
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

ΤΖΑΝΝΕΤΟΣ ΜΠΟΥΡΤΖΙΝΑΚΟΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

ΤΖΑΝΝΕΤΟΣ ΜΠΟΥΡΤΖΙΝΑΚΟΣ, Α.Μ.: ΔΥ/1332

Επιβλέπων: ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΟΛΛΑΛΗΣ Καθηγητής , Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης ,
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**STRATEGIC GROWTH OF A DOCTOR'S
OFFICE/CLINIC**

TZANNETOS BOURTZINAKOS

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management
Piraeus, Greece, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία ασχολήθηκε με το ζήτημα της στρατηγικής ανάπτυξης ιατρείου και ολοκληρώθηκε μέσα από τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο αναφέρθηκε στον ορισμό της στρατηγικής αναλύοντας το κλασικό μοντέλο στρατηγικής και το στρατηγικό μάνατζμεντ αλλά και την ανάλυση του στρατηγικού συστήματος. Στη συνέχεια, το δεύτερο κεφάλαιο έκανε λόγο για τη θεωρητική προσέγγιση του ανταγωνισμού που υπάρχει στις επιχειρήσεις. Το τρίτο κεφάλαιο έπειτα εμβάθυνε στην ελληνική οικονομία και το κλάδο της υγείας γενικότερα. Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο εστίασε σε στοιχεία για τη στρατηγική ανάπτυξη ιατρείου ή κλινικής.

ABSTRACT

The study occupied with the subject of strategic growth of surgery and was completed through four chapters. The first was reported in the definition of strategy analyzing the classic model of strategy and the strategic management but also the analysis of strategic system. Afterwards, the second chapter referred to the theoretical approach of competition that exists in the enterprises. The third chapter deepened in the Greek economy and the sector of health more generally. The fourth and last capital focused in elements for the strategic growth of surgery or clinic.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VII
ABSTRACT	IX
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	XI
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XIII
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	XV
ΠΙΝΑΚΑΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	XVII
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΑ.....	5
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ.....	5
1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΛΑΣΣΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	7
1.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο Η ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ	
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ	13
2.1 ΔΥΝΑΜΕΙΣ Ή ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ	15
2.2 Το ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ PORTER	16
2.3 ΈΝΤΑΣΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ.....	17
2.4 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ.....	18
2.4.1 Ανάπτυξη αγοράς.....	19
2.4.2 Ανάπτυξη προϊόντων	19
2.4.3 Κάθετη ολοκλήρωση.....	20
2.4.4 Οριζόντια ολοκλήρωση	22
2.4.5 Διαφοροποίηση δραστηριοτήτων	22
2.4.6 Εναλλακτικές στρατηγικές	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ	
ΥΓΕΙΑΣ.....	31
3.1 ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	31
3.2 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	32
3.3 Ο ΤΟΜΕΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	37
3.3.1 Ορισμός του αγαθού της υγείας	37
3.4 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	38

3.5 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	39
3.6 ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	41
3.7 Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	45
3.8 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	48
3.9 ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ.....	50
3.9.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγείας.....	51
3.9.2 Προσφορά υπηρεσιών υγείας.....	53
3.9.3 Κατηγορίες πελατών.....	54
3.9.4 Πόροι.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ...	59
4.1 ΟΡΑΜΑ ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ.....	59
4.2 ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ.....	60
4.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ.....	63
4.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ.....	66
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1-1: Εσωτερική Λειτουργία της Εταιρείας-Μέτρηση Στρατηγικής.....	9
Πίνακας 2-1: Τρόποι επέκτασης μιας επιχείρησης	24
Πίνακας 4-1: Συνιστάμενες προδιαγραφές για κέντρα αντιμετώπισης ασθενών με οξύ ΑΕΕ	64

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1-1: 5-Δυνάμεις του Porter	11
Σχήμα 2-1: Υπόδειγμα του Porter	17
Σχήμα 3-1: Δομή ταξινόμησης ασθενών σύμφωνα με τα DRGs	35
Σχήμα 3-2: Οικονομικές σχέσεις που κυριαρχούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας	48
Σχήμα 4-1: Οι φάσεις του Προγραμματισμού	59

ΠΙΝΑΚΑΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 3-1: Εξέλιξη δείκτη δαπάνης υγείας (έτος βάσης 2000)	43
Γράφημα 3-2: Σύνθεση φαρμακευτικής δαπάνης, 2000-2007	44
Γράφημα 3-3 : Διάρθρωση αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 2010'	46
Γράφημα 3-4: Σύνθεση δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2000-2007	49
Γράφημα 3-5: Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (2006-2050).....	52
Γράφημα 3-6: Πυκνότητα ιατρών (αριθμός / 1.000 κατοίκους) (2007).....	56

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σκοπός της στρατηγικής που εφαρμόζει μια εταιρεία είναι η επίτευξη μια πλεονεκτικής ανταγωνιστικής θέσης στην αγορά, δηλαδή μιας θέσης που θα την καθιστά ικανή να επιτυγχάνει υψηλή οικονομική απόδοση μακροπρόθεσμα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο βαθμός ελκυστικότητας της αγοράς και η σχετική ανταγωνιστική θέση είναι θέματα που δεν μπορούν το κάθε ένα μόνο του να κατευθύνουν την εταιρεία στην επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής ανταγωνισμού. Πράγματι, είναι δυνατό μια εταιρεία που λειτουργεί σε μια πολύ ελκυστική αγορά να μην μπορεί να επιτύχει υψηλή οικονομική απόδοση επειδή έχει επιλέξει μια χαμηλή ανταγωνιστική θέση.

Ενώ η ελκυστικότητα της αγοράς είναι κυρίως το αποτέλεσμα της συνδυασμένης επίδρασης διαφόρων παραγόντων που βρίσκονται εκτός του ελέγχου της εταιρείας, η υλοποίηση της συγκεκριμένης στρατηγικής ανταγωνισμού από την εταιρεία αυτή είναι δυνατόν να ασκήσει σημαντική επίδραση ώστε να κάνει την αγορά περισσότερο ή λιγότερο ελκυστική. Ταυτόχρονα η εταιρεία μπορεί να βελτιώσει ή να διαβρώσει την ανταγωνιστική θέση της μέσα στην αγορά με την υλοποίηση της στρατηγικής που επέλεξε.

Οι μορφές τις οποίες παίρνει ο ανταγωνισμός μεταξύ υφιστάμενων εταιρειών συνήθως είναι ο ανταγωνισμός στις τιμές, η εισαγωγή νέων προϊόντων στην αγορά, η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων, η καλύτερη εξυπηρέτηση, οι διαφημιστικές εκστρατείες, η παροχή εγγυήσεων κ.λπ.

Ο σκοπός της στρατηγικής ανταγωνισμού που εφαρμόζει μια επιχείρηση είναι η επίτευξη μια πλεονεκτικής ανταγωνιστικής θέσης στην αγορά, δηλαδή μιας θέσης που θα καθιστά την επιχείρηση ικανή να επιτυγχάνει υψηλή οικονομική απόδοση μακροπρόθεσμα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στρατηγική που ακολουθεί μια εταιρεία σε μια αγορά αποτελεί τη βάση για την αξιολόγηση της καταλληλότητας συγκεκριμένων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων από την άποψη της συμβολής τους στην επίτευξη αποδοτικής λειτουργίας και αποτελεσματικής ανάπτυξης των επιχειρήσεων στην αγορά αυτή.

Είναι δυνατό μερικές επιχειρήσεις που λειτουργούν σε μια αγορά να είναι περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με τις άλλες επιχειρήσεις, ανεξάρτητα από το βαθμό ελκυστικότητας η οποία προσδιορίζει τη μέση οικονομική απόδοση που επιτυγχάνεται στην αγορά αυτή.

Με την πάροδο του χρόνου είναι σύνηθες το φαινόμενο οι διάφορες αγορές να γίνονται περισσότερο ή λιγότερο ελκυστικές, ενώ η ανταγωνιστική θέση της εταιρείας να αντανakλά κάθε φορά το αποτέλεσμα των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων των ανταγωνιστών.

Αυτό, εξάλλου, σημαίνει ότι είναι δυνατόν σε μια αγορά να λήξουν απότομα μακροχρόνιες περίοδοι σταθερότητας των ανταγωνιστικών συνθηκών από ανταγωνιστικές κινήσεις συγκεκριμένων επιχειρήσεων.

Η υλοποίηση των στρατηγικών αποφάσεων της εταιρείας μπορεί να επηρεάσει τόσο το βαθμό ελκυστικότητας της αγοράς όσο και την ανταγωνιστική θέση της εταιρείας αυτής. Για αυτό ακριβώς το λόγο η επιλογή της στρατηγικής ανταγωνισμού αποτελεί κρίσιμη στρατηγική απόφαση της εταιρείας.

Συγκεκριμένα η εργασία θα ασχοληθεί με το ζήτημα της στρατηγικής ανάπτυξης ιατρείου και θα ολοκληρωθεί μέσα από τέσσερα κεφάλαια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΑ

Σύμφωνα με τον Shaw K.J, το 2000 στο βιβλίο του «*Strategic Management in Telecommunications*», η στρατηγική αποτελεί τη διαδικασία βάση της οποίας μια εταιρεία καθορίζει τη μελλοντική της πορεία (Wright, et al.,1998, pp.3-7).

1.1 Ορισμός και έννοια της στρατηγικής

Το στρατηγικό μάνατζμεντ αναφέρεται στην απεμπλοκή της εταιρείας σε σχέση με την οριοθέτηση των στόχων της, των ικανοτήτων της και του οράματος της. Η στρατηγική αναφέρεται στην κατεύθυνση η οποία δίνει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για μια εταιρεία, αλλά και μέσω της διάταξης των πόρων της σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, με στόχο να ανταποκριθεί στις ανάγκες των αγορών και να ικανοποιήσει τις ανάγκες των βασικών ομάδων ενδιαφερόμενων (Jaunch, et al.,1988).

Οι βασικές αρχές της στρατηγικής είναι οι ακόλουθες:

1. Εκπαίδευση και λειτουργικότητα του προσωπικού με βάση τους στόχους της εταιρείας.
2. Καθορισμός μεσοπρόθεσμου και μακροπρόθεσμου σχεδιασμού.
3. Εγκαθίδρυση δεδομένων για το σχεδιασμό της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας της εταιρείας.
4. Άξια στο πελάτη, κάλυψη αναγκών του.
5. Κάλυψη απαιτήσεων των πελατών.
6. Κάλυψη αναγκών της αγοράς, αναγνώριση ευκαιριών.
7. Αποφυγή του ρίσκου μέσα από τη σωστή ανάπτυξης στρατηγικής φιλοσοφίας.
8. Ικανοποίηση αναγκών πελάτη, σχεδιασμός επίτευξη στόχων.

Η βάση του στρατηγικού μάνατζμεντ αναφέρεται σε μια προσπάθεια της εταιρείας ν' αυξήσει τις επιχειρησιακές της ευκαιρίες ειδικά σε

μακροπρόθεσμο επίπεδο. Ο στρατηγικός σχεδιασμός αναφέρεται κυρίως στην ανάπτυξη στρατηγικού πλάνου. Ένα στρατηγικό σχέδιο χαρακτηρίζετε από 6 βήματα (Tetenbaum, 1998, pp 22-48):

1. Το καθορισμό και ορισμός της αποστολής μιας εταιρείας.
2. Το καθορισμός των στόχων μιας εταιρείας.
3. Την αξιολόγηση του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος της εταιρείας.
4. Την αξιολόγηση των βασικών βημάτων και τακτικών που διευκολύνουν την επίτευξη των στόχων μιας εταιρείας.
5. Την εφαρμογή συγκεκριμένων τακτικών βάση των στόχων της εταιρείας.

Ιστορικά το 1970 καθορίστηκε ένα μοντέλο έξι βημάτων που καθόρισε την έννοια της στρατηγικής, το οποίο ονομάστηκε κλασσικό μοντέλο, στη πορεία καθορίστηκε και το λεγόμενο συστηματικό μοντέλο το οποίο αποτελείτε από δέκα βήματα ανάπτυξης. Τα μοντέλα αυτά ορίζονται ως ακολούθως(Dent 1993).

Συγκεκριμένα:

1. Κλασσικό Μοντέλο (Jauch, and Glueck,1988, pp. 375-383):

- Βήμα 1^ο : Αναφορά στην αποστολή της εταιρείας.
- Βήμα 2^ο : Δεδομένα κάλυψης της αποστολής μιας εταιρείας.
- Βήμα 3^ο: Ανάλυση και αξιολόγηση του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος μιας εταιρείας.
- Βήμα 4^ο: Κάλυψη των πηγών της εταιρείας (Κεφάλαιο, Τεχνολογίες, εργατικό προσωπικό).
- Βήμα 5^ο : Αναγνώριση βημάτων δράσης, τακτικών και διευκόλυνσης επιχειρησιακών στόχων.
- Βήμα 6^ο : Εφαρμογή τακτικών με βάση τους στόχους μιας εταιρείας.

2. Συστηματικό Μοντέλο:

- Βήμα 1: Αναγνώριση στόχων και αποστολής.

- Βήμα 2: Αξιολόγηση Οικονομικού Περιβάλλοντος.
- Βήμα 3: Αναγνώριση ανταγωνιστικής ανάλυσης.
- Βήμα 4: Καθορισμός εσωτερικής λειτουργίας.
- Βήμα 5: Αναγνώριση στρατηγικών βημάτων.
- Βήμα 6: Πολιτικές, σχεδιασμός, υποστήριξη και στρατηγική.
- Βήμα 7: Εφαρμογή στρατηγικού πλάνου.
- Βήμα 8: Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας στρατηγικής.
- Βήμα 9: Μέτρηση ανταγωνιστικού περιβάλλοντος.
- Βήμα 10: Αναπροσαρμογή στρατηγικής ανάλογα με τις ανάγκες της αγοράς.

1.2 Ανάλυση κλασσικού μοντέλου στρατηγικής

Με βάση τα παραπάνω αρχικά εδώ θα μελετηθεί το κλασσικό μοντέλο στρατηγικής. Συγκεκριμένα (Hacke 2010), (ICAP, 2011).

1. Αποστολή και Στόχοι: Με βάση την αποστολή που έχει μια εταιρεία στην αγορά, αντίστοιχους στόχους και οριοθετεί και καθορίζει (Brown, 1995, pp. 336-343). Για παράδειγμα στη περίπτωση που μια εταιρεία έχει ως αποστολή της την ανάπτυξη ειδικού λογισμικού για το ηλεκτρονικό εμπόριο, θα πρέπει όλοι οι στόχοι της να εστιάζουν στο συγκεκριμένο πεδίο προκειμένου να μπορέσει να επιτύχει την αποστολή της. Η ανάπτυξη μιας αποστολής σχετικής με αγορά και στόχων σχετικών με την εξέλιξη της τελευταίας, δίνουν τη δυνατότητα σε μια εταιρεία να είναι καινοτόμα και ανταγωνιστική.

2. Ανάλυση ανταγωνιστικού περιβάλλοντος: Η στρατηγική είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τις οικονομικές συνθήκες των επιχειρήσεων (Dent, 1993, pp. 3-6).

Η επιλογή της κατάλληλης για μια εταιρεία στρατηγικής ανταγωνισμού βασίζεται στην έρευνα και ανάλυση των εξής γενικών θεμάτων:

A) Του βαθμού ελκυστικότητας της αγοράς για μακροπρόθεσμη οικονομική απόδοση. Είναι φανερό ότι δεν υπάρχουν οι ίδιες ευκαιρίες για επίτευξη μιας νόμιμης και υψηλής οικονομικής απόδοσης σε όλα τις αγορές. Επομένως, η έρευνα και ανάλυση των παραγόντων που προσδιορίζουν τις ευκαιρίες αυτές αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής.

B) Των παραγόντων που προσδιορίζουν τη σχετική ανταγωνιστική θέση μιας εταιρείας σε συγκεκριμένη αγορά.

Από την άλλη πλευρά, μια εταιρεία με υψηλή ανταγωνιστική θέση είναι ενδεχόμενο να λειτουργεί σε μια αγορά με χαμηλό βαθμό ελκυστικότητας, δηλαδή σε μια φτωχή και με χαμηλή οικονομική απόδοση αγορά, με συνέπεια οποιεσδήποτε προσπάθειες για περαιτέρω βελτίωση της ανταγωνιστικής της θέσης να συνεπάγεται μικρά οφέλη.

Ο βαθμός ελκυστικότητας της αγοράς και η ανταγωνιστική θέση των επιχειρήσεων μεταβάλλονται διαχρονικά. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο τα παραπάνω θέματα να εξετάζονται στη δυναμικής τους διάσταση. (Illich, 1976).

Έτσι, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η εταιρεία θα πρέπει να προσαρμόζει την στρατηγική της προς το υφιστάμενο κάθε φορά ανταγωνιστικό περιβάλλον της αγοράς, στην οποία αναπτύσσει την επιχειρηματική της δραστηριότητα, επιπλέον όμως θα πρέπει να προσπαθεί να αλλάξει ή να διαμορφώσει το περιβάλλον αυτό προς όφελος της.

Αξιολόγηση Εσωτερικών Πηγών: Η μελέτη και ανάλυση της αγοράς οδηγεί στο τρίτο βήμα της στρατηγικής, στο παραδοσιακό στρατηγικό σχεδιασμό, ο οποίος αναφέρεται στην αξιολόγηση των πόρων μιας εταιρείας, αλλά και στη δυναμική αυτών στη στρατηγική της. Εδώ αξιολογείται η δυναμική του κάθε προϊόντος της εταιρείας σε σχέση με την ευρύτερη δυναμική της αγοράς. Ο καθορισμός των πηγών σχετίζεται με το κεφάλαιο της εταιρείας, το προσωπικό, τη τεχνολογία, τη παραγωγική ικανότητα, τον ανταγωνισμό (Jaunch, & Glueck 1988).

4. Στόχοι της εταιρείας και βήματα δράσης: Έχοντας αναγνωριστεί οι στόχοι της εταιρείας αλλά και το ευρύτερο ανταγωνιστικό περιβάλλον, μια εταιρεία οδηγείται στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της στρατηγικής της. Τα ερωτήματα που πρέπει ν' απαιτηθούν για τη σωστή εφαρμογή της στρατηγικής είναι τα ακόλουθα: 1. Πως επιτυγχάνονται οι στόχοι, 2. Ποιες είναι οι ανταγωνιστικές πιέσεις για την εταιρεία, 3. Πως θ' αναπτυχθούν οι εσωτερικές πηγές, ποια είναι τα μειονεκτήματα των ανταγωνιστών, 4. πως θα καλυφθούν οι ανάγκες των καταναλωτών, 5. Πως θα καλυφθεί η μελλοντική ζήτηση με βάση τη παρουσίαση νέων προϊόντων και υπηρεσιών. Στο Πίνακα 1-1 παρουσιάζεται μια υποθετική μέτρηση και απάντηση των άνωθεν ερωτημάτων σε σχέση με τη στρατηγική μιας εταιρείας. Συγκεκριμένα (Kotler & Armstrong 2011).

Πίνακας 1-1

Εσωτερική Λειτουργία της Εταιρείας-Μέτρηση Στρατηγικής

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ-ΠΟΡΟΙ	ΣΤΟΧΟΙ	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑ ΠΗΓΩΝ	ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΕΛΑΤΩΝ	ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΖΗΤΗΣΗ
Ανθρώπινοι Πόροι	0	+	+	+	+
Παραγωγή	0	0	0	0	+
Οικονομικοί πόροι	+	+	+	+	0
Πωλήσεις	0	+	0	0	+
Μάρκετινγκ	+	0	+	+	+

+ = Σχέση με στρατηγική της εταιρείας.

0 = Μη σχετικότητα με στρατηγική της εταιρείας.

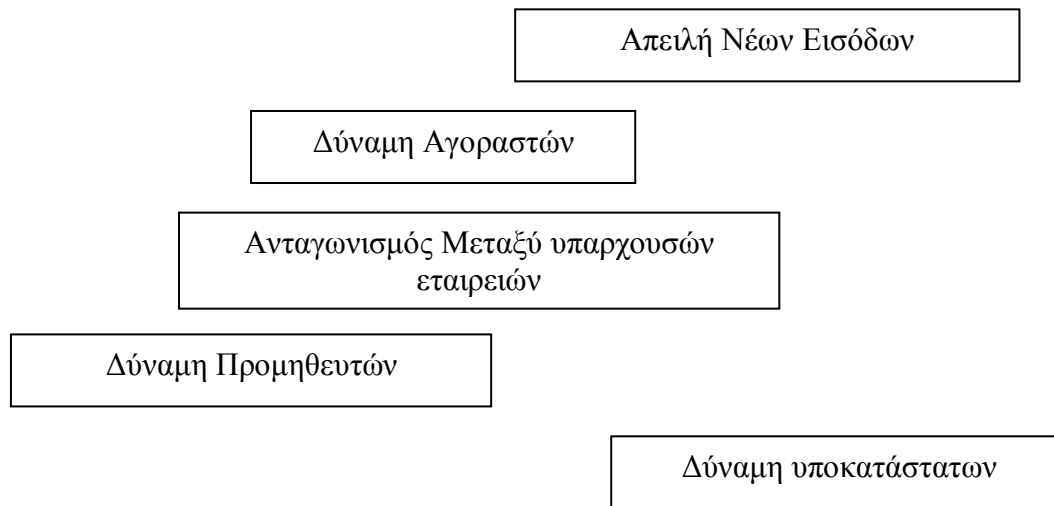
Πηγή: Shaw K.J., (2000), *Strategic Management in Telecommunications*, Artech House, p.14

5. Αναγνώριση και Εφαρμογή: Το τελευταίο βήμα αναφέρεται στην αναγνώριση του στρατηγικού σχεδιασμού και στη τελική του εφαρμογή του, για την επίτευξη των στόχων της εταιρείας. Υπάρχουν πολλά δεδομένα τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διαδικασία της εφαρμογής. Αυτά είναι:

1. Η σύνδεση του προσωπικού με τις ανάγκες της στρατηγικής.
2. Ξεκάθαροι στόχοι με βάση τις άνωθεν μετρήσεις στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον.
3. Σύνδεση της διοίκησης με το προσωπικό στην υλοποίηση της στρατηγικής.
4. Μέτρηση κόστους εφαρμογής.

1.3 Στρατηγικό μανάτζμεντ και ανάλυση στρατηγικού συστήματος

Μια ποιο εξελιγμένη μορφή του κλασσικού μοντέλου στρατηγικής είναι συστηματική ανάλυση, η οποία είναι η προέκταση της κλασσικής μεθόδου ανάλυσης στρατηγικής. Ο σχεδιασμός συστήματος για πρώτη φορά εμφανίστηκε το 1960 και ουσιαστικά εστίασε πρώτων στην ανάπτυξη μεθόδων μέτρησης των επιτυχιών και αποτυχιών μιας εταιρείας σε σχέση με τη στρατηγική της και δεύτερον εστίασε στη μέτρηση των δυνατοτήτων των ανταγωνιστών, των προμηθευτών, των πελατών και των νεοεισερχόμενων εταιρειών στο κλάδο. Σύμφωνα με τη συστηματική στρατηγική αναπτύχθηκε το παρακάτω μοντέλο όπως αυτό παρουσιάζεται στο Σχήμα 1-1 Συγκεκριμένα (Rigoli, & Dussault, 2003):



Σχήμα 1-1
5-Δυνάμεις του Porter

Πηγή: Shaw K.J.,(2000), Strategic Management in Telecommunications,
Artech

Με βάση το παραπάνω μοντέλο βλέπουμε ότι η φύση και ο βαθμός του ανταγωνισμού που αντιμετωπίζει μια εταιρεία στην αγορά εξαρτώνται από ορισμένους σημαντικούς παράγοντες που ονομάζονται δυνάμεις ανταγωνισμού (Tetenbaum 1998).

Στο υπόδειγμα του Porter αναφέρονται οι εξής πέντε κύριες δυνάμεις ανταγωνισμού.

- Η απειλή εισόδου νέων ανταγωνιστών,
- Η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών,
- Η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών,
- Η ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των υφιστάμενων επιχειρήσεων και
- Η πίεση ή απειλή από υποκατάστατα προϊόντα.

Σύμφωνα με το παραπάνω υπόδειγμα αλλά και τη συστηματική στρατηγική η εξασφάλιση μιας ισχυρής ανταγωνιστικής θέσης αποτελεί το σημαντικότερο ίσως στόχο κάθε εταιρείας μέσα σε ένα ανταγωνιστικό

περιβάλλον. Αυτός είναι και ο λόγος ύπαρξης της έντασης του ανταγωνισμού μεταξύ των υφιστάμενων επιχειρήσεων.

Έχοντας τους κατάλληλους ανταγωνιστές μια εταιρεία πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση, ώστε να απολαμβάνει υψηλότερα κέρδη, να αναπτύσσει νέες αγορές και να δημιουργεί αποτελεσματικότερους φραγμούς και εμπόδια εισόδου από αυτά που θα πετύχαινε μόνη της. Η στρατηγική αντιμετώπιση του ανταγωνισμού στην περίπτωση αυτή επιβάλλει να ξέρουμε πότε πρέπει να ανταγωνιζόμαστε και πότε και πώς να συνεργαζόμαστε με τους ανταγωνιστές μας για την επίτευξη κοινών στόχων. Σύμφωνα με τον Porter η ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ υφιστάμενων επιχειρήσεων θα είναι μεγάλη λόγω των παρακάτω παραγόντων(Wright P et al.,1998).

1. Μεγάλος αριθμός ανταγωνιστών ή ανταγωνιστές μα ισοδύναμο μέγεθος.
2. Χαμηλός ρυθμός ανάπτυξης της αγοράς
3. Την παρουσία υψηλών εμποδίων εξόδου αλλά και εισόδου στον κλάδο.

Αρχικά και προτού προχωρήσουμε στην ανάλυση και ανάπτυξη της επιλεγμένης και εξεταζόμενης στρατηγικής των εξαγορών και των συγχωνεύσεων θα μελετήσουμε στις επόμενες ενότητες γενικά όλες τις στρατηγικές ανάπτυξης, οι οποίες έχουν άμεσο και σχετικό αντικείμενο με την επιλεγμένη και προς ανάλυση στρατηγική.

Τέλος στη συστηματική στρατηγική ένα επιπρόσθετο μοντέλο ανάπτυξης είναι το PEST model. Το μοντέλο αυτό μελετά πως το πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και τεχνολογικό περιβάλλον επηρεάζει την αγορά και πως επηρεάζει και την ευρύτερη στρατηγική που αναπτύσσει μέσα σ' αυτό μια εταιρεία (Αλετράς κα, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Ο ανταγωνισμός είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τις οικονομικές συνθήκες των επιχειρήσεων. Με άλλα λόγια, ο ανταγωνισμός που υπάρχει σε μια αγορά από τελεί τη βάση για την αξιολόγηση της καταλληλότητας συγκεκριμένων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων από την άποψη της συμβολής τους στην επίτευξη αποδοτικής λειτουργίας και αποτελεσματικής ανάπτυξης των επιχειρήσεων στην αγορά αυτή (Γκρέγκορυ κα, 2002).

Η επιλογή της κατάλληλης για το σκοπό αυτό στρατηγικής ανταγωνισμού βασίζεται στην έρευνα και ανάλυση των εξής γενικών θεμάτων:

A) του βαθμού ελκυστικότητας της αγοράς για μακροπρόθεσμη οικονομική απόδοση. Είναι φανερό ότι δεν υπάρχουν οι ίδιες ευκαιρίες για επίτευξη μιας νόμιμης και υψηλής οικονομικής απόδοσης σε όλα τις αγορές. Επομένως, η έρευνα και ανάλυση των παραγόντων που προσδιορίζουν τις ευκαιρίες αυτές αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής ανταγωνισμού.

B) Των παραγόντων που προσδιορίζουν τη σχετική ανταγωνιστική θέση μιας επιχείρησης σε συγκεκριμένη αγορά.

Είναι δυνατό μερικές επιχειρήσεις που λειτουργούν σε μια αγορά να είναι περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με τις άλλες επιχειρήσεις, ανεξάρτητα από το βαθμό ελκυστικότητας η οποία προσδιορίζει τη μέση οικονομική απόδοση που επιτυγχάνεται στην αγορά αυτή.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο βαθμός ελκυστικότητας της αγοράς και η σχετική ανταγωνιστική θέση είναι θέματα που δεν μπορούν το κάθε ένα μόνο του να κατευθύνουν την επιχείρηση στην επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής ανταγωνισμού. Πράγματι, είναι δυνατό μια επιχείρηση που λειτουργεί σε μια πολύ ελκυστική αγορά να μην μπορεί να επιτύχει υψηλή οικονομική απόδοση επειδή έχει επιλέξει μια χαμηλή

ανταγωνιστική θέση (Δίκαιος κ.α., 1999).

Από την άλλη πλευρά, μια επιχείρηση με υψηλή ανταγωνιστική θέση είναι ενδεχόμενο να λειτουργεί σε μια αγορά με χαμηλό βαθμό ελκυστικότητας, δηλαδή σε μια φτωχή και με χαμηλή οικονομική απόδοση αγορά, με συνέπεια οποιεσδήποτε προσπάθειες για περαιτέρω βελτίωση της ανταγωνιστικής της θέσης να συνεπάγεται μικρά οφέλη.

Ο βαθμός ελκυστικότητας της αγοράς και η ανταγωνιστική θέση των επιχειρήσεων μεταβάλλονται διαχρονικά. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο τα παραπάνω θέματα να εξετάζονται στη δυναμικής τους διάσταση. Με την πάροδο του χρόνου είναι σύνηθες το φαινόμενο οι διάφορες αγορές να γίνονται περισσότερο ή λιγότερο ελκυστικές, ενώ η ανταγωνιστική θέση της επιχείρησης να αντανakλά κάθε φορά το αποτέλεσμα των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων των ανταγωνιστών. Αυτό, εξάλλου, σημαίνει ότι είναι δυνατόν σε μια αγορά να λήξουν απότομα μακροχρόνιες περίοδοι σταθερότητας των ανταγωνιστικών συνθηκών από ανταγωνιστικές κινήσεις συγκεκριμένων επιχειρήσεων (Κουσουλακου και Βίτσου 2008).

Η υλοποίηση των στρατηγικών αποφάσεων της επιχείρησης μπορεί να επηρεάσει τόσο το βαθμό ελκυστικότητας της αγοράς όσο και την ανταγωνιστική θέση της επιχείρησης αυτής. Για αυτό ακριβώς το λόγο η επιλογή της στρατηγικής ανταγωνισμού αποτελεί κρίσιμη στρατηγική απόφαση της επιχείρησης. Ενώ η ελκυστικότητα της αγοράς είναι κυρίως το αποτέλεσμα της συνδυασμένης επίδρασης διαφόρων παραγόντων που βρίσκονται εκτός του ελέγχου της επιχείρησης, η υλοποίηση της συγκεκριμένης στρατηγικής ανταγωνισμού από την επιχείρηση αυτή είναι δυνατόν να ασκήσει σημαντική επίδραση ώστε να κάνει την αγορά περισσότερο ή λιγότερο ελκυστική. Ταυτόχρονα η επιχείρηση μπορεί να βελτιώσει ή να διαβρώσει την ανταγωνιστική θέση της μέσα στην αγορά με την υλοποίηση της στρατηγικής που επέλεξε.

Έτσι, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η επιχείρηση θα πρέπει να προσαρμόζει την στρατηγική του ανταγωνισμού της προς το υφιστάμενο κάθε φορά ανταγωνιστικό περιβάλλον της αγοράς, στην οποία

αναπτύσσει την επιχειρηματική της δραστηριότητα, επιπλέον όμως θα πρέπει να προσπαθεί να αλλάξει ή να διαμορφώσει το περιβάλλον αυτό προς όφελος της.

2.1 Δυνάμεις ή παράγοντες ανταγωνισμού

Ο πρώτος βασικός παράγοντας που προσδιορίζει την οικονομική απόδοση μιας επιχείρησης είναι η ελκυστικότητα της αγοράς στην οποία διαθέτει τα προϊόντα της. Αυτό σημαίνει ότι η στρατηγική ανταγωνισμού που ακολουθεί η επιχείρηση πρέπει να προκύπτει από μια πλήρη γνώση των συνθηκών ανταγωνισμού που προσδιορίζουν την ελκυστικότητα αυτή. Ο τελικός σκοπός της ανταγωνιστικής στρατηγικής είναι από τη μια πλευρά η προσαρμογή των δραστηριοτήτων της επιχείρησης προς τις συνθήκες ανταγωνισμού της αγοράς και από την άλλη, η μεταβολή των συνθηκών αυτών προς όφελος της επιχείρησης (Μανιαδάκης και Υφαντόπουλος 1996).

Το 1980, ύστερα από εκτεταμένη έρευνα σε θέματα στρατηγικής των επιχειρήσεων, ο καθηγητής M. Porter του Harvard Business School, δημοσίευσε ένα βιβλίο με τίτλο «Ανταγωνιστική Στρατηγική» (Competitive Strategy) στο οποίο συνοψίζει τα αποτελέσματα των ερευνών του. Χρησιμοποιώντας τις γνωστές αρχές και θεωρίες της βιομηχανικής οικονομικής (industrial economics) σε θέματα επιχειρησιακής στρατηγικής, ο συγγραφέας προσδιόρισε τις κύριες δυνάμεις που επηρεάζουν την ανταγωνιστική θέση της επιχείρησης στην αγορά.

Εξάλλου, ο Porter είναι επίσης ο συγγραφέας και ενός άλλου βιβλίου με τίτλο «Ανταγωνιστικό Πλεονέκτημα» (Competitive Advantage) στο οποίο αναλύει την έννοια της αλυσίδας – αξίας (value chain) στον καθορισμό της ανταγωνιστικής θέσης της επιχείρησης.

Αντίθετα με την ανάλυση των κύριων δυνάμεων ανταγωνισμού που αναφέρεται σε ολόκληρο το βιομηχανικό κλάδο, η ανάλυση της αλυσίδας – αξίας αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη επιχείρηση ενός βιομηχανικού κλάδου. Σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με την

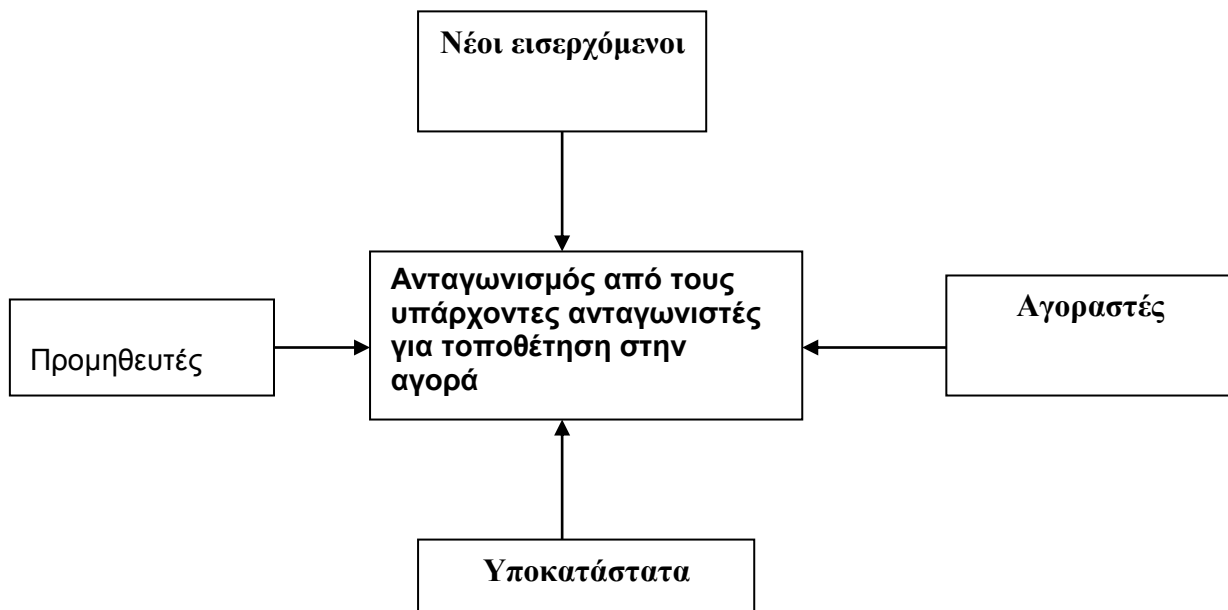
ανάλυση των κυρίων δυνάμεων ανταγωνισμού (παράγοντες ανταγωνισμού) που διαμορφώνουν το βαθμό ελκυστικότητας της αγοράς, ενώ στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην έννοια της αλυσίδας – αξίας και τη σημασία της στη διαμόρφωση της ανταγωνιστικής θέσης της επιχείρησης (Πολύζος, 2007).

2.2 Το υπόδειγμα του Porter

Η φύση και ο βαθμός του ανταγωνισμού που αντιμετωπίζει μια επιχείρηση στην αγορά εξαρτώνται από ορισμένους σημαντικούς παράγοντες που ονομάζονται δυνάμεις ανταγωνισμού. Στο υπόδειγμα του Porter αναφέρονται οι εξής πέντε κύριες δυνάμεις ανταγωνισμού.

- Η απειλή εισόδου νέων ανταγωνιστών,
- Η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών,
- Η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών,
- Η ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των υφιστάμενων επιχειρήσεων και
- Η πίεση ή απειλή από υποκατάστατα προϊόντα.

Οι δυνάμεις αυτές εμφανίζονται στο παρακάτω διάγραμμα. Για τη διαμόρφωση της ανταγωνιστικής της στρατηγικής, η επιχείρηση πρέπει να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί καθορίζουν τόσο τη δομή του βιομηχανικού κλάδου όσο και τη μορφή των επιπτώσεων που συνεπάγονται σε αυτή (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη 2002)



Σχήμα 2-1

Υπόδειγμα του Porter

M. Porter., (1980), Competitive strategy, McGraw Hill

2.3 Ένταση ανταγωνισμού μεταξύ υφιστάμενων επιχειρήσεων

Η εξασφάλιση μιας ισχυρής ανταγωνιστικής θέσης αποτελεί το σημαντικότερο ίσως στόχο κάθε επιχείρησης μέσα σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Αυτός είναι και ο λόγος ύπαρξης της έντασης του ανταγωνισμού μεταξύ των υφιστάμενων επιχειρήσεων. Οι μορφές τις οποίες παίρνει ο ανταγωνισμός μεταξύ υφιστάμενων επιχειρήσεων συνήθως είναι ο ανταγωνισμός στις τιμές, η εισαγωγή νέων προϊόντων στην αγορά, η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων, η καλύτερη εξυπηρέτηση, οι διαφημιστικές εκστρατείες, η παροχή εγγυήσεων κ.λ.π.

Έχοντας τους κατάλληλους ανταγωνιστές μια επιχείρηση πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση, ώστε να απολαμβάνει υψηλότερα κέρδη, να αναπτύσσει νέες αγορές και να δημιουργεί αποτελεσματικότερους φραγμούς και εμπόδια εισόδου από αυτά που θα πετύχαινε μόνη της. Η στρατηγική αντιμετώπιση του ανταγωνισμού στην περίπτωση αυτή επιβάλλει να ξέρουμε πότε πρέπει να ανταγωνιζόμαστε

και πότε και πώς να συνεργαζόμαστε με τους ανταγωνιστές μας για την επίτευξη κοινών στόχων. Σύμφωνα με τον Porter η ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ υφισταμένων επιχειρήσεων θα είναι μεγάλη λόγω των παρακάτω παραγόντων (Υφαντόπουλος 2006).

1. Μεγάλος αριθμός ανταγωνιστών ή ανταγωνιστές μα ισοδύναμο μέγεθος.
2. Χαμηλός ρυθμός ανάπτυξης της αγοράς
3. Την παρουσία υψηλών εμποδίων εξόδου αλλά και εισόδου στον κλάδο.

Αρχικά και προτού προχωρήσουμε στην ανάλυση και ανάπτυξη της επιλεγμένης και εξεταζόμενης στρατηγικής των εξαγορών και των συγχωνεύσεων θα μελετήσουμε στις επόμενες ενότητες γενικά όλες τις στρατηγικές ανάπτυξης, οι οποίες έχουν άμεσο και σχετικό αντικείμενο με την επιλεγμένη και προς ανάλυση στρατηγική.

2.4 Στρατηγικές ανάπτυξης

Οι πιο σημαντικές εκ των στρατηγικών είναι αυτές που βοηθούν μια επιχείρηση να αναπτυχθεί. Συγκεκριμένα εστιάζουν στην ανάπτυξη των πωλήσεων, των κερδών ή κάποιο συνδυασμό αυτών. Οι στρατηγικές αναπτύξεις χρησιμοποιούνται πάντα με βάση τη λογική ότι μια επιχείρηση δραστηριοποιείται σε ένα δυναμικό και εξελισσόμενο περιβάλλον, και ότι για να μπορέσει να επιβιώσει θα πρέπει να καταφέρει να αναπτυχθεί. Τα μοντέλα ανάπτυξης είναι τα ακόλουθα:

1. Ανάπτυξη αγοράς.
2. Ανάπτυξη προϊόντος.
3. Κάθετη ολοκλήρωση.
4. Οριζόντια ολοκλήρωση.
5. Διαφοροποίηση.
6. Εναλλακτικές μορφές ανάπτυξης

2.4.1 Ανάπτυξη αγοράς

Η στρατηγική ανάπτυξης αγοράς πρακτικά σημαίνει ότι η επιχείρηση προσπαθεί να προωθήσει τα υπάρχοντα προϊόντα σε νέες αγορές. Αυτό μπορεί να γίνει με την ανάπτυξη επιπλέον γεωγραφικών αγορών. Επίσης αυτή η στρατηγική μπορεί να υλοποιηθεί με την προσέλευση πελατών από άλλα τμήματα της αγοράς. Για παράδειγμα μια επιχείρηση η οποία παράγει απορρυπαντικά για τους καταναλωτές, αποφασίζει να δημιουργήσει ένα προϊόν για βιομηχανικούς αγοραστές όπως ξενοδοχεία, εστιατόρια ή επιχειρήσεις. Τέλος μέσα από τη στρατηγική ανάπτυξης μιας επιχείρησης έχει τη δυνατότητα να εισέλθει σε νέα κανάλια διανομής (Υφαντόπουλος 2006).

2.4.2 Ανάπτυξη προϊόντων

Η στρατηγική ανάπτυξης των προϊόντων σημαίνει ότι αναπτύσσονται νέα προϊόντα για τις υπάρχουσες αγορές ή επιχειρούνται σημαντικές τροποποιήσεις των υπάρχοντων προϊόντων. Η στρατηγική αυτή μπορεί να επιτευχθεί με τρεις διαφορετικούς τρόπους (Υφαντόπουλος 2006). 1995, pp. 393-453):

1. Η επιχείρηση αναπτύσσει νέα χαρακτηριστικά των προϊόντων.
2. Η επιχείρηση αναπτύσσει ποιοτικές αλλαγές του προϊόντος.
3. Η επιχείρηση αναπτύσσει επιπλέον μεγέθη και μοντέλα.

Σε σχέση με την ανάπτυξη προϊόντων και αγοράς έχουμε το μοντέλο του Ansoff, το οποίο παρουσίασε όλες τις πιθανές εκδοχές σε σχέση με τις συγκεκριμένες στρατηγικές.

Ωστόσο υπάρχει και μια εναλλακτική στρατηγική ανάπτυξης η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί και είναι η εστίαση στα υπάρχοντα προϊόντα και αγορές. Η στρατηγική αυτή είναι γνωστή ως στρατηγική διεύθυνσης – συγκέντρωσης της αγοράς και δίνει την δυνατότητα στην εταιρία να επεκταθεί σε νέες αγορές με τα υπάρχοντα προϊόντα της μέσω της ανάπτυξης της αγοράς. Τέλος Η στρατηγική συγκέντρωσης της αγοράς σημαίνει ότι η επιχείρηση αποφασίζει να διαθέσει τους πόρους

της στην πιο επικερδή ανάπτυξη ενός προϊόντος μιας αγοράς ή μιας κυρίαρχης τεχνολογίας.

2.4.3 Κάθετη ολοκλήρωση

Κάθετη ολοκλήρωση ονομάζουμε την στρατηγική εκείνη με την οποία η επιχείρηση μπορεί να ενισχύσει την παρουσία της είτε προς τα μπροστά (διανομείς και λιανοπωλητές των προϊόντων – υπηρεσιών της), είτε προς τα πίσω (προμηθευτές της). Η απόκτηση παρουσίας είναι δυνατό να σημαίνει ότι η επιχείρηση δημιουργεί με δικές της δυνάμεις μια άλλη εταιρία που αναλαμβάνει την διανομή προϊόντων ή την προμήθεια των πρώτων υλών είτε εξαγοράζει μια επιχείρηση. Εναλλακτικά η επιχείρηση μπορεί να συνάψει στρατηγικές συμμαχίες με άλλες επιχειρήσεις που βρίσκονται σε προηγούμενα ή επόμενα στάδια παραγωγής και διάθεσης.

Οι λόγοι για τους οποίους μια επιχείρηση είναι δυνατόν να επιλέξει να εφαρμόσει στρατηγική κάθετης ολοκλήρωσης είναι πολλοί. Για παράδειγμα η επιχείρηση είναι δυνατόν να επιλέξει να εκτιμά ότι υπάρχουν λίγοι προμηθευτές οι οποίοι τυγχάνει να προσφέρουν χαμηλή ποιότητα πρώτων υλών. Αν αυτό συνδυαστεί με μια αγορά όπου υπάρχει μεγάλος αριθμός ανταγωνιστών τότε η επιχείρηση μπορεί να αποκομίσει σημαντικά οφέλη αν έχει παρουσία στο συγκεκριμένο στάδιο παραγωγής (Υφαντόπουλος 2006).

Σε άλλες περιπτώσεις ο κλάδος αναπτύσσεται ραγδαία και οι μελλοντικές τους προοπτικές κρίνονται πολύ ικανοποιητικές. Τότε ενδείκνυται η επιχείρηση να επενδύσει σε κάθετη ολοκλήρωση προς τα μπροστά ή προς τα πίσω. Μέσα από μια στρατηγική καθετοποίησης η επιχείρηση μπορεί να μειώσει την εξάρτησή της από τους προμηθευτές ή τους διανομείς των προϊόντων της.

Πολλές επιχειρήσεις οι οποίες έχουν πλεόνασμα χρηματοοικονομικών ή και ανθρώπινων πόρων, επιλέγουν να τους χρησιμοποιήσουν σε μια στρατηγική κάθετης ολοκλήρωσης για να βελτιστοποιήσουν την παραγωγική τους διαδικασία. Άλλες επιλέγουν

την στρατηγική της κάθετης ολοκλήρωσης για να αποκτήσουν γρήγορα έναν πόρο ο οποίος είναι απαραίτητος για την μείωση του κόστους παραγωγής.

Το βασικό μειονέκτημα της στρατηγικής καθετοποίησης, σχετίζεται με τα προβλήματα δυσκολίας εξόδου από το συγκεκριμένο κλάδο. Είναι αυτονόητο ότι μια επιχείρηση πλήρως καθετοποιημένη είναι ουσιαστικά δεσμευμένη με τον συγκεκριμένο κλάδο και τις μελλοντικές του προοπτικές. Έτσι κάθε αρνητική διακύμανση του κλάδου έχει εμφανείς επιπτώσεις στο σύνολο μιας καθετοποιημένης επιχείρησης. Στην περίπτωση αυτή είναι δυνατόν να υπάρξει και υπερβάλλουσα παραγωγική δυναμικότητα σε κάποια από τα στάδια παραγωγής και κατά συνέπεια να αντιμετωπίσει μεγάλα προβλήματα υψηλού κόστους(Υφαντόπουλος 2006).

Βέβαια πολλές φορές οι καθετοποιημένες επιχειρήσεις δεν καταφέρνουν να αποκομίσουν τα οφέλη που αρχικά προσδοκούσαν από στρατηγικές κινήσεις καθετοποίησης, λόγω κακού συντονισμού μεταξύ των διαφορετικών παραγωγικών μονάδων.

Τέλος ένας μεγάλος κίνδυνος που πάντα εν υπάρχει είναι αυτός της εμφάνισης μιας τεχνολογικής καινοτομίας σε κάποιο στάδιο της παραγωγής. Για πολλές εταιρίες τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την κάθετη ολοκλήρωση είναι μεγαλύτερα από πιθανά πλεονεκτήματα. Τα τελευταία 10 χρόνια η κάθετη ολοκλήρωση δεν είναι το ίδιο δημοφιλής μεταξύ των επιχειρήσεων διεθνώς. Δεν είναι υπερβολή να ισχυριστούμε ότι κυριαρχεί μια τάση για λιγότερη κάθετη ολοκλήρωση. Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι η κάθε ολοκλήρωση ενδείκνυται όταν (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη 2002) :

1. Υπάρχουν ακριβοί ή αναξιόπιστοι προμηθευτές ή διανομείς προϊόντων
2. Υπάρχουν λίγοι διανομείς και προμηθευτές με συνέπεια η ολοκλήρωση να προσφέρει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα
3. Ο κλάδος αναπτύσσεται ραγδαία και οι μελλοντικές προοπτικές είναι καλές

4. Διαθεσιμότητα ανθρωπίνων και χρηματοοικονομικών πόρων, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια στρατηγική κάθετης ολοκλήρωσης
5. Υπάρχουν πλεονεκτήματα σταθερής παραγωγής. Η στρατηγική αυτή γενικά αυξάνει την προβλεψιμότητα της ζήτησης των προϊόντων
6. Μείωση κόστους διανομής και αποθήκευσης
7. Βελτίωση του μάρκετινγκ ή απόκτηση τεχνολογίας
8. Χτίσιμο εμποδίων εισόδου στους ανταγωνιστές

2.4.4 Οριζόντια ολοκλήρωση

Η στρατηγική οριζόντιας ολοκλήρωσης αναφέρεται σε μια επιχείρηση η οποία προσπαθεί να αναπτυχθεί μέσω εξαγορών ή δημιουργίας παρόμοιων επιχειρήσεων που λειτουργούν στο ίδιο στάδιο της αλυσίδας παραγωγής. Η οριζόντια ολοκλήρωση έχει σα στόχο την απόκτηση μονοπωλίου σε μια αγορά, καθώς μέσω της στρατηγικής αυτής μια επιχείρηση αυξάνει το μερίδιο αγοράς της και έτσι μειώνεται ή εξαλείφεται ο ανταγωνισμός (Πολύζος 2007).

2.4.5 Διαφοροποίηση δραστηριοτήτων

Η στρατηγική διαφοροποίησης δραστηριοτήτων διακρίνεται σε δυο κατηγορίες τη συσχετισμένη και την ασυσχέτιστη. Στη πρώτη περίπτωση οι δραστηριότητες της επιχείρησης συνδέονται μεταξύ τους, γενικά ακολουθεί μια συγκεκριμένη πορεία ανάπτυξης. Από την άλλη στην ασυσχέτιστη στρατηγική, η επιχείρηση δραστηριοποιείται σε διαφορετικούς κλάδους ακολουθώντας έτσι μια πιο ανορθόδοξη πορεία. (Πολύζος 2007).

2.4.6 Εναλλακτικές στρατηγικές

Από την στιγμή που μια επιχείρηση δεν θα επιλέξει να

ακολουθήσει την στρατηγική της καθετοποίησης τότε έχει τρεις εναλλακτικές από τις οποίες μπορεί να επιλέξει αυτήν που την αντιπροσωπεύει καλύτερα (Πολύζος 2007).

Στρατηγικές Συμμαχίες

Στρατηγικές Συμμαχίες είναι συνήθως οι μακροχρόνιες συμφωνίες συνεργασίας μεταξύ δύο ή περισσότερων εταιριών όπου όλες οι πλευρές συνεισφέρουν συγκεκριμένους πόρους με την προοπτική να προσκομίζουν αμοιβαία οφέλη (Κουσουλακου και Βίτσου 2008).

Βραχυχρόνιες συνεργασίες

Βραχυχρόνιες συνεργασίες είναι αυτές που διαρκούν το πολύ για έναν χρόνο. Πολλές εταιρίες τις εφαρμόζουν για την εξασφάλιση των πρώτων υλών τους ή την διάθεση των έτοιμων προϊόντων τους. Η συγκεκριμένη επιλογή είναι συμφέρουσα αν δεν απαιτούνται μεγάλες επενδύσεις από την πλευρά του προμηθευτή. Δηλαδή απαιτούνται σχετικά μικρά ποσά για επενδύσεις, της ποιότητας ή του χρόνου παράδοσης. Ωστόσο παραμένει σημαντικός παράγοντας και σε αυτήν την μορφή συνεργασίας η αμοιβαία εμπιστοσύνη και ο σεβασμός των συμφωνηθέντων (Κουσουλακου και Βίτσου 2008).

Συνεργασίες αλυσίδας αξίας

Άλλος ένας τρόπος για να συνεργάζονται εταιρίες μεταξύ τους χωρίς να αντιμετωπίζουν τα μειονεκτήματα της κάθετης ολοκλήρωσης είναι οι συνεργασίες αλυσίδας αξίας. Εδώ ένας αριθμός εταιριών συνεργάζεται για την διακίνηση προϊόντων και υπηρεσιών σε μια αλυσίδα αξίας. Αυτό που κάνει τις συνεργασίες αλυσίδων αξίας σημαντικές είναι ότι κάθε μέλος κατανοεί ότι παίζει έναν σπουδαίο ρόλο στην επιτυχία του άλλου μέλους και φυσικά στην επιτυχία της συνολικής αλυσίδας αξίας. Τα μέλη δεν δρουν μόνο ως ένα κομμάτι της αλυσίδας αξίας αλλά εκλαμβάνουν την αλυσίδα αυτή, ως μια ενιαία οντότητα στα

πλαίσια του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος

Στρατηγικές διεθνοποίησης

Υπάρχουν τέσσερις τρόποι επέκτασης μιας επιχείρησης σε μια καινούργια χώρα. Αυτοί οι τρόποι παρουσιάζονται στο Πίνακα 2-1 (McKiernan P, 1992):

Πίνακας 2-1
Τρόποι επέκτασης μιας επιχείρησης

ΜΕΣΟ	ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜ ΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜ ΑΤΑ
ΕΞΑΓΩΓΕΣ	Μικρή δυναμική πωλήσεων, λίγα προϊόντα. Κλειστά κανάλια διανομής Υψηλό κόστος παραγωγής Ελεύθερες εισαγωγές Υψηλό ολικό ρίσκο	Μειώνει το ρίσκο της επένδυσης Ταχύτητα εισόδου Χρησιμοποίηση υπαρχόντων εγκαταστάσεων.	Εμπόδια στο εμπόριο. Έξοδα μεταφοράς Όχι καλή μάθηση της αγοράς Η εταιρία φαίνεται ως εξωτερική
ΑΔΕΙΑ	Εμπόδια στις εισαγωγές Νομική προστασία του εσωτερικού περιβάλλοντος. Χαμηλή δυναμική	Μειώνει το ρίσκο της επένδυσης Ταχύτητα εισόδου Ξεπερνάει τα εμπόδια εισόδου	Αδυναμία ελέγχου των κεφαλαίων Ο έχων την άδεια μπορεί να γίνει ανταγωνιστής Περίοδος αδείας μικρή.

	<p>πωλήσεων</p> <p>Μεγάλη διαφορά κουλτούρας</p> <p>Ο έχον την άδεια δεν μπορεί να γίνει ανταγωνιστής</p>		
<p>ΚΟΙΝΟΠΡΑΞΙ ΕΣ</p>	<p>Εμπόδια εισόδου</p> <p>Διαφορές κουλτούρας</p> <p>Υψηλό δυναμικό πωλήσεων</p> <p>Μικρό πολιτικό ρίσκο</p> <p>Κυβερνητικές δικλίδες στις ξένες ιδιοκτησίες</p> <p>Η τοπική εταιρεία μπορεί να προσφέρει τις γνώσεις της</p>	<p>Ξεπερνάει τα προβλήματα κουλτούρας</p> <p>Συνδυασμός 2 εταιρειών</p> <p>Δυνατότητες μάθησης</p> <p>Γνώση της αγοράς</p> <p>Χαμηλές επενδύσεις</p>	<p>Δύσκολο να επιτευχθεί</p> <p>Αδυναμία ελέγχου</p> <p>Μεγάλο ρίσκο</p> <p>Συνεργάτης γίνεται ανταγωνιστής</p>
<p>ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΕΠΕΝΔΥΣΗ</p>	<p>Εμπόδια εισόδου</p> <p>Μικρές διαφορές κουλτούρας</p> <p>Μεγάλη δυναμική πωλήσεων</p> <p>Χαμηλό πολιτικό ρίσκο</p>	<p>Γνώση της αγοράς</p> <p>Εφαρμογή ικανοτήτων μας</p>	<p>Μεγάλο ρίσκο από προηγούμενα</p> <p>Χρήση πολλών πηγών</p> <p>Δυσκολία κατανόησης ντόπιων πηγών</p>

Η θεωρητική αναφορά που ακολουθεί συμπυκνώνει τα στάδια, στρατηγικές, πολιτικές και επιπτώσεις που καθορίζουν την διεθνή δραστηριότητα των οργανισμών όταν αυτή λαμβάνει χώρα.

1. Τακτικές και Στάδια Διεθνοποίησης

Οι τακτικές (τρόποι) της διαδικασίας διεθνοποίησης κατηγοριοποιούνται σε δυο μεγάλες κατηγορίες: τις «πρωτόγονες» (εξαγωγικού τύπου) και τις πιο εξελιγμένες. Η αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ αυτών των δυο κατηγοριών έγκειται στην τοποθεσία της παραγωγής.

2. «Πρωτόγονες» τακτικές διεθνοποίησης

Σ' αυτή την κατηγορία, τα προϊόντα παράγονται στις τακτικές μονάδες παράγωγης στη χώρα έδρα της εταιρείας και ακολούθως εξάγονται σε ξένες χώρες με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:

- Κατευθείαν εξαγωγή: Μ' αυτόν τον τρόπο τα προϊόντα που παράγονται στη χώρα εγκατάστασης εξάγονται κατευθείαν στην τρίτη χώρα χωρίς την παρουσία και διαμεσολάβηση μεσαζόντων στην χώρα εγκατάστασης. Πρέπει να αναφέρουμε ότι οι διαμεσολαβητές ή ενδιάμεσα κανάλια διανομής στη διαδικασία της κατευθείαν εξαγωγής, μπορεί να υπάρχουν στην τρίτη χώρα, με τη μορφή εμπορικών αντιπροσώπων). Είναι η πιο διαδεδομένη τακτική διεθνοποίησης για πολλές εταιρείες του χώρου που ερευνούμε σ' αυτή την εργασία και αυτό γιατί πολλές από αυτές είναι μεσαίου μεγέθους εταιρείες με ανεπαρκή διοικητικές και χρηματοοικονομικές δυνατότητες για να στηρίζουν μια πιο έντονη δραστηριοποίηση τους στις ξένες αγορές. Από την άλλη πλευρά επειδή η Ελλάδα είναι μια χώρα με οικονομία συνεχώς αναπτυσσόμενη, οι κατευθείαν εξαγωγές αντιμετωπίζονται ως προτεινόμενες τακτικές διεθνοποίησης σε σχέση με άλλες τακτικές διεθνοποίησης εξαιτίας του χαμηλού βαθμού αβεβαιότητας που έχουν και του χαμηλού κόστους συναλλαγών που τις χαρακτηρίζει.
- Εξαγωγή με ενδιάμεσα κανάλια διανομής: Στην περίπτωση αυτή η

εξαγωγή γίνεται μέσα από εξειδικευμένες εταιρείες (εξαγωγικές εταιρείες και εταιρείες διεθνούς εμπορίου) οι οποίες δραστηριοποιούνται στην χώρα εγκατάστασης της εταιρείας και έχουν τη δυνατότητα να παράσχουν υπηρεσίες αντιπροσώπου στην Τρίτη χώρα για λογαριασμό της παραγωγού εταιρείας. Αυτή η μέθοδος ακολουθείται όταν η παράγωγος εταιρεία δεν επιδιώκει να παίξει έναν έντονο κατευθειάν ρόλο στην διεθνή αγορά, ή όταν αρχίζει τις προσπάθειες της για διεθνοποίηση η εξαγωγική δραστηριότητα αλλά λόγω έλλειψης εμπειρίας προτιμάει να περιορίσει τους ενδεχόμενους κινδύνους που συσχετίζονται με την εξαγωγική δραστηριότητα στο ελάχιστο.

- **Χορήγηση αδείας:** Η χορήγηση αδείας θέτει τα όρια μιας συνεργασίας μεταξύ παραγωγού (Χορηγός αδείας) και της εταιρείας που θα χρησιμοποιηθεί από τον παραγωγό για να διεθνοποιήσει της δραστηριότητές της. Ο χορηγός αδείας δίνει το δικαίωμα στη συμβαλλόμενη εταιρεία στη τρίτη χώρα να χρησιμοποιήσει την πατέντα της σε αντάλλαγμα πληρωμές για την χρήση της πατέντας. Αυτή η τακτική διεθνοποίησης ακολουθείται από τις εταιρείες που έχουν κατοχυρώσει με πατέντα την τεχνογνωσία τους και τα προϊόντα προστατεύονται με πατέντα. Μ' αυτόν τον τρόπο η εταιρεία εξάγει την τεχνογνωσία της με την υποχρέωση του παραγωγού σε μια Τρίτη χώρα να πληρώνει αποζημίωση για την χρήση αυτής της τεχνογνωσίας ή ακόμα και των σημάτων της αρχικής παραγωγού εταιρείας (IOBE, 2011).
- **Αυστηρά χορήγησης αδείας:** Αυτή είναι μια πιο αυστηρή μορφή χορήγησης αδείας. Ο χορηγός αυτής της αδείας απαιτεί από την συμβαλλόμενη εταιρεία να δημιουργήσει ένα είδος επιχείρησης με συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ως εκ τούτου η συμβαλλόμενη εταιρεία καλείται όχι μόνο να παράγει το προϊόν της μητρικής εταιρείας βάση κάποιων αυστηρών προδιαγραφών αλλά επίσης να υιοθετήσει τις πρακτικές μάρκετινγκ, τιμολόγησης και επιχειρησιακής οργάνωσης συσχετιζόμενης με το προϊόν. Αυτή η μορφή μεθοδευμένης διεθνοποίησης είναι προτιμητέα από

παραγωγούς που έχουν ένα πολύ ισχυρό όνομα στην αγορά και αυξημένη πιστότητα καταναλωτών.

1. Εξελιγμένες Τακτικές Διεθνοποίησης

Οι πιο εξελιγμένες τακτικές διεθνοποίησης είναι από την φύση τους οι μη εξαγωγικού τύπου δραστηριότητες. Δείχνουν μια στρατηγική τάση του παραγωγού προς μια πιο δυναμική εισβολή στις διεθνείς αγορές. Η επιλογή μιας εξελιγμένης τακτικής διεθνοποίησης προϋποθέτει μεγάλη δέσμευση εν δυνάμει επενδυμένων κεφαλαίων και ανθρώπινων πόρων σε μια μακροπρόθεσμη χρονική περίοδο στις στοχευόμενες ξένες αγορές. Οι παρακάτω τακτικές διεθνοποίησης ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία.

- Κατευθείαν Εξωτερική Επένδυση: Αυτό ο τύπος διεθνοποίησης αποτελεί τον πιο τύπο με την πιο ουσιώδη διαφοροποίηση από την «πρωτόγονη» κατηγορία τύπων διεθνοποίησης. Η μεταφορά κεφαλαίων της εταιρείας μέσω μετοχών και ομολογιών στις ξένες χρηματαγορές δεν ανήκει σ' αυτή την κατηγορία, διότι η κατευθείαν εξωτερική επένδυση έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά για τον οργανισμό που την κάνει (ΕΣΥΕ, 2012):

1. Να έχει στην κατοχή της το 100% της επένδυσης στην ξένη αγορά εφόσον αυτό είναι ικανός τρόπος να προστατεύσει την κατευθείαν εξωτερική επένδυση της εταιρείας και τον έλεγχο της διεθνούς της δραστηριότητας.
2. Να καταλήξει σε κοινές επιχειρηματικές δραστηριότητες με ξένους οργανισμούς στην αγορά ενδιαφέροντος. Αυτή είναι η επιλογή μακροπρόθεσμης συνεργασίας που προϋποθέτει ότι και τα δυο μέρη θα δεχθούν να μοιραστούν το κόστος της επένδυσης, τις λειτουργίες και τελικά των κερδών τους από αυτή τους την επένδυση. Τέτοιες συμφωνίες συνήθως υλοποιούνται με την δημιουργία μιας νέας εταιρείας της οποίας το καταστατικό προβλέπει όλα τα επιθυμητά από την συμφωνία σύστασής της.
3. Να προχωρήσει σε συμφωνίες για στρατηγικές συμμαχίες. Οι στρατηγικές συμμαχίες είναι ειδικού τύπου συμφωνίες κοινής

επιχειρηματικής δράσης αλλά με πιο μακροπρόθεσμη προοπτική και στενότερη συνεργασία σε όλα τα επίπεδα. Οι συνέταιροι σ' αυτή την περίπτωση συμφωνούν σε μια αμοιβαία κοινή πορεία με σκοπό την απόκτηση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσα σε μια αγορά χωρίς απαραίτητα να συστήσουν μια νέα εταιρεία της οποίας το καταστατικό θα βασίζεται στους όρους της συμφωνίας μεταξύ των δυο μερών.

4. Διοικητικής Φύσης Συμβόλαια: Σ' αυτή την περίπτωση μια εταιρεία προμηθεύει με τεχνογνωσία και τεχνολογία μια άλλη εταιρεία πελάτη. Δηλαδή η εξαγωγική εταιρεία πουλάει την προμήθεια των γνώσεων της σε μια άλλη εταιρεία χωρίς ωστόσο να υπάρχει κίνδυνος για την πρώτη εταιρεία να χάσει το αποκλειστικό προνόμιο πάνω σ' αυτές τις γνώσεις αφού αυτή η ίδια παρακολουθεί την παροχή των υπηρεσιών της προς την Τρίτη εταιρεία και την προφύλαξη των γνώσεων της από το προσωπικό και τους ειδικούς της τρίτης εταιρείας. Μοιάζει με την τακτική χορήγησης αδείας εκμετάλλευσης πατέντας αλλά είναι διαφορετική μέθοδος αφού στην ουσία δεν γίνεται εκμετάλλευση της αποκλειστικής γνώσης του ανήκει στην πρώτη εταιρεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Μακροοικονομικό περιβάλλον

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 από τον χρηματοπιστωτικό τομέα στην Αμερική, βρίσκεται σήμερα το 2012 ακόμη σε εξέλιξη, έχοντας αλλάξει σημαντικά τις ισορροπίες στην παγκόσμια κοινότητα και ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές οικονομίες.

Με αυτό τον τρόπο το διεθνές περιβάλλον παραμένει ρευστό και εξακολουθεί να επικρατεί αβεβαιότητα για την πορεία της παγκόσμιας οικονομίας και την εξέλιξη της κρίσης χρέους στις ευρωπαϊκές οικονομίες¹.

Έτσι μέσα σε ένα έντονα μεταβαλλόμενο περιβάλλον κρίνεται σκόπιμη η ανάλυση του γενικού εξωτερικού περιβάλλοντος (οικονομικού) στο οποίο δραστηριοποιούνται οι ελληνικές επιχειρήσεις και ειδικότερα αυτές στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Συγκεκριμένα για την Ελληνική οικονομία πολλές αποφάσεις που λαμβάνονται σε εθνικό επίπεδο, όπως π.χ. στο τομέα της υγείας (διαθρωτικές αλλαγές, εξοικονόμηση πόρων έλεγχος κόστους μέσω κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων Κ.Ε.Ν) έχουν επίδραση στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης των ιδιωτικών μονάδων υγείας (Κουσουλακου και Βίτσου 2008).

Η παρατεταμένη ύφεση της χώρας από το 2008 έως σήμερα οδήγησε όχι μόνο στην αύξηση του ποσοστού ανεργίας αλλά και στη μείωση των επενδύσεων. Η μείωση της παραγωγής που με την σειρά της προέρχεται από την έλλειψη της ζήτησης είναι μια από τις βασικότερες αιτίες αύξησης του ποσοστού της ανεργίας. Το 2011 το πραγματικό Α.Ε.Π μειώθηκε κατά 6,9%,σε αυτό συνέβαλλε τόσο η μείωση της κατανάλωσης όσο και των επενδύσεων ιδιωτικών και δημοσίων. Όσον αφορά το χρηματοπιστωτικό τομέα οι συνθήκες και εκεί επιδεινώθηκαν,

¹ Ομιλία Διοικητή τράπεζας της Ελλάδος στην 79η Γενική συνέλευση μετοχών 24-4-12.

γιατί οι τράπεζες με την ανακεφαλαιοποίηση (P.S.I.) καλούνται να αντιμετωπίσουν ζημιές που έχουν ως γενεσιουργό αιτία την δημοσιονομική κρίση.

Ένα από τα βασικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας είναι και το Δημόσιο χρέος, το οποίο προκύπτει από τον συσσωρευμένο δανεισμό παρελθόντων ετών. Εάν τα συγκεκριμένα έσοδα για μια χρονική περίοδο π.χ. (1 έτος) δεν επαρκούν να καλύψουν τις υποχρεώσεις του κράτους (δαπάνες), τότε το κράτος αναγκάζεται να καταφύγει στο δανεισμό συνήθως εξωτερικό για την κάλυψη των υποχρεώσεων του.

Συμφώνα με έρευνα της EUROSTAT στο 165,3% του Α.Ε.Π. εκτοξεύτηκε το χρέος της Ελλάδας το 2011. Οι βασικότερες αιτίες αύξησης του ήταν τα ελλείμματα του κρατικού προϋπολογισμού, τα χρέη κρατικών ταμείων και η παρατεταμένη ύφεση.

Έτσι, η ελληνική οικονομία, όπως αποτυπώνεται και στην μείωση του Α.Ε.Π. την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σχεδόν σταμάτησε από το 2009 και μετά να παράγει υπεραξίες και πλούτο. Ως συνέπεια αυτού ήταν και οι μηχανισμοί διαχείρισης των υπεραξιών και του πλούτου να βρίσκονται σε βαθιά ύφεση. Για παράδειγμα οι εταιρείες δεν παράγουν κέρδη, οι τράπεζες δε δανείζουν με την ίδια ευκολία όπως τα προηγούμενα έτη, το κράτος και οι ιδιώτες δεν προβαίνουν σε επενδύσεις και η εγχώρια κατανάλωση έχει μειωθεί λόγω της συρρίκνωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Με αυτή τη σύντομη και περιεκτική περιγραφή της ελληνικής οικονομίας δείξαμε σε ποιο οικονομικό περιβάλλον καλούνται να δραστηριοποιηθούν οι σύγχρονες ιδιωτικές μονάδες υγείας.

3.2 Ελληνικό σύστημα υγείας και Οικονομική Κρίση

Η διεθνής οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2009 είχε μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομία της Ελλάδας σε όλους τους τομείς και ειδικότερα σε αυτόν της υγείας.

Από την αρχή της λειτουργίας του το Εθνικό Σύστημα Υγείας

παρουσίαζε πολλά προβλήματα και χρόνιες παθολογίες που προέκυπταν όχι μόνο από την νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών, αλλά και από το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας . Μερικά από τα κυριότερα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. τα προηγούμενα χρόνια πριν επέλθουν οι διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας με το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής (Μνημόνιο Ι, ΙΙ) είναι:

- Έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διαρκείας.
- Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Έλλειψη κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών δεν μετριοούνται και η ευθύνη διαχέεται.
- Πρωτόγνωρη και σπάταλη οικονομική διαχείριση.

Το Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, λόγω των τεράστιων δημοσιονομικών ελλειμμάτων και χρεών και υπό την απειλή της χρεοκοπίας. Τα μέτρα της δημοσιονομικής προσαρμογής και της εξυγίανσης του δημοσίου τομέα, όπως αναφέρονταν στο (Μνημόνιο Ι), αφορούσαν και τις δαπάνες για την υγεία και έθεταν ως στόχο την μείωση τους.

Το Φεβρουάριο του 2012 η Ελλάδα υπέγραψε ένα νέο Μνημόνιο ΙΙ στο οποίο περιλαμβάνονταν μέτρα για την μείωση των δαπανών υγείας. Μερικές από τις κυριότερες διαρθρωτικές αλλαγές που επηρέασαν όχι μόνο το δημόσιο αλλά και τον ιδιωτικό τομέα υγείας είναι:

1. Η Δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας).

Το Ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα έως το 2011 χαρακτηριζόταν από πολυκερματισμό, με περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς να παρέχουν κάλυψη για υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους. Τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε.) κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού. Η σύσταση με το Ν.3918/2011 το

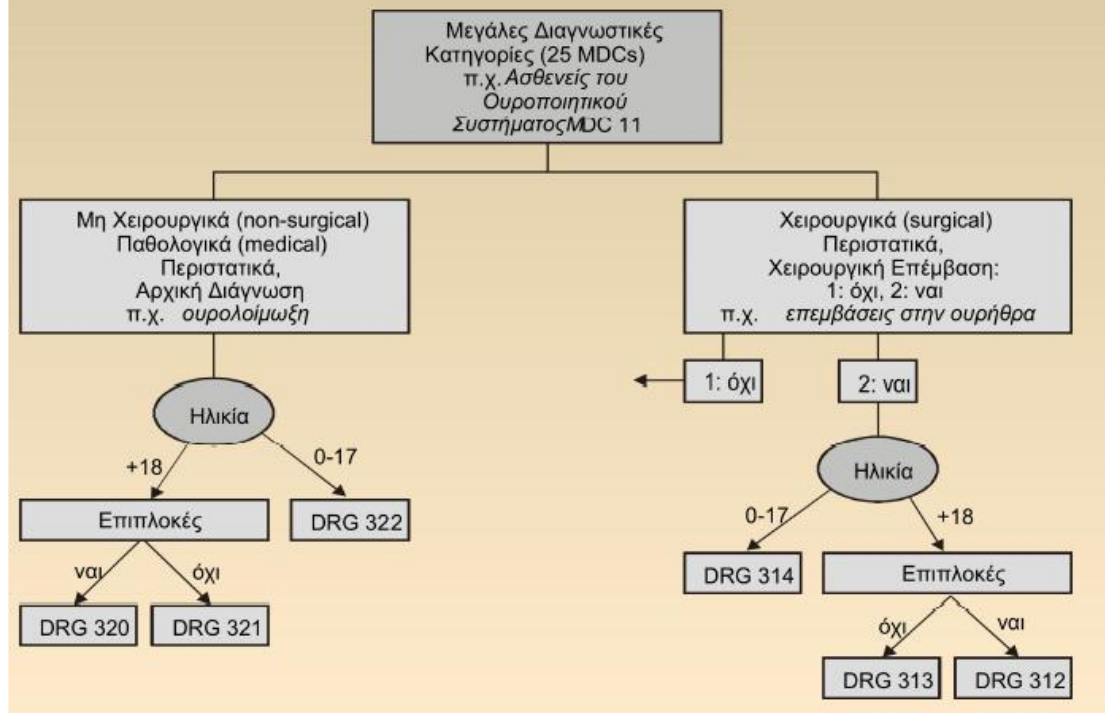
Μάρτιο του 2011 του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) οδήγησε στην ενοποίηση των ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε., ΤΥΔΚΥ) που αφορούσαν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Σκοπός του ενιαίου φορέα ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτσι ώστε όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ προέρχονταν από α) τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζόμενων, β) την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του Α.Ε.Π. από τον κρατικό προϋπολογισμό γ) ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ δ) λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ενταχθήκαν περίπου 9,5 εκ πολίτες από τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος φορέας λειτουργεί στην αγορά σαν μονοπώλιο, αφού είναι ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας γι' αυτό και έχει το πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης και του ελέγχου των τιμών (Πολύζος 2007).

2. Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (Κ.Ε.Ν)

Τα (Κ.Ε.Ν) D.R.G.s (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες) εμφανιστήκαν στην Αμερική το 1983. Η έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού θεωρητικού υποδείγματος για την οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων οδήγησε στη δημιουργία των (Κ.Ε.Ν) D.R.G.s, η όποια βασίστηκε σε 2 μηχανισμούς :

- 1) Ο ορισμός ομάδων προϊόντων του νοσοκομείου,
- 2) Καθορισμός βαρύτητας ή τιμής για κάθε μια ομάδα προϊόντων.

Δομή Ταξινόμησης Ασθενών σύμφωνα με τα DRGs



Σχήμα 3-1

Δομή ταξινόμησης ασθενών σύμφωνα με τα DRGs

Πηγή: ESYNET

Στην Ελλάδα η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τα Κ.Ε.Ν. θα λαμβάνει υπόψη κάποιους «οδηγούς κοστολόγησης» οι οποίοι θα προκύπτουν από το ομαδοποιημένο προϊόν. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής εισέλθει στο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας, θα ενταχτεί σε μια κατηγορία Κ.Ε.Ν ανάλογα με το είδος της ασθένειας (χειρουργικό ή παθολογικό), φύλλο, ηλικία, διάγνωση εισόδου και άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες. Βασικό στοιχείο των D.R.G.s παγκοσμίως ήταν ο έλεγχος του κόστους. Δηλαδή με την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν οι εκάστοτε φορείς όπως το υπουργείο υγείας, η δημόσια διοίκηση και οι αρμόδιοι φορείς χάραξης πολιτικής προσπαθούν να εντοπίσουν τον ακριβή προσδιορισμό της ανάλωσης πόρων προκειμένου να επανασχεδιάσουν διαδικασίες περισσότερο αποτελεσματικές. Πρέπει να τονίσουμε ότι η εφαρμογή των Κ.Ε.Ν προσαρμόζεται όχι μόνο στα

χαρακτηριστικά του κάθε εθνικού υγειονομικού συστήματος, π. χ. Ε.Σ.Υ, άλλα και στους στόχους που θέτει το υπουργείο υγείας και οι εκάστοτε φορείς χάραξης πολιτικής. Ένα βασικό μειονέκτημα με την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν στην προσπάθεια μείωσης των δαπανών για την υγεία είναι ότι συχνά επηρεάζεται η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Με βάση την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν η αντιμετώπιση της ασθένειας, λόγω της αβεβαιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και της ιδιαιτερότητας κάθε ασθενούς δεν μπορεί να γίνει με καθορισμένα πρότυπα χρήσης των πόρων (Πολύζος 2007).

3. Πολιτική για το Φάρμακο

Παράλληλα με την πορεία των συνολικών δαπανών υγείας και η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίαζε αυξητική τάση την τελευταία δεκαετία⁴. Βασικό χαρακτηριστικό στην Ελλάδα από την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης την τελευταία δεκαετία είναι ότι το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό, διότι η σχετική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση. Η απουσία συγκροτημένης ορθολογικής φαρμακευτικής πολιτικής και η αδυναμία ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών ήταν μερικά από τα αίτια για την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών έως και τα τέλη του 2009.

Ωστόσο, ο κλάδος του φαρμάκου επηρεάστηκε αρκετά μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και τις διαρθρωτικές αλλαγές για την εξοικονόμηση πόρων που προώθησε το υπουργείο υγείας. Βασικός στόχος του Μνημονίου αναφορικά με το χώρο του φαρμάκου ήταν η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, ώστε οι δαπάνες να πλησιάσουν τα επίπεδα των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών. Οι κύριες αρχικές ενέργειες περιελάμβαναν την χρήση γενόσημων φαρμάκων, τη μείωση περιθωρίων κέρδους των φαρμακοποιών και επιπλέον τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην φαρμακευτική δαπάνη. Επιπροσθέτως, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δημιούργησε νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, διότι μπορεί να πραγματοποιηθεί αυστηρός δημοσιονομικός έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης και να ελέγχεται ο όγκος της

κατανάλωσης, ώστε να περιοριστούν τα φαινόμενα σπατάλης και διαφθοράς. Πρέπει να τονίσουμε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καλύπτει το σύνολο των ηλεκτρονικών συστημάτων που διασυνδέουν όλα τα σημεία διακίνησης ενός φάρμακου (Ιατροί, φαρμακεία, νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία). Ακόμη με το νομό 4 Στοιχεία των Εθνικών λογαριασμών και της ΕΛ.ΣΤΑΤ. 3840/2010 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται στην αγορά με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές στην Ευρώπη (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη 2002).

3.3 Ο τομέας υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

3.3.1 Ορισμός του αγαθού της υγείας

Το βασικό οικονομικό πρόβλημα ξεκινάει με την υπόθεση ότι οι ανθρώπινες ανάγκες είναι απεριόριστες, ενώ τα μέσα που χρειάζονται να ικανοποιηθούν αυτές περιορισμένα. Μια από τις βασικότερες ανάγκες του ανθρώπου είναι η ίδια του η επιβίωση. Σύμφωνα με τη θεωρία του «ανθρώπινου κεφαλαίου» ο άνθρωπος έρχεται στον κόσμο με ένα αρχικό «απόθεμα» υγείας το οποίο σταδιακά απαξιώνεται (μειώνεται) και τελικά φθίνει με την γήρανση. Με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος προσπαθεί να διατηρήσει το αρχικό επίπεδο υγείας του σε ένα άριστο ή ικανοποιητικό βαθμό ζητώντας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι σύμφωνα με τον (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) Π.Ο.Υ. (1946) η έννοια του αγαθού υγείας έχει ως εξής: «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ως θεμελιώδες αγαθό η υγεία διαφέρει από τα άλλα αγαθά, έτσι βασικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενή, προκλητική ζήτηση, αβεβαιότητα νοσοκομειακής περίθαλψης. Με τον όρο ασυμμετρία πληροφόρησης εννοούμε την διαφορετική πληροφόρηση που έχουν οι δυο πλευρές γιατροί-ασθενείς. Οι γιατροί λειτουργούν ως «εκπρόσωποι» των ασθενών λαμβάνοντας οι ίδιοι αποφάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία που θα ακολουθήσουν οι ασθενείς τους, το

μέγεθος και την έκταση των εξετάσεων και των φαρμάκων που θα ληφθούν με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην μπορούν να δρουν ως κυρίαρχοι ορθολογικοί καταναλωτές. Αυτή η έλλειψη πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (Μανιαδάκης & Υφαντόπουλος, 1996). Ο ιατρός έχοντας γνώση καθορίζει την ποσότητα και τις τιμές των υπηρεσιών υγείας που θα ζητηθούν από τον ασθενή, ως εκ τούτου ο γιατρός ενθαρρύνει την παραγωγή και αυξάνει τεχνητά την ποσότητα των ιατρικών πράξεων, ορμώμενος από την επιδίωξη του για την αύξηση του εισοδήματος, ιδιαίτερα όταν ο τρόπος αμοιβής είναι κατά πράξη και περίπτωση. Στη διόγκωση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης συνέβαλλαν όχι μόνο η έκρηξη της γνώσης λόγω των επιτευγμάτων της ιατρικής επιστήμης, αλλά και η βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας και του φαρμάκου. Η νοσοκομειακή περίθαλψη χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα ως προς τον χρόνο εκδήλωσης την σοβαρότητα και την εξέλιξη των ασθενειών, κατά συνέπεια η ζήτηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι στοχαστική, γιατί εμπεριέχει το τυχαίο στοιχείο, (Et) Διαταρακτικός όρος, που δεν μπορεί εύκολα να ερμηνευτεί. Απόρροια αυτού οι ασθενείς να μην είναι πάντα σε θέση να γνωρίζουν το κόστος για την αντιμετώπιση ενός σοβαρού προβλήματος υγείας. Ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της αβεβαιότητας είναι η κοινωνική ασφάλιση, με αυτό τον τρόπο ένα μέρος του συνολικού κόστους νοσηλείας του ασθενούς θα επιμεριστεί και στον φορέα της κοινωνικής ασφάλισης (Πολύζος 2007).

3.4 Δομή του ελληνικού συστήματος υγείας

Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει έναν αριθμό υγειονομικών παραγωγικών μονάδων οι οποίες συλλειτουργούν και συνυπάρχουν μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα ως «σύστημα υγείας» ορίζεται το σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Βασίζεται σε θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό την προαγωγή του δικαιώματος

της υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται.

Επιμέρους στοιχεία ενός συστήματος υγείας σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006) είναι:

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
2. Παραγωγή υπηρεσιών υγείας,
3. Μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού προσδιορίζει τις ανάγκες και το πλαίσιο σχεδιασμού του υγειονομικού τομέα. Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι: ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού, το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, η γενική θνησιμότητα, η πρόωμη θνησιμότητα και τα μεταναστευτικά ρεύματα.

Στο δεύτερο υποσύστημα ορίζουμε ποιος θα παράγει τις υπηρεσίες στους πολίτες. Στο τρίτο υποσύστημα ορίζουμε τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας του πληθυσμού. Η κάλυψη μπορεί να προέρχεται είτε από το κράτος είτε από την κοινωνική ασφάλιση, είτε από τους ίδιους πόρους των ασθενών.

3.5 Ελληνικό σύστημα υγείας

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από ένα μεικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, όχι μόνο από την πλευρά παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την χρηματοδότηση αυτών. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του Έλληνα πολίτη και σχετίζεται με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές προς τους δημόσιους φορείς. Σκοπός του Ε.Σ.Υ. είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών και όχι η πρόσφορα υπηρεσιών υγείας. Έτσι συχνά ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την ζήτηση. Στο Ε.Σ.Υ. συνυπάρχουν τόσο η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridge type), που συναντάται κυρίως στην Μ Βρετανία, Ιρλανδία,

Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, όσο και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarck type), που συναντάται στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε αυτή την περίπτωση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης «αγοράζουν» υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Πριν από το 1983 η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ακολουθούσε το μοντέλο Bismarck type, δηλαδή βασιζόταν στην κοινωνική ασφάλιση. Έως το 2010 στην Ελλάδα συνυπάρχει το Ε.Σ.Υ. το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1983 μαζί με ένα μεγάλο αριθμό ταμείων περίπου 30 στο σύνολο τα οποία λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο και με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα.

Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα συνίσταται σε 3 επιμέρους υποσυστήματα:

- Το Ε.Σ.Υ. που περιλαμβάνει κυρίως νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το Ε.Κ.Α.Β.
- Το Ι.Κ.Α. και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία περίπου τριάντα το 2010 προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής.
- Ο ιδιωτικός τομέας που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία

Το εγχώριο υγειονομικό σύστημα διακρίνεται σε 3 κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η κατηγορία αυτή παραλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο. Παρέχεται :

1) Από φορείς του δημόσιου τομέα (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών π.χ. (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ κ.τ.λ.)

2) Από ιδιωτικούς φορείς, σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, εξωτερικών ιατρείων, ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι (Κουσουλακου και Βίτσου 2008).

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές. Παρέχεται από:

- 1) Φορείς του δημόσιου (δημόσια νοσοκομεία, λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος),
- 2) Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές)

Τριτοβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν μεγάλης δυναμικότητας Πανεπιστημιακά και Γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία συντελείται και η έρευνα στον τομέα της ιατρικής και τεχνολογίας.

3.6 Δαπάνες στην υγεία

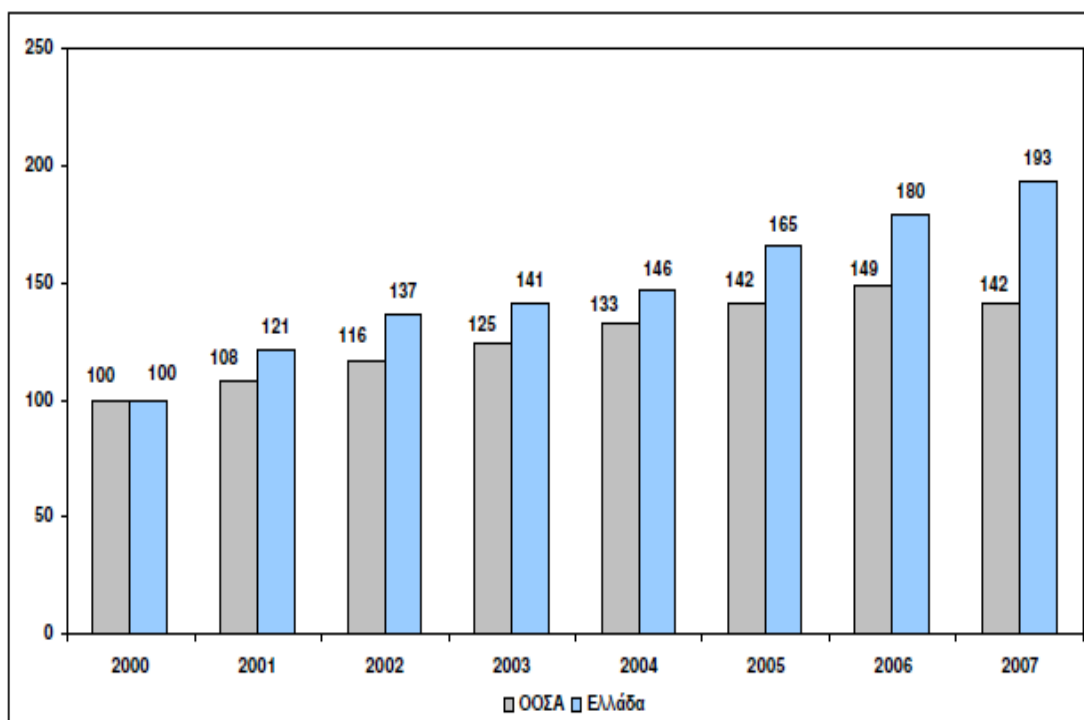
Η δαπάνη υγείας για τη Ελλάδα το 2009 ανήλθε στο 9,6% του Α.Ε.Π δηλαδή 24,6 δις, από τα οποία τα 15,4 δις αποτελούν δημοσίου δαπάνη και τα 9,2 δις ιδιωτική δαπάνη για την υγεία. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνει τις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές περιλαμβανομένων των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων κατηγοριών του πληθυσμού, καθώς και των ατόμων που είναι ανασφάλιστα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν όχι μόνο τις επενδύσεις

στο χώρο τις υγείας αλλά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Οι Εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια τυποποιημένη μεθοδολογία που παρακολουθεί και καταγράφει όλες τις ροές των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, δαπάνες στο εξωτερικό) (Κουσουλακου & Βιτσου, 2008). Με τους εθνικούς λογαριασμούς υγείας παρέχονται πληροφορίες σε 3 άξονες:

- 1) πηγες χρηματοδότησης, δηλαδή ποιος θα χρηματοδοτήσει τις δραστηριότητες στον χώρο της υγείας, από πού δηλαδή θα προέλθουν οι πόροι.
- 2) παράγωγη. Σε αυτό το στάδιο αποτυπώνουμε πώς θα κατανεμηθούν οι πόροι στους συντελεστές παράγωγης (ιατροί, νοσηλευτές, κτιριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, κ.τ.λ.).
- 3) Κατανάλωση, δηλαδή ποιες μορφές περίθαλψης θα αγοραστούν με αυτούς τους πόρους (νοσοκομειακή, προληπτική, θεραπευτική).

Το σύστημα των 3 αξόνων λειτουργεί ως ταυτότητα και πρέπει να ισχύει η ισότητα: χρηματοδότηση = παράγωγη = κατανάλωση.

Γεγονός όμως είναι ότι στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία οι δαπάνες για την υγεία συνεχώς αυξάνονταν.



Γράφημα 3-1

Εξέλιξη δείκτη δαπάνης υγείας (έτος βάσης 2000)

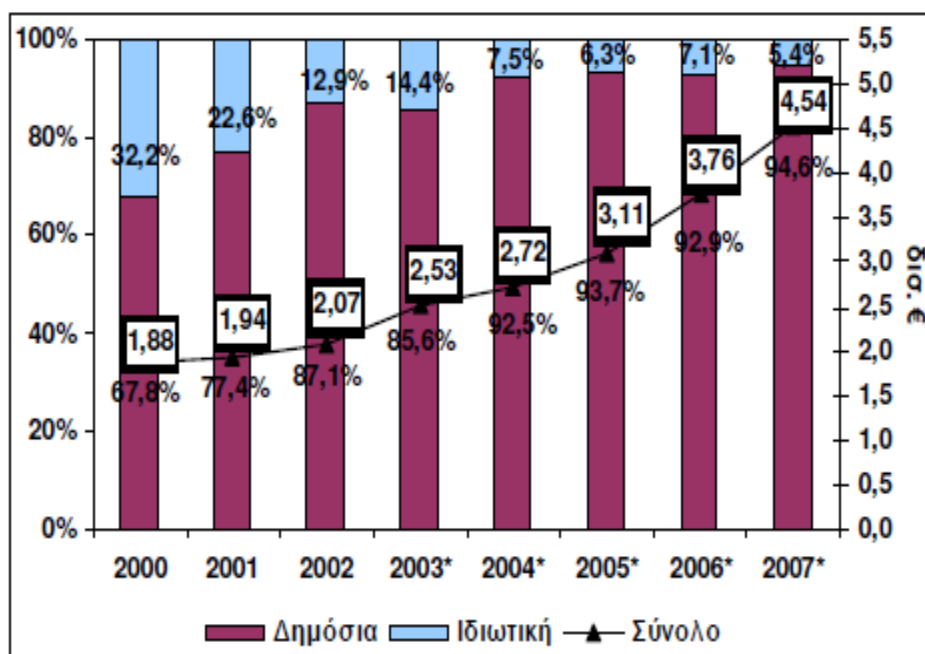
Πηγή: OECD Health Data, 2009

Λόγοι που επιβάλλουν την αύξηση των δαπανών υγείας:

- Το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού είναι η γήρανση και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Με αυτό τον τρόπο το άτομο και το κράτος δαπανά περισσότερα χρήματα για την υγεία διότι υπάρχουν μεγαλύτερες ανάγκες, όπως περισσότεροι ηλικιωμένοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα και νέες ασθένειες. Όλες αυτές οι ανάγκες χρήζουν υγειονομικής περίθαλψης.
- Η πρόοδος της επιστήμης έφερε επανάσταση στην ιατρική και τεχνολογία. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών βελτίωσε σε μεγάλο βαθμό τις ιατρικές πρακτικές και την υγεία των ασθενών, παράλληλα όμως αύξησε το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.
- Ο τομέας του φάρμακου, με τις τεράστιες επενδύσεις σε έρευνα

και ανάπτυξη η φαρμακευτική βιομηχανία συνέβαλλε σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στην αντιμετώπιση των ασθενειών στην κοινωνία. Παράλληλα όμως διογκώθηκαν και οι δαπάνες για την υγεία. Την αυξητική πορεία της συνολικής δαπάνης υγείας ακολουθεί και η φαρμακευτική δαπάνη ,έτσι σύμφωνα με τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ παρατηρείται αυξητική τάση στη φαρμακευτική δαπάνη, η οποία κατά το διάστημα 2000-2007 υπερδιπλασιάστηκε, αποτελώντας μάλιστα το 2007 το 21,6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία .

Όμως η σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική διαφέρει σημαντικά. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, το 87% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης αντιστοιχεί σε δημόσια δαπάνη την περίοδο 2000-2007. Με άλλα λόγια, όπως προαναφέραμε το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί κοινωνικό αγαθό, καθώς η σχετική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση.



Γράφημα 3-2

Σύνθεση φαρμακευτικής δαπάνης, 2000-2007

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, *Προσωρινά στοιχεία

3.7 Ο Ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα

Θεσμικό πλαίσιο

Με το Ν1397/1983 για πρώτη φορά διαιρέθηκε η χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και δημιουργήθηκε το Ε.Σ.Υ., ο εν λόγω νόμος απαγόρευε την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών προκειμένου να ενισχυθούν οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας έτσι από το 1983 έως το 1992 απαγορευόταν η ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Όμως το Π.Δ. 247/1991 επανεισήγαγε τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών που είχε απαγορευτεί από το 1983. Για την ίδρυση και τη λειτουργία της ιδιωτικής κλινικής απαιτούνται: 1) άδεια ίδρυσης, 2) άδεια λειτουργίας. Όμοιες άδειες απαιτούνται και σε περίπτωση επεκτάσεως της ιδιωτικής κλινικής ή μετατροπής και αύξησης των κλινών της (Κουσουλακου και Βίτσου 2008).

Τα Π.Δ 147/1991 και 517/1991 235/2000 καθορίζουν τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών (ελάχιστος και μέγιστος αριθμός κλινών, πτέρυγες νοσηλείας κ.τ.λ.). Με το Π.Δ. 235/2000 καθορίζονται ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών .Συγκεκριμένα επιτρέπεται η επέκταση των κλινών, η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας καθώς και η διακοπή ή ανάκληση αυτής, η οποία χορηγείται με απόφαση του οικείου νομάρχη (Π.Δ 247/1991), επίσης επιτρέπεται η μεταβίβαση της αδειάς και λειτουργίας αυτής.

Ανάλογα με το θεσμικό πλαίσιο οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε

- **Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου(ΝΠΔΔ):** Δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και νοσοκομεία του Ι.Κ.Α.
- **Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου(ΝΠΙΔ):** Δεν θεωρούνται ούτε δημόσια ούτε ιδιωτικά αλλά υπάγονται στην εποπτεία του Δημόσιου (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Ερρίκος Ντυνάν, Παπαγεωργίου κ.λπ.).

- **Στρατιωτικά Νοσοκομεία:** εξυπηρετούν τις ανάγκες των στρατιωτικών και των σωμάτων ασφάλειας (Γενικό νοσοκομείο Αεροπορίας, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών κ.λπ.)
- **Ιδιωτικές κλινικές:** Έχουν συνήθως την μορφή Ανώνυμων Εταιρειών.

Η εξεταζόμενη αγορά αποτελείται από 3 βασικούς τομείς υπηρεσιών :

- **Γενικές ιδιωτικές κλινικές:** οι όποιες αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 65%
- **Μαιευτικές- γυναικολογικές κλινικές:** όπου οι δυο μεγαλύτερες εταιρίες κατέχουν πάνω από το 70% της εν λόγω αγοράς. Το ποσοστό όμως που κατέχουν στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι 14%.
- **Διαγνωστικά κέντρα:** Αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία του κλάδου με ποσοστό 21%. Οι 2 πρώτες εταιρείες καλύπτουν περίπου το (1/3) της αγοράς, ενώ πλήθος εταιρειών περίπου 400 καλύπτουν το υπόλοιπο (2/3) της αγοράς διαγνωστικών κέντρων.



Γράφημα 3-3 :

Διάρθρωση αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 2010'

Πηγή: ICAP GROUP

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανήλθε σε €1,7 δις το 2010 παρουσιάζοντας μείωση 12% σε σχέση με το 2009, ενώ σημείωσε αύξηση 3,5% το 2009 έναντι του 2008. Στον κλάδο δραστηριοποιούνται ισχυροί επιχειρηματικοί όμιλοι με παρουσία και σε χώρες του εξωτερικού.

Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια και οι μαιευτικές κλινικές.

Στην παρούσα μελέτη με τον όρο ιδιωτικές μονάδες υγείας, αναφέρουμε: 1) το σύνολο των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων που αποτελούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, 2) το σύνολο των ιδιωτικών κλινικών (Γενικών, μαιευτικών, γυναικολογικών, ψυχιατρικών) που αποτελούν την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Δεν εξετάζουμε τον κλάδο των ιατρείων-πολυϊατρίων των ιδιωτικών ιατρών. Εμείς θα ασχοληθούμε με την μελέτη των ιδιωτικών κλινικών και συγκεκριμένα των πέντε μεγαλύτερων ομίλων που δραστηριοποιούνται στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Η ιδιομορφία του τομέα υγείας απεικονίζεται ως το αντίστοιχο οικονομικό κύκλωμα. (Γράφημα 3.4). Στην μορφή του περιλαμβάνει τους ασθενείς (καταναλωτές), τους παραγωγούς, δηλαδή τα νοσοκομεία και τους γιατρούς και τους φορείς πληρωμής (ασφαλιστικοί φορείς – κράτος). Οι ασθενείς πληρώνουν στα ασφαλιστικά τους ταμεία και στο κράτος, έτσι τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη και με βάση το δικαίωμα αυτό ζητούν υπηρεσίες υγείας από τους παραγωγούς (νοσοκομεία). Οι φορείς με την σειρά τους προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και με βάση τα δικαιολογητικά πληρωμής απαιτούν από το κράτος την αντίστοιχη χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες που προσέφεραν. Οι ασφαλιστικοί φορείς και το κράτος παρεμβαίνουν και ελέγχουν λόγω των ατελειών στην αγορά υπηρεσιών υγείας.



Σχήμα 3-2

Οικονομικές σχέσεις που κυριαρχούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας

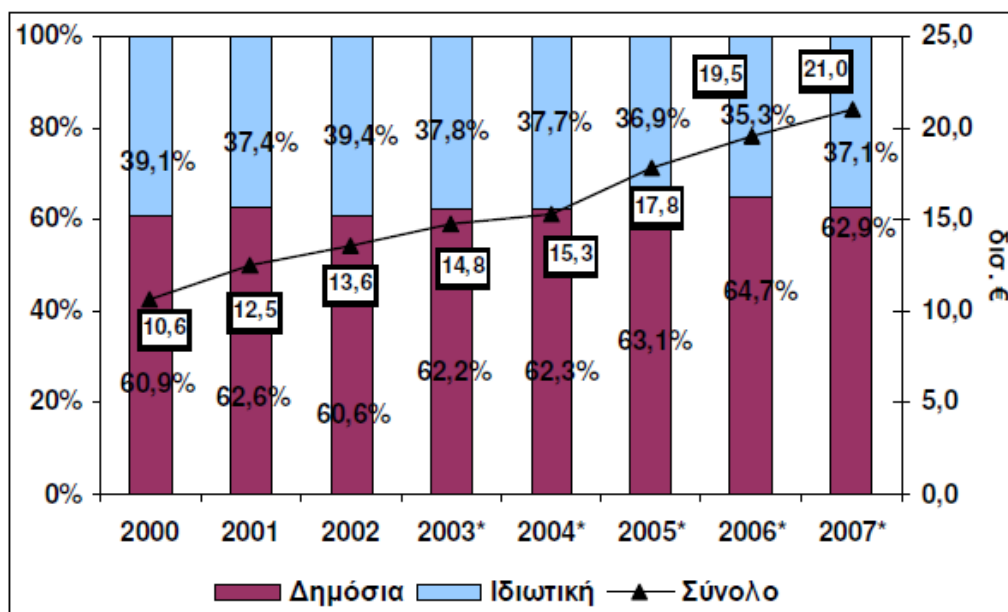
Πηγή: Reinhardt U:Princeton University, Princeton, New Jersey, 1989
(από Λιαροπουλο, 1993).

3.8 Στρατηγική ανάπτυξη ιδιωτικού τομέα υγείας

Στην Ελλάδα όπως αναφέραμε, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας διενεργείται από δημόσιες (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση) και ιδιωτικές (πληρωμές χρηστών και ιδιωτική ασφάλιση) πληρωμές.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρουσίασε ιδιαίτερη ανάπτυξη από το 1992 και ύστερα εξαιτίας της αναποτελεσματικότητας του δημοσίου τομέα, ως αποτέλεσμα υπήρξε μια σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας όχι μόνο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιαίτερα τις γυναικολογικές κλινικές.

Επιπλέον οι δαπάνες υγείας για την Ελλάδα έχουν ακολουθήσει ανοδική πορεία σχεδόν την τελευταία δεκαετία έτσι σχεδόν το 40% της δαπάνης υγείας αποτελεί ιδιωτική δαπάνη, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (28% της δαπάνης υγείας). (IOBE, 2011).



Γράφημα 3-4

Σύνθεση δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2000-2007

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, *Προσωρινά στοιχεία

Η στρατηγική ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας και ειδικότερα των γενικών κλινικών βασίστηκε σε 4 άξονες:

1. Παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.
2. Μικροί χρόνοι αναμονής.
3. Συνεργασία με ιδιώτες γιατρούς υψηλού κύρους.
4. Μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας. 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% (ΕΣΥΕ).

Ο κλάδος των κλινικών διακρίνεται από ολιγοπωλιακά χαρακτηριστικά, ο ανταγωνισμός είναι ιδιαίτερα έντονος, γιατί υπάρχει σχετικά μικρός αριθμός επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στην αγορά και εμπόδια εισόδου τα οποία προέρχονται είτε από το υπάρχον αυστηρό θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών μονάδων (νοσοκομεία) που δεν ευνοεί την δημιουργία νέων και οδηγεί σε

περιορισμό του ανταγωνισμού είτε από το υψηλό κόστος της αρχικής επένδυσης μιας νεοσύστατης νοσοκομειακής μονάδας. Ακόμη οι μεγάλοι όμιλοι προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας εκμεταλλευόμενες όχι μόνο τις οικονομίες κλίμακας άλλα και τις οικονομίες φάσματος. Το προϊόν δεν είναι ομοιογενές και τα νοσοκομεία παρουσιάζουν διαφοροποιημένα χαρακτηριστικά ως προς την λειτουργία και την χρηματοοικονομική τους εικόνα.

Ωστόσο μετά το 2009 με τη διεθνή οικονομική κρίση και την ένταξη της χώρας στο ΔΝΤ το τοπίο στην αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας άρχισε σταδιακά να αλλάζει. Οι διαθρωτικές αλλαγές που συντελέστηκαν στον χώρο της υγείας επηρέασαν και τον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα οι μεγάλοι όμιλοι να αρχίζουν να αναπροσαρμόσουν την χρηματοοικονομική τους πολιτική και διαχείριση στη νέα οικονομική πραγματικότητα. Ειδικότερα την πτώση του τζίρου των ιδιωτικών κλινικών για πρώτη φορά το 2010, υστέρη από μια δεκαετία συνεχούς ανάπτυξης καταγράφει η έρευνα της (ICAP, 2011) η οποία σημειώνει επίσης ότι το 2011 ήταν επίσης πτωτικό (IOBE, 2011).

3.9 Προσφορά και ζήτηση

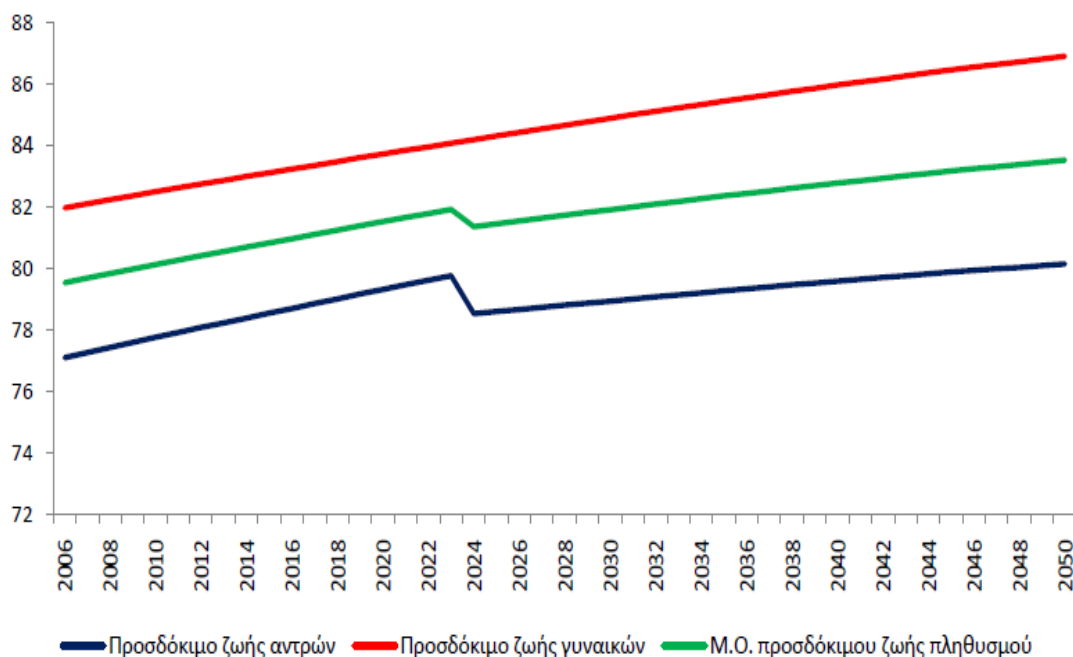
Η οικονομική ύφεση στη χώρα μας έχει επηρεάσει όχι μόνο τους οικονομικούς αλλά και τους δείκτες υγείας των Ελλήνων πολιτών. Σχετικά με τους παράγοντες επιρροής στην ανθρώπινη υγεία μια έρευνα που διεξήχθη σε παγκόσμιο επίπεδο (Αύγουστος-Οκτώβριος 2011) (Focus Bari) αναφέρει πως για την Ελλάδα από τους παράγοντες που βαρύνουν την υγεία των πολιτών ο μεγαλύτερος είναι το άγχος, ακολουθούν το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο τρόπος αντιμετώπισης της ζωής. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας πηγάζει από τη ζήτηση του ύστατου αγαθού υγείας (Αλετράς, 2002, τόμος Α'), επηρεάζεται δηλαδή τόσο από το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού (τρόπος ζωής, κάπνισμα, μεσογειακή διατροφή) όσο και από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (μόλυνση

περιβάλλοντος, φυσικές καταστροφές) και τους δημογραφικούς δείκτες (γήρανση του πληθυσμού, προσδόκιμο ζωής κ.τ.λ.).

3.9.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγείας

Η υγεία ως θεμελιώδες αγαθό φθείρεται με την πάροδο του χρόνου και την ηλικία έτσι τα άτομα επιθυμούν να την διατηρήσουν ή να την βελτιώσουν. Τίθεται όμως το ερώτημα. Πόσο είναι διατεθειμένος να πληρώσει κάποιος για τις υπηρεσίες υγείας; Η απάντηση είναι δύσκολη ωστόσο σχετίζεται με τις κοινωνικές επιλογές και τις προτεραιότητες, οι οποίες εξαρτώνται όχι μόνο από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου αλλά και από την κατάσταση της εθνικής οικονομίας γενικότερα (Αλετράς, 2002, τόμος Α, σελ. 43).

1. Ένας βασικός παράγοντας για την ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών. Μετά την χρηματοπιστωτική κρίση το 2007 υπήρξε μια συγκράτηση της ζήτησης, ωστόσο η ανελαστικότητα των δαπανών για την υγεία κατατάσσει τη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας σε καλύτερο επίπεδο συγκριτικά με τους λοιπούς κλάδους της οικονομίας.
2. Το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2050 θα έχει αυξηθεί από το σημερινό 9,3% σε 17,8%.



Γράφημα 3-5
Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (2006-2050)

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Στα 83,5 χρόνια υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα έως το 2050.

Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραγόντων ευνοεί τον κλάδο υγείας, διότι στατιστικά ο άνθρωπος δαπανά περισσότερα χρήματα για την υγεία στα πρώτα και στα τελευταία χρόνια της ζωής του, με κορύφωση τους τελευταίους 6 μήνες. Η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην επιδημιολογία και στα νοσολογικά χαρακτηριστικά του, όπως ισχαιμία, καρδιόπαθειες, υπέρταση προβλήματα του κυκλοφοριακού συστήματος. Έτσι οι ανάγκες για υγεία είναι αυξημένες. Όσον αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αν και η χώρα μας βρίσκεται σε υψηλή θέση μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Α.Σ.Α στους δείκτες προσδόκιμο επιβίωσης και γενική θνησιμότητα δεν έχει καταφέρει να μειώσει την γενική αλλά και ειδική θνησιμότητα με ρυθμό αντίστοιχο των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.

3. Ένας άλλος βασικός παράγοντας που επηρεάζει τη ζήτηση

υπηρεσιών υγείας είναι και οι νέες ασθένειες. Η επίδραση της ύφεσης στην ελληνική οικονομία έχει επηρεάσει και την υγεία των πολιτών. Για παράδειγμα η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και αναμένεται τα επόμενα είκοσι χρόνια να έχει αυξητικές τάσεις. Σύμφωνα με τον WHO η κατάθλιψη κατέχει την 4η θέση παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ετών ζωής, απαλλαγμένων από αναπηρία και κοινωνική δυσλειτουργία και εκτιμάται ότι το 2020 θα είναι η 2η ασθένεια σε συχνότητα εμφάνισης στις δυτικές κοινωνίες.

4. Τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας φαίνεται να επηρεάζει και η παχυσαρκία ιδίως η νεανική, μιας και ευθύνεται για την ανάπτυξη παθήσεων του κυκλοφορικού συστήματος. Τα ποσοστά των παχύσαρκων ατόμων έχουν αυξηθεί σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Α.Σ.Α τις τελευταίες δεκαετίες. Στην Ελλάδα το ποσοστό είναι από τα μεγαλύτερα 18,1% το 2008 μεταξύ των χωρών μελών.
5. Η ανεπάρκεια του Δημόσιου τομέα είναι όμως βαρύνουσα σημασίας παράγοντας για την διαμόρφωση ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Η δυσαρέσκεια των πολιτών από το Ε.Σ.Υ. στρέφει συχνά τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα, χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι λίστες αναμονής λόγω έλλειψης διαθέσιμων κλινών, η ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία συνεπάγεται και ελλιπή υγειονομική περίθαλψη και η παλαιότητα του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

3.9.2 Προσφορά υπηρεσιών υγείας

Ο όρος προσφορά υπηρεσιών υγείας εκφράζει τις υπηρεσίες που προέρχονται από προμηθευτές υγείας, όπως νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα. Στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών υγείας προέρχεται είτε από δημόσιους είτε από ιδιωτικούς φορείς. Ειδικότερα στον ιδιωτικό τομέα υγείας η προσφορά προέρχεται είτε από ιδιωτικές κλινικές είτε από μαιευτήρια, διαγνωστικά κέντρα ή ανεξάρτητα ιατρεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας στη χώρα μας

δραστηριοποιούνται 166 ιδιωτικές κλινικές σε σύνολο 313 θεραπευτηρίων και περισσότερα από 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Πρέπει να επισημάνουμε ότι στον κλάδο δραστηριοποιούνται αρκετές επιχειρήσεις μερικές εκ των οποίων και στο εξωτερικό. Οι πέντε από τους ισχυρότερους ομίλους του κλάδου που θα ασχοληθούμε είναι (ΙΟΒΕ, 2011):

- ΥΓΕΙΑ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ
- ΟΜΙΛΟΣ EUROMEDICA
- ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ
- ΙΑΣΩ

Η τάση συγκέντρωσης του κεφαλαίου αποτυπώνεται στα μερίδια αγοράς των πέντε εταιρειών του κλάδου οι οποίοι καλύπτουν περίπου το 60% της συνολικής αγοράς του ιδιωτικού τομέα υγείας το έτος 2010. Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανήλθε σε €1,7 δις το έτος 2010.

Η συμμετοχή κάθε ομίλου στο σύνολο των πωλήσεων των πέντε ομίλων:

ΥΓΕΙΑ: **29%** (299 εκ €) το 2010

ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ: **12%** (128,3 εκ €) το 2010

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ: **23%** (233,4 εκ €) το 2010

ΙΑΣΩ: **14%** (149,07 εκ €) το 2010

EUROMEDICA: **22%** (223,7 εκ €) το 2010

3.9.3 Κατηγορίες πελατών

Πελάτες του ιδιωτικού τομέα υγείας αποτελούν

- Τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης καταβάλλουν αποζημιώσεις στους παρόχους υγείας για τις υπηρεσίες που πρόσφεραν στους

ασφαλισμένους τους με βάση την εκάστοτε κρατική τιμολογιακή πολιτική. Έτσι, για την ανοιχτή νοσοκομειακή περίθαλψη η πληρωμή γίνεται με πληρωμή κατά πράξη και περίπτωση, βάση κρατικού τιμολόγιου ιατρικών αμοιβών, ενώ για την κλειστή νοσηλεία οι κλινικές αποζημιώνονται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο βάση κρατικού τιμολόγιου.

- Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες:

Στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας οι ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνουν τους προμηθευτές υγείας για τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς, είτε απευθείας είτε μέσω αποζημιώσεων στους ιδίους τους ασφαλισμένους. Οπότε η πληρωμή είναι κατά πράξη με βάση τη σύμβαση ή το τιμολόγιο της κλινικής εάν πρόκειται για κλειστή νοσηλεία. Στην περίπτωση των διαγνωστικών κέντρων στην ανοιχτή νοσηλεία η αποζημίωση γίνεται με βάση τις συμβάσεις του τιμολόγιου μεταξύ του κέντρου και των ασφαλιστικών εταιρειών.

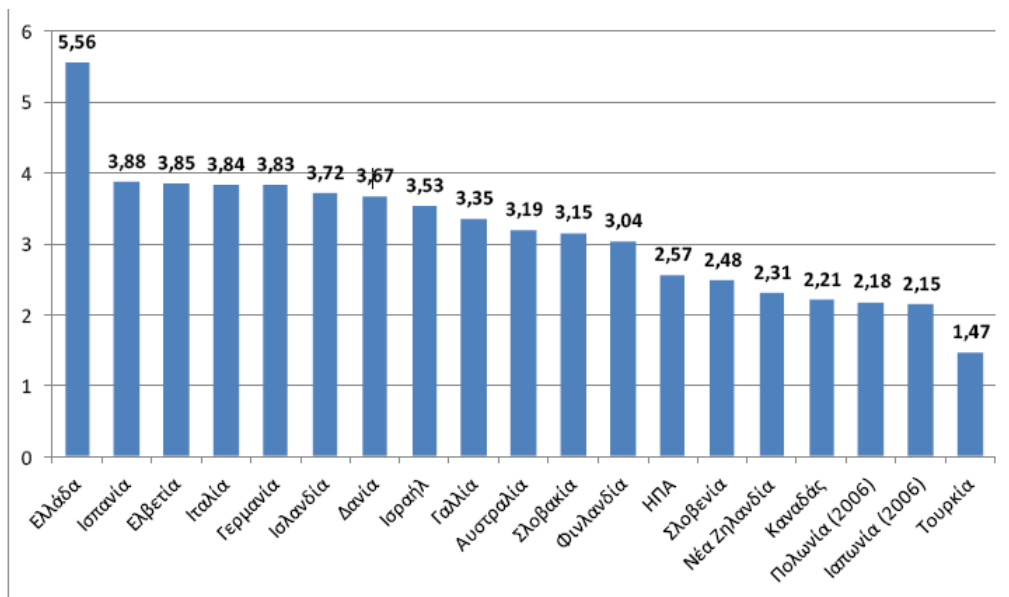
- Ιδιωτική δαπάνη υγείας (ίδιοι πόροι ασθενών) :

Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται: α) οι πληρωμές των ανασφάλιστων ατόμων, δηλαδή υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στους ασθενείς άλλα δεν ανήκουν σε κάποιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης β) οι νόμιμες προκαθορισμένες συμμετοχές των ασφαλισμένων στο κόστος νοσηλείας με βάση τις παροχές από το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης π.χ. για το ταμείο Ο.Π.Α.Δ- Υ.Π.Α.Δ το οποίο σήμερα έχει συμπεριληφθεί στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, υπάρχει διαφοροποίηση στις χρεώσεις στις ιδιωτικές κλινικές με βάση την κοινωνική ασφάλιση (άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους). Έτσι οι ίδιοι (ασθενείς) εσωτερικοί ή εξωτερικοί, καλούνται με ιδίους πόρους να καλύψουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ή να χρησιμοποιήσουν ένα σύστημα μεικτής πληρωμής (συνδυασμός δηλαδή των τριών παραπάνω μεθόδων πληρωμής) (IOBE, 2011).

3.9.4 Πόροι

- Ιατρικό δυναμικό

Οι ιατροί αποτελούν έναν από τους βασικότερους πόρους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ανθρώπινος παράγοντας δεν αποτελεί μόνο μέσο για την παροχή της αναγκαίας υγειονομικής περίθαλψης (Πολύζος, 2007.), αλλά αποτελεί και σημαντικό παράγοντα ο οποίος με την συμπεριφορά του επηρεάζει τις εκροές του συστήματος συμβάλλοντας στην αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική λειτουργία του (Rigoli & Dussault, 2003). Ειδικότερα στον ιδιωτικό τομέα υγείας λόγω των ατελειών της αγοράς ο ιατρός ως παραγωγικός συντελεστής ενεργεί όχι μόνο από την πλευρά τους προσφοράς αλλά και από αυτή της ζήτησης (τι θα παραχθεί και πώς) λαμβάνοντας αποφάσεις για λογαριασμό των ασθενών με στόχο τη θεραπεία και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας τους. Όσον αφορά την πυκνότητα ιατρών ανά κάτοικο η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση 5,56 ιατρούς/ 1000 κατοίκους.



Γράφημα 3-6

Πυκνότητα ιατρών (αριθμός / 1.000 κατοίκους) (2007)

Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Η προκλητή ζήτηση έχει συνδεθεί σε αρκετές μελέτες με τον αριθμό των ιατρών, υπό την έννοια ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ιατρών που απασχολούνται σε μια περιοχή τόσο μεγαλύτερος είναι

και ο όγκος των παρεχομένων υπηρεσιών (Illich, 1976; Γκρέγκορυ, Λιάτσου & Κυριόπουλος, 2002).

- Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

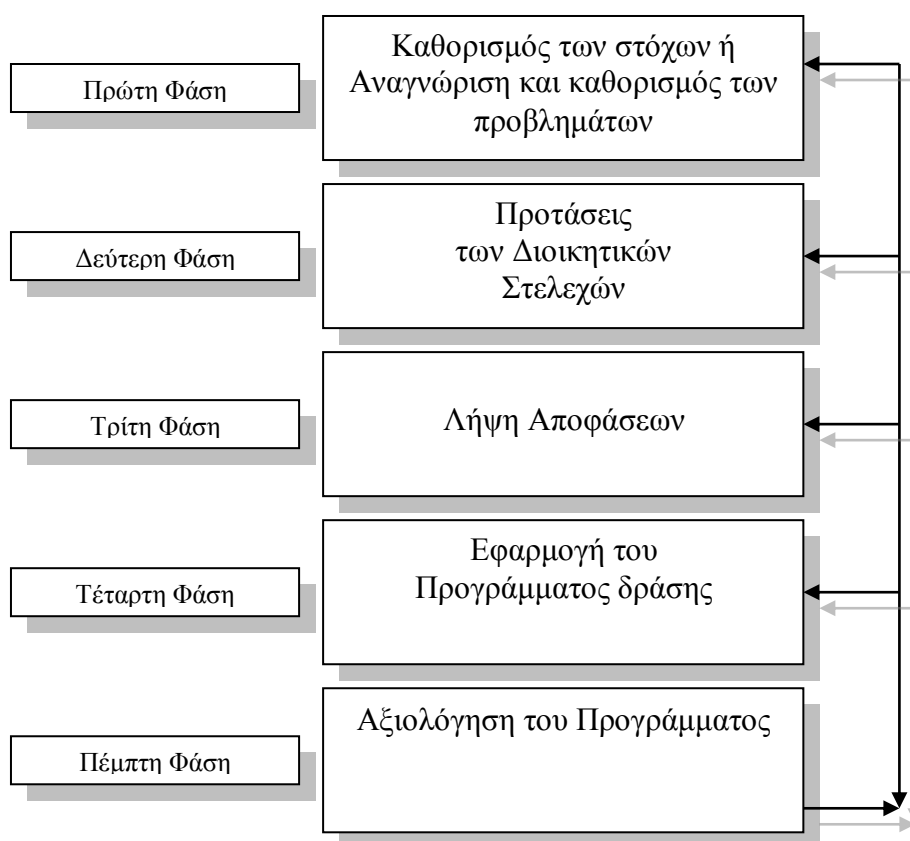
Η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας έδωσε επιπλέον ώθηση στον ιδιωτικό τομέα υγείας καθότι προσέφερε υψηλές υπηρεσίες με καινοτόμα τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα όχι μόνο στην πρόληψη και διάγνωση αλλά και στην θεραπεία των ασθενειών. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα αρκετές φορές προβαίνει στη ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού συνήθως με την μορφή χρηματοδοτικής μίσθωσης (Leasing) αποσκοπώντας βεβαίως και στην αποδοτικότερη χρήση της επένδυσης αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

4.1 Όραμα σκοποί και στόχοι κλινικής

Σύμφωνα με τον Τζωρτζάκης Κ και Τζωρτζάκη Α το 2002 ο προγραμματισμός ορίζεται ως: «*Η διαδικασία καθορισμού των στόχων και η επιλογή μιας μελλοντικής πορείας δράσης για την επίτευξη των στόχων αυτών*» (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002, σ.102). Ο προγραμματισμός όπως παρουσιάζεται στο σχήμα 4-1 αποτελείται από πέντε φάσεις:



Σχήμα 4-1

Οι φάσεις του Προγραμματισμού

Πηγή: Τζωρτζάκης Κ και Τζωρτζάκη Α.,(2002), Οργάνωση και Διοίκηση, Rosili, σ.102

Οι παραπάνω φάσεις παραθέτονται μέσα από το σχήμα 2.1, ενώ

αναλύονται και παρακάτω, μια και βάση αυτών γίνεται η περιγραφή των διαδικασιών και φάσεων. Συγκεκριμένα δόθηκε κυρίως βαρύτητα στις δυο πρώτες φάσεις, οι οποίες αναφέρονται στο σχεδιασμό και ανάπτυξη της υπό εξέταση ΑΕΕ. Οι φάσεις αναλύονται ως ακολούθως (Δίκαιος,1999,σ.σ. 113-116):

1^η Φάση: Η πρώτη φάση της διαδικασίας του προγραμματισμού αναφέρεται στους στόχους της επιχείρησης. Οι στόχοι αποτελούν τη βάση έναρξης του σχεδιασμού, μια και παρέχουν την κατεύθυνση για όλες τις δραστηριότητες της διοίκησης.

2^η Φάση: Προτάσεις διοικητικών στελεχών: Μετά το καθορισμό των στόχων, τα διοικητικά στελέχη αναπτύσσουν προτάσεις σε σχέση με τη μελλοντική λειτουργία βάση της οποίας υλοποιούνται οι στόχοι ενός οργανισμού.

3^η Φάση: Λήψη αποφάσεων: Η Τρίτη φάση της διαδικασίας του προγραμματισμού αναφέρεται στην επιλογή της εναλλακτικής εκείνης λύσης που συμβάλει στην ουσιαστικότερη και καλύτερη υλοποίηση των στόχων του οργανισμού.

4^η Φάση: Εφαρμογή του προγράμματος δράσης: Από τη στιγμή που έχει αναπτυχθεί το πρόγραμμα δράσης, πρέπει και να εφαρμοστεί. Τα προγράμματα δεν αξίζουν αν δεν μετουσιωθούν σε δράσεις.

5^η Φάση: Αξιολόγηση προγράμματος: Τελικά τα προγράμματα και οι εφαρμογές τους πρέπει να υποβάλλονται συνεχώς σε έλεγχο. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να γίνεται τόσο κατά τη διάρκεια της υλοποίησης όλων των προγραμμάτων όσο και μετά την ολοκλήρωσή τους.

4.2 Επιχειρησιακή στρατηγική

Στη παρούσα ενότητα με βάση και τα στάδια του προγραμματισμού προσδιορίζονται στρατηγικά τα δεδομένα που χρειάζονται στην ανάπτυξη μιας κλινικής. Συγκεκριμένα πρέπει να μελετηθεί η δυναμική της, σε κλίνες, προκειμένου να μπορεί εξυπηρετήσει μεγάλο αριθμό ασθενών. Ακόμα πρέπει να μελετηθεί ο

αριθμός και το είδος των ειδικοτήτων σε εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό αλλά και οι διαδικασίες πρόσληψης και τοποθέτησης που πρέπει να ακολουθηθεί.

Συγχρόνως στις πρώτες φάσεις ορίζεται η αποστολή της Μονάδας, αλλά και η γεωγραφική εμβέλεια της κλινικής δηλαδή εάν θα πρέπει η κλινική να είναι κεντρική ή σε κάποια απομακρυσμένη περιοχή.

Ένα ακόμα στοιχείο που πρέπει να οριστεί αποτελεί η εύρεση των πόρων στα δημόσια νοσοκομεία είτε μέσα από επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είτε από πιστώσεις του κρατικού προϋπολογισμού είτε τέλος μέσα από Ευρωπαϊκά Κονδύλια. Σημαίνον παράγον αποτελεί η αξιοποίηση των κονδυλίων σε εξοπλισμό, κτηριακές διαμορφώσεις κ.λπ. (Πολύζος 2007).

Ακόμα πρέπει να γίνει μια ανάλυση του περιβάλλοντος, δηλαδή να διερευνηθούν οι ευκαιρίες-οι απειλές-οι κίνδυνοι και οι δυνατότητες. Αρχικά στη πρώτη φάση και ορίζοντας τους στόχους της μονάδας, μπορούν να αναφερθούν τα ακόλουθα. Η κλινική επιδιώκει (Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, 2011, σ.4):

1. Να οργανώσει μια Εξειδικευμένη Υγειονομική Μονάδα χωρίς να χρησιμοποιηθούν περισσότεροι οικονομικοί πόροι από ότι για τη δημιουργία άλλων ιατρικών τμημάτων.
2. Να παρέχει προηγμένες τεχνολογικές υπηρεσίες οι οποίες να χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα και σχετικά ανεκτό κόστος, ώστε από τη μια να μπορούν να καλύπτονται από τα κρατικά κονδύλια και από την άλλη να ικανοποιούν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών.
3. Να εφαρμόζονται αποτελεσματικά τα διεθνή πρωτόκολλα, σε σχέση με τη βελτίωση της επικοινωνίας, σε σχέση με την ανάπτυξη των εργαζομένων, σε σχέση με την αποτελεσματική χρήση του υλικού εξοπλισμού.
4. Να επιλεγεί σωστά η μονάδα ένταξης.

Προχωρώντας στο στάδιο που αναφέρεται στην ανάπτυξη

προτάσεων από τα διοικητικά στελέχη, θα γίνει αναφορά σε πιθανές προτάσεις σχεδιασμού σε σχέση με την επιλογή της περιοχής, την οργάνωση, τη στελέχωση κ.λ.π. Αρχικά και προκειμένου να αναπτυχθεί και να οργανωθεί η μονάδα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος θα πρέπει να επιλεγεί η δημιουργία μιας μονάδας Μονάδα αυξημένης φροντίδας η οποία στοιχίζει πολύ λιγότερο από μια μονάδα ΜΕΘ, μια και απαιτεί λιγότερο τεχνολογικό εξοπλισμό άρα και κόστος.

Οι κλίνες που πρέπει να αναπτυχθούν για τη δημιουργία μιας κλινικής θα πρέπει να είναι 15 με 20. Η συγκεκριμένη μονάδα θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών, παρέχοντας τους ποιοτικές και άμεσες υπηρεσίες (Hacke,2010, p.95).

Στη Τρίτη φάση σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων, αποφασίζετε αν αρχικά όλα τα παραπάνω μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά, ενώ στη συνέχεια είναι σημαντικό να παρθούν αρκετές σημαίνουσες δευτερεύουσες αποφάσεις όπως η στελέχωση της ΜΑΕΕ. Η στελέχωση αναφέρεται στο ακόλουθο προσωπικό (Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, 2011):

1. Το μόνιμο προσωπικό είναι ένας εξειδικευμένος στα εγκεφαλικά προβλήματα γιατρός, ένας παθολόγος και ένας νευρολόγος.
2. Το μη μόνιμο προσωπικό είναι ένας Νευροακτινολόγος, ένας Καρδιολόγος, ένας Νευροχειρουργός, ένας Φυσιάτρος και ένας Αγγειοχειρουργός.

Στη συγκεκριμένη μονάδα η στελέχωση ομάδα αποτελείται και από νοσηλεύτες και νοσηλεύτριες, οι οποίοι παρακολουθούν και φροντίζουν τους ασθενείς. Ακόμα υπάρχουν φυσιοθεραπευτές οι οποίοι αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ομάδας κατά την οξεία φάση αλλά και κατά τη φάση αποκατάστασης. Σ' επίπεδο εξοπλισμού χρειάζονται τα ακόλουθα μηχανήματα:

1. Monitor παρακολούθησης.
2. Ηλεκτρικός απινιδωτής.
3. Ηλεκτροκαρδιογράφος.
4. Αναπνευστήρες.

5. Αξονικός τομογράφος.
6. Dopler αγγείων.
7. Μαγνητικός τομογράφος.
8. Αγγειογράφος.
9. Υπερηχογράφημα καρδιάς διαθωρακικό.
10. Διαοισοφάγειο.

Η μονάδας παρέχει τα κάτωθι πλεονεκτήματα στην ανάπτυξη της ΑΕΕ. Συγκεκριμένα αυτά είναι τα ακόλουθα (Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, 2011, σ.6):

1. Προσωπικό είδη εκπαιδευμένο το οποίο έχει γνώση στην αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών. Συγχρόνως η ύπαρξη ήδη εξειδικευμένου και εκπαιδευμένου προσωπικού, μειώνει το κόστος λειτουργίας της ΑΕΕ.
2. Ύπαρξη τμημάτων που παρέχουν επιπρόσθετες υπηρεσίες στην ΑΕΕ. Η ύπαρξη τους μειώνει το κόστος ενώ βελτιώνει και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
3. Η συνεργασία μ' ένα υπάρχον Νοσοκομείο, βοηθά στην ανάπτυξη συντονισμένων υπηρεσιών για την καλύτερη αντιμετώπιση εγκεφαλικών επεισοδίων.
4. Μείωση ημερών νοσηλείας, λόγω συντονισμένων και άμεσων παρεχόμενων υπηρεσιών.
5. Μείωση ποσοστών θανάτου.
6. Μείωση της ανικανότητας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.
7. Καλύτερο συντονισμό των νοσοκομειακών.
8. Ανάπτυξη καλύτερης και αποτελεσματικότερης εσωτερικής επικοινωνίας.

4.3 Στρατηγικές ανάπτυξης

Προκειμένου στο τέταρτο στάδιο να είναι βιώσιμη η μονάδα, πρέπει από τη μια να αξιοποιηθούν κρατικά κονδύλια και από την άλλη πόροι από Ευρωπαϊκά επιδοτούμενα προγράμματα όπως το ΕΣΠΑ 2010-2016. Συγκεκριμένα προτείνεται η χρηματοδότηση δράσεων όπως οι ακόλουθες:

- Ανάπτυξη Ανθρωπίνων πόρων.
- Χωροταξική οργάνωση μονάδας.
- Αγορά μηχανημάτων.
- Ψηφιακή Σύγκλιση και νέες τεχνολογίες (Στο Πίνακα 4.1 παραθέτονται ανάλογα με το είδος της μονάδας, τα προαπαιτούμενα μηχανήματα).

Πίνακας 4-1

Συνιστάμενες προδιαγραφές για κέντρα αντιμετώπισης ασθενών με οξύ ΑΕΕ

Πρωτοβάθμιο Κέντρο Αντιμετώπισης ΑΕΕ	Ολοκληρωμένο Κέντρο Αντιμετώπισης ΑΕΕ
Αξονικός τομογράφος διαθέσιμος σε 24ωρη βάση	Μαγνητική τομογραφία, μαγνητική αγγειογραφία, υπολογιστική αγγειογραφία
Καθιερωμένες οδηγίες αντιμετώπισης ΑΕΕ και λειτουργικά πρωτόκολλα που συμπεριλαμβάνουν και τη θρομβόλυση	Διοισοφάγειο υπέρηχο καρδιογράφημα
Στενή συνεργασία μεταξύ νευρολόγων, παθολόγων και ιατρών αποκατάστασης	Αγγειογραφία εγκεφάλου
Ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό	Διακρανιακό υπερηχογράφημα
Ταχεία έναρξη θεραπείας αποκατάστασης από πολυδύναμη ομάδα που περιλαμβάνει λογοπαιδικούς, εργοθεραπευτές και φυσιοθεραπευτές	Εξωκρανιακό και ενδοκρανιακό έγχρωμο υπερηχογράφημα

Υπερηχογράφος έλεγχος εξωκράνιων αρτηριών εντός 24 ωρών	Εξειδικευμένη νευρακτινολογική νευροχειρουργική και αγγειοχειρουργική κάλυψη (συμπεριλαμβανομένων και δικτύων τηλεϊατρικής)
Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα	Καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή
Εργαστηριακές εξετάσεις (συμπεριλαμβάνεται και έλεγχος πηκτικότητας)	Αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent
Συνεχής παρακαλούθηση και καταγραφή αρτηριακής πίεσης, ηλεκτροκαρδιογραφήματος, κορεσμού οξυγόνου, γλυκόζης ορού και θερμοκρασίας σώματος	Αυτόματη συνεχής καταγραφή παλμικής οξυμετρίας και αρτηριακής πίεσης
Αυτόματη συνεχής καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος στην κλίνη του ασθενούς	Ύπαρξη δικτύου φορέων αποκατάστασης για την παροχή συνεχούς φροντίδας σε συνεργασία με εξωτερικά κέντρα αποκατάστασης

Πηγή: Hacke W.,(2010), Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Αντιμετώπιση Ισχαιμικών Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων και Παροδικών Ισχαιμικών Επεισοδίων, ESO

Ο προϋπολογισμός είναι ο ακόλουθος (Τα ποσά στο παρακάτω πίνακα είναι ενδεικτικά):

Τίτλος Προτεινόμενης Πράξης	Ενδεικτικός Προϋπολογισμός (Ευρώ)
Ανάπτυξη κτηριακών υποδομών	800.000
Προμήθεια μηχανημάτων	300.000

Εγκατάσταση ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού	700.000
Προσαρμογή Νοσοκομείου-Παράδειγμα εκπαίδευση προσωπικού	200.000
Ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων	200.000
Ενέργειες προώθησης δράσης	400.000
Σύνολο	2.600.000

4.4 Αξιολόγηση στρατηγικής

Στο πέμπτο και τελευταίο στάδιο μπορεί να γίνει η αξιολόγηση της μονάδας με βάση το μοντέλο SWOT analysis, το οποίο θα υποδείξει τις δυνατότητες και αδυναμίες της μονάδας αλλά και τις ευκαιρίες και απειλές με βάση το εξωτερικό περιβάλλον (Kotler and Armstrong, 2001).

Οι δυνατότητες του είναι οι ακόλουθες:

1. Η μονάδα συστεγαστεί με μια υπάρχουσα Νοσοκομειακή μονάδα άρα θα χρησιμοποιήσει τη τεχνογνωσία της ενώ μπορεί να μειώσει μέσα από τη συγκεκριμένη συνεργασία και το κόστος.
2. Η μονάδα έχει εξειδικευμένο προσωπικό συνεργαζόμενο με τη Νοσοκομειακή Μονάδα.
3. Η ένταξη της σε απομακρυσμένη περιοχή καταστεί αναγκαία την ύπαρξη του, πράγμα που σημαίνει ότι αποτελεί βασική επιλογή για το σύνολο του υπάρχοντος πληθυσμού.
4. Κατά την ίδρυση και λειτουργία του, αν βασιστεί στη παραπάνω μεθοδολογία έχει το χαμηλότερο δυνατό κόστος ίδρυσης και λειτουργίας.

Οι αδυναμίες του αναφέρονται:

1. Στη δυσκολία εύρεσης εξειδικευμένου προσωπικού που επέλεγε να εργαστεί σε μια μονάδα απομακρυσμένης περιοχής.
2. Στις δυσκολίες αντιμετώπισης περιστατικών ΑΕΕ, σε μια περιοχή απομακρυσμένη από τις μεγάλες πόλεις. Αυτό αυξάνει την επικινδυνότητα και πιθανόν να δημιουργήσει προβλήματα σε περίπτωση που κάποιο περιστατικό δεν αντιμετωπιστεί με επιτυχία.
3. Η γραφειοκρατία που αποτελεί στοιχείο παθογένειας της δημόσιας διοίκησης.
4. Η πιθανή αντίσταση των εργαζομένων-εμπλεκόμενων σε αλλαγές.
5. Η έλλειψη του εξειδικευμένου δυναμικού για να στηρίξει αποτελεσματικά την εφαρμογή του εγχειρήματος.
6. Η υποστελέχωση των νοσοκομείων απομακρυσμένων περιοχών.

Τέλος σε επίπεδο ευκαιριών για τη δημιουργία της μονάδας, μπορεί να είναι η ύπαρξη ευρωπαϊκών συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων μέσω του ΕΣΠΑ ώστε να απορροφηθούν με επιτυχία εθνικοί και ευρωπαϊκοί πόροι, ακόμα ευκαιρία αποτελεί λόγω της οικονομικής κρίσης, η ανάγκη για πολλούς γιατρούς να βρουν μόνιμη εργασία έστω και εκτός Αθηνών. Απειλή θα μπορούσε να είναι η αλλαγή νομοθετικού πλαισίου ή η προκήρυξη εθνικών εκλογών κ.α (Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, 2011, σ.6)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με βάση τη παραπάνω ανάλυση συμπεραίνεται ότι η στρατηγική της κλινικής, να εγκατασταθεί σε μια απομακρυσμένη περιοχή, ώστε από τη μια να είναι απαραίτητη και από την άλλη να μειωθούν βασικά κόστη, είναι αποτελεσματική. Συγχρόνως διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ευκαιρία να αναπτυχθεί η συγκεκριμένη μονάδα στη παρούσα περίοδο λόγω της ύπαρξης σχετικών κυρίως ευρωπαϊκών κονδυλίων για τη δημιουργία νοσοκομειακών μονάδων που παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ασθενείς ομάδες του πληθυσμού. Τέλος με βάση και το μοντέλο SWOT, διαπιστώθηκε ότι ανεξάρτητα τις αδυναμίες της μονάδας οι δυνατότητες της αλλά και οι ευκαιρίες που έχουν ανοιχτεί στην αγορά, τη καταστούν αποτελεσματική.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Brown S.L.,(1995), Product Development: Past Research, Present Findings, and Future Directions, *Academy of Management Review*, April 1.
- Dent H.,(1993), *The Great Boom Ahead*, New York: Hyperior Press.
- Hacke W.,(2010), Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Αντιμετώπιση Ισχαιμικών Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων και Παροδικών Ισχαιμικών Επεισοδίων, ESO
- ICAP, (2011), Κλασική Μελέτη, Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, Αθήνα
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis. New York: Pantheon, 30, 41*
- Jaunch, L and Glueck W, (1988), Glueck, *Business Policy and Strategic Management*, New York: McGraw Hill Co.
- Jaunch, L et al.,(1988), *Business Policy and Strategic Management*, New York: McGraw Hill Co.
- Kotler P and Armstrong G.,(2011), *Αρχές Μάρκετινγκ, Γκιούρδας*
- Rigoli, F., & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human resources for health, 1*(1), 1.
- Tetenbaum T.,(1998), *Shifting Paradigms: From Newton to Chaos, Organizational Dynamics*, April 1.
- Wright P et al.,(1998), *Strategic Management: Concepts and Cases*, Upper Saddle River, NJ:Prentice-Hall. Co.
- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., (2002). Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α΄, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Γκρέγκορυ, Σ., Λιάτσου, Μ., & Κυριόπουλος, Ι. (2002). άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ελλάδα. *Έρευνα με Delphi panel. Ιατρική, 82*.

- Δίκαιος Κ κ.α.,(1999), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης, ΕΑΠ.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), 2012.
- ΙΟΒΕ, (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, Αθήνα, Σεπτέμβριος.
- Κουσουλακου Χ.και Βιτσου Ε. (2008). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα - Ετήσια Έκθεση 2008 – Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, Διαθέσιμο από www.iobe.gr
- Μανιαδάκης Ν.,Υφαντόπουλος Γ., (1996). Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 13.
- Π.Δ 247/1991
- Παγκόσμια Ημέρα Υγείας.,(2011), Επιτελική Σύνοψη για τη μετατροπή του Νοσοκομείου Π.Ν.Α σε Κέντρο Αριστείας Διαχείρισης Αγγειοκεφαλικών Νοσημάτων.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (1946)
- Πολύζος Μ. Νικόλαος, (2007). Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
- Τζωρτζάκης Κ και Τζωρτζάκη Α.,(2002), Οργάνωση και Διοίκηση, Rosili.
- Υφαντόπουλος Γιάννης, (2006). Τα οικονομικά της υγείας. Εκδόσεις Τυπώθητω, Αθήνα.