



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΜΠΣ στην «ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ»

**« Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ
ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ: ΜΙΑ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ »**

ΒΙΡΓΙΝΙΑ-ΝΕΚΤΑΡΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΠΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2012

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

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ»

από

ΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΗΛΩΣΗ

Η εργασία αυτή είναι πρωτότυπη και εκπονήθηκε αποκλειστικά και μόνο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην « Οικονομική & Επιχειρησιακή Στρατηγική», τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2011.

Βιργινία-Νεκταρία Πρωτόπαπα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τα τελευταία 20 χρόνια, οι κυβερνήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν προσπαθήσει να ενισχύσουν το ρόλο της αγοράς και του ανταγωνισμού στον κλάδο της υγείας προκειμένου να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και παράλληλα να μειωθεί το κόστος αυτών. Η αύξηση του ανταγωνισμού και ακολούθως οι επιπτώσεις στο κόστος αλλά και στην τιμολογιακή πολιτική των υπηρεσιών υγείας είχε ως αποτέλεσμα την μεταμόρφωση των βιομηχανιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι μεγάλες επιχειρήσεις οδηγούνται σε συνεχή συγχωνεύσεις και εξαγορές μικρότερων επιχειρήσεων. Φαινόμενο ιδιαίτερο έντονο στον κλάδο των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών αν αναλογιστεί κανείς το Υγεία κατέχει το 98,6% του Μητέρα, το οποίο με τη σειρά του κατέχει το 88,8% του Λητώ. Εάν αυτή η τάση συνεχιστεί, λίγες θα είναι οι επιχειρήσεις που θα κυριαρχήσουν και θα μονοπωλήσουν την αγορά. Σε αυτή τη μελέτη λοιπόν, χρησιμοποιώ τους δείκτες συγκέντρωσης (CR) και (HHI) για τις τέσσερις μεγαλύτερες επιχειρήσεις προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός συγκέντρωσης των Ελληνικών ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών για την περίοδο 2004-2009. Τα αποτελέσματα έδειξαν ξεκάθαρα πως η αγορά των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών γίνεται όλο και πιο άνιση με την έννοια ότι όλο και λιγότερες κλινικές διαθέτουν το μεγαλύτερο μερίδιο πωλήσεων. Μέσα από μία συγκριτική αναφορά με αντίστοιχα ευρήματα για την περίοδο 1997-2004 αλλά και μία διεπαγγελματική ανάλυση είναι σαφές ότι οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές έχουν το υψηλότερο ποσοστό συγκέντρωσης διαχρονικά. Τέλος, φαίνεται πως η δομή της αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών στην Ελλάδα είναι ξεκάθαρα ολιγοπωλιακή δεδομένου ότι πολύ λίγες επιχειρήσεις κυριαρχούν στην αγορά.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα κατ' αρχήν να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Αθανάσιο Βοζίκη, για την ομαλή συνεργασία που είχαμε καθ' όλο το χρονικό διάστημα εκπόνησης της διπλωματικής αυτής εργασίας. Οι συμβουλές, οι οδηγίες και οι κατευθύνσεις του συνέβαλαν καταλυτικά στην επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Τέλος, θα ήταν παράλειψη μου να μην εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην οικογένεια μου και τους φίλους μου, για την αμέριστη συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	3
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	3
2.1 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	3
2.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	7
2.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	10
2.4 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	16
2.4.1 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου	21
2.4.2 Βασικά οικονομικά στοιχεία για τον ιδιωτικό κλάδο	22
2.4.3 Οι πυλώνες ανάπτυξης των ιδιωτικών κλινικών.....	29
2.4.4 Εξέλιξη της υποδομής και διάρθρωση του κλάδου	32
2.4.5 Συνθήκες ανταγωνισμού	35
2.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ..	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	40
ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ	40
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	40
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ – ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.....	41
3.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	42
3.3.1 Concentration ratio.....	43
3.3.2 Herfindahl – Hirschman Index.....	45
3.3.3 Κριτική που ασκήθηκε πάνω στους σημαντικότερους δείκτες συγκέντρωσης – Ιστορική	46
3.4 ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	48
3.4.1. «ΜΗΤΕΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.»	48
3.4.2 Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ «ΙΑΣΩ Α.Ε.»	50
3.4.3 «ΛΗΤΩ Α.Ε.».....	51
3.4.3 ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.	52

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	53
4.1 Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	53
4.1.1 Ανάπτυξη και ανάλυση των στοιχείων μελέτης.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
5.1 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	57
5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα της συγκέντρωσης των Ελληνικών ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών. Είναι γεγονός πως τις αρχές της δεκαετίας του '90 η δομή της αγοράς άλλαξε άρδην. Ενώ ο κλάδος στις αρχές της δεκαετίας του '80 χαρακτηριζόταν από μικρές ιδιωτικές κλινικές οι οποίες ανήκαν σε ιατρούς, σήμερα πρωταγωνιστούν μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα. Οι τέσσερις μεγαλύτεροι παροχείς υγείας (βάσει κύκλου εργασιών) κατέχουν το 1/2 της αγοράς ιδιωτικών μαιευτηρίων, ενώ οι μικρότεροι παίκτες είναι λιγότερο ανταγωνιστικοί λόγω αδυναμίας τους να επενδύσουν σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό. Περαιτέρω, ο ολιγοπωλιακός χαρακτήρας του κλάδου εντείνεται περισσότερο, καθώς οι μεγάλοι όμιλοι διακρατούν σημαντικά ποσοστά στο μετοχικό κεφάλαιο των «ανταγωνιστικών ομίλων».

Η εργασία διακρίνεται σε πέντε μέρη: το πρώτο κεφάλαιο είναι εισαγωγικό και παρουσιάζει τη συνολική δομή της μελέτης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνεται το θεωρητικό υπόβαθρο της υπό μελέτης περιοχής. Σε αυτό το κεφάλαιο διενεργείται η επισκόπηση του κλάδου παροχής ιατρικών υπηρεσιών και εξετάζονται οι τάσεις που επικρατούν στον κλάδο.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαδικασίες και η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την πραγματοποίηση της ανάλυσης. Αναλύονται εκτενώς οι δείκτες μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν και γίνεται και μία σύντομη αναφορά στις μαιευτικές κλινικές που μας απασχόλησαν.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση και η ερμηνεία των στοιχείων που προέκυψαν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι τάσεις και οι προοπτικές του κλάδου των μαιευτικών κλινικών καθώς και προτάσεις και συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από την συγκεκριμένη μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της ελληνικής αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα των Μαιευτικών Κλινικών που εντάσσονται στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σύμφωνα με τη διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

2.1 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως υγεία ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους κλασσικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση «δράσεων υγείας». Ως «δράση υγείας» ορίζεται οποιαδήποτε δραστηριότητα ή σύνολο δραστηριοτήτων η οποία έχει πρωταρχικό της σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Με αυτή την

έννοια, στο σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Αλεξιάδου Ε., 2011).

Κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:

- ✓ Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
- ✓ Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταπόκριση του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ειδικότερα, περιλαμβάνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο στόχος αυτός διακρίνεται σε δύο μέρη, το πρώτο είναι η βελτίωση του μέσου επιπέδου ανταπόκριση του συστήματος και το δεύτερο η προαγωγή της ισότητας στην κατανομή της ανταπόκριση μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές τις οποίες ενδεχομένως εμφανίζουν.
- ✓ Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω έλευσης κάποιας ασθένειας.

Οι θεμελιακές αρχές των σύγχρονων ασφαλιστικών συστημάτων οριοθετούνται στις αρχές του 20ού αιώνα και αναπτύσσονται δύο βασικές μορφές κοινωνικής πολιτικής:

1. Στη Γερμανία το σύστημα Bismark..

2. Στην Αγγλία το σύστημα Beveridge.

Βασικές αρχές του πρώτου είναι:

. Η αυτοβοήθεια.

. Η αυτονομία.

. Η επιλεκτικότητα.

. Η χρηματοδότηση προέρχεται από εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Στο δεύτερο σύστημα τα κύρια χαρακτηριστικά είναι:

. Η εξασφάλιση ελάχιστου επιπέδου εισοδήματος.

. Η αρχή της καθολικότητας.

. Χρηματοδότηση από φορολογικά έσοδα.

Από μια γενικότερη θεώρηση τα ευρωπαϊκά κοινωνικά συστήματα ταξινομούνται σε

τρεις ομάδες:

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι εξής χώρες: Γερμανία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Γαλλία

Κύρια χαρακτηριστικά:

- ✓ Οι παροχές είναι συνάρτηση των εισφορών. Αυτές προέρχονται από εργοδότες, εργαζόμενους και ελεύθερους επαγγελματίες
- ✓ Ο τομέας υγείας χρηματοδοτείται από εισφορές.
- ✓ Ίση πρόσβαση από όλους στις παροχές.
- ✓ Υπηρεσίες Υγείας παρέχονται ταυτόχρονα και από τον ιδιωτικό τομέα (το κράτος μεταβιβάζει πόρους ή αγοράζει υπηρεσίες).
- ✓ Ο τομέας πρόνοιας χρηματοδοτείται από την φορολογία.

Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν χώρες όπως: Αγγλία, Δανία, Ιρλανδία

Κύρια χαρακτηριστικά:

- ✓ Βασική πηγή χρηματοδότησης είναι η φορολογία.
- ✓ Εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου εισοδήματος.
- ✓ Λειτουργούν Ε.Σ.Υ., με ελεύθερη πρόσβαση για όλους.
- ✓ Υπηρεσίες Υγείας κυρίως από τον δημόσιο τομέα.

Στην Τρίτη ομάδα ανήκουν οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου: Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία.

Κύρια χαρακτηριστικά:

- ✓ Μικτό σύστημα, με στοιχεία και από τα δύο συστήματα.

- ✓ Χρηματοδότηση από εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών.
- ✓ Τομέας Υγείας από φορολογικά έσοδα.

Όπως είναι φανερό στην Ε.Ε. δεν υπάρχει κοινή πολιτική σε θέματα περίθαλψης, εφόσον αυτά παραμένουν στη δικαιοδοσία των κρατών-μελών.

2.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μικτό σύστημα με συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από την πλευρά χρηματοδότησης αυτών. Ιστορικά, αναπτύχθηκε στηριζόμενο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών διαφόρων επαγγελματικών ομάδων μέσω Ασφαλιστικών Ταμείων. Σήμερα, το μοντέλο αυτό τείνει περισσότερο προς ένα σύστημα υγείας που τουλάχιστον από άποψη χρηματοδότησης εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).

Συγκεκριμένα, το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας συνίσταται σε τρία υποσυστήματα, τα οποία λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

- Το ΕΣΥ (κυρίως νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ).
- Το ΙΚΑ και τα λοιπά Ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία προσφέρουν διαφορετική κάλυψη στους δικαιούχους περίθαλψής τους.

- Ο ιδιωτικός τομέας, με πολυάριθμα διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια, εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία.

Επομένως, η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων), τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών-καταναλωτών.

Αυτό συνεπάγεται την εμπλοκή στη χάραξη πολιτικής υγείας πολλών και διαφορετικών φορέων και Υπουργείων. Συγκεκριμένα, την αρμοδιότητα και ευθύνη για την ανάπτυξη και λειτουργία του ΕΣΥ έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την εποπτεία των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης έχει το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, το Υπουργείο Άμυνας εποπτεύει τις υπηρεσίες υγείας του στρατού, το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων έχει την αρμοδιότητα παροχής φροντίδας υγείας στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας, το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας καλύπτει τους ναυτικούς και τις οικογένειές τους και τέλος το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών εποπτεύει τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Αποτέλεσμα του κατακερματισμού των παραπάνω αρμοδιοτήτων είναι η δυσκολία χάραξης ενιαίας πολιτικής υγείας (Αποστολίδης Α., 1992). Το ΕΣΥ ιδρύθηκε το 1983 και βασίστηκε στις αρχές της ισότητας και της αποτελεσματικότητας. Σκοπός του είναι να προσφέρει δωρεάν αγαθά και υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, απ' όπου καλύπτονται οι αμοιβές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στο ΕΣΥ (τόσο στην

πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας), οι δαπάνες του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και μέσω του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων όποια δαπάνη πραγματοποιείται για επενδύσεις σε κτιριακό, ιατροφαρμακευτικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό. Τα λειτουργικά έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας καλύπτονται από τα νοσήλια που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς.

Το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος είναι ο πολυκερματισμός του που εκφράζεται από το μεγάλο αριθμό των δημόσιων φορέων ασφάλισης. Πρόκειται για ένα μεικτό σύστημα με στοιχεία και από τα δύο κλασικά συστήματα προστασίας Beveridge και Bismark, ευάλωτο σε διακυμάνσεις με όλες τις σχετικές συνέπειες (Αναγνώστου-Δεδούλη Α., 2002), (Σούλης Σ., 1998).

Η ίδρυση και λειτουργία ενός μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών φορέων δικαιολογείται κυρίως από τον προσανατολισμό του συστήματος στην κάλυψη διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών, όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: Φορείς κοινωνικής ασφάλισης κατά επαγγελματική κατηγορία

Φορείς κοινωνικής ασφάλισης κατά επαγγελματική κατηγορία κάλυψης	
Αριθμός Φορέων Ασφάλισης αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Επαγγελματικές κατηγορίες
22	Εργαζόμενοι ιδιωτικού τομέα
10	Προσωπικό τραπεζών
12	Προσωπικό δημόσιων επιχειρήσεων
6	Ανεξάρτητοι επαγγελματίες
11	Ελεύθεροι επαγγελματίες
6	Προσωπικό τύπου
1	Αγρότες
17	Δημόσιοι υπάλληλοι

Το Υπουργείο υγείας αποφασίζει για τα συνολικά ζητήματα υγείας. Θέτει προτεραιότητες σε Εθνικό επίπεδο, και διαθέτει τους απαραίτητους πόρους. Δεκαεπτά περιφερειακά Αρμόδιες για την υγεία αρχές (ΠΕΣΥ) έχουν την ευθύνη για την εφαρμογή, το συντονισμό, την οργάνωση και διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο. Τα ΠΕΣΥ δεν έχουν οικονομική αυτοτέλεια και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο (Σουλιώτης Κ., 2000).

Όλο το προσωπικό του ΕΣΥ (γιατροί, νοσοκόμες, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και τεχνικοί και διοικητική υποστήριξη) είναι δημόσιοι Υπάλληλοι. Το ΙΚΑ είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός και παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε 5,5 εκατομμυρίων ασφαλισμένους μέσω των 350 μονάδων του.

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 Περίθαλψη: σε αυτή την κατηγορία περιέχονται υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε κλινικές ή νοσοκομεία. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους παρακάτω φορείς:

- Ιδιωτικά Νοσοκομεία και κλινικές που ουσιαστικά αποτελούν αυτόνομες ιδιωτικές επιχειρήσεις. Οι φορείς αυτοί αποτελούν το 60% κατά προσέγγιση του συνόλου των θεραπευτηρίων της χώρας ενώ διαθέτουν σημαντικό ποσοστό του συνόλου των κλινών και συγκεκριμένα διαθέτουν το 30%.
- Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου που αφορούν σε ανεξάρτητα θεραπευτηρία επιχορηγούμενα από το Ελληνικό Κράτος. Επισημαίνεται ότι ο αριθμός των φορέων αυτής της κατηγορίας είναι μικρός.
- Δημόσια Νοσοκομεία που είναι και ο μεγαλύτερος φορέας της εξεταζόμενης κατηγορίας. Το κράτος τα χρηματοδοτεί για τις υπηρεσίες που παρέχουν μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και επιπλέον, ως ποσοστό επί του συνόλου των κλινών, κατέχουν την πρώτη θέση με ποσοστό της τάξεως του 70%.

Τριτοβάθμια Περίθαλψη: η κατηγορία αυτή απαρτίζεται από τα Περιφερειακά Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε εξοπλισμό για τη κάλυψη εξειδικευμένων περιπτώσεων.

Στις χώρα μας, οι υπηρεσίες υγείας ουσιαστικά στηρίζονταν στις προσπάθειες του δημοσίου τομέα μέχρι και το 1987 όπου και θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με σκοπό την βελτίωση της υποδομής των κρατικών νοσοκομείων καθώς και των παρεχόμενων από αυτά υπηρεσιών.

Στην αρχή της δεκαετίας του 1990 με την έκρηξη της τεχνολογίας στην Ελλάδα και τη συγκέντρωση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας στον ιδιωτικό τομέα της περίθαλψης, οι ιδιωτικές κλινικές άρχισαν να αποκτούν σημαντικά μερίδια αγοράς

στο χώρο της υγείας. Στο γεγονός αυτό συνετέλεσε επίσης και αδυναμία των κρατικών νοσοκομείων να καλύψουν τη ζήτηση με αποτέλεσμα, ο ιδιωτικός τομέας να καλύπτει ένα μεγάλο τμήμα νοσοκομειακής φροντίδας όπως και ένα μεγάλο τμήμα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπροσθέτως, ολιγοπώλιο επικρατεί σε ότι αφορά τη μαιευτική και γυναικολογική περίθαλψη. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει ανάπτυξη και στον τομέα της ακτινολογίας που ακολουθείται από την απόκτηση της αντίστοιχης απαραίτητης προηγμένης τεχνολογίας.

A. Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια Νοσοκομεία διαθέτουν το 68% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων. Ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-

60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

B. Ιδιωτικές κλινικές

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους.

Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και

μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Γ . Διαγνωστικά Κέντρα

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα

τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995. Σήμερα ο συνολικός αριθμός των διαγνωστικών κέντρων που λειτουργούν στην χώρα μας εκτιμάται ότι αγγίζει τα 400.

Επείγουσα Προ-νοσοκομειακή 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 (Σούλης Σ., Σαρρής Μ., Θεοδώρου Μ., 2001).

2.4 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, η πλειονότητα των ιδιωτικών θεραπευτηρίων δευτεροβάθμιας περίθαλψης που λειτουργούν στην Ελλάδα κατατάσσεται στην κατηγορία δυναμικότητας 41-100 κλινών, ενώ μεγάλος είναι και ο αριθμός αυτών που έχουν δυναμικότητα 100-300 κλινών.

Ανάλογα με το μέγεθός τους, οι **ιδιωτικές γενικές κλινικές** διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- **Μεγάλες πολυδύναμες κλινικές**, οι οποίες βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και οι οποίες είναι λίγες σε αριθμό. Οι κλινικές αυτές υπερβαίνουν σε δυναμικότητα τις 300 κλίνες και στην πλειοψηφία τους είναι στελεχωμένες από άρτια εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, διαθέτοντας ιατρικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας. Επίσης, διατηρούν συμφωνίες τόσο με ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία του δημοσίου, όσο και με τις περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα. Οι συγκεκριμένες κλινικές καλύπτουν ένα ευρύ

φάσμα υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και διάγνωσης. Τα έσοδά τους προέρχονται από τους εσωτερικούς-νοσηλεύομενους ασθενείς και από ασθενείς οι οποίοι επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία.

- **Μεσαίες κλινικές**, οι οποίες συνήθως διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα καθώς και με ταμεία του δημοσίου.
- **Μικρές κλινικές**, οι περισσότερες των οποίων καλύπτουν το κόστος νοσηλείας των ασθενών τους (ολόκληρο ή μέρος), μέσω συμβάσεων που έχουν συνάψει με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημοσίου.
- **Νευροψυχιατρικές κλινικές**, οι οποίες αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία, είναι αρκετές σε αριθμό και τα έσοδά τους προέρχονται εξ ολοκλήρου από εσωτερικούς νοσηλεύομενους ασθενείς, εμφανίζοντας υψηλές μέσες ετήσιες πληρότητες. (ICAP Databank, 2005)

Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή των ιδιωτικών κλινικών, η πλειοψηφία τους βρίσκεται συγκεντρωμένη στην περιφέρεια της Αθήνας και ακολουθεί η περιφέρεια της Θεσσαλονίκης, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα:

ΣΧΗΜΑ 2.1: Γεωγραφική διασπορά ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινικών



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. Σχετικά με τα **ιδιωτικά μαιευτήρια** που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα, αποτελούν στην ουσία κλινικές οι οποίες

παρέχουν μαιευτικές και γενικότερα γυναικολογικές υπηρεσίες. Ωστόσο, τα περισσότερα εξ' αυτών έχουν επεκταθεί και στην ίδρυση σύγχρονων εξεταστικών κέντρων για την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών.

Το φαινόμενο της υπογεννητικότητας στη χώρα μας, οδηγεί ως ένα βαθμό σε σχετικά χαμηλή πληρότητα ορισμένων εκ των μονάδων του κλάδου. Ωστόσο, έντονη είναι τα τελευταία κυρίως χρόνια η επενδυτική δραστηριότητα από μέρους αρκετών ιδιωτικών μαιευτηρίων, τόσο σε κτιριακές εγκαταστάσεις, όσο και σε μηχανολογικό εξοπλισμό με σκοπό τη συνεχή αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Όσον αφορά τα **διαγνωστικά κέντρα**, αυτά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και πρόληψη των ασθενειών. Με τη σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή και με το εξειδικευμένο προσωπικό που διαθέτουν, είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα ιατρικά – διαγνωστικά κέντρα υποστηρίζουν στο έργο τους και τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τα διαγνωστικά κέντρα υπό τη μορφή μεγάλων οργανωμένων μονάδων που προσφέρουν υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης, καλύπτοντας περισσότερες από μία ειδικότητες, εμφανίστηκαν στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Ωστόσο, τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια υπό τη μορφή εταιρειών (Α.Ε. και Ε.Π.Ε.) άρχισαν νόμιμα να λειτουργούν στη χώρα κατά τη διάρκεια της 10ετίας του 1970. Μετά το 1985 παρουσίασαν ιδιαίτερη ανάπτυξη και μετεξελίχθηκαν σε μεγάλες διαγνωστικές μονάδες.

Μάλιστα, εξαιτίας του θεσμικού πλαισίου που έθετε εμπόδια στην ίδρυση νέων κλινικών και την επέκταση παλαιότερων, ιδιωτικοί φορείς που επιθυμούσαν να δραστηριοποιηθούν στον κλάδο της υγείας αναγκάστηκαν να στραφούν στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων. Σήμερα, εκτιμάται ότι στη χώρα μας λειτουργούν λίγο περισσότερα από 400 ιατρικά διαγνωστικά κέντρα. Τα τελευταία χρόνια, η έντονη ζήτηση για εξειδικευμένες και αναβαθμισμένες διαγνωστικές υπηρεσίες, οδήγησε τις μεγάλες μονάδες του κλάδου στην υλοποίηση σημαντικών επενδυτικών σχεδίων για τον εξοπλισμό τους. Η λύση της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) μέσω της οποίας πολλά εξεταστικά κέντρα χρηματοδοτούν τον πάγιο ιατρομηχανολογικό τους εξοπλισμό, είναι αρκετά διαδεδομένη τα τελευταία χρόνια.

Εκτός των μεγάλων πολυδύναμων διαγνωστικών κέντρων, αρκετά σε αριθμό είναι τα μικρά τοπικά μικροβιολογικά εργαστήρια, τα οποία συχνά απευθύνονται σε μεγαλύτερα κέντρα για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων εξετάσεων, καθώς δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν πάντοτε στις ανάγκες των πελατών τους λόγω έλλειψης του απαιτούμενου εξοπλισμού.

Τέλος, έντονο είναι τα τελευταία χρόνια και στο χώρο των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, το φαινόμενο των εξαγορών και απορροφήσεων συνήθως μικρών κέντρων από μεγαλύτερα.

2.4.1 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητας 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 προαναφερθέντα οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.



ΣΧΗΜΑ 2.2: Μερίδιο ιδιωτικού τομέα στον νοσοκομειακό κλάδο (%εσόδων)

2.4.2 Βασικά οικονομικά στοιχεία για τον ιδιωτικό κλάδο

➤ Μέγεθος εγχώριας αγοράς

Το μέγεθος της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (σε αξία) για την περίοδο 1998-2007 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 μεταβολής 13,5% την περίοδο 1998-2007. Ειδικότερα, η συνολική αξία εκτιμάται

σε € 1.792 εκατ. Το 2007 έναντι € 1.544,5 εκατ. Το 2006 (αύξηση 16%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2007)

Έτος	Κλινικές	Μαιευτήρια	Διαγνωστικά Κέντρα	Σύνολο Αγοράς
1998	293.500	110.300	170.200	574.000
1999	343.700	120.900	183.100	647.700
2000	395.000	140.600	203.100	738.700
2001	455.800	150.000	227.700	833.500
2002	539.300	164.000	241.500	944.800
2003	620.700	173.000	255.300	1.049.000
2004	730.000	184.800	275.000	1.189.800
2005	847.000	203.300	291.300	1.341.600
2006	1.000.000	225.500	319.000	1.544.500
2007	1.190.000	250.000	352.000	1.792.000

Αξία σε €000

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Σχετικά με τη 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 1998-2007 με μέσο ετήσιο ρυθμό 16,8%. Ειδικότερα, το 2007 η αξία της συγκεκριμένης αγοράς εκτιμάται στο ύψος των €1.190 εκατ. έναντι €1.000 εκατ. το 2006 (αύξηση 19%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007, εκτιμάται ότι το 85%-90% του συνολικού μεγέθους της αγοράς ιδιωτικών κλινικών προέρχεται από τους εσωτερικούς - νοσηλευόμενους ασθενείς. Σχετικά με το μερίδιο των κλινικών στο σύνολο της εξεταζόμενης αγοράς, αυτό εκτιμάται στο 66,4% για το 2007.

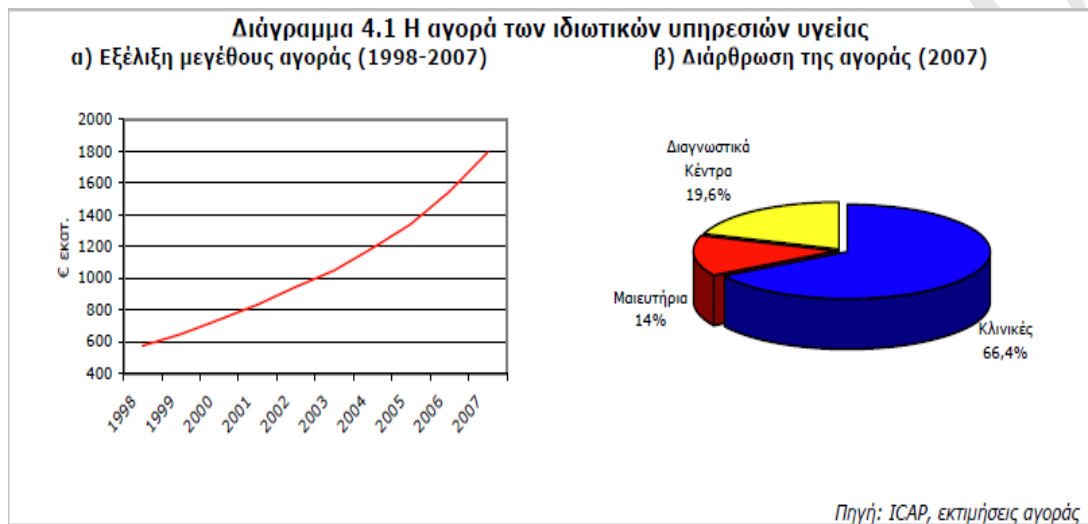
β) Μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές

Διαχρονική αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 9,5% καταγράφει το μέγεθος αγορών των ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών κατά την περίοδο 1998-2007. Συγκεκριμένα, το 2007 εκτιμάται σε €250 εκατ. έναντι €225,5 εκατ. το 2006 (αύξηση 10,9%). Σημειώνεται ότι οι μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 14% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2007.

γ) Διαγνωστικά κέντρα

Η αγορά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων παρουσιάζει επίσης διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1998-2007, με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,4% (χαμηλότερος σε σύγκριση με τις κλινικές και τα μαιευτήρια). Αναλυτικότερα, για το 2007 η συγκεκριμένη αγορά εκτιμάται σε €352 εκατ. έναντι €319 εκατ. το 2006 (αύξηση 10,3%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007, 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 2007 εκτιμάται στο 19,6%.

ΣΧΗΜΑ 2.3: Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας



➤ **Μερίδια αγοράς εταιρειών και ομίλων**

Στον πίνακα 2.2. που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς ορισμένων εκ των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών, μαιευτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων για το 2007. Τονίζεται στο σημείο αυτό ότι, τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν βάσει των αντίστοιχων δημοσιευμένων πωλήσεων των παρουσιαζόμενων εταιρειών, ενώ μόνον στην περίπτωση της Euromedica ΑΕ έχουν διαχωριστεί τα έσοδα ανά τομέα υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 4.2, μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών για το 2007, η εταιρεία Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ (1.200 κλίνες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη) καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο (22,9%) και ακολουθεί στη δεύτερη θέση ο τομέας των κλινικών της Euromedica ΑΕ (1.021 κλίνες) με μερίδιο 10,3%. Στην τρίτη θέση με μερίδιο 9% βρίσκεται η Υγεία Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο

Αθηνών ΑΕ (254 κλίνες).

Μεταξύ των ιδιωτικών μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών, η Ιασώ ΑΕ (333 κλίνες) κατέχει την πρώτη θέση για το 2007 με μερίδιο 40,4%. Ακολουθούν οι Μητέρα ΑΕ (345 κλίνες, μερίδιο 30,7%) και Λητώ ΑΕ (97 κλίνες, μερίδιο 7,9%).

Τέλος, από την πλευρά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η Βιοϊατρική ΑΕ κατατάσσεται στην πρώτη θέση με μερίδιο 21,2%. Ακολουθεί η Euromedica ΑΕ (τομέας διαγνωστικών κέντρων) με μερίδιο 8,5% και η Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ με μερίδιο 5,9%.

Στον πίνακα 2.3 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς σε επίπεδο ομίλων για το 2007. Σημειώνεται ότι οι όμιλοι της Euromedica και της Βιοϊατρικής έχουν παρουσία τόσο στην αγορά των κλινικών όσο και στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων, ενώ στις ίδιες αγορές παρουσία έχει και ο όμιλος Υγεία. Επίσης, στον όμιλο Ιασώ ανήκουν μια γενική και μια γυναικολογική κλινική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3: Μερίδια αγοράς ομίλων του κλάδου (2007)

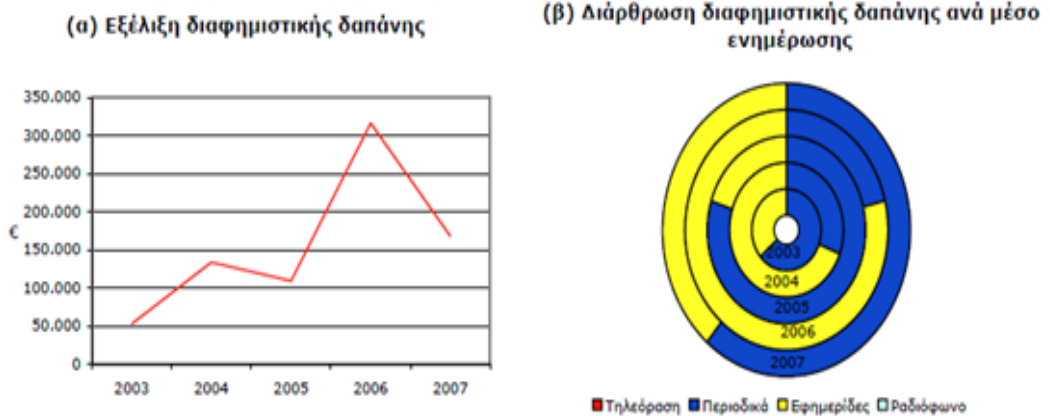
Όμιλος	Μερίδιο
Όμιλος Euromedica	12,4% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Euromedica	12,4% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
Όμιλος Interamerican	7,0% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Βιοϊατρικής	2,6% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Βιοϊατρικής	23,7% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
Όμιλος Ιασώ	11,5% στην αγορά των κλινικών (γενικών & μαιευτικών)
Όμιλος Υγεία	7,2% στην αγορά των κλινικών & διαγνωστικών κέντρων

Πηγή: ICAP, Εκτιμήσεις Αγοράς

➤ Διαφημιστική Δαπάνη Ιδιωτικών Κλινικών

Η εξέλιξη της συνολικής διαφημιστικής δαπάνης των ιδιωτικών κλινικών (δεν περιλαμβάνονται κοινωφελή ιδρύματα, θεραπευτικές κοινότητες κλπ.) και η διάρθρωσή της ανά μέσο μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, περιοδικά, εφημερίδες, ραδιόφωνο) για την περίοδο 2003-2007, παρουσιάζεται στον πίνακα Π3.31 του παραρτήματος του παρόντος κεφαλαίου και στο διάγραμμα 3.3. Στον πίνακα Π3.32 παρουσιάζεται η διάρθρωση της διαφημιστικής δαπάνης ανά διαφημιστικό μέσο και κλινική, για τη διετία 2006-2007.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.4: Διαφημιστική δαπάνη ιδιωτικών κλινικών (2003-2007)



Πηγή: Media Services AE

Το σύνολο της διαφημιστικής δαπάνης των ιδιωτικών κλινικών παρουσίασε μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 33,7% κατά την περίοδο 2003-2007, ενώ όσον αφορά το 2007 μειώθηκε σε €167,8 χιλ. από €316,2 χιλ. το 2006. Τα τελευταία πέντε χρόνια τα ιδιωτικά θεραπευτήρια δεν διαφημίστηκαν καθόλου μέσω της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου, ενώ με βάση τα στοιχεία του 2007, τα περιοδικά αποτέλεσαν το σημαντικότερο διαφημιστικό μέσο. Από πλευράς εταιρειών, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών κατείχε κατά το 2007 το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της διαφημιστικής

δαπάνης με ποσοστό 27,2% και ακολουθούν το Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο και το Ιασώ με μερίδια 17,6% και 14,4% αντίστοιχα.

2.4.3 Οι πυλώνες ανάπτυξης των ιδιωτικών κλινικών

➤ **Η ισχυρή ανάπτυξη των δαπανών υγείας**

Ένας βασικός παράγοντας δυναμικής των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι η ανοδική πορεία του κλάδου υγείας. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας έχουν αυξηθεί 4,5% κ.μ.ο. ετησίως σε πραγματικούς όρους τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Σημειώνουμε ότι το ποσοστό δαπανών υγείας στο ΑΕΠ είναι σχετικά υψηλό για το επίπεδο του κατά κεφαλήν εισοδήματος στην Ελλάδα. Κρίσιμος παράγοντας είναι το αυξημένο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης που προσεγγίζει το 47% (έναντι 27% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ). Οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν ένα σταθερό ποσοστό των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια (της τάξης του 35-40% - ποσοστό παρόμοιο με των χωρών του ΟΟΣΑ).

➤ **Τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς έναντι των δημοσίων**

Ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα έχει ευνοηθεί από τα προβλήματα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα το μερίδιο αγοράς των ιδιωτικών νοσοκομείων να καλύπτει το 27% των συνολικών εσόδων του κλάδου το 2008 (από 13% το 2000). Παράλληλα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών εστιάζει σε niche αγορές και επιλέγει κυρίως «προσοδοφόρες» χειρουργικές περιπτώσεις σύντομης νοσηλείας.

ΣΧΗΜΑ 2.4: Μερίδιο ιδιωτικού τομέα στον νοσοκομειακό κλάδο



Πηγή: ICAP, Κοινωνικός Προϋπολογισμός και εκτιμήσεις ΕΤΕ

Συγκεκριμένα, η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται σε τρία ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων:

- υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας
- μικροί χρόνοι αναμονής
- μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ (το οποίο εστιάζει στην κατασκευή υποδομών) δεν ξεπερνά το 30%. Συγκεκριμένα, τα ιδιωτικά εστιάζουν τις επενδύσεις τους σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με

συχνές και προσοδοφόρες θεραπείες (όπως εγχειρίσεις καρδιάς, ορθοπεδικές ή ογκολογικές).

Υπό αυτές τις συνθήκες, το μερίδιο των ιδιωτικών νοσοκομείων σε σχέση με το σύνολο εκτιμάμε ότι θα συνεχίσει να ανεβαίνει με ρυθμούς τουλάχιστον αντίστοιχους της τελευταίας δεκαετίας (σε 31% το 2012 από 27% το 2007).

Οι μεγάλοι όμιλοι του κλάδου έχουν επεκταθεί και σε άλλους τομείς τόσο οριζόντια (γεωγραφικά) όσο και κάθετα (σε συνδεδεμένες δραστηριότητες). Συγκεκριμένα, το 15% του κύκλου εργασιών τους πραγματοποιείται μέσω των παρακάτω δραστηριοτήτων: (i) διαγνωστικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης και μονάδες βλαστοκυττάρων και (ii) ιδιωτικά νοσοκομεία στην Τουρκία και σε βαλκανικές χώρες.

Η συνεχής μεγέθυνση των νοσοκομειακών ομίλων σε Ελλάδα και εξωτερικό αντικατοπτρίζεται σε ένα βαθμό στην έντονη αύξηση του κύκλου εργασιών την τελευταία τετραετία κατά 21%, η οποία ξεπερνά εκείνη των εταιρειών του κλάδου (αύξηση 17% στο αντίστοιχο διάστημα). Η επεκτατική πολιτική κρίνεται θετική, καθώς η κερδοφορία των ομίλων παραμένει υψηλότερα από εκείνη των εταιρειών στο διάστημα 2004-2008, με περιθώριο λειτουργικού κέρδους 17% για τους ομίλους και 14,5% για τις εταιρείες του κλάδου. Ωστόσο, η έντονα επεκτατική πολιτική των ομίλων προσωρινά δημιουργεί παράλληλες πιέσεις στη χρηματοοικονομική εικόνα τους, λόγω αυξημένης μόχλευσης και χαμηλής ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού.

Μετά το πάγωμα των επενδυτικών σχεδίων λόγω της παρούσας αρνητικής συγκυρίας, οι όμιλοι τα επόμενα χρόνια εκτιμάται ότι θα κατευθυνθούν πάλι προς τη δημιουργία μονάδων σε γειτονικές χώρες (π.χ. HYGEIA TIRANA). Λαμβάνοντας υπόψη μόνο τις αναγγελθείσες επενδύσεις, το μερίδιο των νοσοκομείων στην ΝΑ Ευρώπη και Τουρκία στον κύκλο εργασιών των ομίλων αυξάνεται σε 13% το 2012 από 6% το 2009. Υπό αυτό το πρίσμα και βάσει των προβλέψεων για την πορεία του κλάδου στην Ελλάδα, ο κύκλος εργασιών των ομίλων αναμένεται να αυξηθεί 10% κ.μ.ο. ετησίως στο διάστημα 2010-2012 (υψηλότερα από τον εγχώριο κλάδο, όπου οι αντίστοιχοι ρυθμοί ανάπτυξης είναι 1% το 2009 και 8% το 2010-2012). Αν και η υλοποίηση των επενδυτικών σχεδίων των ομίλων οδηγεί σε συρρίκνωση των περιθωρίων κέρδους βραχυπρόθεσμα (με το ROE κοντά στο 6% το 2012), οι δείκτες αποδοτικότητας των ομίλων μεσοπρόθεσμα εκτιμάται ότι θα είναι υψηλότεροι σε σχέση με του εγχώριου κλάδου, καθώς οι νέες επενδύσεις θα έχουν αρχίσει να ωριμάζουν. Συγκεκριμένα, αναμένουμε το ROE των ομίλων να προσεγγίσει σταδιακά το διεθνή μέσο όρο (8%-9% έναντι 6% για τον εγχώριο κλάδο).

2.4.4 Εξέλιξη της υποδομής και διάρθρωση του κλάδου

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,
- 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, 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. μετασηματίστηκαν 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 τη πρόοδο της ιατρικής και των βασικών επιστημών που των υποστηρίζουν, έχουν ήδη μεταβάλει 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 πληροφορικά συστήματα. Την τελευταία δεκαετία, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν σημαντική 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.

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.

2.4.5 Συνθήκες ανταγωνισμού

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:

- **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 περισσότερες 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 Παρεχομένων Υπηρεσιών:** Καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων του κλάδου διαδραματίζει η ποιότητα των παρεχομένων 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 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.

2.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάλυση που προηγήθηκε καταμαρτυρεί ότι ο κλάδος ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών βρίσκεται σε μία 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 brand name και της θέσης τους, κ.λ.π.), προσανατολίζουν το μάνατζμεντ 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 παρεχόμενων 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 των 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.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της υγείας έχει αναλυθεί υπό τη σκοπιά της μικροοικονομικής θεωρίας και έχει χαρακτηριστεί ως μία ατελής ανταγωνιστική αγορά. Προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός συγκέντρωσης σε έναν κλάδο είναι χρήσιμο να προσδιοριστεί ο βαθμός συγκέντρωσης (degree of concentration) που παρουσιάζει αυτός (concentration ratio).

Ακολουθεί μια περιγραφική ανάλυση η οποία βασίζεται σε ποσοτικά δευτερογενή στοιχεία με σκοπό να μετρηθεί ο βαθμός συγκέντρωσης των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών στην Ελλάδα για τις μεγαλύτερες τέσσερις επιχειρήσεις από το 2004-2009.

Η έρευνα αυτή χωρίζεται σε τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο (Κεφ. 3) παρουσιάζεται η μεθοδολογία ανάλυσης του ανταγωνισμού, η οποία βασίζεται στους δείκτες συγκέντρωσης (CR4) και HHI, καθώς επίσης και ένα σύντομο ιστορικό για καθεμία από τις μαιευτικές κλινικές που θα αναλυθούν. Στο δεύτερο κεφάλαιο (Κεφ. 4) αναλύονται τα στοιχεία που προέκυψαν από τη μελέτη περίπτωσης. Τέλος, στο τρίτο κεφάλαιο (Κεφ.5) παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, οι τάσεις και οι προοπτικές για τις ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές. Επιπλέον, γίνεται μια σύγκριση μεταξύ των ευρημάτων της περιόδου που μελετήσαμε με αντίστοιχα αποτελέσματα μελέτης που είχε διεξαχθεί για την περίοδο 1997-2004. Τέλος,

συγκρίνεται ο βαθμός συγκέντρωσης των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών με αυτόν των ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, του τραπεζικού κλάδου και της φαρμακευτικής βιομηχανίας προκειμένου να διαπιστώσουμε κατά πόσο τα αποτελέσματα της μελέτης αποτελούν ένα πρωτοφανές φαινόμενο ή μια συνήθης τάση για την Ελληνική αγορά.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ – ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Ο όρος συγκέντρωση, όπως έχει διαμορφωθεί από τους οικονομολόγους, έχει δύο πιθανές εναλλακτικές έννοιες. Πρώτα απ' όλα αναφέρεται στον έλεγχο ενός μεγάλου ποσοστού οικονομικής δραστηριότητας ενός κλάδου από ένα μικρό ποσοστό βιομηχανικών μονάδων και κατά δεύτερον, στον έλεγχο αυτού του ποσοστού από ένα μικρό αριθμό βιομηχανικών μονάδων (σε απόλυτο αριθμό και όχι σε ποσοστό). Όπως θα αποδειχτεί, η δεύτερη ερμηνεία της συγκέντρωσης έχει πρακτική εφαρμογή και χρησιμοποιείται στις οικονομικές εφαρμογές.

Ας υποθέσουμε, σύμφωνα πάντα με την πρώτη ερμηνεία, ότι τον έλεγχο της μισής παραγωγής για παράδειγμα μιας οικονομικής δραστηριότητας 1 δισεκατομμυρίου € τον ασκεί το 1% των επιχειρήσεων του κλάδου. Αυτό μας δίνει ένα δεδομένο επίπεδο συγκέντρωσης άσχετα με τον αν οι επιχειρήσεις που αποτελούν το 1% είναι 10 ή 100 κ.ο.κ. Αντίθετα, σύμφωνα με τη δεύτερη ερμηνεία, αν 10 π.χ επιχειρήσεις ελέγχουν τη μισή παραγωγή, τότε έχουμε ένα πιο συγκεκριμένο επίπεδο

συγκέντρωσης και δεν μας ενδιαφέρει αν οι 10 αυτές επιχειρήσεις αποτελούν το 5 ή το 10 ή το 20% των επιχειρήσεων του κλάδου.

Έχοντας λοιπόν δεχτεί την ερμηνεία αυτή της συγκέντρωσης, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι όλοι οι κλάδοι της οικονομικής παραγωγής μπορούν να χαρακτηριστούν είτε συγκεντρωμένοι είτε όχι. Η συγκέντρωση, ή πιο συγκεκριμένα ο βαθμός συγκέντρωσης, είναι μια μεταβλητή που μπορεί να ανταποκρίνεται σε οποιοδήποτε μέγεθος αξιών που κατατάσσονται με βάση το μέγεθός τους. Για να απεικονιστεί δηλαδή πλήρως ο βαθμός συγκέντρωσης 50 για παράδειγμα επιχειρήσεων ενός κλάδου, θα πρέπει να μπουν σε σειρά με βάση το μέγεθός τους και το μερίδιο που έχουν στον κλάδο. Είναι εύκολο λοιπόν να συμπεράνουμε ότι αυτή η πληθώρα πληροφοριών είναι πολλές φορές δύσκολο να επεξεργαστεί, ακόμα και να περιοριστεί σε μια απλή γραφική παράσταση. Ακόμα πιο δύσκολη βέβαια είναι και η προσπάθεια σύγκρισης του βαθμού συγκέντρωσης μεταξύ δύο διαφορετικών κλάδων.

3.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Για τη μέτρηση του βαθμού συγκέντρωσης έχουν προταθεί διάφοροι δείκτες συγκέντρωσης. Όσο μεγαλύτερη τιμή έχει ο δείκτης για έναν κλάδο, τόσο μεγαλύτερο βαθμό δύναμης στην αντίστοιχη αγορά έχουν οι επιχειρήσεις του. Οι κυριότεροι από τους δείκτες συγκέντρωσης εξετάζονται παρακάτω.

3.3.1 Concentration ratio

Ένα βασικό θέμα για τη μέτρηση του βαθμού συγκέντρωσης είναι η επιλογή της μεταβλητής που θα χρησιμοποιηθεί ως μονάδα μέτρησης. Η πιο κατάλληλη φαίνεται να είναι οι συνολικές πωλήσεις.

Από τους διάφορους δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι αυτός που βασίζεται στον υπολογισμό του ποσοστού των συνολικών πωλήσεων του κλάδου που αφορά στις τέσσερις μεγαλύτερες επιχειρήσεις. Το ποσοστό συγκέντρωσης (concentration ratio) διατυπώνεται ως εξής:

$$CR_m = \sum_{i=1}^m S_i$$

ή

$$CR_m = S_1 + S_2 + \dots + S_m$$

Όπου S_i = το ποσοστό πωλήσεων της i^{th} εταιρείας.

Όσο μεγαλύτερο το ποσοστό, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συγκέντρωση στον κλάδο. Συνεπώς, ένας κλάδος με τιμή δείκτη συγκέντρωσης 0,80 θα χαρακτηρίζεται από πολύ μεγαλύτερη συγκέντρωση από άλλο κλάδο με τιμή δείκτη 0,30. Η μέγιστη τιμή του δείκτη είναι 1,00 όταν ο κλάδος είναι μονοπώλιο, οπότε η μοναδική επιχείρηση είναι υπεύθυνη για ολόκληρο το ποσό των πωλήσεων του συγκεκριμένου προϊόντος.

Όπως τονίστηκε και προηγουμένως, το ποσοστό συγκέντρωσης που χρησιμοποιείται συνήθως είναι four-firm concentration ratio (CR₄), το οποίο αποτελείται από τα ποσοστά της αγοράς των τεσσάρων μεγαλύτερων επιχειρήσεων του κλάδου. Ο τύπος της αγοράς είναι πολλές φορές εύκολο να καθοριστεί από το ποσοστό συγκέντρωσης (Samuelson F. William, 3rd Edition”, κεφ. 10). Σύμφωνα με αυτό έχουμε:

- Τέλειο ανταγωνισμό, όταν το ποσοστό συγκέντρωσης είναι κοντά στο μηδέν
- Μονοπωλιακό ανταγωνισμό, όταν το ποσοστό συγκέντρωσης βρίσκεται κάτω από το 40%
- Ολιγοπώλιο, όταν το ποσοστό συγκέντρωσης βρίσκεται ψηλότερα του 40%
- Μονοπώλιο, όταν το ποσοστό συγκέντρωσης αγγίζει το 100%.

Παρότι το ποσοστό συγκέντρωσης θεωρείται ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο, εντούτοις παρουσιάζει κάποια προβλήματα. Το βασικότερο είναι ότι δεν δίνει μια σαφή εικόνα της συγκεκριμένης αγοράς καθώς εξ ορισμού δεν περιλαμβάνει τα ποσοστά όλων των επιχειρήσεων που λειτουργούν στο συγκεκριμένο κλάδο. Επίσης, δεν υποδεικνύει ποιο είναι το σχετικό μέγεθος των επιχειρήσεων που περιλαμβάνονται στο ποσοστό αυτό. Κατά συνέπεια μια σημαντική αλλαγή στα ποσοστά που περιλαμβάνονται στο δείκτη, δεν θα επηρεάσει καθόλου την αξία του (Boyle S.E., Journal of Political Economy, 1973), (Azzam M. Azzedine, Journal of Industrial Economics, 1997), (Sven L., 2009).

3.3.2 Herfindahl – Hirschman Index

Ένας άλλος δείκτης, γνωστός ως Herfindahl-Hirschman Index, παρουσιάζει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του βαθμού συγκέντρωσης του κλάδου απ' ό,τι το ποσοστό συγκέντρωσης. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιεί τα ποσοστά αγοράς όλων των επιχειρήσεων του κλάδου και βασίζεται στον υπολογισμό του αθροίσματος των τετραγώνων των μεριδίων αγοράς των επιχειρήσεων (ΑΒΑ). Αν υποθέσουμε ότι υπάρχουν n επιχειρήσεις στον συγκεκριμένο κλάδο, τότε ο δείκτης Herfindahl-Hirschman Index (HHI) υπολογίζεται ως εξής:

$$HHI = S_1^2 + S_2^2 + S_3^2 + \dots + S_n^2$$

Όπου S_i είναι το ποσοστό αγοράς της i^{th} επιχείρησης και n είναι ο αριθμός επιχειρήσεων του κλάδου.

Ο δείκτης αυτός δίνει μεγαλύτερο βάρος στις μεγαλύτερες επιχειρήσεις του κλάδου, έτσι, αντίθετα με το ποσοστό συγκέντρωσης (concentration ratio), θα διαφοροποιηθεί σε περίπτωση που αλλάξουν τα ποσοστά αγοράς μεταξύ των μεγαλύτερων επιχειρήσεων του κλάδου.

Όταν ένας κλάδος αποτελείται από μία μόνο επιχείρηση, τότε $S_i = 1$, όπου και είναι η μέγιστη τιμή του δείκτη. Συχνά όμως η τιμή του δείκτη πολλαπλασιάζεται επί 10.000 ούτως ώστε να παίρνει τιμές μεταξύ 0 και 10.000. Η τιμή του δείκτη μικραίνει όσο αυξάνεται ο αριθμός των επιχειρήσεων. Π. χ. αν ο κλάδος αποτελείται από τις επιχειρήσεις Α, Β και Γ που πραγματοποιούν, αντίστοιχα, το 20%, το 30% και το 50% των συνολικών πωλήσεων, τότε το άθροισμα των τετραγώνων των μεριδίων

αυτών ισούται με 0,38. Στην περίπτωση αυτή που ο κλάδος είχε και τέταρτη επιχείρηση, τη Δ, η οποία μοιραζόταν τις ίδιες πωλήσεις με τη Γ (είχαν δηλαδή μερίδια από 25% η καθεμία), τότε η τιμή του δείκτη θα ήταν 0,255. Ακόμη, η τιμή του δείκτη μειώνεται όμως και όταν ο αριθμός των επιχειρήσεων του κλάδου παραμένει ο ίδιος αλλά περιορίζεται η ανισότητα στο μέγεθος των μεριδίων τους. Η δυνατότητα να λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο το μερίδιο αγοράς των επιχειρήσεων του κλάδου, αλλά και ο βαθμός ανισότητας των μεριδίων του αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του δείκτη. Για το λόγο αυτό ο Herfindahl-Hirschman Index έχει μεγάλη πρακτική σημασία.

3.3.3 Κριτική που ασκήθηκε πάνω στους σημαντικότερους δείκτες συγκέντρωσης – Ιστορική

Όπως τονίστηκε προηγουμένως, ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης είναι το ποσοστό συγκέντρωσης (concentration ratio) m επιχειρήσεων ενός κλάδου. Ο δείκτης αυτός ορίζεται ως εξής:

$$CR_m = S_1 + S_2 + S_3 + \dots + S_m$$

Είναι φανερό ότι ο υπολογισμός αυτού του δείκτη είναι εύκολος στην πράξη, αλλά η επιλογή των m επιχειρήσεων του κλάδου γίνεται τις περισσότερες φορές τυχαία και τα αποτελέσματα δεν είναι τα επιθυμητά. Ο Miller (1967) αναγνώρισε την αδυναμία αυτή του δείκτη ορίζοντας το οριακό ποσοστό συγκέντρωσης (marginal concentration ratio), όπου αποτελείται από τα μερίδια των επιχειρήσεων που

βρίσκονται από την 5^η έως την 8^η θέση. Το οριακό ποσοστό συγκέντρωσης, σε συνδυασμό με το ποσοστό συγκέντρωσης των τεσσάρων μεγαλύτερων επιχειρήσεων, μας δίνουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της αγοράς. Την προσπάθεια αυτή του Miller σχολίασαν οι Collins και Preston (1969), οι οποίοι υποστήριξαν ότι δεν έχει τόση αξία η χρήση των δύο αυτών δεικτών καθώς είναι στενά συνδεδεμένοι μεταξύ τους. Εξάλλου, μια άστοχη επιλογή του πλήθους των n επιχειρήσεων είναι ικανή να μην ικανοποιεί τα αξιώματα τόσο των Hall και Tideman, όσο και των Hannah και Kay. Αυτό οφείλεται στην αρχή των μεταβιβάσεων (principle of transfers), καθώς το ποσοστό συγκέντρωσης δεν επηρεάζεται από αλλαγές που γίνονται πέρα από τις n μεγαλύτερες επιχειρήσεις, ούτε από αλλαγές εντός των n μεγαλύτερων επιχειρήσεων εάν καμία επιχείρηση δεν εξαφανίζεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Τέτοιες δυσκολίες μπορούν να αποφευχθούν εάν επιλεγεί ένα πλήθος τιμών για το μέγεθος των επιχειρήσεων, αλλά και πάλι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων μπορεί να είναι δύσκολη, στην περίπτωση που τα αποτελέσματα είναι αντιμαχόμενα. Τέλος, στήριξη στο ποσοστό συγκέντρωσης έδωσε η έρευνα του Saving (1970), ο οποίος έδειξε ότι εάν K επικρατούσες επιχειρήσεις ενός κλάδου συμφωνούσαν να διαμορφώσουν μια τιμή για τις εναπομείνουσες μικρότερες επιχειρήσεις, η τιμή του δείκτη Lerner θα είναι ακριβώς συσχετισμένη με το σύνολο των μεριδίων τους στην αγορά.

Ένας άλλος δείκτης συγκέντρωσης που χρησιμοποιείται πολύ συχνά, ο Herfindahl-Hirschman Index, είναι ιδιαίτερα δημοφιλής, ειδικά στις πιο σύγχρονες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Ικανοποιεί τα αξιώματα τόσο των Hall και Tideman, όσο και των Hannah και Kay, και αντίθετα με το ποσοστό συγκέντρωσης εξαρτάται από

το μερίδιο αγοράς κάθε επιχείρησης ξεχωριστά. Χρησιμοποιώντας το τετράγωνο των μεριδίων αντιλαμβανόμαστε ότι οι μικρότερες επιχειρήσεις συνεισφέρουν λιγότερο στη διαμόρφωση του δείκτη από ότι οι μεγαλύτερες. Θεωρητική υποστήριξη για τη χρησιμοποίηση του δείκτη αυτού ως μέτρου για τη συγκέντρωση στην αγορά, παρείχαν οι Cowling και Waterson (1976). Στο μοντέλο τους, το οποίο υποστηρίχθηκε περαιτέρω το 1979 από τον Lyons, όλες οι επιχειρήσεις παρήγαγαν ένα ομογενές προϊόν με σταθερό οριακό κόστος και δεν εμπλέκονταν σε συμπεριφορές συμπαιγνίας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, αποδείχτηκε ότι ο δείκτης HHI σχετίζεται άμεσα με το περιθώριο τιμής-κόστους. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι έρευνες των Hannah και Kay (1977) και του Hause (1977). Τέλος, ο Stigler το 1964 έδειξε ότι η πιθανότητα συνεχόμενης λειτουργίας ενός καρτέλ σχετίζεται άμεσα με το δείκτη HHI (Sleuwaegen Leo, Dehandschutter Wim, Journal of Industrial Economics, 1986).

3.4 ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Ακολουθεί μία σύντομη αναφορά στις τέσσερις μεγαλύτερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές, οι οποίες διατηρούν και τα μεγαλύτερα μερίδια πωλήσεων στην αγορά σύμφωνα με στοιχεία της ICAP.

3.4.1. «ΜΗΤΕΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.»

Το «Μητέρα Μαιευτικό και Χειρουργικό Κέντρο Α.Ε.» άνοιξε τις πύλες του στις 29

Απριλίου του 1979, με 300 κλίνες και χώρους άνετους για χειρουργεία, εργαστήρια και χώρους υποδοχής και αναμονής. Η Εταιρεία στεγάζεται σε ιδιόκτητο ακίνητο στη Νέα Φιλοθέη-Μαρούσι.

Οι πρώτες εργασίες της εταιρεία αφορούσαν στη Μαιευτική-Γυναικολογία, ενώ πολύ γρήγορα άρχισε η επέκταση και σε άλλους τομείς της ιατρική, όπως είναι η Πλαστική Χειρουργική. Το 1996 η εταιρεία επέκτεινε τις δραστηριότητες της με το Τμήμα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, το Ωτορινολαρυγγολογικό Κέντρο, την Οφθαλμολογική Κλινική, τη Γενική Χειρουργική, την Αγγειοχειρουργική και την Ουρολογία. Το 1955 ξεκίνησε η λειτουργία του εργαστηρίου της Μοριακής Βιολογίας και Κυτταρογενετικής με ειδικό τμήμα DNA.

Τον Αύγουστο του 1999 η Εταιρεία εξαγόρασε το 34% των μετοχών του «ΛΗΤΩ Μαιευτικό και Χειρουργικό Κέντρο Α.Ε.».

Το 2003 χορηγήθηκαν στην Εταιρία άδειες ίδρυσης και λειτουργίας Γενικής και Παιδιατρικής Κλινικής δυναμικότητας 343 και 99 κλινών αντίστοιχα και ξεκίνησε η λειτουργία τους.

Τον Δεκέμβριο του 2006 ανακοινώθηκε από το «ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.» η εξαγορά ποσοστού άνω του 86% των μετοχών με δικαίωμα ψήφου, του Μαιευτικού και Χειρουργικού Κέντρου ΛΗΤΩ Α.Ε. Η νεοδημιουργηθείσα συμμαχία ΜΗΤΕΡΑ-ΛΗΤΩ αντιπροσωπεύει πλέον πάνω από 16.000 τοκετούς ετησίως, προσφέροντας παράλληλα και πλήρεις διαγνωστικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες γενικής και

παιδιατρικής κλινικής, σε δύο αυτόνομες υπερσύγχρονες κλινικές στην Αττική, συνολικής δυναμικότητας άνω των 500 κλινών.

Τον Απρίλιο του 2007 τα Διοικητικά Συμβούλια του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Κέντρου Αθηνών ΥΓΕΙΑ και της Γενικής Μαιευτικής Γυναικολογικής και Παιδιατρικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ, μετά από διαπραγματεύσεις και στα πλαίσια της στενότερης συνεργασίας που έχουν αναπτύξει, αποφάσισαν την συνένωση των δυνάμεών τους με στόχο την συγκρότηση του ισχυρότερου ιδιωτικού Ομίλου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Το ΥΓΕΙΑ είναι η μεγαλύτερη ιδιωτική νοσοκομειακή μονάδα της χώρας, διαθέτει 370 κλίνες, δέχεται περίπου 120.000 εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς και διεκπεραιώνει περί τις 870.000 εξετάσεις ετησίως. Διαθέτει 16 χειρουργικές αίθουσες, όπου γίνονται 11.000 επεμβάσεις ετησίως. Το ΜΗΤΕΡΑ, μαζί με την θυγατρική του ΛΗΤΩ, διαθέτει 535 κλίνες, φιλοξενεί 33.000 εσωτερικούς και 230.000 εξωτερικούς ασθενείς και διεκπεραιώνει περί τους 16.500 τοκετούς και περί το 1.000.000 εξετάσεις ετησίως.

3.4.2 Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ «ΙΑΣΩ Α.Ε.»

Η εταιρεία «ΙΑΣΩ Α.Ε.» αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες και πιο σύγχρονες κλινικές παγκοσμίως. Πρόκειται για ένα άρτια επανδρωμένο και πλήρως οργανωμένο διαγνωστικό, μαιευτικό, νοσηλευτικό και θεραπευτικό κέντρο. Είναι η μοναδική κλινική στον ελληνικό χώρο με υποδομή γενικού νοσοκομείου και υψηλό επιστημονικό επίπεδο. Πρόκειται για μια υπερσύγχρονη εταιρεία που

δραστηριοποιείται σήμερα στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας λειτουργώντας κυρίως ως μαιευτική και γυναικολογική κλινική, ενώ παράλληλα παρέχει και υπηρεσίες διαγνωστικού και θεραπευτικού κέντρου. Περιλαμβάνει 8 σύγχρονες νοσηλευτικές μονάδες, 19 εξειδικευμένα ιατρικά τμήματα, έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό και 1.200 ιατρούς, γεγονότα που καθιστούν το ΙΑΣΩ εφάμιλλο των σημαντικότερων οργανισμών υγείας διεθνώς.

3.4.3 «ΛΗΤΩ Α.Ε.»

Το «ΛΗΤΩ» ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 14.06.1979, ύστερα από τρία χρόνια από τη σύλληψη της ιδέας από μια ομάδα μαιευτήρων-γυναικολόγων για τη δημιουργία μιας πρότυπης μαιευτικής και γυναικολογικής μονάδας. Το «ΛΗΤΩ», βασισμένο στην τέλεια από ιατρικής απόψεως υποδομή του, τον τεχνολογικό εξοπλισμό του και κυρίως στο ιατρικό και νοσηλευτικό του προσωπικό, συνεχίζει την ανοδική του πορεία και το 1991 μετατρέπεται σε Ανώνυμη Εταιρεία.

Το 1995, σε γειτονικό κτίριο του «ΛΗΤΩ» στεγάζεται το Άλφα LAB, Ιατρικό Ινστιτούτο Έρευνας και Διάγνωσης. Το «ΛΗΤΩ» έχει συμπληρώσει πάνω από 35 χρόνια επιτυχημένης πορείας προσφέροντας Μαιευτικές, Γυναικολογικές, Χειρουργικές, Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, με τμήματα και εργαστήρια στα οποία προϊστανται έμπειροι και διακεκριμένοι επιστήμονες.

3.4.3 ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.

Η εταιρεία ΓΕΝΕΣΙΣ ιδρύθηκε στις 25/05/2003 στα πλαίσια του Ομίλου EUROMEDICA και πρόκειται για το μεγαλύτερο ιδιωτικό μαιευτήριο της βόρειας Ελλάδας, δυναμικότητας 116 κλινών με περίπου 5.000 τοκετούς σε ετήσια βάση και έχει στόχο να παραμείνει στην κορυφή και να πρωτοπορεί. Στη ΓΕΝΕΣΙΣ λειτουργεί Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (IVF) , τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου και Εβρυομητρικής Ιατρικής (FM) και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

4.1 Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Προκειμένου να μετρηθεί και να εκτιμηθεί ο βαθμός συγκέντρωσης των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών χρησιμοποιήθηκαν τα μερίδια αγοράς των τεσσάρων μεγαλύτερων κλινικών βασισμένα στις ετήσιες πωλήσεις της καθεμίας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από την ICAP, εταιρεία παροχής επιχειρηματικών πληροφοριών και συμβουλευτικών υπηρεσιών.

4.1.1 Ανάπτυξη και ανάλυση των στοιχείων μελέτης

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς καθεμίας από τις 4 μεγάλες κλινικές, τα οποία προκύπτουν από τις ετήσιες πωλήσεις και αφορούν τα έτη 2004-2009 (ETE, 2009):

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 Κατάταξη ανάλογα με τα μερίδια αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, 2004-2008

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	ΚΑΤΑΤΑΞΗ	%	ΚΑΤΑΤΑΞΗ	%	ΚΑΤΑΤΑΞΗ	%	ΚΑΤΑΤΑΞΗ	%	ΚΑΤΑΤΑΞΗ	%	ΚΑΤΑΤΑΞΗ	%
ΙΑΣΩ Α.Ε.	1	39,96	1	37,7	1	39,4	1	40,4	1	39,6	1	37,7
ΜΗΤΕΡΑ	2	31,01	2	30,5	2	30,5	2	30,7	2	31,8	2	33,5
ΛΗΤΩ	3	9,22	3	9,1	3	8,8	3	7,9	3	8	3	8,7
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.	4	0,23	4	0,18	4	5,3	4	5,6	4	5,8	4	6

Πηγή: ICAP Databank, 2004-2009

Βάσει του Πίνακα 1 που προηγείται φαίνεται ξεκάθαρα πως στη διάρκεια των ετών 2004-2009 τα μεγαλύτερα μερίδια στην αγορά των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών τα κατέχουν σταθερά το ΙΑΣΩ Α.Ε. και το ΜΗΤΕΡΑ διατηρώντας συγκεκριμένα το 70,5% του συνόλου της αγοράς κατά μέσο όρο. Ακολουθούν το ΛΗΤΩ και το ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε. διατηρώντας όμως μικρότερα μερίδια συγκριτικά με τους δύο κολοσσούς. Παρ' όλ' αυτά όμως οι τέσσερις μεγάλες κλινικές κατέχουν συνολικά το 83% της αγοράς. Με μία πρώτη λοιπόν προσέγγιση η αγορά των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών στην Ελλάδα θα μπορούσαμε να πούμε πως χαρακτηρίζεται ως ολιγοπωλιακή και έντονα συγκεντρωμένη. Με βάση τα δεδομένα του ανωτέρω πίνακα και χρησιμοποιώντας τόσο το ποσοστό συγκέντρωσης (concentration ratio) για τις 4 μεγάλες μαιευτικές κλινικές, όσο και το Herfindahl-Hirschman Index (HHI)

διαπιστώνουμε ότι τα επίπεδα συγκέντρωσης είναι υψηλά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 Concentration ratios των 4 μεγαλύτερων μαιευτικών κλινικών, 2004-2009

ΕΤΟΣ	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CR4	80,74%	77,30%	84%	84,60%	85,20%	85,90%

Πηγή: ICAP Databank, 2004-2009

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Herfindahl-Hirschman Index των 4 μεγαλύτερων μαιευτικών κλινικών, 2004-2009

ΕΤΟΣ	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HHI4	2642,75	2434,35	2560,05	2637,06	2676,6	2688,73

Πηγή: ICAP Databank, 2004-2009

Όπως παρατηρούμε και παραπάνω, είναι σαφές ότι ο κλάδος των μαιευτικών κλινικών είναι ολιγοπωλιακός. Με τη χρησιμοποίηση δύο διαφορετικών δεικτών οδηγούμαστε σε αντίστοιχα αποτελέσματα.

Με τη χρησιμοποίηση του ποσοστού συγκέντρωσης (CR₄) στον Πίνακα 2 διαπιστώνουμε τα εξής. Σε κάθε έτος που πραγματοποιήθηκε απογραφή των δεδομένων υπήρχε καθεστώς σφικτού ολιγοπωλίου (tight oligopoly). Το

συμπέρασμα αυτό προκύπτει καθώς σε κάθε έτος το ποσοστό συγκέντρωσης των 4 μεγαλύτερων μαιευτικών κλινικών είναι υψηλότερο του 50% φτάνοντας μάλιστα κατά μέσο όρο το 82%. Το γεγονός αυτό κάνει ξεκάθαρο ότι δεν υφίστανται αξιοσημείωτες αλλαγές στο ποσοστό συγκέντρωσης του κλάδου. Ίσως, το σημείο που θα μπορούσαμε να σχολιάσουμε είναι η πτώση του ποσοστού CR₄ κατά 3,4 μονάδες το 2005. Αυτό οφείλεται σε μείωση των πωλήσεων μικρότερων κλινικών του κλάδου και επαληθεύεται μάλιστα από τα μερίδια αγοράς των 4 κλινικών βασισμένα στις ετήσιες πωλήσεις τα οποία το 2005 παρατηρούμε ότι είναι μειωμένα συγκριτικά με το 2004.

Η χρήση του δείκτη HHI₄ μας οδηγεί στα ακόλουθα συμπεράσματα. Αρχικά να τονίσουμε ότι όταν ο δείκτης είναι χαμηλότερος του 1000 έχουμε να κάνουμε με αγορά που δεν είναι συγκεντρωμένη. Στην περίπτωση που ο δείκτης βρίσκεται μεταξύ του 1000 και 1800 έχουμε να κάνουμε με μετριοπαθές ολιγοπώλιο (moderated oligopoly) και τέλος όταν ο δείκτης είναι υψηλότερος του 1800 τότε υπάρχει υψηλή συγκέντρωση στον κλάδο. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 3 βλέπουμε ότι κατά τα έτη 2004-2009 ο δείκτης είναι υψηλότερος του 1800 και μάλιστα κατά μέσο όρο κυμαίνεται στο 2600. Είναι ξεκάθαρο λοιπόν πως τα επίπεδα συγκέντρωσης είναι υψηλά. Παράλληλα, τα αποτελέσματα είναι ανάλογα με αυτά του CR₄ καθώς και εδώ παρατηρείται αντίστοιχα μία μικρή μείωση του δείκτη το έτος 2005, η οποία προφανώς οφείλεται σε μείωση των πωλήσεων μικρότερων κλινικών του κλάδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεικτών CR₄ και ΗΗ₄ φανερώνουν πως ο κλάδος των μαιευτικών κλινικών χαρακτηρίζεται αδιαμφισβήτητα ως έντονα ολιγοπωλιακός. Προκειμένου λοιπόν να διαπιστώσουμε την τάση της Ελληνικής αγοράς θα προβούμε σε μία σύντομη συγκριτική ανάλυση τόσο σε σχέση με παρελθοντικά στοιχεία συγκέντρωσης του κλάδου όσο και διαφορετική φύσης αγορές. Κατ' αρχάς, θα συγκρίνουμε την περίοδο 2004-2009 με την περίοδο 1997-2004 όσον αφορά τον κλάδο των μαιευτικών κλινικών και εν συνεχεία θα συγκρίνουμε τον κλάδο των μαιευτικών κλινικών με τον κλάδο των ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των τραπεζών και της φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη της (Μπουτσιόλη Ζ., 2007) στην οποία μελετήθηκε ο βαθμός συγκέντρωσης του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάστηκαν τα εξής όσον αφορά στις μαιευτικές κλινικές. Ο δείκτης CR₄ έδειξε πως οι μεγαλύτερες τέσσερις επιχειρήσεις συγκέντρωναν το 1997 το 83% το οποίο ποσοστό μειώθηκε ανεπαίσθητα στο 81% το 2004. Είναι φανερό λοιπόν πως δεν υπήρξαν ιδιαίτερες αλλαγές αναφορικά με το βαθμό συγκέντρωσης του κλάδου των μαιευτικών κλινικών. Η πιο αξιοσημείωτη μείωση έλαβε χώρα το 1998 όπου η

μείωση του CR₄ άγγιξε το 5%. Βέβαια αυτό μπορεί να οφείλεται σε μία μείωση των πωλήσεων των μικρότερων επιχειρήσεων. Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στην περίοδο που μελετήσαμε 2004-2009, όπου ο βαθμός συγκέντρωσης από το 81% το 2004 πέφτει στο 77% το 2005. Αυτό οφείλεται σε μείωση των πωλήσεων μικρότερων κλινικών του κλάδου και επαληθεύεται μάλιστα από τα μερίδια αγοράς των 4 κλινικών βασισμένα στις ετήσιες πωλήσεις, τα οποία το 2005 παρατηρούμε ότι είναι μειωμένα συγκριτικά με το 2004. Τα επόμενα όμως έτη ο βαθμός συγκέντρωσης αυξάνεται πάλι φτάνοντας το 85,9% το 2009.

Αναφορικά με τον κλάδο των ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων χαρακτηρίζεται ανταγωνιστικός με τις τέσσερις μεγαλύτερες επιχειρήσεις να καταλαμβάνουν μόλις το 35% το 2005. Αυτό βέβαια μπορεί να συμβαίνει διότι πολλές μικρές επιχειρήσεις που ουσιαστικά αποτελούν την αγορά των ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων βρίσκονται σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Ένας μεγάλος περιορισμός όμως που συνδέεται με τον κλάδο των ιδιωτικών σχολείων σε αντίθεση με αυτόν των ιδιωτικών κλινικών είναι αυτός της απόστασης. Οι μαθητές βρίσκονται σε καθημερινή βάση στο σχολείο, ενώ οι ασθενείς πηγαίνουν στο νοσοκομείο μόνο όταν είναι απαραίτητο και σίγουρα όχι τόσο συχνά. Και σε βαθύτερη ανάλυση, το κόστος της μεταφοράς είναι σίγουρα μικρότερης σημασίας όταν αφορά στη μεταφορά ασθενών.

Εν συνεχεία, σχετικά με τον τραπεζικό κλάδο είναι σαφές ότι είναι ολιγοπωλιακός. Είναι αρχικά υψηλά συγκεντρωμένος, γίνεται λιγότερο κατά την περίοδο 1993-1999, ενώ ο βαθμός συγκέντρωσης ξαναγίνεται υψηλός κατά το 2000 τόσο από τις

συγχωνεύσεις κρατικών τραπεζών, όσο και από τις εξαγορές που πραγματοποίησαν οι μεγάλες ιδιωτικές τράπεζες. Μάλιστα, σύμφωνα με στοιχεία από προηγούμενες μελέτες το ποσοστό των 4 μεγάλων τραπεζών είναι υψηλότερο του 50%, φτάνοντας και το 72% στις αρχές της δεκαετίας του 2000-2004 λόγω εξαγορών και συγχωνεύσεων. (Gibson D. Heather, Δεμέναγας Α. Νίκος, 2002).

Τέλος, αναφορικά με την φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται ως ανταγωνιστική αγορά με τις τέσσερις μεγάλες εταιρείες να καταλαμβάνουν το 25% περίπου της αγοράς στις αρχές της δεκαετίας του 2000-2004. Ο χαμηλός βαθμός επενδύσεων σε νέες τεχνολογίες, η φορολογική και εισπρακτική πολιτική από το κράτος καθώς και οι εισαγωγές υλικών και φαρμάκων από το εξωτερικό οδήγησαν την φαρμακευτική αγορά σε υψηλό βαθμό ανταγωνισμού.

Είναι φανερό επομένως πως ο κλάδος των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών παραμένει έντονα ολιγοπωλιακός παρά την πάροδο 12 ετών ενώ συγκριτικά με τις αγορές που παρουσιάστηκαν είναι ο πιο συγκεντρωμένος με αισθητή διαφορά. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να παρουσιαστούν οι λόγοι που ενισχύουν αυτό το προφίλ. Δύο είναι κυρίως οι παράγοντες που δρουν ενισχυτικά στην διατήρηση της ολιγοπωλιακής δομής του κλάδου :

➤ *Εμπόδια εισόδου*

Τα εμπόδια εισόδου στον κλάδο είναι σημαντικά, κυρίως λόγω:

- i. του μεγάλου κόστους αρχικής επένδυσης (το υψηλό σταθερό κόστος δημιουργεί σημαντικές οικονομίες κλίμακας και προσδίδει συγκριτικό πλεονέκτημα στους

πρωτοεισερχόμενους στην αγορά (first mover advantage))

- ii. της χαμηλής διαθεσιμότητας μεγάλων και εύκολα προσβάσιμων χώρων για την δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων (π.χ. κοντά σε κεντρικές οδικές αρτηρίες), καθώς και
- iii. των υψηλών ποιοτικών προδιαγραφών που απαιτούνται για την αδειοδότηση νέων ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα, ορίζονται συγκεκριμένα κριτήρια ως προς τους χώρους, την κατανομή κλινών, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τον αριθμό και τη σύνθεση του προσωπικού. Οι άνω προϋποθέσεις αδειοδότησης προσαυξάνουν το κόστος αρχικής επένδυσης, προστατεύοντας τις ήδη υπάρχουσες κλινικές, οι οποίες κατέχουν παλαιότερες άδειες λειτουργίας, με ελαστικές ρυθμίσεις.

➤ *Ρόλος ιατρών*

Καθώς οι ασθενείς συνήθως επιλέγουν πρώτα ιατρό και στη συνέχεια κατευθύνονται στην κλινική που συνεργάζεται, η δημιουργία ζήτησης για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου απορρέει από την προσέλκυση γνωστών και ικανών ιατρών. Ο σημαντικός ρόλος των ιατρών στον κλάδο των ιδιωτικών νοσοκομείων αποτυπώνεται

- i. στο σημαντικό ποσοστό ιατρών-μετόχων στα ιδιωτικά μαιευτήρια (καθώς, για παράδειγμα, καλύπτουν άνω των $\frac{3}{4}$ του μετοχικού κεφαλαίου των μεγάλων μαιευτηρίων) και
- ii. στη συνεργασία με διακεκριμένους ιατρούς, κυρίως με σπουδές και εμπειρία στο εξωτερικό (καθώς οι Έλληνες πανεπιστημιακοί ιατροί απασχολούνται βάσει θεσμικού πλαισίου κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία).

Υπό το πρίσμα αυτό, η προσωπική σχέση των ασθενών με τους ιατρούς τους, σε συνδυασμό με την κοινή πρακτική της συνεργασίας γνωστών με συγκεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία, λειτουργεί ως ανάχωμα για τις ανταγωνιστικές πιέσεις στον κλάδο. Η κατάσταση αυτή είναι φανερά εντονότερη στα μαιευτήρια, καθώς η σχέση των γυναικών με τον γυναικολόγο-μαιευτήρα τους είναι εξαιρετικά ισχυρή.

Όλοι οι παραπάνω λόγοι ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας και ειδικά των μαιευτικών κλινικών που μελετάμε γίνονται όλο και πιο βαρυσήμαντοι εξαιτίας της αδυναμίας, κυρίως σε επίπεδο οργάνωσης, που επικρατεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Όσον αφορά την οικονομική επιβράδυνση που παρατηρείται φαίνεται πως έχει επηρεάσει σε μικρό βαθμό τη ζήτηση για τις υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας εν γένει, καθώς οι ιατρικές δαπάνες είναι κατεξοχήν ανελαστικές. Συγκεκριμένα, ο κύκλος εργασιών το 2008 συνέχισε να αναπτύσσεται με ρυθμό 13% για τα μαιευτήρια έναντι 10% κ.μ.ο. την προηγούμενη τριετία.

Ωστόσο, τα περιθώρια κέρδους ενδέχεται να δεχτούν συσταλτικές πιέσεις υπό τη επίδραση των παρακάτω παραγόντων:

- Λόγω της επικείμενης εισόδου νέων παικτών στον κλάδο (ΡΕΑ, ΓΑΙΑ), η ολιγοπωλιακή δομή του κλάδου απειλείται – συνεπώς και τα υψηλά περιθώρια κέρδους του.
- Τα υψηλά ελλείμματα των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων ενδέχεται να δημιουργήσουν πιέσεις όσον αφορά την κάλυψη και την τιμολόγηση υπηρεσιών στα

ιδιωτικά νοσοκομεία.

- Η αυξανόμενη διείσδυση των ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών αναμένεται να δημιουργήσει πιέσεις στην τιμολόγηση των νοσοκομείων, λόγω της αυξημένης διαπραγματευτικής ικανότητας ως προς του προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, η αντίδραση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών για τα υψηλά νοσήλια και τις αμοιβές ιατρών εκτιμάται ότι θα οδηγήσει σε μείωση τιμολογίων των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών και άρα των περιθωρίων κέρδους.

5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατ' αρχάς, παρατηρούμε πως ο βαθμός συγκέντρωσης των μαιευτικών κλινικών είναι πολύ υψηλός με ανοδική τάση. Όπως προαναφέρθηκε μάλιστα από το 1997 έως το 2009 παρουσίασε κάποιες αυξομειώσεις αλλά ποτέ τόσο σημαντικές ώστε να αλλάξει η τάση του κλάδου. Το αξιοσημείωτο μάλιστα είναι ότι με την πάροδο του χρόνου ο ολιγοπωλιακός χαρακτήρας του ενισχύεται. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας τον δείκτη CR₄, για το έτος 2004 εκτιμάται στο 80,4% και για το έτος 2009 φτάνει στο 85,90%. Αντίστοιχα, ήταν και τα ευρήματα του δείκτη ΗΗΙ, όπου για το έτος 2004 βρίσκεται στο 2642,75 και στο τέλος της περιόδου που μελετάμε ανέρχεται στο 2688,73.

Εν συνεχεία, χαρακτηριστικό γνώρισμα της σημερινής μορφής του κλάδου είναι η ολιγοπωλιακή του δομή. Συγκεκριμένα, ενώ ο κλάδος στις αρχές της δεκαετίας του '80 χαρακτηριζόταν από μικρές ιδιωτικές κλινικές οι οποίες ανήκαν σε ιατρούς,

σήμερα πρωταγωνιστούν μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα. Οι τέσσερις μεγαλύτεροι παροχείς υγείας (βάσει κύκλου εργασιών) κατέχουν το 1/2 της αγοράς ιδιωτικών μαιευτηρίων, ενώ οι μικρότεροι παίκτες είναι λιγότερο ανταγωνιστικοί λόγω αδυναμίας τους να επενδύσουν σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό. Περαιτέρω, ο ολιγοπωλιακός χαρακτήρας του κλάδου εντείνεται περισσότερο, καθώς οι μεγάλοι όμιλοι διακρατούν σημαντικά ποσοστά στο μετοχικό κεφάλαιο των «ανταγωνιστικών ομίλων» (cross shareholding). Συγκεκριμένα, το Υγεία κατέχει το 98,6% του Μητέρα (το οποίο με τη σειρά του κατέχει το 88,8% του Λητώ) (ΕΤΕ, Δεκέμβριος 2009). Τέλος, παραμένει ο πιο έντονα ολιγοπωλιακός κλάδος τουλάχιστον συγκριτικά με τον κλάδο των ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των τραπεζών και της φαρμακευτικής βιομηχανίας σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο.

Τέλος, υψηλή παραμένει και η γεωγραφική συγκέντρωση του κλάδου (σχεδόν το 60% των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών είναι συγκεντρωμένο στην περιοχή της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης). Ωστόσο, λόγω της επιτυχημένης λειτουργίας τους, οι μεγάλοι παίκτες αρχίζουν να ιδρύουν σταδιακά μικρές περιφερειακές κλινικές. (ΕΤΕ Κλαδικές Μελέτες, Δεκέμβριος 2009).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι στη σημερινή εποχή, που οι περισσότεροι κλάδοι ελέγχονται από λίγες και πανίσχυρες επιχειρήσεις, το κόστος των περισσότερων προϊόντων και υπηρεσιών καθορίζεται από τη σύμπραξη μεταξύ των «συγκεντρωμένων» επιχειρήσεων και τις μεταξύ τους συμφωνίες. Οι καταναλωτές συνεπώς, αλλά και οι μικρότερες ανταγωνίστριες επιχειρήσεις, είναι

αμέτοχοι στη λειτουργία της αγοράς και δεν μπορούν να ελέγξουν την τιμή, η οποία είναι πάντα μεγαλύτερη από την τιμή ισορροπίας. Το γεγονός αυτό τονίζει την αξία των δεικτών συγκέντρωσης οι οποίοι πέρα από τον υπολογισμό του βαθμού συγκέντρωσης και της δύναμης αγοράς, σχετίζονται άμεσα και με τη μελέτη της συμπεριφοράς των επιχειρήσεων του κλάδου.

Μια περαιτέρω έρευνα θα ήταν απαραίτητη προκειμένου να εξεταστεί η δυναμική της αγοράς μελλοντικά. Αυτό διότι από το 2011 εισήλθαν δύο νέοι ανταγωνιστές στον κλάδο οι κλινικές ΓΑΙΑ και ΡΕΑ. Μάλιστα, το ΡΕΑ είναι μια κλινική που εξυπηρετεί τα νότια προάστια και φέρνει την επανάσταση στο καθεστώς των μέχρι τώρα ηγέτιδων να βρίσκονται κατά κύριο λόγο στα βόρεια προάστια. Επιπλέον, θα ήταν πολύ χρήσιμο για την κατανόηση και την καλύτερη ανάλυση του ανταγωνισμού να μελετηθεί η τιμολογιακή πολιτική των νέων κλινικών και το κατά ποσό αυτή μπορεί να επηρέασε τη στρατηγική και την πολιτική των τεσσάρων μαιευτικών κλινικών που μελετήσαμε και που μέχρι πρότινος κυριαρχούσαν στην αγορά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αλεξιάδου Ε., (2001), «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι. (2003), «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας –
Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές»

Αναγνώστου-Δεδούλη Α., 2002

Αποστολίδης Α., «Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα από το 1970»,
International Journal of Health Care Quality Assurance

ΕΤΕ, Κλαδικές Μελέτες, 2009

Κοντοζαμάνης Β., (2000), «Τιμές, Κατανάλωση και Δημόσια Δαπάνη στην
Ελληνική Αγορά Φαρμάκου», ΙΟΒΕ

Παπαδάκης Β., (2002), «Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και
Διεθνής Εμπειρία», Μπένος, Αθήνα

Σκόρδη, 1997

Σούλης Σ., Σαρρής Μ., Θεοδώρου Μ., (2001), «Συστήματα Υγείας»

Σούλης Σ., (1998), "Οικονομική της Υγείας"

Σουλιώτης Κ. , (2000), «Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα
Υγείας»

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

Ακαδ. Έτος : 2011-2012
Πρωτόπαπα Βιργινία-Νεκταρία

Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ., (2000), «*Εξελίξεις στην Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*»

ΞΕΝΗ

Azzam M. Azzedine, (1997), "*Measuring Market Power and Cost-Efficiency Effects of industrial Concentration*", Journal of Industrial Economics

American Bar Association, (2010), "*Antitrust health care handbook*", Section of Antitrust Law, (4th ed. ed.)

Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Bbais George, (1998) "*Private public medicine: a comparison of quality perceptions*", International Journal of Health Quality Assurance

Boutsioli Z. (2007), "*Concentration in the Greek private hospital sector*", University of Kent

Boyle S.E., (1973), "*The Average Concentration Ratio: An Inappropriate Measure of Industry Structure*", Journal of Political Economy

Samuelson F. William, "*Managerial Economics*", 3rd Edition", κεφ. 10

Collins N.R ,Preston L.E, (1969), "*Price-Cost Margins and Industry Structure*", The Review of Economics and Statistics

Gibson D. Heather, Δεμέναγας Α. Νίκος, (2002), "*Ο ανταγωνισμός στο ελληνικό τραπεζικό σύστημα: εμπειρική μελέτη για την περίοδο 1993-1999*"

Hannah L. , Kay J., (1981), "*The contribution of Mergers to Concentration Growth: A Reply to professor Hart*", Journal of Industrial Economics

Phillip J., John R., (2004) , "*The economics of Health and Medical Care*", (5th ed.), World Headquarters

Sleuwaegen Leo, Dehandschutter Wim, (1986), "*The critical choice between the concentration ratio and the HHI in Assesing Industry Performance*", Journal of Industrial Economics

Stephen J., Lilani K., Jenny R., Kate A., (2005), "*Economic Analysis for Management and Policy*", κεφ. 9

Sven L., (2009), "*Thoughts of Entry Regulation, Financial Market Competition and Financial Crisis*", κεφ. 4, Seminar Paper

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.)
Beverly Hills, CA: Sage Publishing

Yin, R. (2003), "*Applications of Case Study Research,*" (2nd Ed.), Sage Publications, Thousand Oaks, California

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

www.naftemporiki.gr

www.iaso.gr

www.mitera.gr

www.letto.gr

www.genesishospital.gr

www.in.gr

www.hrima.gr

www.icap.gr

www.iatronet.gr

www.hellastat.gr