδια συμμετοχής, η εξαγορά αυτή αποτελεί τη συγχώνευση των συγκεκριμένων επιχειρήσεων. Πιο συγκεκριμένα, ως συγχώνευση ορίζεται η πράξη με την οποία μια ή περισσότερες επιχειρήσεις λύνονται χωρίς να ακολουθήσει η εκκαθάριση τους, ενώ ταυτόχρονα μεταβιβάζουν το σύνολο της περιουσίας τους έναντι ανταλλάγματος σε άλλη, η οποία είτε προϋπάρχει είτε δημιουργείται για το σκοπό αυτό. Το αντάλλαγμα αποτελείται από μερίδια συμμετοχής της επιχείρησης στην οποία μεταβιβάστηκε η περιουσία των επιχειρήσεων που λύθηκαν και δίνεται σε όσους συμμετείχαν προηγουμένως στις επιχειρήσεις που νομικά έπαψαν να υπάρχουν (Παπαδάκης, 2002).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς γίνονται συνεχείς επαφές για εξαγορές και συγχωνεύσεις, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι εξαγορές και οι συγχωνεύσεις είναι ο πιο δημοφιλής, για τις επιχειρήσεις του κλάδου, τρόπος επίτευξης στρατηγικών ανάπτυξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί στην συγκεκριμένη έρευνα είναι αυτή της μελέτης περίπτωσης (Case study). Ο Yin (1994), εισάγει την μελέτη περιπτώσεων για την εκπόνηση έρευνας αναπτύσσοντας έναν «τεχνικό» ορισμό. Η μελέτη περίπτωσης αποτελεί μια εμπειρική έρευνα η οποία εξετάζει ένα σύγχρονο φαινόμενο στην πραγματική διάσταση ενός συνόλου περιστάσεων όταν τα όρια ανάμεσα στο φαινόμενο και το γενικότερο πλαίσιο των περιστάσεων που επικρατούν δεν είναι ξεκάθαρα και εμφανή και στα οποία χρησιμοποιούνται πολλαπλές πηγές μαρτυριών.

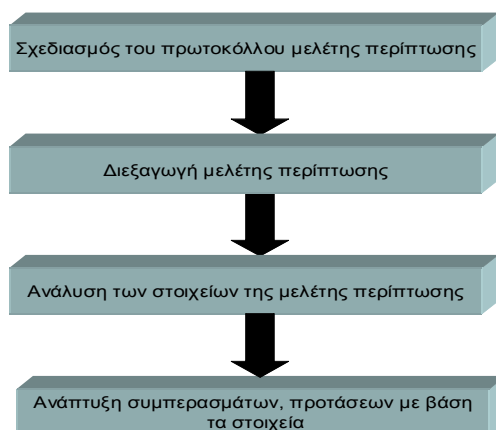
Αυτός ο ορισμός διακρίνει την μελέτη περιπτώσεων από άλλες στρατηγικές έρευνας όπως τα πειράματα, ανασκοπήσεις, ιστορίες ή ανάλυση αρχείων. Επίσης, επιτρέπει στην έρευνα ανάλυσης περιπτώσεων να συμπεριλάβει τόσο μονοδιάστατες, όσο και πολυδιάστατες μελέτες περιπτώσεων, δημοσιογραφικές προσπάθειες, έρευνα εκτίμησης, καθώς και να συμπεριλάβει ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία (Papadopoulos, 2006).

Η πληθώρα μορφών μελέτης περιπτώσεων δεν οδηγεί τον Yin να υποστηρίζει ότι αποτελεί μια ακατάλληλη στρατηγική για όλους τους τύπους των ερωτήσεων. Αντίθετα, χρησιμοποιεί μια σειρά γνώριμων ερωτήσεων –ποιος, τι, που, πώς και γιατί- και δύο άλλους όρους- τον βαθμό ελέγχου που έχει ο ερευνητής πάνω σε συμπεριφορικά γεγονότα καθώς και τον βαθμό εστίασης σε σύγχρονα γεγονότα

αντιτιθέμενα σε παλαιότερα-με σκοπό να απομονώσει συνθήκες κάτω από τις οποίες οι μελέτες περιπτώσεων προτιμώνται. Συνοψίζοντας, υποστηρίζει ότι η μελέτη περιπτώσεων έχει ένα ξεκάθαρο πλεονέκτημα έναντι άλλων στρατηγικών έρευνας όταν η ερώτηση πώς και γιατί διενεργείται για μια σειρά σύγχρονων γεγονότων, πάνω στα οποία ο ερευνητής έχει λίγο ή καθόλου έλεγχο (Bruns, 1989).

Ο Yin (2003), έχει αναγνωρίσει μερικούς ειδικούς τύπους μελέτης περιπτώσεων: Τον διερευνητικό που μερικές φορές θεωρείται το προλούδιο της κοινωνικής έρευνας, τον επεξηγηματικό που ίσως χρησιμοποιείται για την πραγματοποίηση αιτιολογικών ερευνών και τον περιγραφικό που απαιτεί την ανάπτυξη περιγραφικής θεωρίας πριν την έναρξη της έρευνας. Ο Stake (1995) περιλαμβάνει τρεις άλλους τύπους: Τον εγγενή, όπου ο ερευνητής έχει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την έρευνα, τον ενόργανο που χρησιμοποιείται όταν η περίπτωση χρησιμοποιείται για να γίνει αντιληπτό κάτι περισσότερο από αυτό που είναι προφανές σε έναν παρατηρητή και τον συλλεκτικό, όπου εξετάζεται ένα σύνολο περιπτώσεων.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα 4 βήματα που εφαρμόζονται σε κάθε έρευνα και τα οποία ο Yin (1984) ενσωματώνει στην έρευνα μελέτης περιπτώσεων.



Πίνακας 3.1: Μεθοδολογία ανάπτυξης μελέτης περίπτωσης *Πηγή: Yin, 1994*

Ο Yin (1994) παρέχει επίσης, έναν εξαιρετικό οδηγό τεσσάρων τεστ του σχεδιασμού της έρευνας: την κατασκευασμένη εγκυρότητα (construct validity), εσωτερική εγκυρότητα (internal validity), εξωτερική εγκυρότητα (external validity) και αξιοπιστία (reliability).

Για να ανταποκριθεί ο ερευνητής στο τεστ της κατασκευασμένης εγκυρότητας, το να καθιερώνει δηλαδή σωστά λειτουργικά μέτρα για τις περιπτώσεις που μελετούνται, ο Yin προσφέρει τρεις αρχές συλλογής στοιχείων:

1. Χρησιμοποίηση πολλαπλών πηγών στοιχείων (έγγραφα, αρχεία, συνεντεύξεις, απευθείας παρατήρηση, συμμετοχική παρατήρηση, φυσικά τεχνουργήματα)
2. Δημιουργία μιας βάσης δεδομένων μελέτης περιπτώσεων (σημειώσεις και έγγραφα μελέτης περίπτωσης και στοιχεία πινάκων, αφηγήσεις)
3. Διατήρηση μιας αλυσίδας στοιχείων με:
 - Αναφορές στη βάση δεδομένων στα συμπεράσματα

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

- Πλήρης βάση δεδομένων
- Σύνδεση της βάσης δεδομένων με το πρωτόκολλο της έρευνας
- Σύνδεση του πρωτοκόλλου με τις αρχικές ερωτήσεις της έρευνας (Tellis, 1997).

Επιπροσθέτως, για να βεβαιωθεί ο ερευνητής για την εσωτερική εγκυρότητα πρέπει να καθιερώσει αιτιώδεις σχέσεις όπου συγκεκριμένες συνθήκες φαίνεται ότι οδηγούν σε άλλες συνθήκες. Για να εξασφαλιστεί η εξωτερική εγκυρότητα, την καθιέρωση του πεδίου στο οποίο τα ευρήματα μιας έρευνας μπορούν να γενικευτούν, ο Yin προτείνει μια λογική, η οποία θα αντιγράφεται σε πολλαπλές μελέτες περιπτώσεων και θα βασίζεται σε ένα πλούσιο θεωρητικό πλαίσιο. Ακόμα, για την επίτευξη της αξιοπιστίας, την δυνατότητα επανάληψης των διαδικασιών της έρευνας με τα ίδια αποτελέσματα, ο Yin προτείνει την προσεκτική προετοιμασία συλλογής στοιχείων και την προσεκτική ανάπτυξη αυτού που αποκαλείται «πρωτόκολλο μελέτης περίπτωσης».

3.2 Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σχεδιασμός του πρωτοκόλλου μελέτης περίπτωσης σύμφωνα με τον Yin (1994), απαιτεί τον καθορισμό των απαιτούμενων ικανοτήτων από την πλευρά του ερευνητή και την ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου μελέτης περίπτωσης. Για την ανάπτυξη του πρωτοκόλλου απαιτείται από τον ερευνητή να έχει μια συνολική εικόνα του συγκεκριμένου έργου (αντικειμενικοί στόχοι και σχετική βιβλιογραφία), πιστοποιητικά και πρόσβαση σε διάφορες πηγές πληροφοριών, ερωτήσεις για την μελέτη περίπτωσης που πρέπει να έχει υπόψη του ο ερευνητής κατά την συλλογή

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

των στοιχείων, καθώς και έναν οδηγό αναφοράς της μελέτης περίπτωσης, που περιλαμβάνει περίληψη, μια φόρμα αφήγησης, εξειδικευμένες βιβλιογραφικές πληροφορίες και οποιοδήποτε άλλο αρχείο.

3.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η εταιρεία η οποία τελικά συμμετείχε στην έρευνα είναι η ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΕ. Η εταιρεία η οποία έχει επιλεγθεί πληρεί τις εξής προϋποθέσεις:

- Έχει ισχυρή παρουσία στο ελληνικό επιχειρησιακό περιβάλλον και είναι ηγέτιδα στον κλάδο που δραστηριοποιείται, παρουσιάζοντας υψηλά μερίδια αγοράς και υψηλούς κύκλους εργασιών.
- Διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στην ελληνική οικονομία.
- Διαθέτει σύγχρονα μοντέλα οργάνωσης και δομές, οι οποίες της επιτρέπουν να επιτυγχάνει ταχύτατη λήψη αποφάσεων.
- Απασχολεί μεγάλο αριθμό εργαζομένων.
- Διαθέτει ισχυρό εμπορικό σήμα στην ελληνική αγορά.
- Είναι αρκετά προοδευτική στην υιοθέτηση νέων τεχνολογιών και διαδικασιών.
- Χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αναγνωρισιμότητας από το ευρύ κοινό.
- Υπήρξε και αντικείμενο εξαγοράς, κατά 49% από τον όμιλο Marfin, και υποκείμενο εξαγοράς, του Μητέρα κατά 25%.

3.4 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τα στάδια τα οποία αφορούν την μελέτη περίπτωσης περιλαμβάνουν σύμφωνα με τον Yin (1984) τρία στάδια:

- Την προετοιμασία συλλογής στοιχείων
- Την εκπόνηση ερωτηματολογίου
- Την διενέργεια συνεντεύξεων

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδόθηκε στην συλλογή των στοιχείων της έρευνας. Μετά την συγκέντρωση όλων των απαραίτητων στοιχείων που προσφέρει η σύγχρονη βιβλιογραφία και αρθρογραφία για το θέμα του ιδιωτικού κλάδου υγείας και το σύγχρονο μανάτζμεντ που υιοθετείται από τις επιχειρήσεις του κλάδου, πραγματοποιήθηκε συλλογή στοιχείων που αφορούσαν το γενικότερο προφίλ της υπό μελέτη εταιρείας αλλά και των κύριων ανταγωνιστών της, το όραμα, τις αξίες, την οργανωτική τους δομή και τις στρατηγικές τους προτεραιότητες, μέσα από τους αντίστοιχους δικτυακούς χώρους της κάθε εταιρείας, την ετήσια έκθεσή τους και τον ετήσιο απολογισμό τους, με σκοπό τη διαμόρφωση μιας γενικότερης εικόνας των δραστηριοτήτων των εταιρειών.

3.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΛΙΣΤΑΣ, ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Στα στελέχη των εταιρειών δόθηκε λίστα, η οποία περιλαμβάνει στοίχους και στρατηγικές και αποτελεί σύνθεση στοιχείων βασισμένων στη σύγχρονη αρθρογραφία σχετικά με το εξεταζόμενο θέμα.

Προκειμένου να βελτιωθεί ο τελικός βαθμός ανταπόκρισης στην συγκεκριμένη έρευνα αρχικά απευθυνθήκαμε σε 9 ελληνικές επιχειρήσεις, προσεγγίζοντας ανώτερα στελέχη με σκοπό την πραγματοποίηση συνάντησης, από τις οποίες ανταποκρίθηκαν 3 για την διεξαγωγή συνεντεύξεων σχετικά με το εξεταζόμενο θέμα. Ωστόσο λόγω ευλόγων λόγων, στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε ολοκληρωμένα μόνο με την περίπτωση μιας εξ αυτών.

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσα από την διενέργεια δομημένων συνεντεύξεων. Εξαιρετικά σημαντική ήταν η συμβολή των στελεχών στην άντληση των πληροφοριών σχετικά με τα συστήματα και τις διαδικασίες διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και της κατανόησης από την πλευρά του ερευνητή της κουλτούρας της κάθε εταιρείας, με σκοπό την διεξαγωγή πιο έγκυρων και εμπειριστατωμένων συμπερασμάτων. Οι συνεντεύξεις ξεκίνησαν στις αρχές Σεπτεμβρίου του 2007 και ολοκληρώθηκαν στα μέσα του ίδιου μήνα.

3.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Το τελευταίο μέρος αυτής της έρευνας αφορά στην επεξεργασία και στην ανάλυση των στοιχείων που αντλήθηκαν από την έρευνα μέσω των συνεντεύξεων. Οι λίστες εξετάστηκαν προσεκτικά, με σκοπό να ανιχνευτούν λάθη και παραλείψεις, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ακρίβεια των απαντήσεων και η διεξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων. Στην συνέχεια, τα στοιχεία αυτά συνδυάστηκαν με τα δευτερογενή που αντλήθηκαν σε προηγούμενο στάδιο της έρευνας και οδήγησαν στην εκμείευση των συμπερασμάτων. Παρακάτω τίθενται τα δευτερογενή στοιχεία για κάθε εταιρεία Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

και τα ευρήματα από την ανάλυση και την σύνθεσή τους με εκείνα που προέκυψαν με τα ανώτερα στελέχη.

3.7 ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΕ

3.7.1 Η Αποστολή

- ❖ Η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στην αιχμή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας
- ❖ Η ανάπτυξη δικτύου ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό
- ❖ Εταιρική και κοινωνική υπευθυνότητα και αξιοπιστία
- ❖ Σημείο αναφοράς των ασθενών και του επιστημονικού δυναμικού
- ❖ Αξιόπιστος και υπεύθυνος εργοδότης για το προσωπικό
- ❖ Δημιουργία υπεραξίας για τους μετόχους μας (www.hygeia.gr)

3.7.2 Στόχος, Δυνατά Σημεία και Στρατηγική Ανταγωνισμού του ΥΓΕΙΑ

Κύριος στόχος του νοσοκομείου ήταν και παραμένει η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στην αιχμή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας και η ανάπτυξη δικτύου ολοκληρωμένων υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Αυτό καταδεικνύεται τόσο με τη στενή συνεργασία με το HARVARD MEDICAL INTERNATIONAL για θέματα ποιότητας και εκπαίδευσης, όσο και με την απόφαση για συνένωση των δυνάμεων με τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα ΜΗΤΕΡΑ και ΛΗΤΩ καθώς επίσης και με τη συμφωνία για την ανέγερση του πρώτου Ιδιωτικού Νοσηλευτικού Ιδρύματος στην Αλβανία.

Το διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο Υγεία συνδυάζει εξαιρετική ποιότητα υπηρεσιών, ικανοποίηση των πελατών και λογικές τιμές. Τα δυνατότερα του σημεία, έναντι των ανταγωνιστών του, είναι τα εξής:

- ❖ Δυνατό brand name
- ❖ Μεγάλη ακίνητη περιουσία
- ❖ Παρουσία σε ανεπτυγμένη περιοχή της Αθήνας
- ❖ Εταιρεία εισηγμένη στο Χ.Α.Α
- ❖ Υψηλό μερίδιο αγοράς

Το Υγεία σκοπεύει στην αύξηση του ανταγωνιστικού του πλεονεκτήματος με την εφαρμογή του στρατηγικού του πλάνου που περιλαμβάνει την πρόσφατη ανανέωση της συνεργασίας του με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, την συνεργασία του με καταξιωμένους ιατρούς και διεθνούς φήμης ιδρύματα, την επιμονή και την έμφαση του στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εξαγορά του από τον όμιλο Marfin.

3.7.3 Ιστορικό

Το διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο Αθηνών Υγεία είναι το πρώτο μεγάλο ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα που λειτούργησε στην Ελλάδα, το 1974 και μία από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες της χώρας μας.

Ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών, με στόχο τη δημιουργία ενός προτύπου για τη χώρα μας ιδιωτικού νοσοκομείου. Η εταιρεία είναι εισηγμένη στο Χ.Α.Α. Στις 24.1.06 ο όμιλος Marfin Financial Group ΑΕ Συμμετοχών απέκτησε το

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

49% του μετοχικού κεφαλαίου της τιτλούχου. Στεγάζεται σε ιδιόκτητο 17όροφο κτίριο στο Μαρούσι, συνολικής επιφάνειας 28.000 m². Στο θεραπευτήριο λειτουργούν 11 κλινικές παθολογικού τομέα, 22 κλινικές χειρουργικού τομέα, 6 διαγνωστικά εργαστήρια, 8 απεικονιστικά εργαστήρια, 16 χειρουργικές αίθουσες, 10 εξωτερικά ιατρεία καθώς επίσης και τμήμα διασφάλισης ποιότητας. Επίσης, το νοσοκομείο διαθέτει 15 τρίκλινα δωμάτια, 54 δίκλινα, 59 μονόκλινα, 16 μικρές σουίτες και 3 μεγάλες. Το σύνολο των κλινών του ανέρχεται σε 276 (ICAP DATABANK, 2006).

Στο Υγεία εργάζονται 1.038 άτομα (έμμισθο προσωπικό) καθώς και 750 συνεργάτες ιατροί, 49 διαφορετικών ειδικοτήτων, δραστηριοποιείται ως γενική κλινική και ο κύκλος εργασιών της για το 2005 ανήλθε στα €62.863.445. Τα έσοδα από τους εσωτερικούς ασθενείς κάλυψαν το 81,7% των συνολικών εσόδων του 2005. Οι επενδύσεις της εταιρείας σε κτίρια και τεχνικά έργα ανήλθαν το 2004 σε €8,7 εκατ. και το 2003 σε €5,7 εκατ., ενώ το 2005 προχώρησε σε επενδύσεις απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία του θεραπευτηρίου πάντοτε στα πλαίσια της διαρκούς ανανέωσης του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Το Μάιο του 2002 προχώρησε σε σύναψη συμφωνίας διασύνδεσης με το διεθνώς αναγνωρισμένο Harvard Medical Intl, ενώ το Μάρτιο του 2006 ανακοινώθηκε συμφωνία στρατηγικής συνεργασίας μεταξύ της τιτλούχου και του μαιευτηρίου Μητέρα. Σύμφωνα με στοιχεία της ICAP DATABANK (2006), κατατάσσεται στην 3^η θέση μεταξύ των 20 μεγαλύτερων εταιρειών του κλάδου Υγείας βάσει συνόλου ενεργητικού 2005.

3.7.4 Πρωτοπορία του Υγεία

Η λειτουργία του **Υγεία** συμπλήρωσε διαχρονικά τις ελλείψεις του νοσηλευτικού συστήματος. Στη διάρκεια των τριάντα και πλέον χρόνων λειτουργίας του, το **Υγεία** έδωσε το βήμα στην ανάπτυξη της ιδιωτικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Στο **Υγεία** πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στη χώρα μας, αντιμετωπίστηκε το πρώτο κρούσμα AIDS, έγινε η πρώτη στην Ευρώπη εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων σε καρκίνο του προστάτη, ενώ ο επιτυχής διαχωρισμός σιαμαίων το Μάιο του 1989 στο νοσοκομείο, χάρισε την αυτόνομη προσωπική ζωή σε δύο άτομα (www.hygeia.gr).

Συνεχίζοντας να πρωτοπορεί και σήμερα, το **ΥΓΕΙΑ** μεταξύ άλλων, διαθέτει:

- ✓ Το μοναδικό στην Ελλάδα τμήμα ακτινοχειρουργικής εγκεφάλου γ-KNIFE
- ✓ Το πρώτο PET-CT τμήμα τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων που λειτουργήσει στη χώρα μας
- ✓ Το μεγαλύτερο τμήμα επεμβατικής νευροακτινολογίας, εμβολισμών ανευρυσμάτων εγκεφάλου
- ✓ Πρότυπη μονάδα εντατικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας (ΜΕΘ- ΜΑΦ)
- ✓ Μία από τις πιο σύγχρονες μονάδες μεταμόσχευσης ρευστών οργάνων (μυελού οστών)
- ✓ Το μεγαλύτερο κέντρο ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας
- ✓ Πρότυπο τμήμα μοριακής βιολογίας
- ✓ Μονάδα χειρουργείων μιας ημέρας
- ✓ Πρότυπη μονάδα εντατικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας

3.7.5 Πρόγραμμα Διαχείρισης Ποιότητας

Το Υγεία έχει υιοθετήσει, από το 2003, πρόγραμμα διαχείρισης της ποιότητας, στο οποίο έχουν ενταχθεί, παρακολουθούνται και αναπτύσσονται όλες οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Αυτές οι προσπάθειες μπορεί να αφορούν είτε στην εσωτερική παρακολούθηση και βελτίωση των υπηρεσιών, είτε στην πιστοποίηση ή διαπίστευση, δηλαδή επιδίωξη επιβεβαίωσης από τρίτο φορέα.

Για την παρακολούθηση και τη βελτίωση των κλινικών λειτουργιών λειτουργούν Επιτροπές & Ομάδες Εργασίας, με διαφορετικό αντικείμενο η κάθε μια, με βασικό σκοπό την έρευνα, ανάλυση και γνωμοδότηση επί θεμάτων που αφορούν στο αντικείμενο ενδιαφέροντος τους, με στόχο τόσο την επίλυση κλινικών θεμάτων που προκύπτουν όσο και την ώθηση των υπηρεσιών σε νέα, υψηλότερα επίπεδα ποιότητας.

Ο συντονισμός και η εποπτεία των επιτροπών και των ομάδων εργασίας γίνεται από το Συμβούλιο Ποιότητας, το οποίο θέτει τις στρατηγικές στα θέματα ποιότητας και προσδιορίζει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς, μετρήσεις και προτεραιότητες. Επίσης, επιβλέπει τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς, τόσο του νοσοκομείου όσο και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας.

Οι επιτροπές και οι ομάδες εργασίας, μέσω του συμβουλίου ποιότητας, συνεργάζονται με τα υπόλοιπα όργανα του νοσοκομείου (επιστημονικό συμβούλιο, διευθυντές διευθύνσεων, λοιπές επιστημονικές επιτροπές κ.α.) για την επίλυση και τη βελτίωση με όσο το δυνατό περισσότερη συναίνεση και ευρύτερη κλίμακα εφαρμογής.

Οι επιτροπές ποιότητας και οι ομάδες εργασίας που λειτουργούν στο Υγεία είναι:

- ✓ Επιτροπή Ελέγχου Λοιμώξεων. Σκοπός της είναι να αναπτύσσει, να διατηρεί και να βελτιώνει συνεχώς τη διαδικασία ελέγχου λοιμώξεων του Υγεία, να μειώνει το ποσοστό λοιμώξεων, να ελέγχει και να προλαμβάνει τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, τους ανθεκτικούς μικροοργανισμούς, και την έκθεση των εργαζομένων σε παθογόνα που μεταδίδονται με αίμα.
- ✓ Επιτροπή Διαχείρισης Πληροφοριών Υγείας. Σκοπός της είναι να αξιολογεί και να βελτιώνει τη σύνθεση και την πληρότητα του ιατρικού φακέλου και την έγκαιρη και σωστή διαθεσιμότητα των πληροφοριών του ασθενή.
- ✓ Επιτροπή Διαχείρισης Κινδύνων & Ασφάλειας. Σκοπός της είναι ο προσδιορισμός, η καταγραφή και μείωση της επικινδυνότητας με ταυτόχρονη αύξηση της παροχής ασφάλειας στους ασθενείς, συγγενείς και εργαζόμενους του νοσοκομείου και ο συντονισμός όλων των προσπαθειών για την αξιολόγηση και βελτίωση θεμάτων ασφαλείας.
- ✓ Επιτροπή Φαρμάκων. Σκοπός της είναι η εκτίμηση της χρήσης των φαρμάκων, η διαχείριση και ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής και η συνεχής βελτίωση της λειτουργίας του φαρμακείου.
- ✓ Επιτροπή Χειρουργείου. Σκοπός της είναι να προτείνει και να εφαρμόζει κανόνες και πολιτικές για την αποτελεσματική λειτουργία του χειρουργείου, ώστε να παρέχεται ασφαλής και υψηλή χειρουργική φροντίδα στους ασθενείς.

- ✓ Επιτροπή Κλινικής Φροντίδας. Σκοπός της είναι η ανάπτυξη πλάνου και κριτηρίων για την αποτελεσματικότερη κλινική φροντίδα των ασθενών, με τρόπο ώστε να βελτιώνονται τα κλινικά αποτελέσματα.
- ✓ Επιτροπή Αναισθησιολόγων. Σκοπός της είναι να αναπτύσσει, να τηρεί και να βελτιώνει συνεχώς την ασφαλή παροχή αναισθησίας στους ασθενείς, ανεξαρτήτως βαρύτητας ή χώρου παροχής αυτής.
- ✓ Ομάδα Εργασίας Εργαστηρίων. Σκοπός της είναι να αναπτύσσει έναν ενιαίο τρόπο παροχής υπηρεσιών των εργαστηρίων, που να συνδυάζει την ταχύτερη και ασφαλέστερη διακίνηση ασθενών με τα καλύτερα δυνατά κλινικά αποτελέσματα.
- ✓ Ομάδα Εργασίας Ακτινολογίας. Σκοπός της είναι να αναπτύξει ένα σύστημα εφαρμογής και ελέγχου των ακτινοδιαγνωστικών υπηρεσιών που να διασφαλίζουν άμεσα, ασφαλή και αξιόπιστα αποτελέσματα κλινικής αξιολόγησης των ασθενών(www.hygeia.gr).

Όλα τα παραπάνω υλοποιούνται μέσω καταγραφής διαδικασιών, τακτικών ελέγχων συμμόρφωσης με τις διαδικασίες και εφαρμογή παρεμβάσεων για τη βελτιστοποίηση και ανάπτυξη της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στο Υγεία. Επίσης στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι το Υγεία διαθέτει:

- ✓ Διαπίστευση κατά JCI
- ✓ Πιστοποίηση κατά ISO

3.7.6 Συνεργασίες & Διεθνής Αναγνώριση

Το Μάιο του 2002 το Υγεία και το Harvard Medical International υπέγραψαν συμφωνία συνεργασίας. Το Harvard Medical International είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, θυγατρική εταιρεία του πανεπιστημίου Harvard. Ιδρύθηκε το 1994 κάτω από την εποπτεία της Ιατρικής σχολής του Harvard για να δώσει απαντήσεις σε θέματα που αφορούν παγκοσμίως τις υπηρεσίες υγείας (εκπαίδευση, διοίκηση, ιατρική πρακτική και ιατρική έρευνα). Στο πλαίσιο αυτό, το HMI εξαπλώνει τις δραστηριότητές του σε παγκόσμιο επίπεδο και με τον τρόπο αυτό εμπλέκει νοσοκομεία, η δομή των οποίων είναι σε θέση να προσφέρει συνεχή εκπαίδευση και έρευνα.

Σκοπός αυτής της συνεργασίας ήταν η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών περιλαμβανομένων του κλινικού έργου και των διοικητικών υπηρεσιών, η διαρκής εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Υγεία από καθηγητές της ιατρικής σχολής του Harvard καθώς και η δραστηριοποίηση σε τομείς κοινού ενδιαφέροντος. Στόχος αυτής της δραστηριοποίησης είναι η προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και η καταξίωση του Υγεία στο διεθνή χώρο, καθώς και η από κοινού δημιουργία Ιατρικής Σχολής στην Ελλάδα.

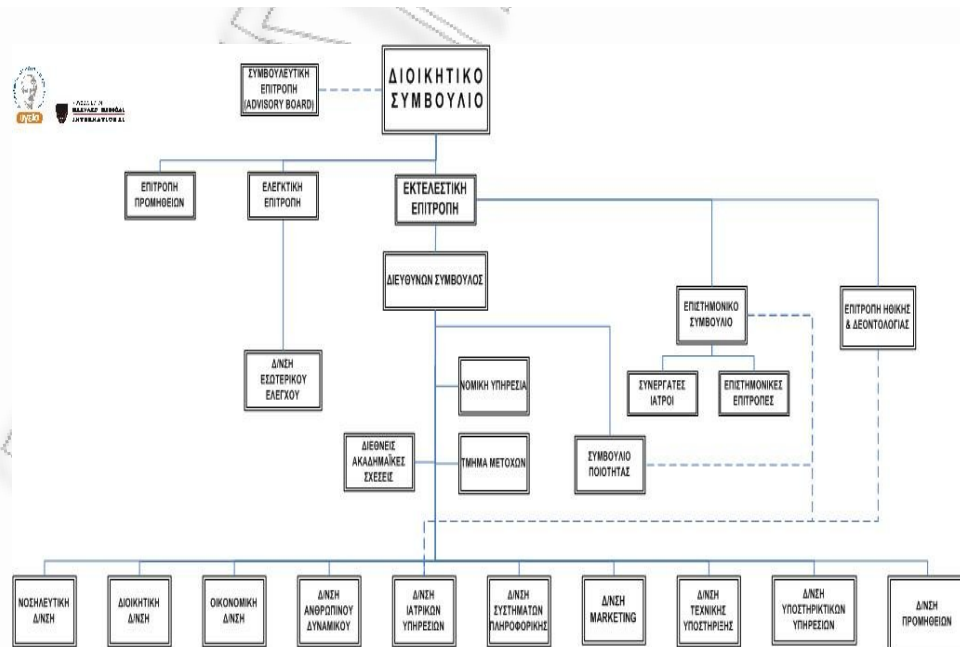
Αξιοσημείωτη είναι η επίσκεψη στο Υγεία των πρυτάνεων κκ. Barry R.Bloom και John Lichten και καθηγητών της Σχολής «Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Harvard» στην Κύπρο και την Ελλάδα Στο πλαίσιο των επισκέψεων των πρυτάνεων κκ. Barry R.Bloom και John Lichten και καθηγητών της Σχολής «Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Harvard» στην Κύπρο και την Ελλάδα για την προώθηση

του Ιδρύματος «Harvard για τη Δημόσια Υγεία και το Περιβάλλον της Κύπρου», πραγματοποιήθηκε επίσκεψη της αμερικανικής αποστολής στο Υγεία. Ο πρόεδρος κ. John Lichten, εξέφρασε τη βαθιά του ικανοποίηση για το επίπεδο της συνάντησης και εξήρε την κλινική και ακαδημαϊκή εικόνα του Υγεία (Ελευθεροτυπία, 2005).

Τέλος, το νοσοκομείο Υγεία είναι αναγνωρισμένο και σε διεθνές επίπεδο. Η άριστη υποδομή, η υψηλή επιστημονική στάθμη και το άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό του το έκαναν μέλος των:

- American Hospital Association
- European Health Μάνατζμεντ Association
- International Society for Quality in Health Care
- International Hospital Federation

3.7.7 Το Οργανόγραμμα της Εταιρείας



Σχήμα 3.1: Το οργανόγραμμα της εταιρείας

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

3.7.8 Πώς Έφθασε στην Εξαγορά

Η οικογένεια Αρβανίτη απέκτησε τον έλεγχο του θεραπευτηρίου Υγεία το καλοκαίρι του 1990. Η συμφωνία είχε υπογραφεί με μεγάλη μυστικότητα στο Λονδίνο. Πωλητής ήταν η αμερικανική AMI, η οποία θα μεταβίβαζε το 72% της κλινικής στην οικογένεια, που ως τότε δεν είχε εμπλακεί στον χώρο της υγείας. Τα χρήματα της οικογένειας Αρβανίτη προέρχονταν κυρίως από τη βιομηχανία χυμών που διέθετε στην Άρτα. Το Υγεία λόγω του πολύ καλού τεχνολογικού εξοπλισμού αλλά και του εξειδικευμένου προσωπικού ήταν συνώνυμο της ποιότητας στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών αλλά και στην ξενοδοχειακή υποδομή.

Το Υγεία εισήχθη στο Χρηματιστήριο τον Ιούνιο του 2002. Από το 1996 ως το 2001 παρουσίαζε μέση αύξηση κερδών 34,9% και κύκλου εργασιών 14,3%. Ο κύκλος εργασιών του Υγεία το 2001 ανήλθε στα 74,5 εκατ. ευρώ και τα κέρδη προ φόρων στα 15 εκατ. ευρώ. Την ίδια χρονιά το περιθώριο λειτουργικού κέρδους προσέγγιζε το 26%. Ήταν η τελευταία χρονιά ανόδου των μεγεθών, καθώς η διοίκηση της εταιρείας υπό την κυρία Ισαβέλλα Αρβανίτη βρέθηκε αντιμέτωπη με δύο σημαντικά γεγονότα που επηρέασαν τις αποδόσεις του θεραπευτηρίου. Κατ' αρχήν διεκόπη η συνεργασία με τις ασφαλιστικές εταιρείες (γενικό φαινόμενο του κλάδου) από την οποία το Υγεία έβγαζε πολλά χρήματα. Επιπλέον υπήρξε μια ομαδική φυγή γιατρών προς το Ιασώ General (πρώην HPA) που είχε εξαγοραστεί από το Ιασώ. Έτσι η εταιρεία προχώρησε στην πρώτη απαισιόδοξη αναθεώρηση των προβλέψεών της το 2002 όταν χαρακτηριστικά δήλωνε προς το Χ.Α.Α.: *«Σημειώθηκε μια απρόσμενη και απρόβλεπτη μείωση στους εισερχόμενους ασθενείς που εκτιμάται ότι θα οδηγήσει σε αρνητική απόκλιση των εσόδων για τη χρήση 2002 περίπου 10% ως 11% από τις*

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

αρχικές προβλέψεις. Η διοίκηση δεν προχωρεί στην περικοπή διαφόρων λειτουργικών δαπανών διότι, όπως υποστηρίζει, επιθυμεί να διαφυλάξει την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και την ομαλή λειτουργία του θεραπευτηρίου σε συνάρτηση με τις αυξημένες απαιτήσεις που συνεπάγονται οι υπό εξέλιξη μεγάλες επενδύσεις. Έτσι ο συνολικός κύκλος εργασιών για τη χρήση 2002 εκτιμάται ότι θα ανέλθει σε 73,4-74 εκατ. ευρώ και τα κέρδη προ φόρων στα 8,1-8,6 εκατ. ευρώ» (Το Βήμα, 2006).

Από τότε η εταιρεία δεν σήκωσε κεφάλι και σύμφωνα με τα τελευταία ενοποιημένα στοιχεία του εννεαμήνου του 2005 εμφάνισε ζημιές ύψους 1,13 εκατ. ευρώ. Η κυρία Αρβανίτη, για δύο ολόκληρα χρόνια έψαχνε να βρει αγοραστή. Μίλησε με πολλούς επιχειρηματίες, συμφώνησε τελικά με τον κ. Βγενόπουλο, ο οποίος την έπεισε ότι η εταιρεία έχει κρυμμένες υπεραξίες, γι' αυτό και δεν μεταβίβασε το σύνολο των μετοχών της αλλά διατηρεί το 23,8% του Υγεία.

3.7.9 Γιατί η Marfin Προτίμησε το Υγεία

Η εμπλοκή του επενδυτικού βραχίονα του ομίλου Marfin (Marfin Capital) στον χώρο της ιδιωτικής υγείας με την απόκτηση του 49% του θεραπευτηρίου Υγεία καταδεικνύει το μεγάλο ενδιαφέρον που έχει προκύψει για τον κλάδο. Ο τζίρος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2004 προσέγγισε τα 1,2 δισ. ευρώ - τεράστιο νούμερο - το οποίο εμφανίζει αυξητικές τάσεις, λόγω της αδυναμίας των κρατικών μονάδων να ανταποκριθούν στοιχειωδώς στις απαιτήσεις των πολιτών αλλά και στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων. Έτσι, πέρα από τους παραδοσιακούς επιχειρηματίες, ο κλάδος προσελκύει και εταιρείες που διαχειρίζονται λεφτά τρίτων, οι οποίες διαβλέπουν στην υγεία μεγάλες προοπτικές ανάπτυξης και κρυφές

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

υπεραξίες. Η Marfin έκανε την έκπληξη αποκτώντας το Υγεία, αφού οι φήμες που είχαν κυκλοφορήσει στην αγορά και είχαν απογειώσει τη μετοχή εμφάνιζαν ως επίδοξους μνηστήρες επιχειρηματίες του χώρου. Το Υγεία τα τελευταία χρόνια ακολουθούσε πτωτική πορεία και η διοίκηση της εταιρείας υπό την κυρία Ι. Αρβανίτη έψαχνε τρόπο να απεμπλακεί. Το τίμημα για πολλούς - ακόμη και από τον ίδιο τον αγοραστή - θεωρείται φθινό. Ίσως έτσι εξηγείται η διατήρηση από την κυρία Αρβανίτη ικανού ποσοστού (23,8%) στο μετοχικό κεφάλαιο του Υγεία με στόχο μελλοντικά κέρδη από την αναδιάρθρωση της μονάδας (Καθημερινή, 2006).

Ωστόσο θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς τι κέντρισε το ενδιαφέρον της Marfin και μπήκε σφήνα την τελευταία στιγμή στην αγορά του Υγεία. Την απάντηση δίνει η σημαντική αύξηση που παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια ο κύκλος εργασιών των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον χώρο της ιδιωτικής υγείας. Ο ετήσιος τζίρος των μεγαλύτερων επιχειρήσεων ξεπερνά το 1,2 δισ. ευρώ και τα περιθώρια ανάπτυξης είναι μεγάλα, γεγονός που εξηγεί την ελκυστικότητα που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος κλάδος για υποψήφιους επενδυτές (Το Βήμα, 2006).

Την οκταετία 1997-2004 οι δαπάνες των ελληνικών νοικοκυριών σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας «έτρεξαν» με μέσο ετήσιο ρυθμό της τάξης του 13% και ξεπέρασαν το 2004 τα 1,18 δισ. ευρώ από 0,5 δισ. ευρώ το 1997. Παράλληλα το μερίδιο της ιδιωτικής συμμετοχής στο σύνολο των δαπανών υγείας αυξάνεται σταδιακά, προσεγγίζοντας σήμερα ποσοστό της τάξης του 50%(ICAP Μάνατζμεντ Consultance, 2004).

Η εξαγορά του Υγεία έγινε από τον επενδυτικό βραχίονα της Marfin, τη Marfin Capital, που απέκτησε αιφνιδιαστικά το 49% του θεραπευτηρίου Υγεία αντί 53,7 εκατ., γεγονός που προοιωνίζεται την εκ νέου μεταβίβαση της εταιρείας στο απώτερο μέλλον, αφού, όπως λένε χαρακτηριστικά στη Marfin: «Δεν φιλοδοξούμε να γίνουμε κλινικάρχες». Το Υγεία το ήθελαν και άλλοι επιχειρηματίες του κλάδου αλλά τελικά η οικογένεια Αρβανίτη την τελευταία στιγμή προτίμησε τη Marfin που έδωσε και το υψηλότερο τίμημα.

Πρόθεση της Marfin είναι η αναδιοργάνωση της εταιρείας, η περαιτέρω μετοχοποίησή της προς τους γιατρούς και η επέκταση των εργασιών της μέσα από στρατηγικές κινήσεις στα πλαίσια της απαραίτητης συγκέντρωσης δυνάμεων και συμπράξεων στον χώρο της υγείας. Σε πρώτη φάση έγινε μια αύξηση κεφαλαίου στην οποία κλήθηκαν να συμμετάσχουν οι γιατροί του Υγεία.

3.8 ΔΥΝΑΜΕΙΣ/ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑ

Ιατρικό Αθηνών

Καλή γεωγραφική τοποθέτηση σε κύριες πόλεις (Αθήνα/Θεσσαλονίκη)

Ευρεία γκάμα παρεχόμενων υπηρεσιών

Σύγχρονες εγκαταστάσεις και υποδομή σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

Ιασό General

Παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου

Εξαιρετική υποδομή

Στρατηγική τοποθεσία

Σημαντικότερες συνεργασίες με κορυφαίους Έλληνες και ξένους ιατρούς, με
κορυφαία νοσηλευτικά ιδρύματα παγκοσμίως και συμμετοχή σε
πρωτοποριακά ερευνητικά προγράμματα.

Υιοθέτηση τεχνολογίας αιχμής

Λογικές τιμές και υψηλή ικανοποίηση του πελάτη

Euromedica

Ισχυρή παρουσία στην Αθήνα, την Βόρεια Ελλάδα και την Κρήτη

Ανεπτυγμένο δίκτυο διαγνωστικών κέντρων, μέσω των οποίων παραπέμπονται
ασθενείς στις κλινικές

Δυνατότητα επίτευξης οικονομικών κλίμακας

Μεγάλη ακίνητη περιουσία

Εταιρεία εισηγμένη στο Χ.Α.Α.

Metropolitan

Παρουσία στα νότια προάστια χωρίς άλλο κύριο ανταγωνιστή

Σύγχρονες εγκαταστάσεις

Ερρίκος Ντυνάν

Στρατηγικά τοποθετημένο στο κέντρο της Αθήνας

Σημαντικός αριθμός κλινών(450)

Υψηλή πληρότητα

Δυνατό brand name, όσον αφορά την ποιότητα και το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών

Πολύ μοντέρνες, υψηλού επιπέδου εγκαταστάσεις

3.9 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Παρακάτω περιγράφονται οι στρατηγικές ανταγωνισμού που ακολουθούν οι κυριότεροι παίκτες στον κλάδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών και ταυτόχρονα οι βασικότεροι ανταγωνιστές του θεραπευτηρίου Υγεία (Πανηγυράκης και Σιώμκος, 2002).

Ιατρικό Αθηνών

Εξάπλωση στην Αττική

Ξεκίνησε ένα νέο πρόγραμμα χρηματοδότησης με την EFG Eurobank (πιστωτικές κάρτες, ειδικές τιμές).

Επιζητά συνεργασία με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Επέκταση στα βαλκάνια.

Ιασώ General

Παρουσία σε όλους τους τομείς υπηρεσιών υγείας(π.χ. γενική κλινική, παιδιατρική κλινική, πλαστική χειρουργική κ.λπ.)

Μείωση κόστους μέσω οικονομιών κλίμακας

Γεωγραφική εξάπλωση στην επικράτεια

Συνεργασία με καταξιωμένους ιατρούς και διεθνούς φήμης ιδρύματα

Euromedica

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

Γεωγραφική επέκταση, πρόσφατες εξαγορές στη Δυτική Μακεδονία και τη Ρόδο

Επικεντρώνει σε μικρές γενικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα

Προσπάθεια να επιτύχει μείωση κόστους

Metropolitan

Λειτουργία νέας μαιευτικής κλινικής στα νότια προάστια της Αθήνας

Λειτουργία δυο μονάδων εξωτερικών ιατρείων(μέσω των οποίων εισήχθη στον
τομέα πρωτοβάθμιας περίθαλψης)

Επενδύσεις 5,5 εκατ. τα έτη 2003-04.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ο Αποστολίδης (1992) παρέχει μία ευρεία αξιολόγηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα από το 1970 και μετά. Αναλυτικότερα, σε σχέση με τις εκροές, ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης των ενηλίκων είναι πολύ κοντά σε αυτόν των περισσότερων χωρών του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ). Η βρεφική θνησιμότητα παρουσίασε μείωση με το χρόνο, αν και η σχετική θέση της χώρας, συγκρινόμενη με αυτές άλλων χωρών, παρέμεινε κατά βάση αμετάβλητη και ίσως ακόμη να έπεσε χαμηλότερα. Ακόμη, η έξοδος ασθενών σε άλλες χώρες για την παροχή νοσηλείας δε διαφημίζει την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Υποδηλώνει ότι, με την απουσία αυτών των επιλογών, ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης θα ήταν βραχύτερος, ενώ η νεογνική θνησιμότητα μεγαλύτερη.

Από την πλευρά των εισροών, στα νοσοκομεία μπορεί κανείς να σημειώσει αρκετές σημαντικές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, όπως μείωση του συνολικού αριθμού των νοσοκομείων, που προήλθε από τη μείωση του αριθμού των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, ενώ αντίθετα αυξήθηκε ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων (και κλινών), καθώς επίσης και το χαμηλό αριθμό των νοσοκομειακών κλινών κατά κεφαλή. Μερικοί επεξηγηματικοί παράγοντες των παραπάνω είναι η αμφίβολη ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στα νοσοκομεία των αγροτικών περιοχών, που έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλή χρήση των δυνατοτήτων αυτών των Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

εγκαταστάσεων, οι ελλείψεις τους σε υγειονομικό προσωπικό και εξοπλισμό και η σχετικά υψηλή χρήση των δυνατοτήτων των νοσοκομείων των μεγάλων πόλεων.

Σχετικά με τις εισροές, φαίνεται να υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός ιατρών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αν και υπάρχουν προβλήματα με τη γεωγραφική κατανομή τους. Η σχετικά χαμηλή εμπειρία των ιατρών στις αγροτικές περιοχές συνδέεται με τη χαμηλή χρήση των δυνατοτήτων των νοσοκομείων των αγροτικών περιοχών, η οποία επηρεάζει τη συνολική νοσοκομειακή χρήση και τις δαπάνες. Επίσης, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να βρίσκεται κάτω του επαρκούς. Αν και ο πληθυσμός του έχει αυξηθεί, ειδικά στο βασικό επίπεδο, η Ελλάδα βρίσκεται πίσω από τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Πολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν εμποδίσει την αύξηση στην προσφορά, αν και η επιρροή τους τείνει να ελαττωθεί (Αποστολίδης 1992).

Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος που καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Δύο βασικοί του στόχοι ήταν, αφενός, η δημιουργία ενός σχεδίου υγειονομικής περίθαλψης από τα πολλά μέχρι τότε υπάρχοντα και αφετέρου, ο διαχωρισμός των ιατρών σε αυτούς που δουλεύουν αποκλειστικά για το ΕΣΥ και σε εκείνους που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Ο πρώτος στόχος δεν έχει επιτευχθεί, εξαιτίας της αντίστασης ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων με υψηλότερες δαπάνες κατά κεφαλή (και υποθετικά καλύτερη ποιότητα περίθαλψης), ενώ το δεύτερο είχε ανάμικτα αποτελέσματα, που επηρεάστηκαν από την αντίσταση στην αλλαγή και τις υπόγειες ιδιωτικές εργασιακές δραστηριότητες των ιατρών. Ένας άλλος στόχος του ΕΣΥ ήταν η «κοινωνικοποίηση» του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μέσω της μείωσης του αριθμού των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών και της αντίστοιχης αύξησης

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

του αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων. Αυτός ο στόχος φαίνεται να έχει, τουλάχιστον, μερικώς επιτευχθεί.

Ένα διακριτό αρνητικό χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι το περίφημο φακελάκι, τα χρήματα δηλαδή που δίνονται στον ιατρό και σε άλλο υγειονομικό προσωπικό από τους συγγενείς του ασθενούς για την εξασφάλιση καλής περίθαλψης. Αυτή η μέθοδος πληρωμής είναι κοινό μυστικό και προφανώς ένας αποδεκτός τρόπος δοσοληψιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να πιστεύουν ότι το δικαιούνται εξαιτίας της αντιλαμβανόμενης ως χαμηλής αμοιβής τους σε σχέση με τον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Και οι πολίτες φαίνεται να έχουν συναινέσει σε αυτό, φοβούμενοι τις συνέπειες, αν δεν το κάνουν. Η παράδοση αυτή, για έναν εξωτερικό παρατηρητή, φαίνεται να είναι μία από τις πιο αρνητικές. Υπαινίσσεται ότι αυτοί που μπορούν να πληρώσουν (ή να πληρώνουν περισσότερα) θα επιτύχουν καλύτερες υπηρεσίες από εκείνους που δεν μπορούν να πληρώσουν (ή πληρώνουν λιγότερα). Εάν η προσδοκία αυτής της πληρωμής σχετίζεται με το τι αντιλαμβάνεται κανείς ως μισθό χαμηλού επιπέδου, το μόνο που μπορεί να τονιστεί είναι ότι οι πληροφορίες σχετικά με τις αποδοχές θα είναι γνωστές σε αυτούς που θα εισέλθουν στα υγειονομικά επαγγέλματα. Εάν ένα άτομο δεν ικανοποιείται από τις αναμενόμενες αποδοχές, θα μπορούσε να επιλέξει ένα άλλο επάγγελμα. Η ύπαρξη αυτού του φαινομένου καταδεικνύει ότι οι παροχές της υγειονομικής περίθαλψης εκμεταλλεύονται τη χαμηλή ελαστικότητα ζήτησής της – δηλαδή, τις ανάγκες των ασθενών και τις τρομερές συνέπειες της μη σωστής και ανεπαρκούς παροχής της. Φαίνεται να είναι μία μορφή υγειονομικού εκβιασμού που συμβαίνει στην Ελλάδα και η ανοχή σε

αυτό προμηνύει την ανυπαρξία ισχυρού ηθικού οικοδομήματος στην ελληνική κοινωνία.

Στην Ελλάδα, προσπάθειες για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων δεν έχουν καταβληθεί. Η πρώτη αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται στο Ν.2519/1997 με την πρόβλεψη σύστασης του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο 9 Ν.2519/1997). Παρότι η ορολογία, η σχετική με τον έλεγχο και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται άλλοτε δόκιμα και άλλοτε αδόκιμα στα σχετικά κείμενα των επιστημόνων, σε σύγκριση με τα άλλα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς, ότι δεν έχει γίνει κανένα ουσιαστικό βήμα από τους αρμόδιους φορείς προς την κατεύθυνση αυτή.

Στη χώρα μας, το 2002 γίνεται η πρώτη, ουσιαστικά, προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας ως προς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων. Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) ιδρύεται με το Ν.2920/2001 τεύχος Α' ΦΕΚ 131/27.6.2001 και αρχίζει να λειτουργεί στις 16/09/2002 (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001). Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) της χώρας και σκοπός του είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και ιδίως των αιτιών κακής λειτουργίας, κακής διοίκησης και

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

διαχείρισης και υψηλού κόστους λειτουργίας, ή άλλων παραγόντων που μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών.

Εντούτοις, παρά το ότι το ΣΕΥΥΠ εμφανίζεται ιδιαίτερα αναβαθμισμένο σε σχέση με τα αντίστοιχα σώματα επιθεώρησης του εξωτερικού, η κύρια λειτουργία του συνδέεται με την καταγραφή παθογόνων αιτιών και την διατύπωση προβλημάτων στα νοσοκομεία και όχι με διαδικασίες αξιολόγησης της αποδοτικότητας με τη χρησιμοποίηση στατιστικών (μη χρηματοοικονομικών)δεικτών.

4.2 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς πέρα από τις συνεχείς επαφές για εξαγορές, οι ανακοινώσεις δημιουργίας στρατηγικών συμμαχιών καθώς και οι μεταγραφές ιατρών με σκοπό τη διεύρυνση της πελατείας τους, δημιουργούν νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας. Αποτέλεσμα των εξαγορών και συγχωνεύσεων που έλαβαν χώρα τα τελευταία κυρίως χρόνια μεταξύ των εταιρειών του κλάδου, είναι η δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες και συγκεκριμένα: α) στη γεωγραφική κάλυψη, β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών και γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη. Παράλληλα, στα σχέδια των ομίλων αυτών περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Σύμφωνα με παράγοντες της αγοράς, οι εξελίξεις στην αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, θα εξαρτηθούν από μια σειρά παραγόντων σημαντικότεροι των οποίων θεωρούνται, η πορεία του δημόσιου τομέα της υγείας, οι εξελίξεις στην ιδιωτική ασφάλιση, η απόδοση των νέων επενδύσεων και η εφαρμογή του νέου θεσμικού πλαισίου περί λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών.

Όπως κατέστη φανερό και από όσα αναφέρθηκαν ήδη, δεν είναι λίγες οι εταιρείες εκείνες που επιχειρούν άνοιγμα και πέραν των ελληνικών συνόρων, μετά την ολοκλήρωση ενός έντονου αναπτυξιακού προγράμματος σε πανελλαδικό επίπεδο. Ειδικότερα, η δημιουργία νέων διαγνωστικών κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε διάφορες αγορές του εξωτερικού και κυρίως της Ανατολικής Ευρώπης, εντάσσεται στα σχέδια ορισμένων μεγάλων κλινικών οι οποίες έχοντας και τη στήριξη ασφαλιστικών εταιρειών, επενδύουν σε αγορές οι οποίες χαρακτηρίζονται αναπτυσσόμενες τουλάχιστον όσον αφορά τον τομέα των υπηρεσιών της υγείας.

Τέλος, εκτιμάται ότι σύμφωνα με τις ισχύουσες συνθήκες και τάσεις, η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας θα συνεχίσει την ανοδική της πορεία κατά το τρέχον έτος 2007(Icap Databank, 2006).

4.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Γεγονός είναι ότι τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία δεν λειτουργούν σήμερα ως δημόσιες «επιχειρήσεις», αλλά ως κοινές δημόσιες υπηρεσίες, από νομικής, οργανωτικής και οικονομικής πλευράς. Οι νοσοκομειακές επενδύσεις πραγματοποιούνται με τυχαίο τρόπο, οι τιμές των νοσοκομειακών εκροών διαμορφώνονται εικονικά, τα ελλείμματα συσσωρεύονται ως μοιραία συνέπεια και η

Μ.Π.Σ. στην «Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική»

Ακαδ. έτος: 2006-2007

Χρήστος Σ. Κυρίτσης

προσφυγή σε ιδιωτικοποιήσεις δραστηριοτήτων έχει καταστεί αναγκαστική, παρ' ότι υπηρετεί και αμείβεται ένα πλήθος μόνιμου προσωπικού που τυπικά οφείλει να καλύπτει τις συγκεκριμένες ανάγκες. Το πρόβλημα απαιτεί ριζική πολιτική παρέμβαση, η ταχύτητα της οποίας θα καθορίσει και την έκταση των αρνητικών επιπτώσεων, που μεγιστοποιούνται καθημερινά. Λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο δημόσιος κλάδος υγείας, ο ιδιωτικός κλάδος υγείας βρίσκεται σε ανοδική πορεία και θεωρείται μαγνήτης για κέρδη.

Παρόλα αυτά η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνομούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι δύσκολο έργο και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα. Διεθνώς, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας προέρχονται από τρεις χώρους: το Πανεπιστήμιο, το κράτος και τον ιδιωτικό τομέα. Κάθε χώρα, ανάλογα με το πολιτικό της σύστημα και τις ιδιαιτερότητές της, για να οργανώσει τα παρεχόμενα συστήματα υγείας, επιστρατεύει κάποιους ή όλους από τους παραπάνω φορείς.

Στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών επιτελείται και από τους τρεις παραπάνω φορείς. Κυριότερο στόχο των ανωτέρω φορέων θα πρέπει να αποτελεί, τόσο η προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, όσο και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών, αλλά και η παραγωγή νέας ιατρικής γνώσης.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια και

τριτοβάθμια) αποτελεί σήμερα, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται στον προσανατολισμό, για πάρα πολλά χρόνια-και σε μεγάλο βαθμό μέχρι και σήμερα-της ιατρικής επιστήμης, άρα και των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως προς τη θεραπευτική κατεύθυνση. Έτσι, έχουμε τη δημιουργία και οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας, οι οποίες απαιτούν αυξημένους πόρους, τόσο για την κατασκευή και τον εξοπλισμό τους, όσο και για τη λειτουργία τους (Σιγάλας, 1997).

Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης, δηλαδή η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία, είναι ο τομέας εκείνος, των υπηρεσιών υγείας, που μέχρι σήμερα έχει προσελκύσει κατεξοχήν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, των υπευθύνων για την παροχή της φροντίδας, αλλά και των ασθενών των νοσοκομείων.

Από την εξέταση της διεθνούς βιβλιογραφίας και πολλών ερευνών που έχουν εκπονηθεί, προκύπτει επιτακτική ανάγκη αναβάθμισης, ποιοτικά, των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, τόσο διεθνώς, όσο-και σε μεγαλύτερο βαθμό-στη χώρα μας. Αμέσως παρακάτω, παραθέτουμε ορισμένες προτάσεις και ενέργειες, οι οποίες θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κατά επέκταση στην ποιότητα των υπηρεσιών του όλου συστήματος υγείας. Οι προτάσεις αυτές ανταποκρίνονται κυρίως και στο μεγαλύτερο βαθμό, στην υπάρχουσα κατάσταση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη διασύνδεσή της με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας. Η

αναβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας, καθώς και του θεσμού του οικογενειακού γιατρού κρίνονται αναγκαίες. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα σχετικά απλά και καθημερινά περιστατικά, χωρίς να επιφορτίζεται η λειτουργία των νομαρχιακών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων με περιστατικά, τα οποία, έτσι και αλλιώς δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητες των τελευταίων (Σούλης, 1998).

Επιτακτική είναι πλέον η ανάγκη εκσυγχρονισμού των μονάδων υγείας με την εισαγωγή νέων μεθόδων ορθολογικής διοίκησης-διαχείρισης, παράλληλα με μια πολυεπίπεδη αναδιάρθρωσή τους. Η υιοθέτηση του σύγχρονου μάνατζμεντ είναι δεδομένο ότι μπορεί να επηρεάσει θετικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο δυστυχώς, οι μονάδες υγείας που το έχουν υιοθετήσει στην Ελλάδα, δεν είναι η πλειοψηφία. Επιπρόσθετα, έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότερες από αυτές τις μονάδες δεν διαθέτουν τμήμα διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων, ώστε να ελέγχουν τις δυσκολίες εφαρμογής, από τους εργαζόμενους, των τακτικών του σύγχρονου μάνατζμεντ. Αυτό οφείλει να αλλάξει άμεσα.

Εν κατακλείδι οι μονάδες υγείας στην Ελλάδα προκειμένου να γίνουν πιο αποτελεσματικές θα πρέπει να ακολουθήσουν όλα όσα υπαγορεύει το σύγχρονο μάνατζμεντ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

- AMERICAN HEALTH CONSULTANTS (1992), Joint Commission backs off CQI; QA back in favor. QI/TQM, p. 1-2.
- Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George, (1998) “Private and public medicine: a comparison of quality perceptions”, *International Journal of Health Quality Assurance*.
- Bruns, Jr., William J. (1989), “A REVIEW of Robert K. Yin’s Case Study Research: Design and Methods,” *Journal of Μάνατζμεντ Accounting Research*, Vol. 1 (Fall 1989), pp.157-163.
- Evans R. James (2002), Lindsay M. William “The Μάνατζμεντ and Control of Quality”.
- Fitzsimmons P., White T., (2004), “Medicine and Μάνατζμεντ: a conflict facing general practice”, *journal of Μάνατζμεντ in Medicine*.
- Griffith and White (2005). The Evolution in Hospital Μάνατζμεντ, *Journal of Health Care Management*, 50-3.
- Griffith, J., R., White, K., R. (2002). *The Well Managed Healthcare Organization*, 5th ed. Chicago: AUPHA, Health Administration Press.
- Northcott, J., H., (2000). *Untapped Options: Building Links Between Marketing and Human resources to Achieve Organizational Goals in Health Care Μάνατζμεντ*. San Francisco: Jossey-Bass
- Papadopoulos, A. G. (2006), “*Qualitative Social Research: Methodological Approximates and Analysis Data*,” Critiki Publications, Athens (in Greek).

- Stake, R. (1995), “The art of case study research,” Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Tellis, W. (1997), “Application of a Case Study Methodology”, *The Qualitative Report*, Vol. 3, No.3.
- US Institute of Medicine of the National Academies (2003). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Available at: www.iom.edu/includes/
- Yin, R. (1984), “Case Study Research: Design and methods,” (1st ed.) Beverly Hills, CA: Sage Publishing.
- Yin, R. (1994), “Case Study research: Design and methods,” (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Yin, R. K. (2003), “*Applications of Case Study Research*,” 2nd Edition, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Zajac, j. (2003). The public hospital of the future. The Healthcare system, Chronic illness. Vol. 179.
- Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι.(2003), «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές».
- Αποστολίδης Α., (1992), « Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα από το 1970», *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ., Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Ερευνητική Εργασία (Original Paper), 2003.
- Κόμπολη Μ., Καρύδης Α., Χατζηγεωργίου Δ., Πανής Β.(2004), Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής , Ερευνητική Εργασία (Original Paper).

- Μουτσόπουλος Χ., «Προτάσεις για αναμόρφωση των Υπηρεσιών Υγείας στη σύγχρονη Ελλάδα».
- Πανηγυράκης Γ., & Σιώμος Γ., (2002), «Μελέτες Περιπτώσεων Μάρκετινγκ», Σταμούλης, Αθήνα.
- Παπαδάκης Β.(2002), «Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία», Μπένος, Αθήνα.
- Σούλης Σ.(1998), «Οικονομική της Υγείας».
- Φαφαλιού, Ε., Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, «Διαχείριση Επιχειρηματικών Καινοτομιών», 2006-2007.
- Φαφαλιού Ε., Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, «Στρατηγική Διοίκηση Μονάδων Υγείας», 2006-2007.
- Robinson, M. K. and B. H. Kleiner (1997), “Competition and its Implications for Managing Health Care Organizations,” *Journal of Health Manpower Μάνατζμεντ*, Vol. 23, No. 6, pp. 229 – 232.
- Wheeler, N. and T. Proctor (2003), “Strategy Analysis in Health Service,” *Journal of Marketing Μάνατζμεντ*, Vol. 9, No. 3, pp. 287 – 300.
- Freeman R.(1998), “Competition in contex: the politics of health care reform in Europe”, *International Journal for Quality in Health Care*.
- Icap Databank, 2004
- Icap Databank, 2006
- Icap Consultance, 2006

Πηγές στο διαδίκτυο

- www.iaso.gr
- www.iatriko.gr
- www.iatronet.gr
- www.kathimerini.gr
- www.hygeia.gr
- www.tobhma.gr
- www.who.int
- www.euro.who.int
- www.mohaw.gr
- www.statistics.gr
- www.evangelismos-hosp.gr
- www.eurostat.gr
- www.eletherotypia.gr