



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή, Σκοπός και Στόχοι, Σημαντικότητα και Δομή Εργασίας.....	3
1.1 Εισαγωγή.....	3
1.2 Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικοί στόχοι.....	4
1.3 Σημαντικότητα εργασίας.....	4
1.4 Δομή εργασίας.....	5
2. Ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....	7
2.1 Υγεία: δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό;.....	7
2.2 Μοντέλα Χρηματοδότησης Συστήματος Υγείας.....	17
2.3 Ιστορική αναδρομή της χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	21
2.4 Το δημοσιονομικό πρόβλημα υγείας στην Ελλάδα.....	22
3. Στρατηγικός σχεδιασμός αιμοδυναμικού εργαστηρίου.....	24
3.1 Θεωρητικό πλαίσιο στρατηγικού σχεδιασμού.....	24
3.2 PEST ανάλυση ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου.....	33
3.3 SWOT ανάλυση ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου.....	45
3.4 Σκοπιμότητα και προοπτικές ίδρυσης ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου.....	47
4. Δομή και Οργάνωση Ιδιωτικού Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου.....	51
4.1 Εταιρική αποστολή και όραμα.....	51
4.2 Δήλωση Επιχειρηματικής Ηθικής και Ακεραιότητας.....	55
4.3 Πολιτική Ποιότητας Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου.....	57
4.4 Μεθοδολογία και διαδικασίες πρόσληψης, αξιολόγησης και εσωτερικού ελέγχου.....	60
4.5 Μεθοδολογία και διαδικασίες εξωτερικού ελέγχου.....	66
4.6 Λειτουργικό επίπεδο αιμοδυναμικού εργαστηρίου.....	70
5. Χρηματοδότηση επιχειρήσεων.....	71
5.1 Τραπεζικός δανεισμός.....	72
5.2 Ιδιωτική τοποθέτηση.....	73
5.2.1 Venture Capital & Private Equity.....	73
5.2.2 Business Angels.....	76
5.3 Δημόσια εγγραφή.....	76
6. Συμπεράσματα.....	78
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81

1. Εισαγωγή, Σκοπός και Στόχοι, Σημαντικότητα και Δομή Εργασίας

1.1 Εισαγωγή

Το θέμα της παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς φορείς έχει απασχολήσει το σύνολο της κοινωνίας, αλλά και την ακαδημαϊκή κοινότητα. Στην τρέχουσα οικονομική κατάσταση, η έννοια της αποτελεσματικότητας των διατιθέμενων κονδυλίων αποτελεί πρωταρχικό μέλημα τόσο των κρατικών φορέων, όσο και των πολιτών. Η ανάγκη της κάλυψης των ιατρικών αναγκών, υπό την δέσμευση του περιορισμού των δημόσιων δαπανών υγείας, φέρνει επιτακτικά στο προσκήνιο την ύπαρξη ιδιωτικών φορέων παροχής ιατρικών υπηρεσιών, με τρόπο που να μεγιστοποιεί την εξυπηρέτηση των ασθενών και να αυξάνει την εμπιστοσύνη του πληθυσμού προς αυτούς τους παρόχους.

Τα αιμοδυναμικά εργαστήρια κατέχουν κομβικό ρόλο στην αντιμετώπιση των καρδιακών παθήσεων, ως εκ τούτου, η πρόσβαση σε αυτά είναι απολύτως απαραίτητη. Στις παρούσες δημοσιονομικές συνθήκες, η εν λόγω ανάγκη μπορεί να καλυφθεί από την ύπαρξη ιδιωτικών εργαστηρίων. Τα ερωτήματα ωστόσο, που προκύπτουν από αυτή την πρόταση, εδράζονται σε δύο πυλώνες: στο κατά πόσον ο πολίτης θα έχει την οικονομική ευχέρεια της πρόσβασης και στο κατά πόσο η ποιότητα και αρτιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών θα είναι πιστοποιημένη και θα βρίσκεται σε ταύτιση με τις προσδοκίες των πολιτών και σε αντιστοιχία με τα διεθνή πρότυπα.

Στην παρούσα εργασία εξετάζουμε διεξοδικά τα θέματα δομής και οργάνωσης ενός ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου, στις τρέχουσες συνθήκες της Ελληνικής πραγματικότητας. Αρχικά αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και εξετάζονται μια σειρά παράμετροι, όπως οι δημοσιονομικές επιπτώσεις, το ασφαλιστικό σύστημα και η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στην συνέχεια, προχωρούμε σε μελέτη του μακρο-περιβάλλοντος και του μικρο-περιβάλλοντος της επιχείρησης, ούτως ώστε να καταδειχθεί η αναγκαιότητα της προτεινόμενης επιχείρησης και η βιωσιμότητά της. Αναλύεται η οργανωτική δομή της επιχείρησης, με τις θεμελιώδεις αρχές λειτουργίας της –εταιρικό όραμα και αποστολή, δήλωση επιχειρηματικής ηθικής- και την ιεραρχική δομή της. Εξετάζουμε όλες τις παραμέτρους πιστοποίησης και ελέγχου ποιότητας, σημείο το οποίο αποτελεί βαρύνουσας σημασίας στην παρούσα μελέτη. Μετά την

καταγραφή των εσωτερικών διαδικασιών και του οργανογράμματος, εξετάζονται οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, με την αντίστοιχη πρόβλεψη κόστους. Τέλος, γίνεται αναφορά στις μεθόδους χρηματοδότησης και εξετάζεται η διαδικασία ανεύρεσης κεφαλαίων από τις διαθέσιμες, σήμερα, πηγές κεφαλαίου.

1.2 Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικοί στόχοι

Ο ερευνητικός σκοπός της εργασίας συνίσταται στο να μελετηθούν οι προοπτικές βιωσιμότητας και ανάπτυξης ενός πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου στην Ελληνική επικράτεια. Έχουμε ως στόχο, δια μέσου της ανάλυσης των τρεχουσών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών, να ερευνήσουμε το πλαίσιο συνύπαρξης της δημόσιας υγείας με την παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς φορείς, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η αναγκαιότητα ενίσχυσης αυτών των υποδομών, με τρόπο που να εξασφαλίζει, αφ' ενός τον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών και αφ' ετέρου να ενισχύει την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ειδικά όσον αφορά στον τομέα του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, στόχος είναι να εξεταστεί ο τρόπος διασφάλισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, τόσο σε διοικητικό – οργανωτικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο των λειτουργικών διαδικασιών.

Στο πλαίσιο αυτού του στόχου, θα αναλυθούν οι παράμετροι του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης, με ταυτόχρονη αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, τόσο ως προς τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις παθήσεις του κυκλοφορικού, όσο και ως προς τις υπάρχουσες υποδομές στην Ελλάδα, ούτως ώστε να διατυπωθεί η αναγκαιότητα ίδρυσης του εργαστηρίου. Επιπρόσθετα, στόχος της εργασίας είναι η έρευνα των μεθόδων χρηματοδότησης της προτεινόμενης επιχείρησης και να διερευνηθούν οι τρόποι άντλησης κεφαλαίων πέραν της συνήθους πρακτικής του τραπεζικού δανεισμού.

1.3 Σημαντικότητα εργασίας

Η Ελληνική βιβλιογραφία έχει ευρύ πλούτο σημαντικών μελετών αναφορικά με την δημόσια υγεία, τόσο σε θεσμικό πλαίσιο, όσο και σε λειτουργική διάσταση. Ωστόσο, η περικοπή των δημοσίων δαπανών καθιστά εμφανή την ανάγκη δημιουργίας ιδιωτικών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, Ως προς αυτό, η εργασία επιθυμεί να συμβάλλει στην βιβλιογραφία, στην

διάσταση του στρατηγικού σχεδιασμού και της πολιτικής διασφάλισης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, υπό το πρίσμα της διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management).

Δια μέσου της συγκεκριμένης μελέτης, επιθυμούμε να δοθεί η ευχέρεια, τόσο στην ακαδημαϊκή κοινότητα, όσο και στον επιχειρηματικό κόσμο, να έχουν έναν άξονα συνολικής ανάλυσης στα περί της ίδρυσης και λειτουργίας ενός ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου, υπό τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα σήμερα, καθώς και να παρατεθούν η αναγκαιότητα ίδρυσής του και οι προοπτικές της προτεινόμενης επιχείρησης.

Η κριτική επισκόπηση μιας σειράς μελετών, Ελληνικών και διεθνών, αναφορικά με την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, το οργανωτικό πλαίσιο, την χάραξη των στρατηγικών επιλογών, την διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και την εφαρμογή πολιτικών ποιότητας, δρα ενισχυτικά στην βιβλιογραφία και την επεκτείνει, καθώς παρατίθεται η μεθοδολογία βέλτιστων πρακτικών και άριστων διαδικασιών λειτουργίας.

1.4 Δομή εργασίας

Στο Πρώτο κεφάλαιο συνοψίζεται εισαγωγικά το αντικείμενο της εργασίας, θέτοντας το ζήτημα της ίδρυσης ενός πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Στην συνέχεια αναπτύσσεται ο ερευνητικός σκοπός και οι ερευνητικοί στόχοι της εργασίας, αναφέρεται η σημαντικότητά της και παρατίθεται η δομή της.

Στο Δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο αγαθό της υγείας, όπου αναλύεται η διάσταση απόψεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού αγαθού. Στην συνέχεια προχωρούμε σε ιστορική ανασκόπηση του τρόπου με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και σε καταγραφή των εξελίξεων και τάσεων που διαμορφώνονται βάσει των σημερινών οικονομικών συνθηκών. Εξετάζουμε τις επιπτώσεις που υπάρχουν στα δημοσιονομικά μεγέθη και το ασφαλιστικό σύστημα από την παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας και επίσης εστιάζουμε σε ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως η ικανοποίηση των ασθενών από το υπάρχον σύστημα. Επίσης, κάνουμε μια ιστορική ανασκόπηση της δραστηριοποίησης ιδιωτικών φορέων στον κλάδο της υγείας και προβαίνουμε σε ανάλυση των τάσεων και της εξέλιξης των μελλοντικών μεγεθών.

Στο Τρίτο κεφάλαιο ακολουθεί η ανάπτυξη του στρατηγικού σχεδιασμού της επιχείρησης, με καταγραφή του θεωρητικού πλαισίου των στρατηγικών αξόνων διοίκησης. Δίδεται έμφαση στους θεμελιώδεις παράγοντες των διοικητικών επιλογών, καθώς και στο οργανωτικό

πλαίσιο λειτουργίας του πρότυπου εργαστηρίου. Στην συνέχεια, εξετάζεται αναλυτικά το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, με καταγραφή των οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και τεχνολογικών παραμέτρων που επικρατούν, δια μέσου ανάλυσης PEST. Στην συνέχεια, προχωρούμε σε SWOT ανάλυση, με παράθεση των υφισταμένων μεγεθών του κλάδου, αλλά και των μελλοντικών τάσεων της αγοράς, προκειμένου να ελεγχθούν οι συνθήκες υπό τις οποίες θα λειτουργεί το προτεινόμενο εργαστήριο. Επίσης, αναπτύσσεται η σκοπιμότητα ίδρυσης της προτεινόμενης επιχείρησης, όπως επίσης οι προοπτικές βιωσιμότητας και ανάπτυξης που αυτή έχει.

Στο Τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η δομή και η οργάνωση της υπό εξέταση επιχείρησης. Αφού έχουμε προβεί σε κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καταγράφουμε διεξοδικά όλες τις πτυχές της επιχείρησης, ξεκινώντας από την εταιρική αποστολή και το όραμά της, την δήλωση επιχειρηματικής ηθικής και ακεραιότητας και την κοινωνική της ευθύνη. Στην συνέχεια αναπτύσσουμε την έννοια της Συνολικής Ποιότητας –Total Quality Management– ως την φιλοσοφία η οποία θα διαπνέει την λειτουργία της εταιρίας. Καταγράφεται ο τρόπος θέσπισης κριτηρίων ποιότητας καθώς και οι ακολουθούμενες διαδικασίες, προκειμένου να υπάρχει διαρκής διασφάλιση ποιότητας και έλεγχος ποιότητας. Ακολουθεί το οργανόγραμμα της επιχείρησης, με καταγραφή των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων ανά θέση, και περιγράφονται οι διαδικασίες πρόσληψης και αξιολόγησης του προσωπικού. Αναλύεται ο ρόλος του εσωτερικού ελέγχου και επισημαίνεται η παρουσία εξωτερικού ελέγχου, ώστε να διασφαλίζεται η διαφάνεια και η ακεραιότητα της επιχείρησης, η ασφάλεια των ασθενών και η καλή φήμη της εταιρίας. Επίσης, καταγράφεται η απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, σε επίπεδο λειτουργικού εξοπλισμού, προκειμένου να διεξάγονται οι εργασίες σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Στο Πέμπτο Κεφάλαιο αναφέρονται οι υφιστάμενοι τρόποι χρηματοδότησης μιας επιχείρησης στην σημερινή Ελληνική πραγματικότητα. Εξετάζεται ο τρόπος του τραπεζικού δανεισμού, της τοποθέτησης ιδιωτικών κεφαλαίων στο μετοχικό κεφάλαιο της επιχείρησης από Venture Capitals και ιδιωτικά επενδυτικά κεφάλαια (private equity). Ακόμη, γίνεται αναφορά στην αύξηση μετοχικού κεφαλαίου με δημόσια εγγραφή και εισαγωγή σε Χρηματιστήριο Αξιών.

Στο τελικό κεφάλαιο αναπτύσσονται τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης, με αναφορά στην ανάγκη υιοθέτησης των διαδικασιών διασφάλισης Ολικής Ποιότητας και την προσήλωση του management στις διατυπωμένες αρχές της επιχειρηματικής αποστολής, καθώς και η

διατύπωση των πλεονεκτημάτων που θα προκύψουν από την λειτουργία του πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού κέντρου σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

2. Ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

2.1 Υγεία: δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό;

Το ζήτημα των δημοσίων και ιδιωτικών αγαθών αποτελεί, διαχρονικά, ένα από τα κυρίαρχα θέματα συζήτησης, με ευρύτατο φάσμα αναφορών. Το περιεχόμενο αυτού του προβληματισμού προσπαθεί να εξερευνήσει την σχέση ανάμεσα στο κράτος και τις δυνάμεις της αγοράς, όπως αυτή διαμορφώνεται δυναμικά στις εκάστοτε πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες ενός κράτους και να καθορίσει τα διακριτά όρια δράσης που θα πρέπει να αναλάβει ο κάθε φορέας. Η ανάλυση αυτού του ζητήματος είναι πολυεπίπεδη και διεπιστημονική, καθώς υπεισέρχεται η νομική επιστήμη, η οικονομική, η κοινωνιολογία και η πολιτική. Η αποτύπωση των κατευθύνσεων που λαμβάνει η ανάλυση του θέματος αποτελεί μια έκφραση των ισορροπιών που έχουν αναπτυχθεί σε μια κοινωνία, καθώς και των κατευθύνσεων που θεωρείται ορθό να υπάρχουν σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού του κράτους.

Προκειμένου να εξεταστεί το πότε και υπό ποιές συνθήκες θα πρέπει να παρεμβαίνει το κράτος στον μηχανισμό της αγοράς, ή αντίστοιχα, το πότε οι συμμετέχοντες στην αγορά πρέπει να αναλαμβάνουν την παροχή αγαθών και υπηρεσιών, θα πρέπει να έχει προηγηθεί η διαλεύκανση του τί αποτελεί ο μηχανισμός της αγοράς και σε τί συνίσταται η έννοια των δημοσίων αγαθών.

Ο μηχανισμός της αγοράς αποτελεί έναν τρόπο επικοινωνίας μεταξύ ατόμων που επιθυμούν την απόκτηση αγαθών και αυτών που επιθυμούν να παράξουν τα συγκεκριμένα αγαθά. Κατά την εξέλιξη της οικονομικής σκέψης, έγινε αποδεκτή η αρχή ότι ένα άτομο προτίθεται να αγοράσει ένα αγαθό όταν λαμβάνει κάποιο όφελος (χρησιμότητα) από το εν λόγω αγαθό, με την ένταση της επιθυμίας του να εκφράζεται σε χρηματικές μονάδες – δηλαδή, όσο πιο έντονη η επιθυμία του αγοραστή, τόσο και πιο πολλά χρήματα διατίθεται να δώσει για την απόκτηση του αγαθού-, ενώ, παράλληλα, ένα άλλο άτομο προτίθεται να αναλάβει το κόστος παραγωγής και διάθεσης του συγκεκριμένου αγαθού, εφ' όσον το αντίτιμο που θα λάβει (υπερ)καλύπτει το εν λόγω κόστος (Samuelson 2000). Υπό αυτό το πρίσμα, το όφελος του καταναλωτή αντιστοιχίζεται με το κόστος του παραγωγού, ορίζοντας έτσι την τιμή του αγαθού. Με αυτό τον τρόπο, η παραγόμενη ποσότητα του αγαθού είναι τόση ώστε να καλύπτεται η επιθυμητή ποσότητα του καταναλωτή, χωρίς να εμφανίζεται πλεόνασμα ή

έλλειψη του αγαθού. Έτσι, χωρίς να είναι απαραίτητη ουδεμία παρέμβαση, καθορίζεται η τιμή και η ποσότητα των παραγόμενων αγαθών. Προκειμένου να λειτουργήσει ο περιγραφόμενος μηχανισμός της αγοράς θα πρέπει να έχουν διασφαλιστεί ορισμένες απαραίτητες συνθήκες, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι (Samuelson & Nordhaus 2000, Begg et al 2006, Mankiw & Taylor 2010):

- Η ύπαρξη πλειάδας αγοραστών και πωλητών, χωρίς να υφίστανται νομικοί ή άλλοι περιορισμοί στην δραστηριοποίησή τους
- Όλα τα αγαθά και οι υπηρεσίες έχουν τιμή και ανταλλάσσονται στις αγορές
- Καμμία επιχείρηση ή καταναλωτής δεν έχει τέτοιο μέγεθος ή ισχύ ώστε να επηρεάζει την τιμή της αγοράς
- Η ύπαρξη τέλει πληροφόρησης, χωρίς κόστος, για τις προτιμήσεις των καταναλωτών και το διαθέσιμό τους εισόδημα, καθώς και τις συνθήκες παραγωγής και κόστους των παραγωγών.
- Η απουσία εξωτερικών οικονομικών ή επιβαρύνσεων
- Η πλήρης κινητικότητα των συντελεστών παραγωγής

Υπό αυτές τις συνθήκες, η λειτουργία του μηχανισμού της αγοράς διασφαλίζει ότι οι καταναλωτές θα έχουν την δυνατότητα να αγοράζουν αγαθά και υπηρεσίες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους και οι παραγωγοί θα είναι πρόθυμοι να παράξουν αγαθά, προκειμένου να αντλήσουν κέρδος από αυτή τους την δραστηριότητα. Η αλληλεπίδραση μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών δίνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να καθοριστεί η προσφερόμενη ποσότητα και η τιμή των αγαθών, χωρίς να εμφανίζεται έλλειμμα ή πλεόνασμα στην αγορά. Όμως, ακόμη και στην περίπτωση που τα άτομα είναι εκείνα που λαμβάνουν τις κυριότερες οικονομικές αποφάσεις, ως παραγωγοί και καταναλωτές, η συμμετοχή του κράτους στο οικονομικό γίγνεσθαι κρίνεται απαραίτητη, τόσο για ουσιαστικούς, όσο και για λειτουργικούς λόγους. Σε λειτουργική διάσταση, η παρέμβαση του κράτους υφίσταται διότι δεν πληρούνται απολύτως όλα τα προαναφερόμενα κριτήρια του τέλει ανταγωνισμού. Στην πράξη, δεν υπάρχει τέλεια πληροφόρηση μεταξύ παραγωγών και καταναλωτών, με αποτέλεσμα να προκύπτουν στρεβλώσεις στην τιμή των αγαθών. Επίσης, συχνότατα προκύπτουν μονοπώλια ή ολιγοπώλια, με αποτέλεσμα να είναι απαραίτητη η κρατική ενεργοποίηση προκειμένου να μειωθούν οι αστοχίες της αγοράς. Ακόμη, η παραγωγή και η κατανάλωση μιας σειράς αγαθών ενέχει εξωτερικές οικονομίες, είτε με την μορφή εξωτερικών επιβαρύνσεων (negative externalities), είτε με την μορφή θετικών εξωτερικοτήτων (positive externalities).

Ως θετική εξωτερικότητα αναφέρουμε την συνθήκη κατά την οποία προκύπτει ευρύτερο όφελος, είτε σε όλη την κοινωνία, είτε σε ένα μέρος της, από την δραστηριότητα ενός ατόμου, χωρίς το τμήμα αυτό της κοινωνίας να καταβάλλει κάποιο αντίτιμο για το όφελος το οποίο προκύπτει. Αντιθέτως, ως αρνητική εξωτερικότητα αναφέρουμε την συνθήκη κατά την οποία προκύπτει ζημία, είτε σε όλη την κοινωνία, είτε σε ένα μέρος της, από την δραστηριότητα ενός ατόμου, για την οποία ζημία δεν υπάρχει αποζημίωση στους παθόντες (Mankiw & Taylor 2010). Για παράδειγμα, θετική εξωτερικότητα προκύπτει από την ύπαρξη ενός σταθμού μετρό σε μια περιοχή: από την ύπαρξη του σταθμού δεν ωφελούνται μόνο οι επιβάτες του μετρό (αυτοί καταβάλλουν αντίτιμο, με την αγορά εισιτηρίου), αλλά και πολλοί άλλοι, οι οποίοι δεν έχουν καταβάλλει αντίτιμο, π.χ. οι ιδιοκτήτες των ακινήτων που βρίσκονται κοντά στον σταθμό, καθώς αυξάνει η εμπορική αξία των ακινήτων τους και μπορούν να λάβουν υψηλότερο ενοίκιο, οι ιδιοκτήτες καταστημάτων, καθώς αυξάνει η πελατεία τους, κ.ο.κ. Ως παράδειγμα αρνητικής εξωτερικότητας μπορούμε να αναφέρουμε την ρύπανση από την λειτουργία ενός εργοστασίου: οι κάτοικοι της περιοχής επιβαρύνονται από την μόλυνση, χωρίς όμως να λαμβάνουν κάποιο αντίτιμο αποζημίωσης για την εν λόγω επιβάρυνση. Ένα από τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα εξωτερικότητας είναι αυτό της υγείας: με το να υπάρχει καλό επίπεδο υγείας στους κατοίκους μιας περιοχής, προκύπτει πολλαπλό όφελος, σε όλο το εύρος της κοινωνίας, το οποίο είναι πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο: για παράδειγμα, το επίπεδο πρόληψης της υγείας αποτρέπει την εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών (από την πιο απλή της μορφή, π.χ. μια γρίπη, έως και πιο επικίνδυνες μορφές ασθενειών), ή περιορίζει τις συνέπειες και την διάρκεια λοιπών ασθενειών, ως εκ τούτου δεν χάνονται ώρες εργασίας (άρα προκύπτει όφελος για τους εργοδότες), δεν μειώνεται το εισόδημα των πολιτών, άρα και η κατανάλωσή τους για αγαθά (όφελος για τους ιδιοκτήτες καταστημάτων), δεν μειώνεται η φοροδοτική τους ικανότητα (άρα όφελος για το κράτος), κ.ο.κ. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η υγεία αποτελεί πεδίο παρέμβασης του κράτους, προκειμένου να εξασφαλίσει την ύπαρξη αυτού του αγαθού.

Πέραν των εξωτερικοτήτων και των λοιπών λειτουργικών αιτιών που αναφέραμε, υπάρχουν και ουσιαστικοί λόγοι για την παρέμβαση του κράτους σε μια οικονομία της αγοράς. Ένας από αυτούς είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής, δια μέσου της αναδιανομής του εισοδήματος. Ο μηχανισμός της αγοράς, στην περίπτωση που δεν εμφανίζει ατέλειες, ενώ εξασφαλίζει την παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών που ικανοποιούν τις ανάγκες και επιθυμίες των καταναλωτών, θέτει έναν περιορισμό: τα αγαθά προορίζονται για όσους έχουν το εισόδημα να τα αγοράσουν. Άρα, εάν κάποιος δεν έχει το απαιτούμενο εισόδημα, δεν

μπορεί να έχει πρόσβαση στα εν λόγω αγαθά. Εδώ ακριβώς υπαισέρχεται η έννοια της παρέμβασης του κράτους με δύο τρόπους: αφ' ενός, δια μέσου της φορολογικής πολιτικής, λαμβάνει έσοδο από εισοδηματικές κατηγορίες πληθυσμού, το οποίο μεταβιβάζει σε περισσότερο ευάλωτες εισοδηματικές κατηγορίες. Με αυτό τον τρόπο, δίδει την δυνατότητα πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες σε μεγαλύτερο εύρος πληθυσμού. Αφ' ετέρου, το κράτος παρέχει το ίδιο αγαθά και υπηρεσίες στους πολίτες, χωρίς να είναι απαραίτητη η παροχή του αγαθού από ιδιωτικούς φορείς. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει την παροχή του συγκεκριμένου αγαθού σε όλους, ασχέτως της οικονομικής τους δυνατότητας.

Πολύ συχνά, αυτού του είδους τα αγαθά (υλικά ή άυλα) που παρέχει το κράτος, αναφέρονται ως «δημόσια αγαθά». Εδώ είναι απαραίτητη η διευκρίνιση του όρου, προκειμένου να αποσαφηνίσουμε την δομή του και τα λειτουργικά του χαρακτηριστικά. Ως αμιγώς δημόσιο αγαθό αναφέρουμε εκείνο που έχει τις εξής δύο ιδιότητες (Begg et al 2006):

- Την αδιαιρετότητα, δηλαδή την μη-ανταγωνιστικότητα στην κατανάλωση (η κατανάλωση του αγαθού από ένα άτομο δεν περιορίζει την κατανάλωσή του από ένα άλλο άτομο) και
- Την αδυναμία αποκλεισμού (από την στιγμή που το αγαθό είναι κοινό για όλους, αν είναι διαθέσιμο για έναν, είναι ταυτόχρονα διαθέσιμο για όλους, με μηδενικό κόστος).

Ως παράδειγμα αμιγώς δημοσίου αγαθού είναι ο φάρος: το φως του φάρου είναι για όλους, χωρίς να μπορεί να αποκλειστεί κανένα πλοίο. Το πρόβλημα που προκύπτει είναι ότι ο ιδιοκτήτης του φάρου δεν μπορεί να λάβει αντίτιμο για την υπηρεσία που προσφέρει, διότι, από την στιγμή που είναι ελεύθερο το φως του σε όλους, κανείς δεν θα επιθυμεί να πληρώσει.

Η παρεξήγηση που συχνά προκύπτει είναι να θεωρείται ως δημόσιο αγαθό οποιοδήποτε αγαθό παρέχει το κράτος, ακόμη κι αν αυτό δεν έχει τις ιδιότητες του αγαθού. Μια τέτοια περίπτωση είναι και αυτή της υγείας: οι κλίνες ενός νοσοκομείου είναι περιορισμένες και συγκεκριμένες. Αυτό σημαίνει ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας δεν έχει τα χαρακτηριστικά του δημοσίου αγαθού, αφού ένας επιπλέον ασθενής σημαίνει μια λιγότερη διαθέσιμη κλίνη. Αφού δεν πληρούνται, όμως, οι συνθήκες του δημοσίου αγαθού, για ποιόν λόγο το κράτος να παρέχει υπηρεσίες υγείας;

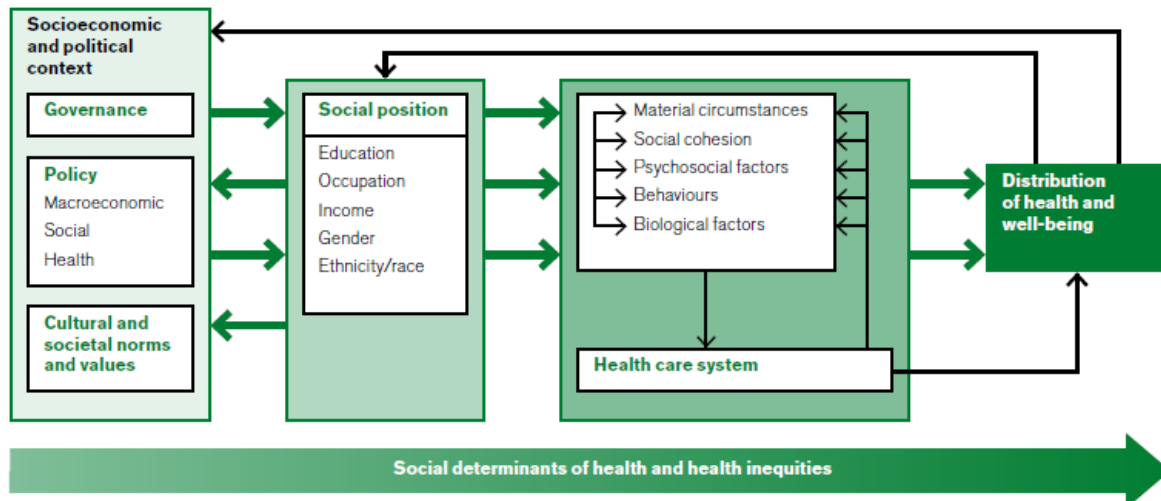
Τα κράτη δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον τομέα προκειμένου να εξασφαλίσουν ότι:

1. Θα υπάρχει αποτελεσματική πρόσβαση των κατοίκων της χώρας (αλλά και των επισκεπτών) στις υπηρεσίες υγείας, ασχέτως του εισοδήματός τους, σε ένα επίπεδο που θα συνάδει με τα εκάστοτε πρότυπα και τις δυνατότητες του κράτους και της κοινωνίας
2. Θα υπάρχει αποτελεσματική πρόληψη, θεραπεία, περίθαλψη και αποκατάσταση, προκειμένου να εκπληρωθούν οι συνθήκες του ορισμού που έχει δοθεί στην έννοια της υγείας.
3. Θα υπάρχει αποτελεσματική ανάπτυξη των παρεχομένων υπηρεσιών, του ανθρώπινου δυναμικού, της υλικοτεχνικής υποδομής, σε συνάφεια με τα διεθνή πρότυπα (Spencer et al, 2000)
4. Την εξυπηρέτηση των χρηστών και την ικανοποίησή τους, με βάση την δική τους αίσθηση ικανοποίησης, με τους κάθε φορά διατιθέμενους πόρους (Martinez, 2001).

Επί των παραπάνω στόχων, θα πρέπει να έχει καταγραφεί ο ορισμός της υγείας, προκειμένου να μπορέσει να γίνει η αποτίμηση του εάν η δραστηριοποίηση του κράτους εκπληρεί τις συνθήκες που πηγάζουν από αυτό τον ορισμό. Αν και μπορεί να γίνει αναφορά σε διάφορα πλαίσια ορισμού της υγείας, ως ευρέως χρησιμοποιούμενος είναι ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας» (WTO, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948)

Επί του παραπάνω ορισμού, γίνεται αντιληπτό ότι η υγεία αποτελεί μια δυναμική κατάσταση και όχι μια στατική συνθήκη. Ως εκ τούτου, η διαμόρφωση του επιπέδου υγείας συμπεριλαμβάνει μια σειρά από παραμέτρους, πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς. Βελτίωση στο επίπεδο αυτών των προσδιοριστικών παραγόντων, βελτιώνει και το συνολικό επίπεδο υγείας. Αντιθέτως, με έκπτωση αυτών των παραμέτρων, δημιουργούνται αποκλίσεις στην πρόσβαση της υγείας, με αποτέλεσμα την περαιτέρω διεύρυνση των οικονομικών και κοινωνικών χάσμάτων.

Οι κυριότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες περιγράφονται στο παρακάτω σχήμα (σχήμα 1):



(Σχήμα 1. Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας και ανισοτήτων της υγείας. WHO 2013)

Το περιεχόμενο του ορισμού της υγείας αποτελεί και το πρώτο σημείο αξιολόγησης του κατά πόσον αποτελεσματική είναι η δράση του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το θέμα, όμως, της αποτελεσματικότητας, έχει πολλές εκφάνσεις (Berger 2008): την οικονομική αποτελεσματικότητα, την κάλυψη των κοινωνικών απαιτούμενων από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη και την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών. Σε αυτή την διάσταση, θα πρέπει να αναφερθούμε σε τί συνίσταται η ποιότητα και ποιά είναι τα σημαντικά σημεία της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αυτή η ανάλυση είναι απαραίτητη προκειμένου να βρούμε εάν η παρούσα κατανομή των πόρων επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στον βαθμό που η δημόσια υγεία χρηματοδοτείται από τον δημόσιο προϋπολογισμό, άρα από την φορολογία των πολιτών της χώρας, και η ιδιωτική υγεία χρηματοδοτείται είτε από απευθείας ιδιωτικές πληρωμές, είτε από την ιδιωτική ασφάλιση –η οποία, με την σειρά της, εισπράττει ασφάλιστρα από τους αγοραστές- θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι η εν λόγω δαπάνη αντιστοιχεί σε ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας.

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι απαραίτητη για οποιαδήποτε επιχείρηση παράγει προϊόν, είτε υλικό είτε άυλο. Ομως, η ανάγκη της εξασφάλισης του δυνητικού αλλά και του υπαρκτού πελάτη σχετικά με την εκπλήρωση των ποιοτικών κριτηρίων είναι απολύτως αποαυαίτητη στις υπηρεσίες, καθώς έχουν το ζήτημα της αϋλότητας (Baron 2010).

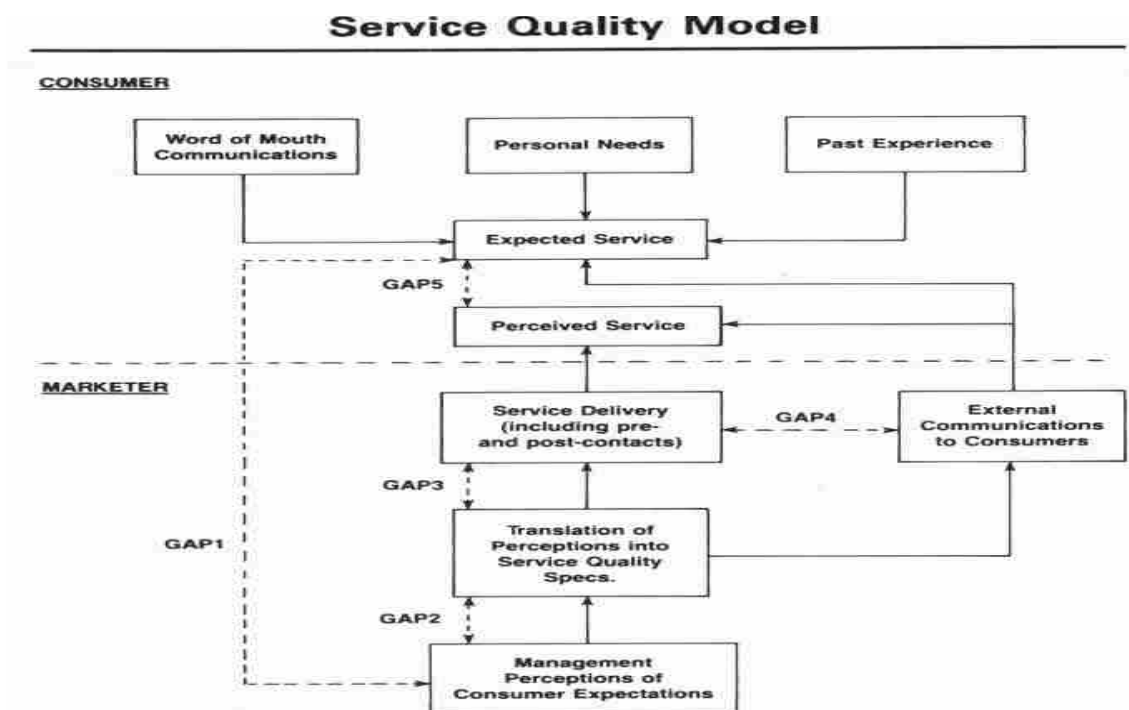
Ως κριτήριο ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, σε έναν γενικό ορισμό, μπορούμε να ορίσουμε «την εκπλήρωση των προσδοκιών» (Crosby 1984, όπως αναφέρεται στον Baker 2003), ή την απόσταση ανάμεσα στο τί περιμένει ο αγοραστής – καταναλωτής να λάβει, και τί τελικά λαμβάνει. Αυτό το κριτήριο έχει δύο χαρακτηριστικά: το τεχνικό (τί λαμβάνει ο

αγοραστής-καταναλωτής) και το λειτουργικό (ο τρόπος που το λαμβάνει) (Gronoos 2001, αναφέρεται στον Baron 2010). Έτσι, η συνολική ποιότητα κρίνεται και από το τί αποκόμισε ο πελάτης, αλλά και το πώς το αποκόμισε.

Βάσει, λοιπόν, των παραπάνω κριτηρίων ποιότητας, μπορεί να δομηθεί και η έρευνα για το εάν προκύπτουν χάσματα ανάμεσα στο προσδοκώμενο αποτέλεσμα από το ληφθέν.

Σε αυτό τον άξονα, οι Parasuraman, Berry & Zeithaml το 1988 δημιούργησαν την μέθοδο Servqual (Parasuraman, Berry & Zeithaml, 1988), η οποία αρχικά είχε 10 κριτήρια ποιότητας (Parasuraman, Berry & Zeithaml, 1985), τα οποία, με την μελέτη τους του 1988 συμπύχθηκαν σε 5 διαστάσεις (σχήμα 2):

- Υλικά στοιχεία & υλικοτεχνική υποδομή
- Αξιοπιστία
- Ανταπόκριση
- Διασφάλιση
- Ενσυναίσθηση



(Σχήμα 2. Parasuraman, Berry & Zeithaml, 1985)

Ειδικότερα όσον αφορά στον τομέα που εξετάζουμε, κατά τα αρχικά στάδια ύπαρξης των συστημάτων υγείας ως στόχος ετέθει η θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας,

καθώς και η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δημόσιας υγείας για την πρόληψη νοσημάτων και γενικότερα κινδύνων για την υγεία που μπορεί να προκύψουν από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Cromwell et al, 2011). Ωστόσο, η έξαρση της τεχνολογίας και η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των ανθρώπων έφεραν αντιμέτωπα τα συστήματα υγείας με νέα προβλήματα, πολλά από τα οποία σχετίζονται με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας και την κατοχύρωση αυτής της έννοιας.

Αναφορικά με το χώρο της υγείας, ως ποιότητα ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και εναρμονίζονται με την τρέχουσα ιατρική γνώση» (OECD, 2009, όπως παρατίθεται στον Λιαρόπουλο, 2010). Σύμφωνα με τους Μποστανίτη και Τσαλίδου (2010) «η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατη και ορίζεται κατά κύριο λόγο από τους γιατρούς και τους ασθενείς, προσδιοριζόμενη από το δίπτυχο των αποτελεσμάτων της επικοινωνίας και συνεργασίας αφενός και αφετέρου των συνθηκών που επικρατούν στην παροχή των υπηρεσιών». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι «η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα», ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας καθόρισε ότι «πρέπει να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο» (Παυλάκης, 2007). Κατά έναν άλλον ορισμό «ποιότητα είναι το μέγιστο δυνατό επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, εστιαζόμενο στην ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, έτσι ώστε να ενσωματώνεται η αποτελεσματικότητα αλλά και το κόστος των υπηρεσιών» (Thompson et al., 1980, όπως παρατίθεται στους Μποστανίτη και Τσαλίδου, 2010). Ο ορισμός που δίδει ο Nelson (1996, όπως παρατίθεται στους Μποστανίτη και Τσαλίδου, 2010), αναφέρει ως ποιότητα «τον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και παρέχονται με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση».

Η ανάλυση της Τσούγκα (2004) διαχωρίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με την οπτική τριών ενδιαφερομένων μερών: για τους επαγγελματίες της υγείας η ποιότητα «συνδέεται με τις συνθήκες εργασίας, το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν και τον τρόπο επικοινωνίας», για τους ασθενείς η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών «καθορίζεται περισσότερο εξατομικευμένα και συνδέεται με την ικανοποίηση των αναγκών του αλλά και των προσδοκιών του», ενώ τέλος για το κοινωνικό περιβάλλον «η ποιότητα

συνδέεται με το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού» (Τσούγκα, 2004). Ο Σκλάβος (2001) αναφέρει ότι η ποιότητα στον συγκεκριμένο τομέα αναφέρεται στο κατά πόσον ικανοποιούνται οι αγοραστές από το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας . Όπως αναφέρει υφίσταται το σκέλος της επιδίωξης των ασθενών να λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μεγιστοποιώντας το βαθμό ικανοποίησής τους, ενώ ταυτόχρονα υφίσταται το σκέλος της ενεργοποίησης της Πολιτείας σε μεθόδους εξεύρεσης πληρότητας για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Για τους Ζιάμπα et al. (2010) η έννοια της ποιότητας συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, την αποτελεσματικότητα όσον αφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας ενός ασθενούς και τέλος με την σχέση κόστους – οφέλους. Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, παρατηρούμε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβάνει την ισότιμη και απρόσκοπτη πρόσβαση όλων των πολιτών σε αυτές, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των ιατρικών πράξεων σε συνδυασμό με την επαγγελματική γνώση των ιατρών, καθώς και την αποτελεσματική παροχή των υπηρεσιών υγείας, βάσει των οργανωτικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών των μονάδων παροχής υγείας, καθώς και του σεβασμού, της ειλικρίνειας και της επικοινωνίας που επιδεικνύει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή.

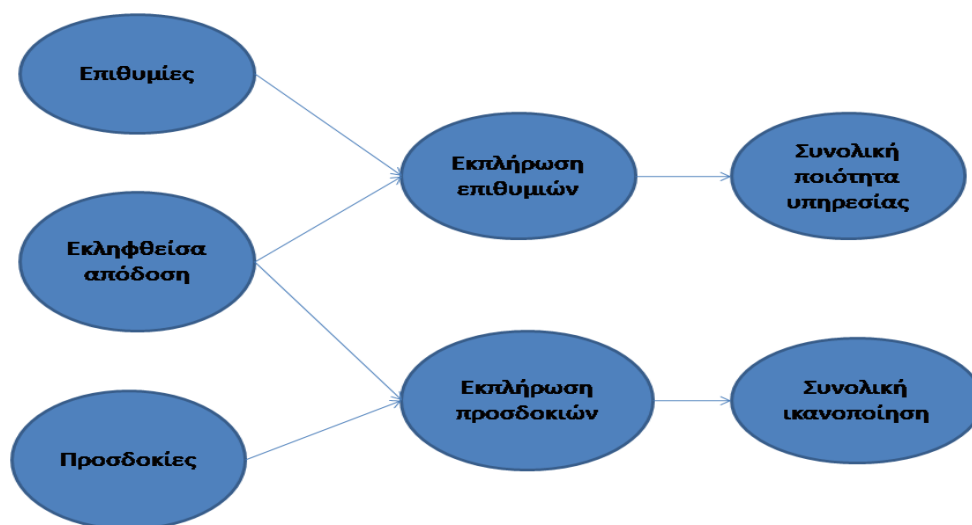
Ο Λιαρόπουλος (2010) επισημαίνει ότι οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν το βαθμό στον οποίο τα συστήματα υγείας εξασφαλίζουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι: α) η ασφάλεια στις υπηρεσίες υγείας, β) η κατάλληλη φροντίδα, στην οποία εντάσσονται και οι αποφευκτές εισαγωγές στα νοσοκομεία, γ) η προσβασιμότητα όπως εκφράζεται από το χρόνο αναμονής, δ) η προστασία των πολιτών από το υψηλό κόστος της περίθαλψης, ε) η αποτελεσματική χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών και η διασύνδεση βάσεων δεδομένων, στ) η ικανοποίηση του πληθυσμού από το σύστημα υγείας που εκτιμάται αφενός με τη μέθοδο της έρευνας της κοινής γνώμης και αφετέρου με τη μέθοδο της χρησιμοποίησης υποκατάστατων παραγόντων όπως για παράδειγμα ο χρόνος αναμονής για την επίσκεψη στον ιατρό. Οι Μποστανίτη και Τσαλίδου (2010) αναφέρουν ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται θα πρέπει να βασίζεται στην επάρκεια, την αποδοτικότητα και την επιστημονική και τεχνική ποιότητα. Μία άλλη οπτική δίνουν οι Οικονομοπούλου et al. (2000), οι οποίοι επισημαίνουν ότι η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί από το λόγο αποτελεσματικότητα (effectiveness) / ιδανική αποτελεσματικότητα (efficacy), καθώς η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών εξαρτάται από το αποτέλεσμα σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί.

Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας σχετίζεται «με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους» (Τούντας, 2008). Όπως επισημαίνει ο Λιαρόπουλος (2010), η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει τα εξής: α) τη μεγιστοποίηση της ισοτιμίας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, β) την εξασφάλιση της προσβασιμότητας και την καλή σχέση κόστους / αποτελέσματος, γ) τις έννοιες της ασφάλειας και της ανταπόκρισης στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς και τέλος δ) τις έννοιες της ικανοποίησης του πολίτη και της προστασίας του από το υπερβολικό κόστος της περίθαλψης.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει τρεις διαστάσεις. Η πρώτη είναι η ικανοποίηση των ασθενών με βάση τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους, η δεύτερη είναι «η επιστημονική καταλληλότητα των παροχών με το μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό του ιατρογενούς κινδύνου» και τέλος η τρίτη είναι η διοίκηση και η διαχείριση των πόρων για την υγεία με ορθολογικό και αποτελεσματικό τρόπο (Παπαθανασίου, 2007).

Όπως τονίζει ο Παυλάκης (2007) η ποιότητα στο χώρο της υγείας σχετίζεται αφενός με την πλευρά του πελάτη αναφορικά με την ικανοποίηση που νιώθει και τη σχέση αποτελέσματος και προσδοκιών, και αφετέρου με την πλευρά του παραγωγού αναφορικά με το σχεδιασμό και κατά πόσο μπορεί να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές αυτού του σχεδιασμού. Η Λαζάρου (2001) επισημαίνει ότι « η διάσταση της ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου προκύπτει ως συνισταμένη ευρύτερων πεδίων της φροντίδας υγείας όπως είναι η νοσηλεία, η στάση του προσωπικού, η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, ο τρόπος διοίκησης, η γενική εικόνα. Επίσης, λαμβάνονται υπ' όψη η πρόσβαση, το κόστος, η καταλληλότητα, η συνέχεια στη φροντίδα, η συναίνεση του ασθενή, ακόμα και το ίδιο το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας».

Μία εξίσου σημαντική μέθοδος για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Λιαρόπουλος, 2010). Πιο συγκεκριμένα, ο Oliver (1993, όπως παρατίθεται στον Ραυτόπουλο, 2002) πρότεινε ένα μοντέλο όπου συνδυάζεται η ποιότητα και η ικανοποίηση, όπου η εκληφθείσα ποιότητα μίας υπηρεσίας αποτελεί προϋπόθεση για την ικανοποίηση του ατόμου από αυτήν την υπηρεσία (Σχήμα 3).



(Σχήμα 3. Σχέση ικανοποίησης και εκληφθείσας ποιότητας Πηγή: Ραυτόπουλος, 2002, σελ. 27)

Πέραν της διάστασης της ποιότητας, ούτως ώστε να απομετρηθεί η αποτελεσματική κατανομή των σπανιζόντων πόρων, το αγαθό της υγείας

Αφού αναλύθηκε η διάσταση της απομέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, στην συνέχεια θα αναλύσουμε στον τρόπο χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας, προκειμένου να εξετάσουμε το οικονομικό κόστος, συνθήκη που θα καταδείξει την οικονομική αποτελεσματικότητα του δημοσίου συστήματος υγείας.

2.2 Μοντέλα Χρηματοδότησης Συστήματος Υγείας

Οι τρεις βασικές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι οι εξής (Υφαντόπουλος, 2003):

- i. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς
- ii. Το υπόδειγμα Bismark, που διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικο – ασφαλιστικού συστήματος
- iii. Το υπόδειγμα Beveridge, που βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται καταρχήν στην ελεύθερη επιλογή του καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα, ανάλογα με τη βούλησή του (Σιγάλας, 2008). Συνεπώς, η ζήτηση και η προσφορά υγείας βασίζεται «στην ελευθερία οικονομικής επιλογής των καταναλωτών και των παραγωγών υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Αυτό σημαίνει ότι τόσο ο τρόπο παροχής των υπηρεσιών, όσο και οι τιμές αυτών καθορίζονται με βάση τους νόμους της ζήτησης και της προσφοράς. Επιπλέον χαρακτηριστικό αυτών των συστημάτων είναι ότι οι προμηθευτές, ήτοι οι ιατροί τα νοσοκομεία, έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον τόπο της εγκατάστασής τους και να καθορίσουν αυτοί τον τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας τους και το ύψος της αμοιβής τους (Σιγάλας, 2008). Το κράτος δεν υπεισέρχεται στις συναλλαγές καταναλωτών και παραγωγών, παρά διαμορφώνει απλά το θεσμικό πλαίσιο της αγοράς (Υφαντόπουλος, 2003). Τέλος, το σύστημα αυτό κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, με την ατομική και την εργοδοτική κάλυψη να χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές αντίστοιχα (Σιγάλας, 2008). Κύριος εκφραστής του φιλελεύθερου συστήματος είναι οι Η.Π.Α. Το μεγάλο μειονέκτημα του συστήματος αυτού είναι ότι δημιουργεί ανιστότητες αναφορικά με την πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας.

Το μοντέλο Bismark

Το μικτό σύστημα υγείας, ή αλλιώς το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, διέπεται από τις αρχές του μοντέλου Bismark. Κύρια χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι η πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού, καθώς επίσης και η υποχρεωτική η ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Σιγάλας, 2008). Στο μοντέλο Bismark η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική (Σιγάλας, 2008). Αναφορικά με την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, αυτή προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, βάσει του ύψους του εισοδήματος, ενώ δεν είναι σπάνια και η χρηματοδότηση από το κράτος, κυρίως των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (Υφαντόπουλος, 2003). Η παρέμβαση του κράτους συνίσταται, εκτός από τη χρηματοδότηση, στην οργάνωση και διοίκηση των μονάδων υγείας. Το μεγάλο πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι ότι στοχεύει στην «επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας» (Υφαντόπουλος, 2003). Ωστόσο, όπως χαρακτηριστικά υπογραμμίζει ο Υφαντόπουλος, αυτή η αποκέντρωση δεν εξασφαλίζει την άριστη κατανομή των πόρων στις περιφέρειες. Παρόλα αυτά, η κατανομή των πόρων υγείας είναι πιο αποτελεσματική σε

σύγκριση με το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Κατεξοχήν εκφραστές του συστήματος αυτού είναι η Γαλλία και Γερμανία, ενώ απαντάται και στην Ολλανδία, αν και με κάποιες διαφοροποιήσεις, κυρίως όσον αφορά στην εντονότερη παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης (Τούντας, 2003).

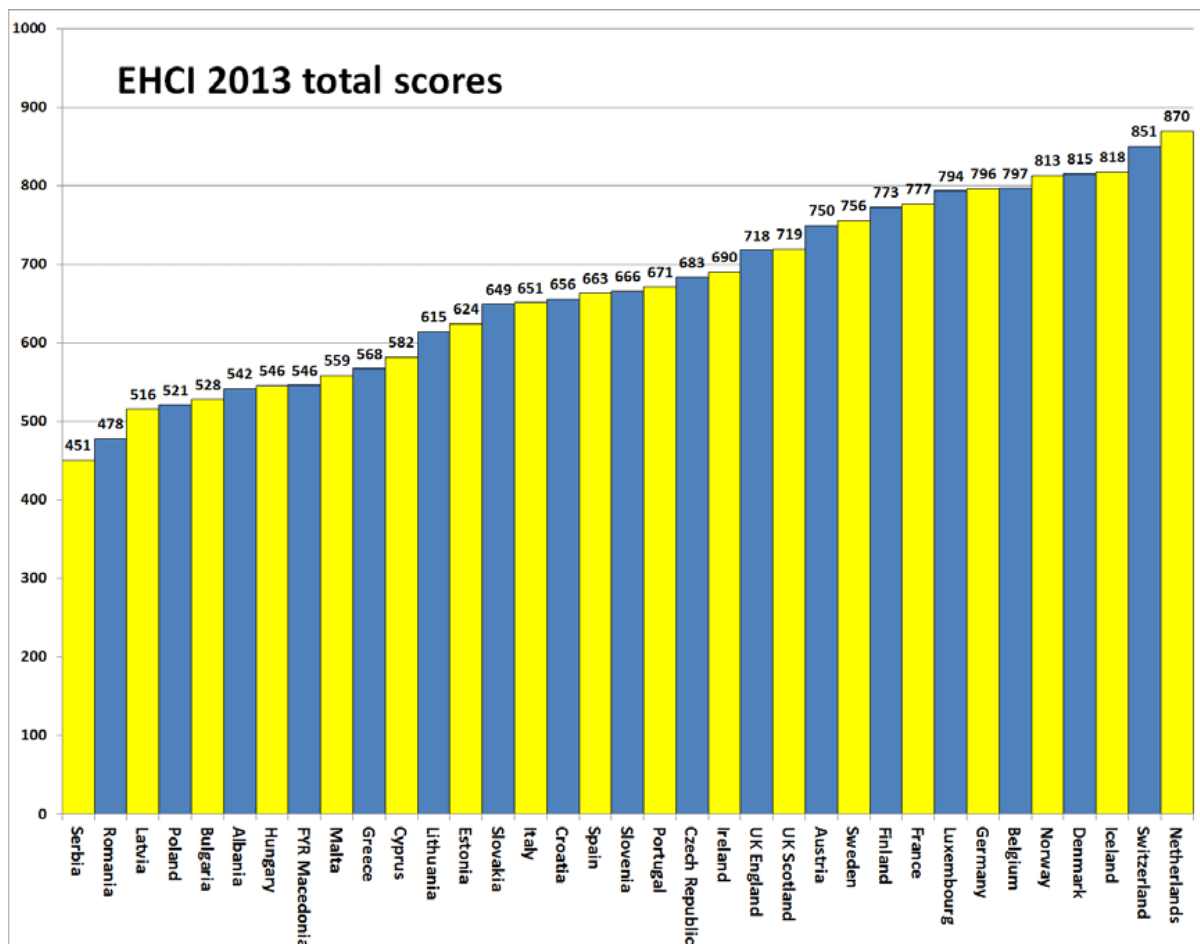
Το μοντέλο Beveridge

Το μοντέλο Beveridge χαρακτηρίζεται από την καθολική, ισότιμη και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, ενώ η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της γενικής φορολογίας (Σιγάλας, 2008). Αυτό ενέχει το πλεονέκτημα ότι οι εργαζόμενοι έχουν γνώση για το κόστος υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται και η αναδιανομή του κεφαλαίου. Στο σύστημα αυτό δεν υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς, ενώ παράλληλα η κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών παραγωγής ανήκει, κατά κανόνα στο κράτος (Σιγάλας, 2008). Επιπρόσθετα, βάσει του μοντέλου αυτού η χάραξη της υγειονομικής πολιτικής γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2003). Στα συστήματα αυτής της μορφής υπάρχουν τρία επίπεδα υγείας: η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια. Με αυτόν τον τρόπο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού, αγροτικού, ημιαστικού και αστικού αντίστοιχα (Υφαντόπουλος, 2003). Σε αυτό το πλαίσιο, η αποκεντρωτική λειτουργία, αλλά και η άρση των κοινωνικών ανισοτήτων συμβάλλουν στην αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Παρόλα αυτά, το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται και από αδυναμίες (Νιάκας, 2002). Μία από τις βασικότερες είναι η μη επαρκής ή μη ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων, στην περίπτωση που το σύστημα δεν συνδυαστεί με πολιτικές για την ίση πρόσβαση των πολιτών σε αυτό. Παράλληλα, το καθολικό αίτημα των πολιτών για δωρεάν, αλλά παράλληλα πιο ποιοτική και ποσοτική περίθαλψη, σε συνδυασμό με το πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής και του ηθικού κινδύνου έχει ως αποτέλεσμα την αλόγιστη αύξηση των δαπανών υγείας, ιδίως σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν κάθε χώρας (Υφαντόπουλος, 2003). Επιπλέον μειονεκτήματα του μοντέλου Beveridge αποτελούν η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας και η απουσία ελέγχου από τις νοσοκομειακές μονάδες.

Το μοντέλο Beveridge ακολουθείται από αρκετές χώρες, όπως Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Βρετανία, Σουηδία, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα (Τούντας, 2003). Στη χώρα μας, οι δαπάνες για την υγεία χρηματοδοτούνται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, με το κράτος να διαχειρίζεται τις υγειονομικές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επιπλέον, η χώρα μας παρουσιάζει ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας, με τα νοσοκομεία να

παρουσιάζουν τεράστια ελλείμματα προϋπολογισμού και αποδοτικότητας, με την αποδοτικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων να αγγίζει μόλις το 55% (Karagiannis & Hatziprokoriou, 2007).

Σύμφωνα με την μελέτη Euro Health Consumer Index (2013) «Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση («συστήματα Bismarck») φαίνεται να καταλαμβάνουν στον πίνακα EHCI όλο και πιο συχνά υψηλότερες θέσεις από τα συστήματα που χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας («συστήματα Beveridge»). Υπάρχουν επιτυχημένα συστήματα υγείας χρηματοδοτούμενα μέσω των φόρων, αλλά κυρίως σε μικρές, εύπορες χώρες, όπως η Δανία, η Ισλανδία και η Νορβηγία. Είναι σαφές ότι οι περισσότερες χώρες από αυτές με τις κορυφαίες επιδόσεις, όπως η Ολλανδία, η Ελβετία, το Βέλγιο, η Γερμανία και η Γαλλία, έχουν συστήματα υγείας βασισμένα στην κοινωνική ασφάλιση» Αυτό αποτυπώνεται και στον παρακάτω πίνακα (Σχήμα 4):



(Σχήμα 4. Σειρά κατάταξης αποδοτικότητας ασφαλιστικών συστημάτων στην Ευρώπη. Πηγή: Health Consumer Powerhouse, 2013).

2.3 Ιστορική αναδρομή της χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397/1983 περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο «τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη ης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την αγωγή και προαγωγή της υγείας» (Ελληνας, 2009). Όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του Ν. 1397/1983, «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού» (Ν. 1397/1983). Ο νόμος αυτός βασίζεται στις αρχές της ισότητας των πολιτών και στην απρόσκοπτη παροχή υγείας σε όλους τους πολίτες, αναγνωρίζοντας την υγεία ως κοινωνικό αγαθό. Επομένως, κρίθηκε ως κατάλληλη – αν όχι και απαραίτητη – η χρηματοδότησή του από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η υψηλή αναλογία της κρατικής συνεισφοράς στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ οφείλεται «στην προσπάθεια διατήρησης των τιμών σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να μετριαστεί η οικονομική «πίεση» στην κοινωνική ασφάλιση, να διατηρηθεί ο πληθωρισμός χαμηλός και να αποτραπεί η ανάπτυξη του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα» (Σίσκου et al, 2008).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μικτό σύστημα, το οποίο η χρηματοδότηση γίνεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό μέσω της φορολογίας, ήτοι από τον κρατικό προϋπολογισμό, και σε μικρότερο βαθμό από τις εισφορές στα ιδρύματα κοινωνικής ασφάλισης (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Όπως αναφέρουν οι Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου (2009) «ο κρατικός προϋπολογισμός υποκαθιστά χρηματοδοτικά την κοινωνική ασφάλιση ενώ συγχρόνως αυξάνεται η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα». Οι Μανιού και Ιακωβίδου (2009) τονίζουν ότι μερικά από τα χαρακτηριστικά του ΕΣΥ στην Ελλάδα είναι τα εξής: «υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών». Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στη δημιουργία και διόγκωση των ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας.

Επιπρόσθετα, η εκτεταμένη παραοικονομία στον τομέα της υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007), καθώς και η επικράτηση των πελατειακών σχέσεων, μπορεί να αποτελούν πλέον μέρος μίας γενικότερης κουλτούρας στην Ελλάδα, ωστόσο στη χειρότερη περίπτωση συνιστούν μία σοβαρή και επικίνδυνη μορφή διαφθοράς, που υπονομεύει το σύστημα επίσημων πληρωμών, καθιστά άνιση την πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και επηρεάζει, σε τελική ανάλυση, τη φύση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.

2.4 Το δημοσιονομικό πρόβλημα υγείας στην Ελλάδα

Μεταξύ των κύριων στόχων της μεταρρύθμισης με το Ν. 1397/1983 ήταν η μεγέθυνση του δημόσιου τομέα παροχής σχετικών υπηρεσιών, καθώς και ο περιορισμός του ιδιωτικού, μέσω της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών νοσοκομείων (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Απόρροια της μη πλήρους εφαρμογής στην πράξη της μεταρρύθμισης ήταν η εμφάνιση προβλημάτων χρηματοδότησης, πέρα των προβλημάτων των γεωγραφικών ανισοτήτων αναφορικά με την κάλυψη του πληθυσμού. Κατά συνέπεια, δεν επιτεύχθηκε ο επιδιωκόμενος περιορισμός των ιδιωτικών δαπανών, αφού τα ολοένα αυξανόμενα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα με τις συμβάσεις τους επιβάρυναν και επιβαρύνουν ακόμη υπερβολικά τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και τις ιδιωτικές δαπάνες Υγείας.

Επιπλέον, οι νοσοκομειακές μονάδες αποζημιώνονται στη βάση της ανά ημέρα νοσηλείας, με τη μέθοδο, δηλαδή, του “κλειστού νοσηλίου” το οποίο, όπως, προσδιορίζεται χαμηλότερα συγκριτικά με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Ως εκ τούτου, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στην πραγματικότητα καταβάλλουν αναδρομικά μικρότερο κόστος – το οποίο μάλιστα φτάνει στο ¼ του πραγματικού – οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο στη συσσώρευση ελλειμμάτων στα νοσοκομεία (Γώγος, 2011).

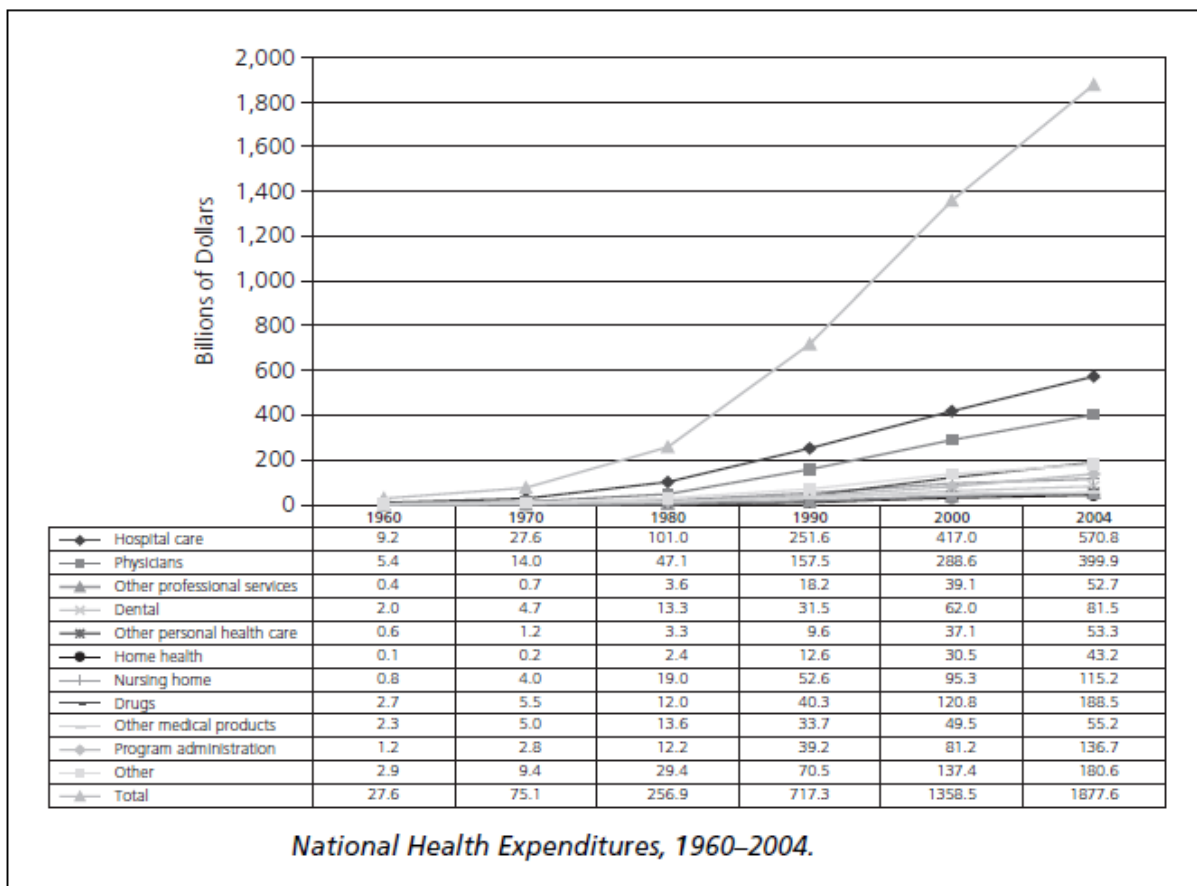
Οι Μανιού και Ιακωβίδου (2009) τονίζουν ότι μερικά από τα χαρακτηριστικά του ΕΣΥ στην Ελλάδα είναι τα εξής: «υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών». Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στη δημιουργία και διόγκωση των ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας.

Επιπρόσθετα, η εκτεταμένη παραοικονομία στον τομέα της υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007), καθώς και η επικράτηση των πελατειακών σχέσεων, μπορεί να αποτελούν πλέον μέρος μίας γενικότερης κουλτούρας στην Ελλάδα, ωστόσο στη χειρότερη περίπτωση συνιστούν μία σοβαρή και επικίνδυνη μορφή διαφθοράς, που υπονομεύει το σύστημα επίσημων πληρωμών, καθιστά άνιση την πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και επηρεάζει, σε τελική ανάλυση, τη φύση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.

Τέλος, η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων (Τούντας, 2008), το φαινόμενο πληθωρισμού ιατρών, αλλά και το φαινόμενο αυτό της ανεξέλεγκτης εισροής ασθενών στα νοσοκομεία που οδηγεί στην αδυναμία ελέγχου της αναγκαιότητας παροχής

ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες αποτελούν επίσης αιτίες διόγκωσης του δημοσιονομικού προβλήματος στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Σιγάλας (1994), οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη βαίνουν συνεχώς αυξανόμενες, ενώ παράλληλα μεγαλώνει και το χάσμα μεταξύ του τι μπορεί να προσφέρει και του τι μπορεί να αντέξει, σε οικονομικούς πάντα όρους, το ΕΣΥ (Νικολάκης et al, 2000). Το αποτέλεσμα αυτών των δύο φαινομένων είναι η αύξηση των πιέσεων για μείωση των δαπανών στο χώρο της υγείας και περικοπών στη χρηματοδότηση, συνάμα με τον εξορθολογισμό της διαχείρισης των πόρων (Ελληνας, 2009). Η αναφερόμενη αύξηση των δαπανών, πάντως, αποτελεί μια γενικότερη τάση, όπως φαίνεται στο σχήμα 5, με τις αιτίες της οποίας θα ασχοληθούμε στην συνέχεια, κατά την εξέταση του μακρο-περιβάλλοντος (εξωτερικό περιβάλλον) της επιχείρησης.



(Σχήμα 5 . Δαπάνες Υγείας στις ΗΠΑ, Berger 2008)

Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στον στρατηγικό σχεδιασμό της επιχείρησης, αρχικά με επισκόπηση του θεωρητικού πλαισίου και στην συνέχεια με την αποτύπωση του εν λόγω πλαισίου στις συνθήκες της συγκεκριμένης επιχείρησης.

3. Στρατηγικός σχεδιασμός αιμοδυναμικού εργαστηρίου

3.1 Θεωρητικό πλαίσιο στρατηγικού σχεδιασμού

Σύμφωνα με τον Litterer (Litterer 1961), τα σημεία που διακρίνουν μια άτυπη οργάνωση από μια τυπική οργανωμένη είναι το πόσο καλά έχει σχεδιαστεί η δομή τους, ώστε να ανταποκρίνονται στην προαρμοποίηση των τεθέντων στόχων. Οι οργανώσεις έχουν ως κύριο στόχο την επίτευξη αποτελεσμάτων, που δεν θα μπορούσαν σε άλλη περίπτωση να έχουν υλοποιηθεί. Με την δημιουργία τυπικής μορφής οργάνωσης τίθεται όχι μόνο ο τρόπος υλοποίησης των στόχων, αλλά επίσης δομείται σε ένα ενιαίο πλαίσιο η δράση πολλών ανθρώπων, ούτως ώστε η κάθε μεμονωμένη δραστηριότητα να συνδέεται λειτουργικά με την δραστηριότητα των υπολοίπων. Ο Litterer έχει περιγράψει την οργανωτική συστηματική διοίκηση (systematic management) ως προσπάθεια εισαγωγής μεθόδου στην διοίκηση, ούτως ώστε να αποφεύγονται συγκρούσεις, να προάγεται η συνεργασία και να επανεγκαθιδρυθεί αποτελεσματικός έλεγχος από την διοίκηση (Yates, 1988).

Οι Werther, Kerr και Wright (1995) υποστηρίζουν ότι η οργάνωση αποτελεί ένα σύστημα συντονισμού των δραστηριοτήτων των ανθρώπων προκειμένου να επιτευχθούν οι τεθέντες στόχοι. Η οργάνωση δομείται με τρόπο δυναμικό, ως ανοικτό σύστημα, και η διακυβέρνηση του οργανισμού μπορεί να βελτιωθεί με την συμμετοχή εξωτερικών συμβούλων στις αποφάσεις.

Βασικό στοιχείο προκειμένου να υφίσταται η οργάνωση, είναι ο στρατηγικός σχεδιασμός. Σε αυτόν καθορίζονται:

- Το όραμα, η εταιρική αποστολή και ο στρατηγικός στόχος της επιχείρησης (πού θέλω να πάω – ποιόν δρόμο θα πρέπει να ακολουθήσω).
- Η τρέχουσα κατάσταση της επιχείρησης (ποιός είμαι).
- Το περιβάλλον της επιχείρησης (πού βρίσκομαι – τί αντιμετωπίζω).
- Οι τακτικοί στόχοι της επιχείρησης (πώς θα φτάσω – τί θα χρειαστεί να κάνω για να φτάσω).
- Η θέσπιση προτεραιότητας των επιμέρους στόχων της επιχείρησης και ο τρόπος διασύνδεσής τους (ποιά είναι τα στάδια για να φτάσω και τί πρέπει να έχω καταφέρει κάθε φορά).
- Το κόστος της επίτευξης των στόχων (τί θα μου κοστίσει για να φτάσω).
- Το από πού θα αντληθεί το απαραίτητο κεφάλαιο (με ποιές δυνάμεις θα φτάσω).

- Το όφελος της επίτευξης των στόχων (τί θα κερδίσω όταν φτάσω).
- Οι μέθοδοι επαναπροσδιορισμού της τακτικής σε αλλαγές των αρχικών συνθηκών (πώς θα προσαρμοστώ σε απρόβλεπτες εξελίξεις).
- Ο τρόπος αποτίμησης των στόχων (πώς θα ξέρω ότι έχω διαλέξει τον σωστό δρόμο και ότι έχω κατακτήσει τον επιθυμητό στόχο με το προϋπολογισθέν κόστος/όφελος).

Το πρώτο βήμα του στρατηγικού σχεδιασμού έγκειται στην διατύπωση της αποστολής, του οράματος και της φιλοσοφίας της οργάνωσης.

Αποστολή (Mission)

- Παρουσιάζει τον βασικό σκοπό της επιχείρησης
- Προσδιορίζει τους κλάδους στους οποίους δραστηριοποιείται η επιχείρηση
- Προσδιορίζει την κάλυψη των ενδιαφερομένων (Shareholders – Stakeholders)

Οραμα (Vision)

- Σκιαγραφεί σε ποιόν τύπο επιχείρησης επιθυμεί να μετεξελιχθεί η εταιρία
- Ποιές μελλοντικές ανάγκες και ποιών πελατών επιθυμεί να καλύψει

Φιλοσοφία (Philosophy)

- Ενσωματώνει οργανωτικές αξίες & ορίζει τις γενικές αρχές και το Στυλ Διοίκησης
- Καθορίζει την εργασιακή και δεοντολογική συμπεριφορά, την κουλτούρα και τις ηθικές αρχές της επιχείρησης
- Καθορίζει τον χαρακτήρα των σχέσεων με τα μέρη που η επιχείρηση συναλλάσσεται.

Η ύπαρξη δήλωσης επιχειρηματικής αποστολής σε μια επιχείρηση δρα καταλυτικά ως προς τους παρακάτω τομείς:

- Εξασφαλίζει ομοφωνία για τον επιχειρησιακό σκοπό.
- Βοηθά στην λήψη στρατηγικών αποφάσεων.
- Δίδει το γενικό επιχειρησιακό στίγμα και κλίμα.
- Λειτουργεί ως κεντρικό σημείο αναφοράς.
- Διευκολύνει την συγκεκριμενοποίηση και αναγωγή των επιχειρησιακών στόχων σε ημερήσιες λειτουργικά καταναμημένες αρμοδιότητες.

- Καθορίζει μετρήσιμους και ελέγξιμους στόχους.
- Θεσπίζει τις οργανωτικές αρχές και την ηθική της επιχείρησης.
- Λειτουργεί ως καθημερινός οδηγός κατεύθυνσης, στόχευσης και έμπνευσης.

Το δεύτερο στάδιο του στρατηγικού σχεδιασμού έγκειται στον καθορισμό των επιχειρηματικών στόχων, οι οποίοι μετατρέπουν το επιχειρηματικό όραμα σε συγκεκριμένους στόχους που θα πρέπει να επιτευχθούν, μετά από ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης. Ο καθορισμός επιχειρηματικού στόχου δίνει απάντηση στο τί θα πρέπει να επιτύχουμε, προκειμένου να πραγματοποιήσουμε το όραμά μας.

Μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία καθορισμών στόχων είναι η μέθοδος SMART, σύμφωνα με την οποία οι επιχειρηματικοί στόχοι πρέπει να είναι:

- Specific (Σαφείς)
- Measurable (Μετρήσιμοι)
- Achievable (Εφικτοί)
- Realistic (Ρεαλιστικοί)
- Time-Related (με Χρονοδιάγραμμα)

Οι στόχοι που έχουν τεθεί μπορεί να είναι ποσοτικοί, ποιοτικοί, ή να συνδυάζουν ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία. Ως παραδείγματα στόχων μπορούμε να αναφέρουμε στους εξής:

- Αύξηση μεριδίου αγοράς
- Εκτόπιση ανταγωνιστών
- Υπερκερασμός ανταγωνιστών
- Βελτίωση αναγνωρισιμότητας και goodwill εταιρίας
- Δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος
- Ανάπτυξη «πιστού» πελατολογίου

Στο τρίτο στάδιο γίνεται η επιλογή των ενεργειών που θα ακολουθήσει η επιχείρηση προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί. Σε αυτό το στάδιο γίνεται κατανομή των πόρων και θέσπιση μηχανισμών για την εφαρμογή και παρακολούθηση υλοποίησης της στρατηγικής. Οι τρόποι υλοποίησης εκφράζονται μέσα σε συγκεκριμένα πλάνα.

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η επιλογή των κατάλληλων ενεργειών, θα πρέπει η επιχείρηση να έχει λάβει υπ' όψιν παραμέτρους που αφορούν τόσο στο εσωτερικό, όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης. Το σύνολο αυτών των ενεργειών αποτελούν και την στρατηγική που επιλέγει η επιχείρηση προκειμένου να δραστηριοποιηθεί στον κλάδο και να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον Porter, η Στρατηγική συνίσταται στο να κάνεις διαφορετικά πράγματα από αυτά των ανταγωνιστών σου ή να κάνεις τα ίδια πράγματα με διαφορετικό τρόπο, ενώ σύμφωνα με τους Johnson & Scholes, στρατηγική είναι η κατεύθυνση και το εύρος δράσης μιας επιχείρησης, σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα, που επιτυγχάνει ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα μέσω της διάταξης πόρων, σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, για να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των μετόχων και άλλων ενδιαφερομένων μερών.

Η επιχείρηση επιλέγει την κατάλληλη στρατηγική σύμφωνα με το όραμα, την αποστολή της, την στρατηγική προσέγγιση, τον κλάδο, το προϊόν και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της. Μπορούμε να διακρίνουμε τις κύριες Στρατηγικές σε:

- Στρατηγική Ηγεσίας Κόστους,
- Στρατηγική Διαφοροποίησης
- Στρατηγική Επιμέρους Αγορών

Καθώς και

- Στρατηγική Αμυνας
- Στρατηγική Επίθεσης

Στο τέταρτο στάδιο γίνεται η υλοποίηση της στρατηγικής και ο τακτικός σχεδιασμός. Ο Τακτικός Σχεδιασμός καθορίζει τις αποφάσεις που θα πρέπει να λαμβάνονται κάθε φορά προκειμένου να εκπληρώνονται οι στόχοι της επιχείρησης.

Ο Τακτικός Σχεδιασμός δύναται να αφορά σε:

- Λειτουργικά σχέδια, που αφορούν στην μεγιστοποίηση του στόχου και σχετίζονται με την παραγωγή, την εμπορία, τις επενδύσεις και την χρηματοδότηση, καθώς και σε
- Διοικητικά σχέδια, που αφορούν στην ανάπτυξη και διατήρηση μιας οργανωτικής δομής που δημιουργεί ένα μέγιστο δυναμικό για απόδοση έργου.

Η παρακολούθηση του τρόπου εφαρμογής της στρατηγικής γίνεται μέσω:

- Προγραμματισμού: εγκαθίδρυση επιμέρους σταδίων, προκειμένου να υλοποιηθεί ένα στρατηγικό σχέδιο.
- Διαδικασιών: πλήρης αναγωγή των σταδίων, με αυτοματισμό στην λειτουργία τους.
- Προϋπολογισμού: ποσοτική αποτίμηση μιας συγκεκριμένης διαδικασίας.

Στο πέμπτο στάδιο γίνεται η αξιολόγηση, η αποτίμηση και ο έλεγχος των διαδικασιών και ενεργειών του συνόλου της επιχειρηματικής δραστηριότητας, όπου κρίνεται εάν τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με τους θεσπισθέντες στόχους. Η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτίμησης και ελέγχου αποτελείται από τα εξής στάδια:

- Καθορισμός έκτασης χρονικής περιόδου που ελέγχουμε
- Καθορισμός μεγεθών-στόχων για τις λειτουργίες που ελέγχουμε
- Συλλογή στοιχείων
- Σύγκριση αποτελεσμάτων με τα προϋπολογιστικά, ανάλυση απόδοσης, εξαγωγή συμπερασμάτων, διεξαγωγή διορθωτικών ενεργειών

Όπως επισημαίνουν οι Montana και Charnon (1993, όπως παρατίθενται στους Δικαίο και συν., 1999, σελ. 115) «προγραμματισμός είναι η διεργασία ορισμού του Οργανισμού (δηλαδή του επιχειρηματικού του αντικειμένου), ο καθορισμός ενός στόχου ανάπτυξης του (δηλαδή, η επιλογή μιας κατεύθυνσης) και η εξέταση εναλλακτικών δρόμων πορείας προς αυτόν τον στόχο (δηλαδή, η απόφαση για συγκεκριμένες ενέργειες)». Ως διοικητική λειτουργία, ο προγραμματισμός διέπεται από τρεις βασικές αρχές (Μπουραντάς, 2002, όπως παρατίθεται από τον Χρονίδη, 2010): α) την αρχή της χρονικής δέσμευσης, β) την αρχή της ελαστικότητας και γ) την αρχή της διόρθωσης

Σύμφωνα με τους Montana και Charnon (2000), ο σχεδιασμός – προγραμματισμός διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: τον λειτουργικό – τακτικό προγραμματισμό (operational planning) και τον στρατηγικό προγραμματισμό (strategic planning).

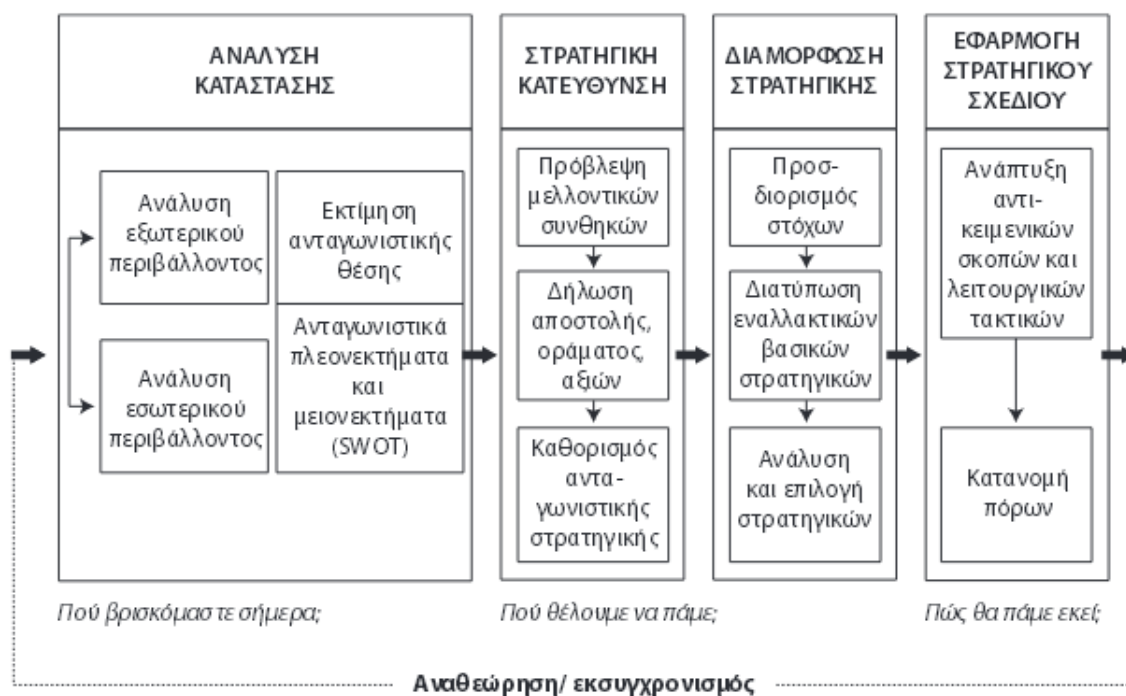
Ο λειτουργικός – τακτικός προγραμματισμός «είναι ο βραχυπρόθεσμος προγραμματισμός, ο οποίος εστιάζει στις τρέχουσες λειτουργίες και εξελίξεις του Οργανισμού. Ο χρονικός ορίζοντας του τακτικού προγραμματισμού είναι μικρός και ουσιαστικά δεν ξεπερνά την άμεσα προσεχή περίοδο» (Δικαίος και συν., 1999, σελ. 118). Έτσι, επί της ουσίας πρόκειται για έναν προγραμματισμό που εστιάζει στις ενέργειες που πρέπει να γίνουν στο άμεσο μέλλον και ως εκ τούτου εφαρμόζεται κυρίως στο κατώτερο επίπεδο διοίκησης. Ο

λειτουργικός – τακτικός προγραμματισμός περιλαμβάνει πέντε στάδια (Montana και Charnov, 2000):

1. Καθορισμός των στόχων
2. Σχεδιασμός του οργανισμού κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο ώστε να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί στο πρώτο βήμα
3. Κατανομή αρμοδιοτήτων
4. Κατανομή των εισροών
5. Σχεδιασμός χρονοδιαγραμμάτων για την επίτευξη των στόχων

Για παράδειγμα, ο λειτουργικός προγραμματισμός μπορεί να αφορά την ανανέωση της ξενοδοχειακής υποδομής ενός οργανισμού υγείας, ή την αγορά και εγκατάσταση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, όπως ένα μηχάνημα.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός ουσιαστικά αναφέρεται στην ανάγκη της κάθε επιχειρηματικής μονάδας να ορίσει τη δική της συγκεκριμένη αποστολή μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της αποστολής της εταιρείας (Kotler και Keller, 2006). Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει το στάδιο εκείνο κατά το οποίο ένας οργανισμός θέτει τους στόχους του (Montana και Charnov, 2000), ή αλλιώς είναι εκείνη η διαδικασία που εξετάζει πώς ο οργανισμός αναπτύσσει στρατηγικούς στόχους και πλάνα δράσης για να υλοποιηθούν αυτοί οι στόχοι (Baldrige Performance Excellence Program, 2011). Ο McKay (2001) αναφέρει πως ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι εκείνη η διαδικασία κατά την οποία ο ηγέτης του οργανισμού καθορίζει τι σκοπεύει να κάνει στο μέλλον και πώς θα επιτύχει αυτόν τον στόχο. Πρόκειται ουσιαστικά για την ανάπτυξη ενός οράματος για το μέλλον του οργανισμού, καθορίζοντας τις προτεραιότητες, τις διαδικασίες και τις ενέργειες για την επίτευξη αυτού του οράματος. Σε αυτό το είδος προγραμματισμού δίνεται έμφαση στους μακροχρόνιους στόχους και αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι μία συνεχής διαδικασία (McKay, 2001). Ο στρατηγικός προγραμματισμός ασκείται από το ανώτερο επίπεδο της διοίκησης, καθώς αφορά τη συνολική πορεία και στρατηγική ενός οργανισμού και συμβάλλει στην απόδοση ολόκληρου του οργανισμού (Κανελλόπουλος, 1990, όπως παρατίθεται στους Δικαίο και συν., 1999). Το παρακάτω σχήμα (σχήμα 6) απεικονίζει τη διαδικασία στρατηγικού σχεδιασμού μίας επιχειρηματικής μονάδας.



(Σχήμα 6. Μοντέλο στρατηγικού σχεδιασμού Πηγή: Σαράφης, 2011, σελ. 5)

Για παράδειγμα, στο πλαίσιο ενός οργανισμού υγείας, ο στρατηγικός σχεδιασμός μπορεί να περιλαμβάνει πλάνα για την βελτίωση της αποδοτικότητάς του, την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, ή την βελτιστοποίηση της κατανομής των εισροών και εκροών.

Η σημασία του προγραμματισμού – σχεδιασμού στο χώρο της υγείας λαμβάνει μεγαλύτερη βαρύτητα, λόγω κάποιων ιδιομορφιών του εν λόγω αγαθού. Πιο συγκεκριμένα, η υγεία αποτελεί ένα δημόσιο κοινωνικό αγαθό, το οποίο θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση ή άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (Δικαίος και συν., 1999). Παράλληλα, το σύστημα της υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εξωγενείς παράγοντες, όπως είναι η τεχνολογία και η οικονομία, οι οποίοι δημιουργούν αβεβαιότητα. Η διαπίστωση αυτή σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και τον περιορισμό των διαθέσιμων πόρων, καθιστά τον προγραμματισμό – σχεδιασμό εξαιρετικά κρίσιμο, καθώς ελαχιστοποιεί το περιβάλλον αβεβαιότητας στο οποίο δρα ένας οργανισμός υγείας (Δικαίος και συν., 1999).

Προκειμένου να υπάρχει ο στρατηγικός σχεδιασμός και η επιλογή της στρατηγικής που θα ακολουθήσει η επιχείρηση, θα πρέπει να έχει προϋπάρξει έρευνα σχετικά με το προϊόν, τους αγοραστές, τον κλάδο και τον ανταγωνισμό.

Κατά την ανάλυση των πελατών και του προϊόντος, τίθενται μια σειρά ερωτήματα, όπως:

- Ποιοί και γιατί χρειάζονται το προϊόν / υπηρεσία;
- Υπό ποιές προϋποθέσεις αγοράζει κάποιος το προϊόν / υπηρεσία;
- Με ποιά κριτήρια επιλέγει ο αγοραστής και πώς διαμορφώνεται η αγοραστική συμπεριφορά του;
- Ποιές ανάγκες καλύπτει το προϊόν;
- Ποιοί αγοραστές έχουν τις συγκεκριμένες ανάγκες;
- Πώς καλύπτουν μέχρι σήμερα την συγκεκριμένη ανάγκη οι αγοραστές;

Κατά την ανάλυση του κλάδου και του ανταγωνισμού, τα ερωτήματα που τίθενται αφορούν στα εξής:

- Πόσοι προσφέρουν αντίστοιχο προϊόν / υπηρεσία;
- Σε ποιά τιμή το προσφέρουν;
- Σε πόση ποσότητα το προσφέρουν;
- Σε ποιά ποιότητα το προσφέρουν;
- Σε ποιό στάδιο ζωής βρίσκεται το προϊόν / υπηρεσία;

Βάσει της ανάλυσης στα παραπάνω, η επιχείρηση θα επιλέξει την στρατηγική της που θα της επιτρέψει να επιτύχει τους επιχειρηματικούς της στόχους. Η ανάλυση γίνεται σε δύο επίπεδα: στο επίπεδο του μακρο-περιβάλλοντος της επιχείρησης και στο επίπεδο του μικρο-περιβάλλοντός της.



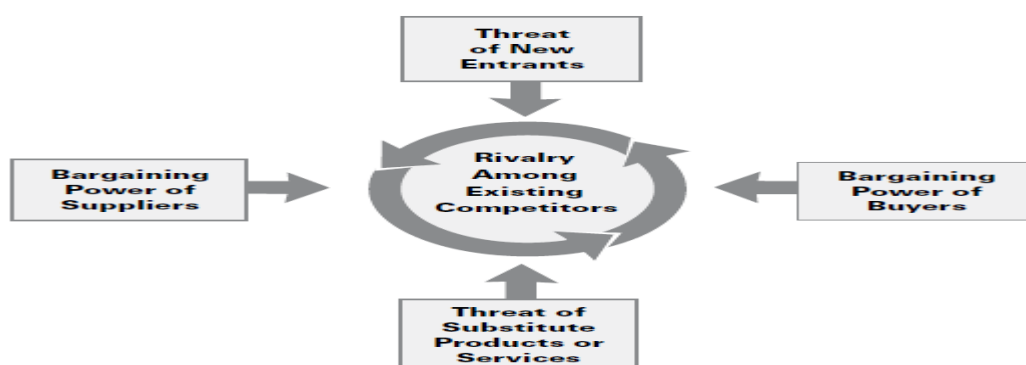
(Σχήμα 7. Εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον επιχείρησης. Πηγή: Kotler & Keller, 2006)

Ενα σημαντικότατο εργαλείο ανάλυσης είναι η ανάλυση PEST. Σε αυτή την ανάλυση, η επιχείρηση καταγράφει τις παραμέτρους του εξωτερικού της περιβάλλοντος (μακρο-περιβάλλον της επιχείρησης), κατηγοριοποιημένες σε τέσσερα επίπεδα:

- Το Πολιτικό περιβάλλον (Political)
- Το Οικονομικό Περιβάλλον (Economical)
- Το Κοινωνικό Περιβάλλον (Social)
- Το Τεχνολογικό Περιβάλλον (Technological)

Στην συνέχεια, η επιχείρηση προβαίνει σε ανάλυση του μικρο-περιβάλλοντός της. Ενας από τους πλέον διαδεδομένους τρόπους επιλογής στρατηγικής, βάσει της ανάλυσης του μικρο-περιβάλλοντος, είναι η ανάλυση SWOT . Κατά την ανάλυση αυτή, η επιχείρηση καταγράφει τα σημεία στα οποία έχει πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών της (strengths), τα αδύνατα σημεία της έναντι του ανταγωνισμού (weaknesses), τις ευκαιρίες τις οποίες μπορεί να εκμεταλλευτεί προκειμένου να επιτύχει τους στόχους της (opportunities), καθώς και τους κινδύνους – απειλές που ενδέχεται να εμφανιστούν και να δυσχεράνουν την επίτευξη των εν λόγω στόχων (threats).

Τα αποτελέσματα της εν λόγω ανάλυσης συμπληρώνονται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης «5 δυνάμεων», την οποία εισήγαγε ο Michael Porter (1979, 2008). Οι πέντε δυνάμεις είναι α) Η απειλή νεο-εισερχόμενων επιχειρήσεων, β) Η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών, γ) Η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών, δ) Η απειλή από υποκατάστατα αγαθά / υπηρεσίες και ε) Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις επιχειρήσεις



(Σχήμα 7. Οι «πέντε δυνάμεις». Πηγή: Porter, 2008)

Βάσει όλων των παραπάνω, στην συνέχεια θα αναλυθεί το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου, προκειμένου να τεκμηριωθεί η προτεινόμενη χάραξη της στρατηγικής που θα ακολουθήσει στον κλάδο.

3.2 PEST ανάλυση ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου

Το πρωταρχικό βήμα για την ανάλυση των στρατηγικών επιλογών που έχει η διοίκηση μιας επιχείρησης έγκειται στην ανάλυση του μακρο-περιβάλλοντός της. Στην συγκεκριμένη περίπτωση θα αναλύσουμε τις παραμέτρους του Πολιτικού, Οικονομικού, Κοινωνικού και Τεχνολογικού Περιβάλλοντος της συγκεκριμένης επιχείρησης (PEST analysis).

Πολιτικό περιβάλλον

Η παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση έδρασε καταλυτικά για την Ελλάδα, καθώς αποτέλεσε την αφορμή της εκδήλωσης των χρόνιων παθογενειών που ταλανίζουν το γίγνεσθαι της χώρας. Οι κύριοι τομείς προβλημάτων στους οποίους εστιάζει η ανάλυση της επίδρασης του πολιτικού περιβάλλοντος στην επιχείρηση, είναι οι εξής:

- Γραφειοκρατία
- Δύσκαμπτο και πολύπλοκο νομοθετικό πλαίσιο
- Διαφθορά
- Πολιτική σταθερότητα
- Καχυποψία έναντι της ιδιωτικής επιχειρηματικότητας

Όλα τα παραπάνω συντελούν στο να δυσχεραίνουν την απόφαση ίδρυσης της επιχείρησης, όμως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια βελτίωση των δεικτών σχετικά με την γραφειοκρατία, την διαφθορά και την επιχειρηματικότητα.

Οικονομικό περιβάλλον

Η ανάλυση του οικονομικού περιβάλλοντος αποτελεί την κρισιμότερη, πιθανότατα, παράμετρο για οποιαδήποτε επιχείρηση, πολλώ δε μάλλον μιας εταιρίας που στοχεύει να δραστηριοποιηθεί στον τομέα ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι οικονομικές παράμετροι του εξωτερικού περιβάλλοντος που θα πρέπει να εστιάσουμε για την συγκεκριμένη επιχείρηση είναι οι κάτωθι:

- Διαθέσιμο εισόδημα καταναλωτών

Ο συγκεκριμένος δείκτης είναι ο πλέον σημαντικός στην ανάλυσή μας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ 2014), το μέσο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών Κατά 31,8% ή 14.181 ευρώ μειώθηκε τα τελευταία πέντε έτη κατά 14.181 ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί σε 31,8%. Για το τρίτο τρίμηνο του 2013, το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών ανήλθε στα 30.400 ευρώ, ενώ το τρίτο τρίμηνο του 2008 το αντίστοιχο

ποσό διαμορφωνόταν στα 44.581 ευρώ. Το ποσό του τρίτου τριμήνου του 2013 αντιστοιχεί στο ποσό που είχε εγγραφεί το τέταρτο τρίμηνο του 2002, το οποίο ανερχόταν στα 30.280. Για την περίοδο που αφορά από το τρίτο τρίμηνο του 2012 έως το τρίτο τρίμηνο του 2013, το εισόδημα μειώθηκε κατά 8%. Οι λόγοι της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος είναι τρεις: η μείωση των μισθών και η μείωση της απασχόλησης, η μείωση των κοινωνικών παροχών (μεταβιβαστικές πληρωμές) και η αύξηση της φορολογίας.

- Τιμές προμηθευτών

Οι προμήθειες ενός αιμοδυναμικού εργαστηρίου διαχωρίζονται σε προμήθειες παγίου υλικού (εξοπλισμός, μηχανήματα) και αναλώσιμο υλικό. Ως προς τον πάγιο εξοπλισμό, δεν παρατηρείται τάση μεταβολής των τιμών του εξοπλισμού, ενώ μικρές μεταβολές παρατηρούνται στα αναλώσιμα υλικά.

- Ύψος μισθών

Η μισθολογική δαπάνη αποτελεί σημαντικότερη παράμετρο κόστους οποιασδήποτε επιχείρησης, ως εκ τούτου θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν της διοίκησης της εταιρίας. Ο δείκτης μισθών στο σύνολο της οικονομίας έχει παρουσιάσει μείωση κατά 6,2% το τέταρτο τρίμηνο του 2013 σε σχέση με το αντίστοιχο τρίμηνο του 2012, ενώ και το 2012 καταγράφηκε μείωση κατά 2,6% σε σχέση με το 2011.

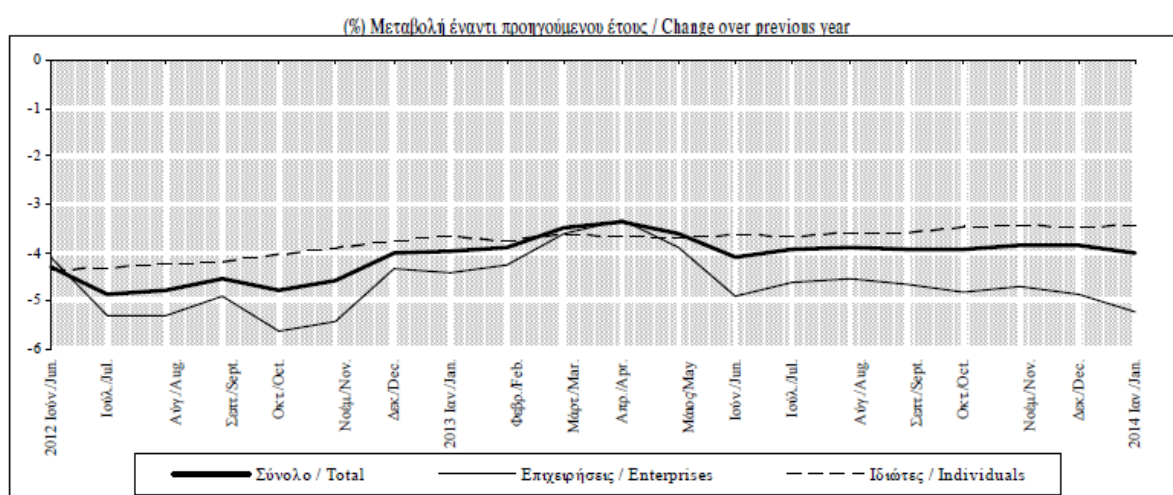
Η εν λόγω μείωση των μισθών αποτελεί, μεν, μια διαπιστωμένη τάση, ωστόσο θα πρέπει να σημειώσουμε ότι δεν παρουσιάζει τα ίδια ποσοστά για όλους τους εργαζομένους της εξεταζόμενης επιχείρησης.

- Ύψος επιτοκίων και διαθεσιμότητα δανειακών κεφαλαίων

Το κόστος δανεισμού αποτελεί μια ακόμη σημαντική παράμετρο κόστους της επιχείρησης, είτε ως πραγματικά καταβαλλόμενο έξοδο, είτε ως κόστος ευκαιρίας. Το ύψος των επιτοκίων δανεισμού επιχειρήσεων έχει παρουσιάσει αύξηση και πλέον για τα επαγγελματικά δάνεια ανέρχεται στο 9% κατά μέσο όρο, ενώ για τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις κυμαίνεται μεταξύ 6,8% και 7,3% κατά μέσο όρο (ΤτΕ, 2014).

Το σημαντικότερο, ωστόσο, πρόβλημα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι Ελληνικές επιχειρήσεις είναι αυτό της έλλειψης ρευστότητας της αγοράς, καθώς μειώνεται συνεχώς ο τραπεζικός δανεισμός, όπως φαίνεται και στο επόμενο γράφημα (σχήμα 8). Αυτό οφείλεται στην δυσκολία που έχουν οι Ελληνικές τράπεζες να αντλήσουν χρήματα από την διατραπεζική αγορά

Αξίζει, βεβαία, να σημειωθεί ότι βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη η ανακεφαλαιοποίηση των Ελληνικών τραπεζών, με ιδιαίτερα επιτυχή εισροής ιδιωτικών κεφαλαίων στις αυξήσεις μετοχικού κεφαλαίου τους. Αυτό αποτελεί εξαιρετικά θετική ένδειξη για αυξημένη ικανότητα των τραπεζών να χρηματοδοτήσουν τον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που με την σειρά του θα οδηγήσει σε αποκλιμάκωση των επιτοκίων δανεισμού. Ακόμη, θα πρέπει να προστεθεί το σημαντικό γεγονός της εξόδου της Ελλάδας στις αγορές, με έκδοση πενταετούς ομολόγου με επιτόκιο 4,95% το οποίο αγοράστηκε από διεθνείς χρηματοοικονομικούς οίκους, γεγονός που αποτελεί ένδειξη ενδυνάμωσης της εμπιστοσύνης στις δυνατότητες της Ελληνικής οικονομίας.



(Σχήμα 8. Ύψος τραπεζικού δανεισμού. Πηγή: ΤτΕ, 2014)

- Στάδιο οικονομικού κύκλου

Η Ελλάδα, από το τέταρτο τρίμηνο του 2007, βρίσκεται σε ύφεση. Κατά το τέταρτο τρίμηνο του 2013 σε σχέση με το αντίστοιχο τρίμηνο του 2012 παρουσιάστηκε μείωση κατά 2,6%, ενώ στο προηγούμενο διάστημα οι αντίστοιχες μειώσεις ήταν 3% για το τρίτο τρίμηνο και 3,7% για το δεύτερο τρίμηνο. Για το σύνολο του 2013, η ύφεση ανήλθε στο 3,7%, ενώ είχε προβλεφθεί στο 4%. Το ΑΕΠ για το 2013 ανήλθε στα 181,1 δις ευρώ, έναντι 193,3 δις ευρώ το 2012 (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014b). Η μείωση του ΑΕΠ κατά 2,6% αποτελεί την μικρότερη του τελευταίου διαστήματος, ως εκ τούτου εκλαμβάνεται ως θετική ένδειξη.

- Δημοσιονομικοί δείκτες

Το έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης για το έτος 2013, όπως υπολογίζεται στα πλαίσια της Διαδικασίας Υπερβολικού Ελλείμματος (ΔΥΕ), ανήλθε στα 23,1 δις. Ευρώ, ποσοστό που

αντιστοιχεί στο 12,7% επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. Επίσης, το ενοποιημένο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης σε ονομαστικές τιμές στο τέλος του 2013 διαμορφώθηκε στα 318,7 δις. ευρώ, ποσοστό 175,1% επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΕΛΣΤΑΤ, 2014b)..

- Υψος πληθωρισμού

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει το φαινόμενο του αποπληθωρισμού, καθώς ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή εμφανίζεται με αρνητικό πρόσημο. Για την περίοδο Απριλίου 2013 – Μαΐου 2014, ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή παρουσίασε μείωση 1,3% έναντι του αντιστίχου διαστήματος 2012 – 2013. Τον Μάρτιο του 2014 ο Δείκτης κατέγραψε μείωση κατά 1,3%, σε σχέση με τον Μάρτιο του 2013 (ΕΛΣΤΑΤ, 2014c). Οι τιμές στις υπηρεσίες υγείας τον Μάρτιο του 2014 κατέγραψαν αύξηση κατά 2,7%, όμως αυτό σημειώθηκε λόγω αύξησης της συμμετοχής των καταναλωτών στις λιανικές τιμές των φαρμάκων, ενώ εμφανίστηκε μείωση στις τιμές των ιατρικών, οδοντιατρικών και παραϊατρικών υπηρεσιών (ΕΛΣΤΑΤ, 2014c).

- Δείκτης ανεργίας

Η ανεργία αποτελεί, για την Ελλάδα, την σημαντικότερη αρνητική επίπτωση της ύφεσης από τις αρχές του 2008 έως και σήμερα. Ο δείκτης ανεργίας, στο τέταρτο τρίμηνο του 2013, ανερχόταν στο 27,5%. Για το εν λόγω διάστημα, η απασχόληση μειώθηκε κατά 1,3% σε σχέση με το τρίτο τρίμηνο του 2013, ενώ ο αριθμός των ανέργων αυξήθηκε κατά 5,2% σε σχέση με το τέταρτο τρίμηνο του 2012. (ΕΛΣΤΑΤ, 2014d). Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1), αποτυπώνεται η ανεργία ανά φύλο και ηλικία.

Ανεργία (%), κατά φύλο και ομάδες ηλικιών

Ηλικία	Δ' τρίμηνο					
	2012			2013		
	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο
Σύνολο	23,3	29,7	26,0	24,4	31,7	27,5
15-24	51,7	65,0	57,8	52,6	62,5	57,0
25-29	38,2	41,0	39,4	41,3	48,7	44,7
30-44	21,6	29,2	25,0	22,8	30,9	26,3
45-64	16,9	19,9	18,1	17,8	21,9	19,5
65+	6,8	5,2	6,3	11,1	7,2	9,9

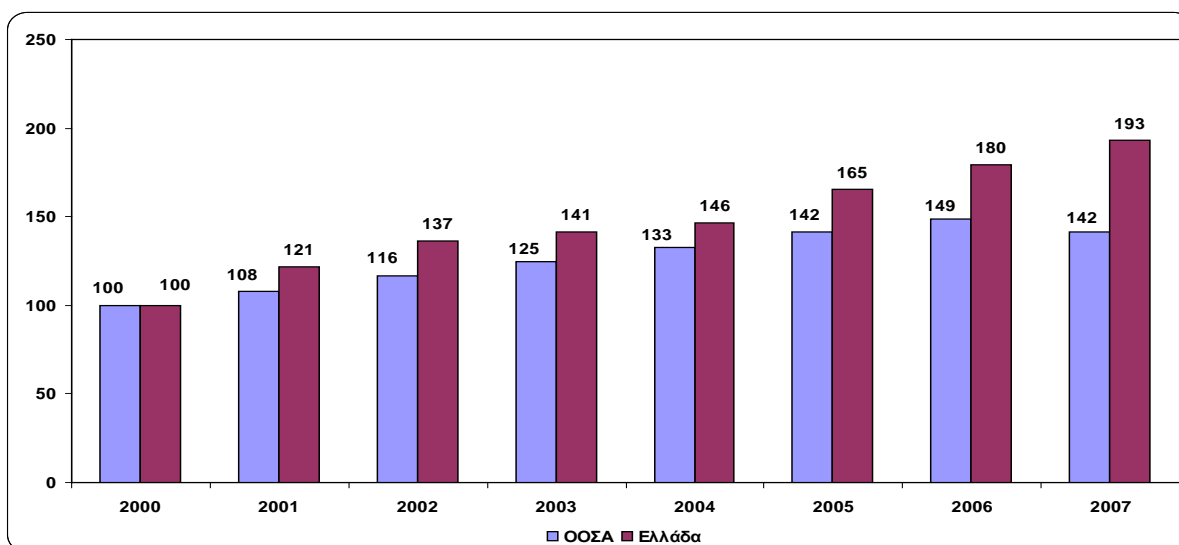
(Πίνακας 1. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014d)

Παρατηρούμε ότι ο δείκτης ανεργίας είναι χαμηλότερος στις ηλικίες 45-64 και άνω των 65, οι οποίες αποτελούν και τον κύριο όγκο των αγοραστών υγείας του αιμοδυναμικού εργαστηρίου.

- Δαπάνες για την Υγεία

Η παράμετρος των δαπανών για την υγεία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους της μελέτης για την χάραξη της στρατηγικής του αιμοδυναμικού εργαστηρίου.

Στο παρακάτω γράφημα (σχήμα 9) αποτυπώνεται η εξέλιξη του δείκτη δαπανών υγείας, από το 2000 έως το 2007. Παρατηρούμε την συνεχή αύξηση των δαπανών, τόσο στον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όσο και στην Ελλάδα. Ομως, η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα υπερβαίνει διαχρονικά τον μέσο όρο δαπάνης του ΟΟΣΑ.



(Σχήμα 9. Εξέλιξη Δείκτη Δαπανών Υγείας, έτος βάσης 2000. Πηγή: IOBE, 2011)

Σύμφωνα με την ανάλυση της ΕΛΣΤΑΤ (2011), στην Ελλάδα η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ως προς το ΑΕΠ διαμορφώθηκε στο 9% για το 2011, ενώ το 2010 και 2009 ανήλθαν στο 9,4% και 10% αντιστοίχως.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2) αποτυπώνεται το ύψος της δαπάνης υγείας, για τα έτη 2009, 2010 και 2011, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Όπως παρατηρούμε, οι δαπάνες για την υγεία από το δημόσιο καταγράφει μείωση κατά 12,4%, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες καταγράφουν μείωση κατά 4,4%.

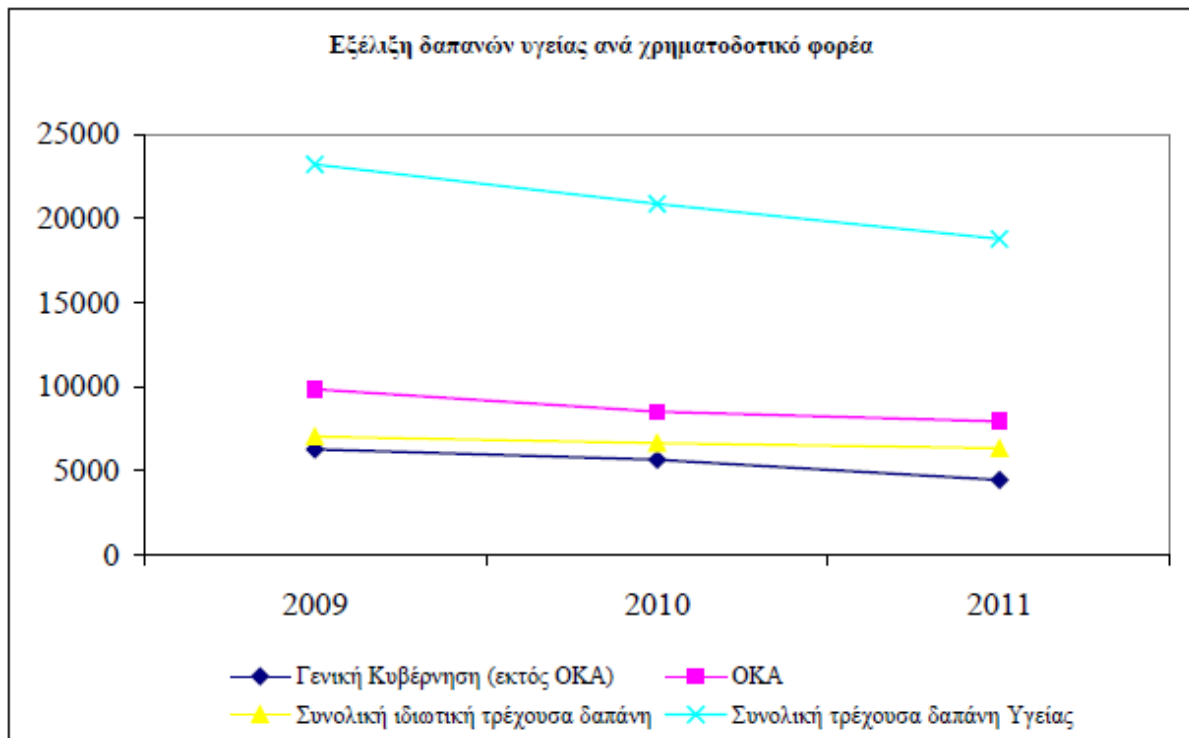
Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας

Σε εκατ. Ευρώ

	2009	2010	2011	Ποσοστιαία μεταβολή 2010/2009	Ποσοστιαία μεταβολή 2011/2010
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6278,4	5644,6	4456,1	-10,1%	-21,1%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9835,5	8498,9	7928,7	-13,6%	-6,7%
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)	16113,9	14143,5	12384,8	-12,2%	-12,4%
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)	7027,1	6632,6	6342,9	-5,6%	-4,4%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	23,7%	-0,4%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6593,3	6096	5808,7	-7,5%	-4,7%
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	73,3	52,4	39,4%	-28,5%
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)	23193,6	20849,4	18780,1	-10,1%	-9,9%

(Πίνακας 2. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2013b)

Αυτό αποτυπώνεται και στο παρακάτω γράφημα (σχήμα 10):



(Σχήμα 10. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2013b)

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3), παρατηρούμε ότι η η συνολική ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης, το 2009 ανερχόταν στο 30,3%, ενώ το 2011 έφτασε το 33,8%, δηλαδή παρουσίασε αύξηση κατά 11,5%, με την μεγαλύτερη συμμετοχή να κατέχουν οι ιδιωτικές πληρωμές υγείας (από 28,4% το 2009 στο 30,9% το 2011).

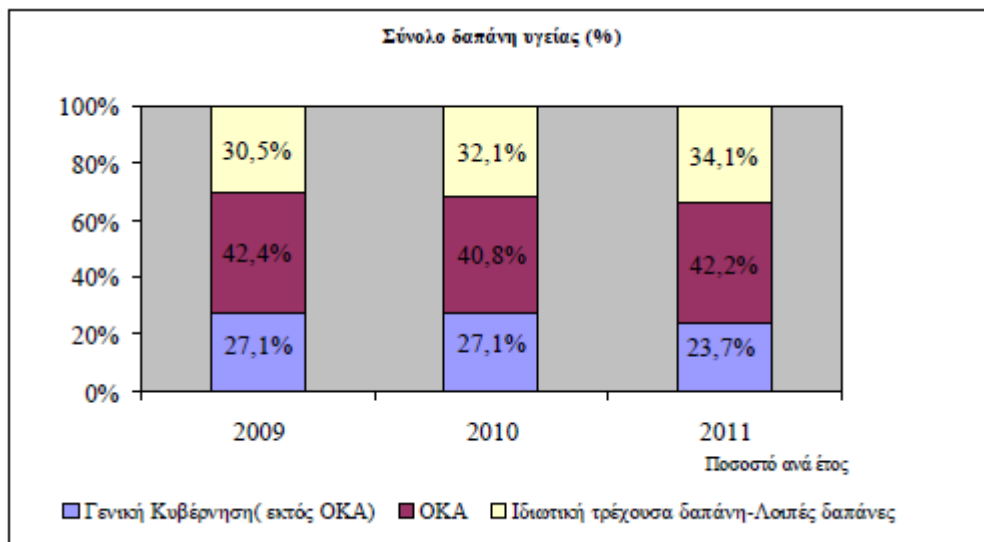
Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα

Σε εκατ. Ευρώ

	2009	2010	2011
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6278,4	5644,6	4456,1
(% επί της συνολικής δαπάνης)	27,1%	27,1%	23,7%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9835,5	8498,9	7928,7
(% επί της συνολικής δαπάνης)	42,4%	40,8%	42,2%
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)	16113,9	14143,5	12384,8
(% επί της συνολικής δαπάνης)	69,5%	67,8%	65,9%
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)	7027,1	6632,6	6342,9
(% επί της συνολικής δαπάνης)	30,3%	31,8%	33,8%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2
(% επί της συνολικής δαπάνης)	1,9%	2,6%	2,8%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6593,3	6096,0	5808,7
(% επί της συνολικής δαπάνης)	28,4%	29,2%	30,9%
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	73,3	52,4
(% επί της συνολικής δαπάνης)	0,2%	0,4%	0,3%
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)	23193,6	20849,4	18780,1

(Πίνακας 3. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2013b)

Εαν σε αυτά τα ποσοστά προστεθούν και οι λοιπές δαπάνες υγείας που δεν χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, τότε το ποσοστό της ιδιωτικής τρέχουσας δαπάνης ανέρχεται για το 2011 στο 34,1%, όπως φαίνεται και στο επόμενο γράφημα (σχήμα 11).



(Σχήμα 11. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2013b)

Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 4) καταγράφεται το σε ποιούς κατευθύνθηκε η δαπάνη υπηρεσιών υγείας. Όπως βλέπουμε, ενώ η γενικότερη τάση είναι αυτή της μείωσης της

δαπάνης, οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης προς όλους τους φορείς (νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακή φροντίδα, έμποροι λιανικής, κτλ) είναι αυξημένη, όπως επίσης και η δαπάνη των ιδιωτών για νοσοκομεία και δομές νοσηλευτικής φροντίδας.

Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας

Σε εκατ. ευρώ

	2009	2010	2011	Ποσοστιαία μεταβολή 2010/2009	Ποσοστιαία μεταβολή 2011/2010
1. Τρέχουσα δαπάνη υγείας (2+3+4)	23193,6	20849,4	18780,1	-10,1%	-9,9%
2. Τρέχουσα δημόσια δαπάνη (2^A+2B)	16113,9	14143,5	12384,8	-12,2%	-12,4%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	7894,8	6922,5	5862,5	-12,3%	-15,3%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	2178,0	1932,7	1795,8	-11,3%	-7,1%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	6041,1	5288,3	4726,5	-12,5%	-10,6%
2A. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6278,4	5644,7	4456,2	-10,1%	-21,1%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	5509,5	4911,8	3870,1	-10,8%	-21,2%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	594,7	585,6	440,7	-1,5%	-24,7%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	174,2	147,3	145,4	-15,4%	-1,3%
2B. ΟΚΑ (HF.1.2)	9835,5	8498,8	7928,6	-13,6%	-6,7%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	2385,3	2010,7	1992,4	-15,7%	-0,9%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1583,3	1347,1	1355,1	-14,9%	0,6%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	5866,9	5141,0	4581,1	-12,4%	-10,9%
3. Ιδιωτικός τομέας(3A+3B)	7027,1	6632,7	6342,9	-5,6%	-4,4%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	1477,1	1597,1	1696,4	8,1%	6,2%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	3968,6	3392,3	3001,8	-14,5%	-11,5%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	1581,4	1643,3	1644,7	3,9%	0,1%
3A. Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.2)	433,8	536,6	534,2	23,7%	-0,4%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	310,7	380,3	379,6	22,4%	-0,2%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	43,0	55,4	53,3	28,8%	-3,8%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	80,1	100,9	101,3	26,0%	0,4%
3B. Πληρωμές ιδιωτών (HF.2.3)	6593,3	6096,1	5808,7	-7,5%	-4,7%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	1166,4	1216,8	1316,8	4,3%	8,2%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	3925,6	3336,9	2948,5	-15,0%	-11,6%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	1501,3	1542,4	1543,4	2,7%	0,1%
4. Λοιπές δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3)	52,6	73,2	52,4	39,2%	-28,4%

(Πίνακας 4. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2013b)

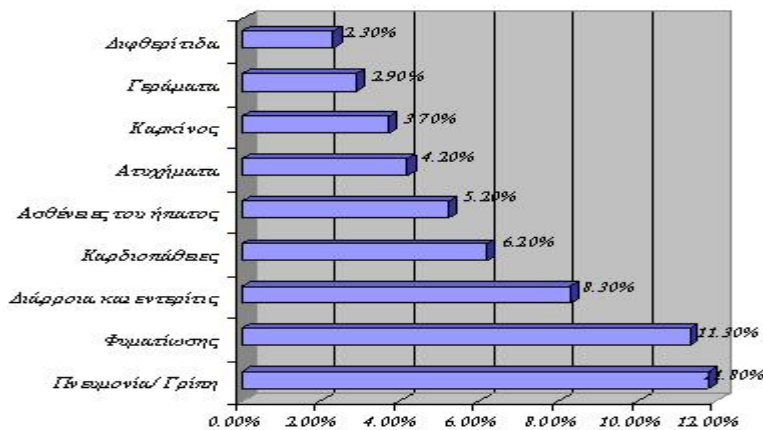
Κοινωνικό περιβάλλον

Η ανάλυση του κοινωνικού περιβάλλοντος έχει ιδιαίτερη βαρύτητα για τις στρατηγικές επιλογές του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Οι παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος που πρέπει να λάβει υπ' όψιν της η διοίκηση είναι οι εξής:

- Η υγειονομική κατάσταση του πληθυσμού
- Η ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού
- Οι δείκτες εμφάνισης ασθενειών που συνδέονται με το εργαστήριο
- Οι τάσεις μεταβολής του πληθυσμού
- Η εξοικείωση του πληθυσμού με την παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα
- Η εργασιακή κουλτούρα των εργαζομένων
- Η εκπαίδευση του στελεχιακού δυναμικού

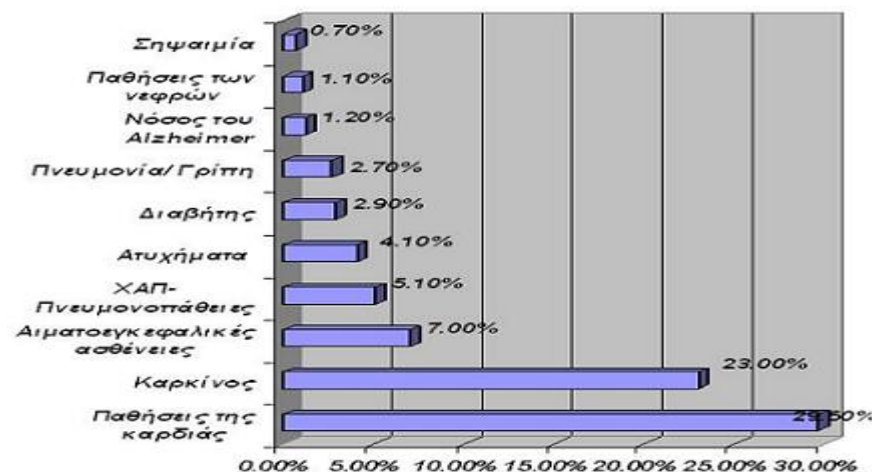
Ιδιαίτερη αναφορά στις παραμέτρους του κοινωνικού περιβάλλοντος, σε σχέση με το αιμοδυναμικό εργαστήριο, πρέπει να δοθεί στην εξάπλωση των παθήσεων της καρδιάς στο σύνολο του δυτικού κόσμου, αλλά και στην Ελλάδα. Όπως παρατηρούμε στα επόμενα γραφήματα (σχήμα 12 και 13), ενώ οι καρδιοπάθειες αποτελούσαν το 1900 το 6,2% των αιτιών θανάτου, το 2000 το ποσοστό ανήλθε στο 29,5% για τον πληθυσμό των ΗΠΑ.

Οι 10 κυριότερες αιτίες θανάτου, 1900



(Σχήμα 12. Πηγή: Public Health - Bernard J. Turnock - Leading causes of death as a percentage of all deaths in the USA. Source: Department of Health and Human services, όπως αναφέρεται στο Daly, H. Ας μιλήσουμε για το ασφαλιστικό, http://www.medinfo.gr/?cat_id=511)

Οι 10 κυριότερες αιτίες θανάτου 2000

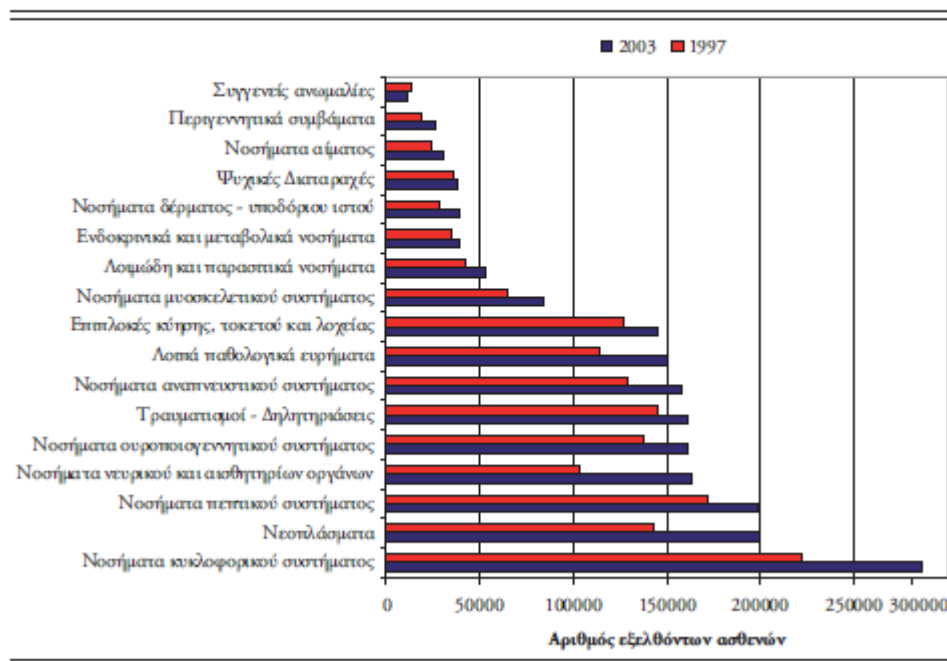


(Σχήμα 13. Πηγή: Public Health - Bernard J. Turnock - Leading causes of death as a percentage of all deaths in the USA. Source: Department of Health and Human services, όπως αναφέρεται στο Daly, H. Ας μιλήσουμε για το ασφαλιστικό, http://www.medinfo.gr/?cat_id=511)

Σύμφωνα με τον Πρόεδρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Διαβήτη, Παραγόντων Κινδύνου & Καρδιάς (Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ.), Συντονιστή Διευθυντή της Καρδιολογικής Κλινικής του «Τζανείου» Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά και Επίκουρο Καθηγητή Καρδιολογίας κ. Στέφανο Φούσα και τον Αντιπρόεδρο του Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ., Πρόεδρο της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (Ε.Δ.Ε.), Συντονιστή Διευθυντή της Α' Παθολογικής Κλινικής και του Διαβητολογικού Κέντρου του «Τζανείου» Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά κ. Ανδρέα Μελιδώνη, « κύρια αιτία θανάτου αποδεικνύεται το έμφραγμα καθώς ευθύνεται για περισσότερους από 17 εκατομμύρια θανάτους σε ολόκληρο τον κόσμο. Από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο αριθμός αυτός, ο οποίος αποτελεί πάνω από το 30% της παγκόσμιας θνησιμότητας, έως το 2025 αναμένεται να ανέλθει στα 25 εκατομμύρια» (πηγή: <http://www.iatrikostypos.com/epistimi/to-εμφραγμα-κύρια-αιτία-θανάτου-παγκοσμίως>).

Αντίστοιχη εικόνα υπάρχει και στην Ελλάδα, καθώς τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος αποτελούν την κυριότερη αιτία νοσηλείας του Ελληνικού πληθυσμού, όπως φαίνεται στο ακόλουθο γράφημα (σχήμα 14).

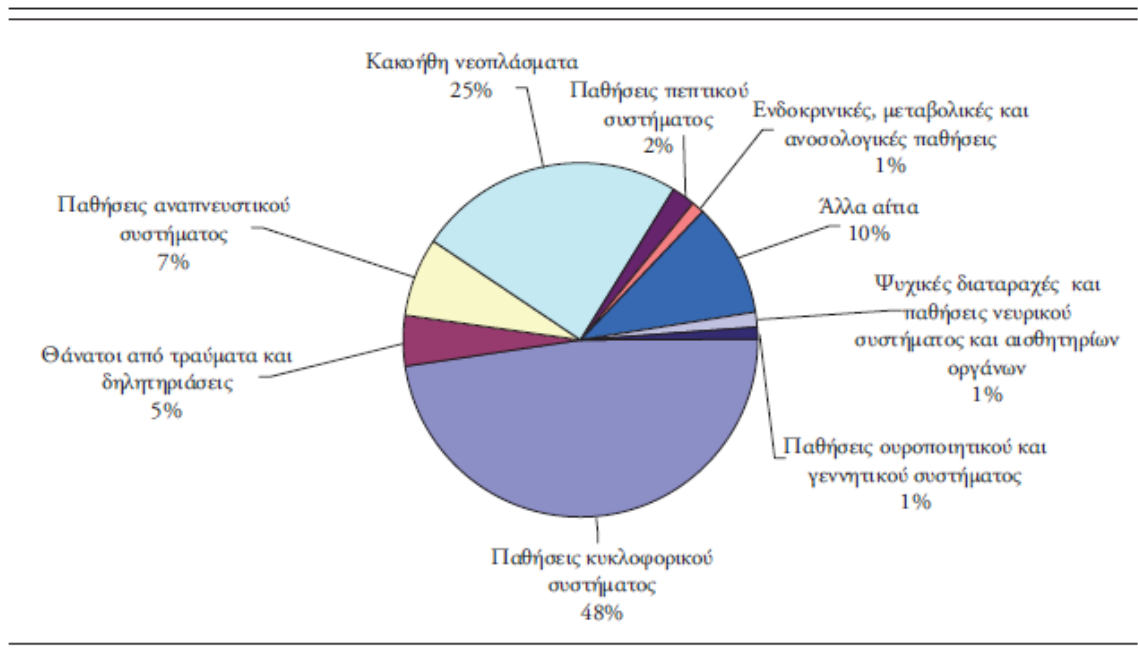
Αριθμός εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (1997, 2003).



(Σχήμα 14. Πηγή: Υπ. Υγείας 2008)

Επίσης, η κυριότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, με ποσοστό 48% για το έτος 2004 (σχήμα 15).

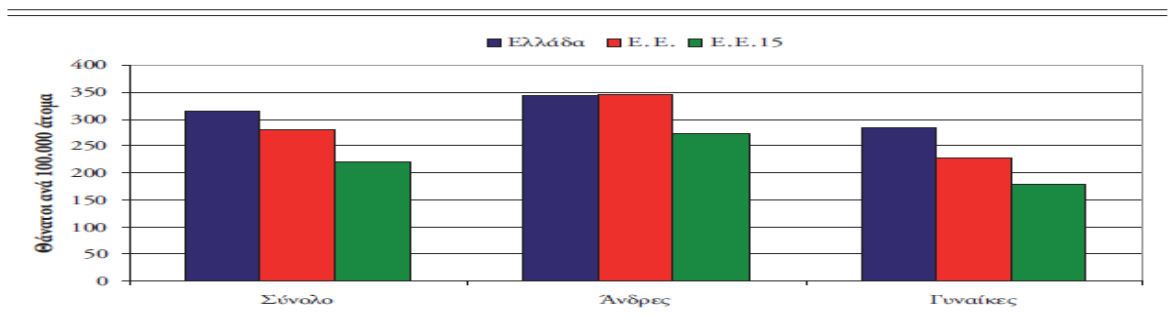
Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004).



(Σχήμα 15. Πηγή: Υπ. Υγείας 2008)

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι ο ρυθμός μείωσης της θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού είναι χαμηλότερος στην Ελλάδα, αν συγκριθεί με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Την τελευταία εικοσαετία, η μείωση στην Ελλάδα είναι της τάξης του 10,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ε.Ε. είναι 35,7% (σχήμα 16). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η σημερινή θνησιμότητα της Ελλάδας να υπερβαίνει αυτή της Ε.Ε. (313,97 έναντι 279,44 ανά 100.000).

Προτυπωμένη θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, συνολικά και κατά φύλο, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (2004).



(Σχήμα 16. Πηγή: Υπ. Υγείας 2008).

Τα παραπάνω στοιχεία οδηγούν στο συμπέρασμα της αναγκαιότητας ενίσχυσης του κλάδου των αιμοδυναμικών εργαστηρίων, με αύξηση του αριθμού τους. Όπως θα αναλύσουμε στην συνέχεια, η αύξηση αυτή δεν μπορεί να προέλθει αποκλειστικά από τον δημόσιο τομέα, όχι μόνο εξ' αιτίας των προαναφερομένων δημοσιονομικών περικοπών της δαπάνης, αλλά κυρίως για λόγους αύξησης της αποτελεσματικότητας και μεγιστοποίηση της έγκαιρης αντιμετώπισης των περιστατικών.

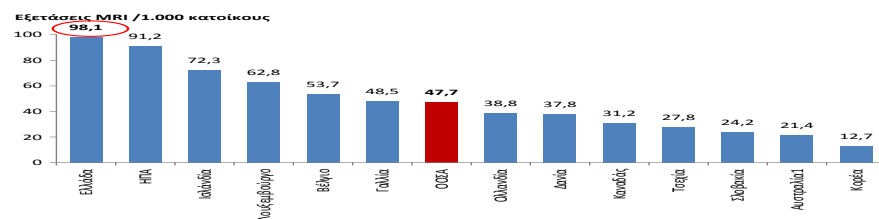
Τεχνολογικό περιβάλλον

Η παράμετρος της τεχνολογίας είναι κορυφαίας σημασίας στον σχεδιασμό των στρατηγικών επιλογών του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Αν και θα εξετάσουμε διεξοδικά την συγκεκριμένη παράμετρο κατά την ανάλυση SWOT, συνοπτικά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η ίδια η λειτουργία του αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι ταυτισμένη με το τεχνολογικό επίπεδο, όχι μόνο διότι συνδέεται άμεσα με τον εξοπλισμό του εργαστηρίου, αλλά διότι η συλλογή και επεξεργασία των πληροφοριών, είτε αυτές αφορούν στον ασθενή, είτε αφορούν στο ίδιο το εργαστήριο, είναι ένα από τα κρισιμότερα σημεία της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

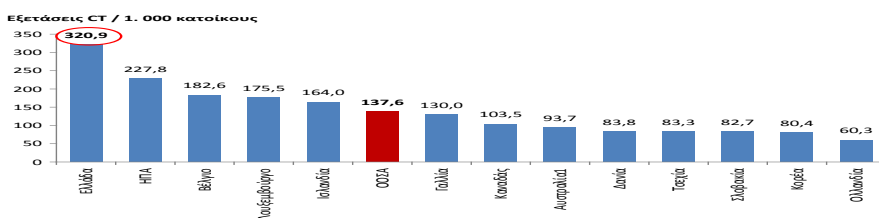
Το τεχνολογικό περιβάλλον έχει επιδράσει σε μεγάλο βαθμό στην υπάρχουσα οικονομική κατάσταση του συστήματος, διότι η άνοδος του τεχνολογικού επιπέδου συνετέλεσε στο να καταγράφεται αύξηση των δαπανών του συστήματος, όχι μόνο λόγω του δικαιολογημένου αυξημένου κόστους της ποιοτικότερης αντιμετώπισης των περιστατικών, αλλά και λόγω της υπερ-χρήσης των σύγχρονων μεθόδων, χωρίς πάντα να επιδρά στην βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Δεδομένου όμως του συνολικού κόστους των σύγχρονων αυτών μεθόδων (κόστος λειτουργίας, κόστος συντήρησης, κόστος αναλωσίμων, κόστος ανθρώπινου δυναμικού, ρυθμός απαξίωσης εξοπλισμού), η υπερβολική χρήση τους επιδρά βλαπτικά για το συνολικό σύστημα, καθώς στερεί πολύτιμους πόρους από αυτό, οι οποίοι θα μπορούσαν να έχουν χρησιμοποιηθεί με επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων.

Ενδεικτικό είναι το ακόλουθο γράφημα (σχήμα 17), στο οποίο η δαπάνη για μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες στην Ελλάδα είναι η μεγαλύτερη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (στοιχεία ΟΟΣΑ 2010)

Αριθμός εξετάσεων MRI ανά 1.000 κατοίκους, 2008



Αριθμός εξετάσεων CT ανά 1.000 κατοίκους, 2008



1. Τα στοιχεία περιλαμβάνουν μόνο εξωνοσοκομειακές εξετάσεις και εξετάσεις στο ιδιωτικό νοσοκομείο (δεν περιλαμβάνουν εξετάσεις σε δημόσια νοσοκομεία)

(Σχήμα 17. πηγή: IOBE, 2011).

Στην επόμενη ενότητα θα αναλύσουμε το εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, εξετάζοντας την στρατηγική που πρέπει να ακολουθήσει, βάσει των αποτελεσμάτων της SWOT ανάλυσης.

3.3 SWOT ανάλυση ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου

Στην ανάλυση SWOT εξετάζονται τα πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες της επιχείρησης σε σχέση με τον ανταγωνισμό, καθώς και οι ευκαιρίες που δίδονται στην επιχείρηση προκειμένου να επεκτείνει την δραστηριότητά της, ενώ αναλύονται και τα πιθανά σημεία απειλών που μπορεί να προκύψουν, τα οποία οφείλει να γνωρίζει η διοίκηση προκειμένου να ανταπεξέλθει σε αυτά.

Τα αιμοδυναμικά εργαστήρια στον Ελλαδικό χώρο είναι, ως επί το πλείστον, συνδεδεμένα με νοσοκομειακές δομές, δηλαδή αποτελούν μέρος των νοσοκομείων, κρατικών και ιδιωτικών. Όπως προαναφέρθηκε, τα νοσήματα του κυκλοφορικού αποτελούν σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών της τριτοβάθμιας υγείας, ως εκ τούτου οι μέχρι σήμερα υποδομές αποδεικνύονται υπερφορτωμένες σε όγκο προσέλευσης ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μη-έγκαιρη αντιμετώπιση των περιστατικών που χρήζουν άμεσης προσέλευσης στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Όπως αναφέρουν οι Φούσας και Μελιδώνης «έχει παρατηρηθεί ότι 1 στους 5 εμφραγματίες δεν προλαβαίνει να φτάσει εν ζωή στο νοσοκομείο γιατί καθυστερεί αδικαιολόγητα να ειδοποιηθεί το Ε.Κ.Α.Β.».

(πηγή: <http://www.iatrikostypos.com/epistimi/to-εμφραγμα-κύρια-αιτία-θανάτου-παγκοσμίως>). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος αγγειοπλαστικής στο Νομό

Αττικής, «κάθε χρόνο στην περιοχή εμφανίζονται 3.000 με 4.000 εμφράγματα, με ένα ποσοστό περί το 30% να διακομίζεται έγκαιρα προκειμένου να υποβληθεί σε πρωτογενή αγγειοπλαστική. Εάν οι ασθενείς δεν υποβληθούν σε επαναιμάτωση (αγγειοπλαστική ή θρομβόλυση), τότε το ποσοστό της νοσοκομειακής θνητότητας υπερβαίνει το 15%. Σε γυναίκες ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, μάλιστα, η θνητότητα μπορεί να ανέλθει και στο 32%, εάν δεν υποβληθούν σε επαναιμάτωση» (πηγή: <http://www.iatrikostypos.com/epistimi/to-εμφραγμα-κύρια-αιτία-θανάτου-παγκοσμίως>). Ως στόχος του προγράμματος έχει τεθεί «το 60-70% των εμφραγμάτων να υποβάλλονται έγκαιρα σε αγγειοπλαστική, ούτως ώστε να μειωθεί το ποσοστό θνητότητας σε 5-6%, ενώ και οι πρωτογενείς αγγειοπλαστικές στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου να ανέλθουν στο 70%» (πηγή: <http://www.iatrikostypos.com/epistimi/to-εμφραγμα-κύρια-αιτία-θανάτου-παγκοσμίως>).

Λόγω του ότι ο παράγοντας του χρόνου διακομιδής είναι καθοριστικότερης και κυριολεκτικά ζωτικής σημασίας για τον ασθενή και δεδομένου του ότι οι νοσοκομειακές υποδομές είναι περιορισμένης δυναμικότητας, η ύπαρξη ενός ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου αποτελεί μια σημαντική λύση. Ως εκ τούτου, το πεδίο των ευκαιριών (Opportunities) της SWOT ανάλυσης κρίνεται θετικότερο για την ίδρυση του εργαστηρίου. Αυτό ενισχύεται ακόμη περισσότερο από τα προναφερόμενα μεγέθη για την συνολική δαπάνη του δημόσιου τομέα για την υγεία. Όπως είδαμε, ο περιορισμός της δημόσιας δαπάνης είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού της ιδιωτικής δαπάνης, καθώς και της αγοράς ασφαλιστικής κάλυψης από τον ιδιωτικό τομέα. Η τάση αυτή αναμένεται να ενισχυθεί, καθώς, αφ' ενός ο εξορθολογισμός των δημοσίων δαπανών θα συνεχιστεί και αφ' ετέρου οι πολίτες θα συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο ότι η παροχή δημόσιας υγείας όχι μόνο δεν είναι δωρεάν, αλλά αντιθέτως έχει σημαντικό κόστος, το οποίο θα κληθούν να καταβάλλουν οι ίδιοι, όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο.

Ως απειλή (Threats) για το αιμοδυναμικό εργαστήριο είναι η συνέχιση της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονίσουμε ότι η μείωση της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης από το 2009 έως το 2011 ήταν 7,9%, ενώ η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος για την αντίστοιχη περίοδο ανήλθε στο 15,7% (European Commission, 2012). Αυτό μας δίδει μια εισοδηματική ελαστικότητα του αγαθού «υγεία» στο 0,50, άρα αποδεικνύεται ότι η υγεία είναι ανελαστικό, ως προς το εισόδημα, αγαθό. Ο τύπος της εισοδηματικής ελαστικότητας είναι το κλάσμα της επί τοις εκατό μεταβολή της ποσότητας προς την επί τοις εκατό μεταβολή του εισοδήματος (Begg et al, 2006, Samuelson

& Nordhaus, 2000). Με δεδομένο το ότι οι τιμές των υπηρεσιών υγείας δεν παρουσίασαν αύξηση για το εν λόγω διάστημα, επιβεβαιώνεται ότι η υγεία αποτελεί ανελαστικό αγαθό (Mankiw & Taylor, 2010). Αυτό το στοιχείο περιορίζει την αρνητική επίδραση της μείωσης του εισοδήματος ως παράγοντα κινδύνου του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Μια πρόσθετη απειλή για το αιμοδυναμικό εργαστήριο είναι η συνέχιση της μείωσης της ρευστότητας του τραπεζικού συστήματος, γεγονός που θα καταστήσει δυσχερέστερη και ακριβότερη την εύρεση δανειακών κεφαλαίων.

Ως «δυνατά σημεία» (Strengths) του αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του και το εύρος αυτών των υπηρεσιών. Τα απαραίτητα στοιχεία της ποιότητας και της διασφάλισής της θα αναλυθούν στην συνέχεια, όμως οφείλουμε από τώρα να σημειώσουμε ότι οι επιχειρήσεις του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας, και μάλιστα ζωτικών υπηρεσιών όπως οι επεμβατικές πράξεις, ως κύριο σημείο της λειτουργίας τους οφείλουν να εξασφαλίζουν την ποιοτική τους λειτουργία, πάντα σε συνάφεια με το κόστος τους. Ένα ακόμη επιπρόσθετο δυνατό σημείο του πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι η ενίσχυση της τάσης των πολιτών για εξυπηρέτησή τους από τον ιδιωτικό τομέα παροχής υγείας, τόσο λόγω των αδυναμιών του δημόσιου μηχανισμού, όσο και λόγω της εμπέδωσης της σημασίας των διαγνωστικών εξετάσεων για την υγεία τους.

Ως «αδύναμα σημεία» (Weaknesses) του αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι των ανταγωνιστών της επιχείρησης αποτελούν όχι τα λοιπά ιδιωτικά αιμοδυναμικά εργαστήρια, όσο τα ιδιωτικά νοσοκομεία που έχουν εντάξει αιμοδυναμικά εργαστήρια στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Δεδομένης, όμως, της εξοικείωσης των πολιτών με τις παρεχόμενες από το εργαστήριο υπηρεσίες, η εν λόγω αδυναμία μπορεί να ξεπεραστεί, όμως θα χρειαστεί μεγάλη ενίσχυση της πληροφόρησης των πολιτών για το διαγνωστικό, αλλά και επεμβατικό, στοιχείο των εργαστηρίων.

3.4 Σκοπιμότητα και προοπτικές ίδρυσης ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου

Όπως είδαμε, η σκοπιμότητα της ύπαρξης ενός ιδιωτικού πρότυπου αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι απολύτως αναγκαία, καθώς προκύπτουν δύο κρίσιμοι παράγοντες, αλληλοσυνδεδεμένοι δυναμικά μεταξύ τους. Ο πρώτος παράγοντας συνίσταται στον μεγάλο αριθμό πολιτών που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης περιστατικού και ο δεύτερος παράγοντας συνίσταται στην ταχύτητα του χρόνου αντιμετώπισης. Αυτοί οι δύο παράγοντες αλληλοσυνδέονται, καθώς, όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των πολιτών, τόσο μεγαλύτερη η

χρονική καθυστέρηση. Η αναγκαιότητα του αιμοδυναμικού εργαστηρίου γίνεται εμφανέστερη με τα στοιχεία που αφορούν στις μεθόδους αντιμετώπισης του οξέου εμφράγματος. Η μέθοδος διάνοιξης της φραγμένης αρτηρίας με χορήγηση θρομβολυτικών φαρμάκων ήταν, μέχρι πρόσφατα, η πλέον διαδεδομένη μέθοδος. Ωστόσο, η διάνοιξη της αρτηρίας με επεμβατικό τρόπο διαδίδεται όλο και περισσότερο. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει δημιουργηθεί η πρωτοβουλία Stent for Life, η οποία αποτελεί μια «Ευρωπαϊκή πλατφόρμα συνεργασίας επεμβατικών και μη επεμβατικών καρδιολόγων, εκπροσώπων κυβερνήσεων, συνεργατών από τη βιομηχανία και συλλόγων ασθενών με σκοπό τη δημιουργία δικτύων αντιμετώπισης της πλειοψηφίας των ασθενών με STEMI, καταγράφοντας συγχρόνως τα εμπόδια στην εφαρμογή ενός προγράμματος πρωτογενούς αγγειοπλαστικής» (http://www.hcs.gr/content/articles/STENT_FOR_LIFE). Η έρευνα των Kanalakis et al. (2012) κατέγραψε ότι το ποσοστό των εμφραγμάτων που αντιμετωπίζονται με πρωτογενή αγγειοπλαστική, πανελλαδικά ανήλθε στο 32% από 9%, ενώ στην περιοχή της Αττικής το ποσοστό ανήλθε στο 60%.

Η σημασία του αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι καταλυτική και ως προς τα στατιστικά μεγέθη βιωσιμότητας. Σύμφωνα με τον επεμβατικό καρδιολόγο κ. Νινιό, «ένα 50% των ασθενών με οξύ έμφραγμα δυστυχώς δε φτάνουν ποτέ στο νοσοκομείο, διότι πεθαίνουν αιφνιδίως από κακοήθεις αρρυθμίες τη στιγμή του εμφράγματος. Από τους υπόλοιπους ασθενείς, ένα 20-30% φτάνει καθυστερημένα, όταν πλέον η οποιαδήποτε μορφή θεραπείας διανοίξεως του αγγείου (επαναγγείωση) δεν έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού ο χρόνος μέσα στον οποίο είναι απαραίτητη η χορήγηση τέτοιας θεραπείας είναι το πολύ 12 ώρες» (http://www.klinikiagiosloukas.gr/articles_det.asp?article_id=206). Κατά τον ίδιο γιατρό, «οι συγκριτικές μελέτες έχουν δείξει ότι, ενώ η πιθανότητα θανάτου μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με τη χρήση της θρομβόλυσης είναι περίπου 10-12%, η πιθανότητα θανάτου με τη χρήση της αγγειοπλαστικής πέφτει στο 4% περίπου». Όπως τονίζει ο καθηγητής καρδιολογίας κ. Παρχαρίδης «ο εμφραγματίας πρέπει να φτάσει στο νοσοκομείο εγκαίρως, εντός των πρώτων δύο ωρών από τη στιγμή του εμφράγματος. Εάν υπάρχει αιμοδυναμικό εργαστήριο, μπορεί να γίνει πρωτογενής αγγειοπλαστική, η οποία αποτελεί σήμερα τη θεραπεία εκλογής του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Μάλιστα, ελαττώνει τη βραχυπρόθεσμη θνητότητα (χρόνος μικρότερος των 6 εβδομάδων) κατά 34% και τη μακροπρόθεσμη θνητότητα (χρόνος μεγαλύτερος από έναν χρόνο) κατά 24%. Τα ποσοστά επαναιμάτωσης με πρωτογενή αγγειοπλαστική είναι πολύ μεγάλα σε ορισμένες χώρες,

αγγίζοντας το 50%-80%, ενώ η Ελλάδα μέχρι το 2009 εμφάνιζε ποσοστό μόλις 9%, το οποίο σήμερα φτάνει στο 20%» (<http://www.makthes.gr/news/reportage/82087/>).

Οι διατυπωμένες ανάγκες της χώρας σε αιμοδυναμικά εργαστήρια σε σχέση με τον ήδη υπάρχοντα αριθμό εργαστηρίων συνάδουν με το συμπέρασμα της αναγκαιότητας δημιουργίας του πρότυπου εργαστηρίου. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, στο σύνολο της χώρας, λειτουργούν 39 αιμοδυναμικά εργαστήρια, εκ των οποίων τα 30 ανήκουν στο δημόσιο τομέα, με την εξής κατανομή:

	Αριθμός εργαστηρίων	Καρδιολόγοι αιμοδυναμικού	Στεφανιογραφίες	Αγγειοπλαστικές	Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη
1η ΥΠΕ Αττικής	14	90	18060	6671	937
2η ΥΠΕ Αττικής (Δυτ. Αττικής, Πειραιάς και Χίος)	7	31	6678	2697	1345
3η ΥΠΕ (συν ΑΧΕΠΑ, της 4ης ΥΠΕ)	3	21	3853	1731	419
4η ΥΠΕ (πλην ΑΧΕΠΑ)	1	3	954	429	150
5η ΥΠΕ	1	4	695	118	140
6η ΥΠΕ	3	18	4673	1677	123
7η ΥΠΕ	1	6	2663	811	0
ΣΥΝΟΛΟ	30	173	37576	14134	3114

(Πίνακας 5. Γεωγραφική κατανομή δημόσιων αιμοδυναμικών εργαστηρίων. Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2011)

Σύμφωνα με την μελέτη του Υπουργείου Υγείας για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων, αντιστοιχούν 2,65 δημόσια αιμοδυναμικά ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Ομως, υπάρχει παρατηρείται γεωγραφική ανισοκατανομή, καθώς, για παράδειγμα όλη η Βόρεια Ελλάδα έχει μόνο 4 αιμοδυναμικά εργαστήρια, στην περιφέρεια Ηπείρου Λευκάδας και Κέρκυρας αναλογούν 3,9 αιμοδυναμικά /εκατ. πληθυσμού και στην Αττική αντιστοιχούν 4,9 / εκατ. Πληθυσμού. Βεβαίως, θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι στην Αττική υπάρχει μεγάλη ροή ασθενών από άλλες περιφέρειες, με αποτέλεσμα η αναλογία να μειώνεται σημαντικά. Επίσης, και πάλι λόγω της ροής ασθενών από άλλες περιφέρειες, σε ορισμένες περιοχές καταγράφεται μεγαλύτερη δραστηριότητα όπως αυτή καταμετράται στον αριθμό αγγειοπλαστικών, στεφανογραφιών, επεμβάσεων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης).

Ως εκ τούτου, βλέπουμε ότι η υπάρχουσα υποδομή σε αιμοδυναμικά εργαστήρια είναι μικρότερη τόσο της υπάρχουσας ζήτησης, όσο και της μελλοντικής τάσης, βάσει των δεδομένων της εξέλιξης του πληθυσμού.

Αν στα παραπάνω προσθέσουμε και το διαγνωστικό μέρος των υπηρεσιών που προσφέρει το αιμοδυναμικό εργαστήριο, η ύπαρξη μιας πρότυπης μονάδας αναδεικνύεται ως πολύτιμη για όλο το σύστημα υγείας της περιοχής στην οποία βρίσκεται το εργαστήριο. Ως εκ τούτου, οι προοπτικές ίδρυσής του είναι ιδιαίτερος θετικές, ειδικά στην τρέχουσα περίοδο, όπου η αντιμετώπιση των αναγκών –επεμβατικών και διαγνωστικών– από τους δημόσιους παρόχους είναι δυσχερής.

4. Δομή και Οργάνωση Ιδιωτικού Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου

4.1 Εταιρική αποστολή και όραμα

Η εταιρική αποστολή, όπως είδαμε, αποτελεί τον βασικό άξονα ύπαρξης και λειτουργίας της οποιασδήποτε εταιρίας. Η διατύπωση της εταιρικής αποστολής και του εταιρικού οράματος κατευθύνει την επιχείρηση ούτως ώστε να διατυπώσει στόχους, να θέσει προτεραιότητες και να ορίσει αντικειμενικά κριτήρια, ούτως ώστε στην συνέχεια να λάβει συγκεκριμένες αποφάσεις για λειτουργικά ζητήματα, καθώς και να επιλέξει την κατάλληλη στρατηγική υτης δραστηριοποίησής της στην αγορά. Η ακολουθία αυτή, από την στρατηγική πρόθεση έως και την λήψη των τελικών αποφάσεων, αποτυπώνεται στο παρακάτω γράφημα (σχήμα 18):



(Σχήμα 18. Πηγή: Macmillan & Tampoe, 2000, σελ. 71)

Στην περίπτωση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, η διατύπωση του εταιρικού οράματος και της αποστολής της επιχείρησης οφείλει να αντανakλά τις αξίες, την φιλοσοφία και την κουλτούρα που διέπουν την επιχείρηση, ως προς δύο κύριους πυλώνες (Hannagan, 2002):

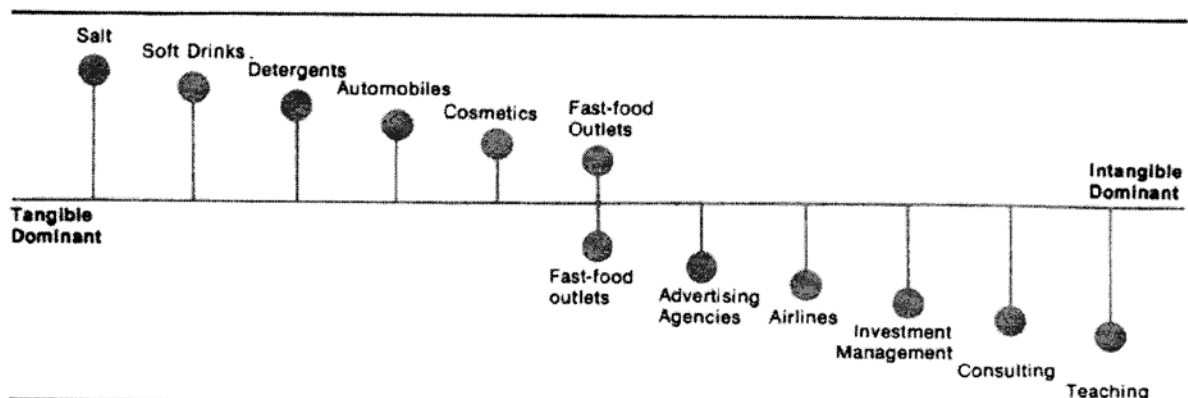
- Τον ενδο-επιχειρησιακό πυλώνα, δηλαδή την εκπλήρωση των επιθυμιών των παρόχων της επιχειρηματικής λειτουργίας, π.χ, την κερδοφορία της επιχείρησης, την αποδοτικότητα της χρήσης του κεφαλαίου, κ.ο.κ., και
- Τον εξω-επιχειρησιακό πυλώνα, δηλαδή την εκπλήρωση των επιθυμιών των αγοραστών της υπηρεσίας, και των λοιπών ενδιαφερομένων μερών (stake-holders)

Σε κάθε επιχείρηση αυτοί οι δύο πυλώνες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση, όμως ο βαθμός της εν λόγω δυναμικής σχέσης είναι μεγαλύτερος στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών, απ' όσο

στις επιχειρήσεις που προσφέρουν υλικά προϊόντα. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να διακρίνουμε την κατηγοριοποίηση ανάμεσα σε προϊόν και υπηρεσία, προκειμένου να εντάξουμε στην δήλωση της εταιρικής αποστολής και του εταιρικού οράματος τα στοιχεία εκείνα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής στον αγοραστή υπηρεσιών, και ειδικότερα στον πελάτη του αιμοδυναμικού εργαστηρίου.

Συχνά προκύπτει δυσκολία να τεθεί απόλυτος ορισμός για την κατηγοριοποίηση ενός αγαθού. Πώς θα κατηγοριοποιήσουμε ένα αγαθό, το οποίο είναι μεν υλικό προϊόν, αλλά ταυτόχρονα έχει και μια άυλη πλευρά; Κατά τον Shostack (1977), υπάρχει ένα είδος διαβάθμισης μεταξύ υλικού και άυλου αγαθού: όσο περισσότερο επικρατούν στην απόφαση του πελάτη τα χαρακτηριστικά και οι ιδιότητες του αγαθού που μπορούν να γίνουν αισθητά και αντιληπτά προτού τα αγοράσει, τόσο περισσότερο κατατάσσονται στα «υλικά αγαθά». Αντιθέτως, όσο περισσότερο επικρατούν τα χαρακτηριστικά και οι ιδιότητες που δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτά προ της αγοράς και χρήσης τους, τόσο περισσότερο κατατάσσονται στα «άυλα» αγαθά.

Μια ενδεικτική βαθμίδα είναι η εξής:



(Σχήμα 19. Ιεράρχηση υλικών και άυλων αγαθών. Shostack 1977, σελ. 77)

Το πρώτο, λοιπόν, χαρακτηριστικό διαφοροποίησης μεταξύ υπηρεσιών και υλικών αγαθών είναι η αϋλότητα. Ως αϋλότητα εννοούμε την απουσία φυσικών, «απτών» γνωρισμάτων και χαρακτηριστικών από το προϊόν. Στο παράδειγμα των υπηρεσιών, ο αγοραστής δεν μπορεί να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά αυτού που αγοράζει προτού το αγοράσει. Η ένσταση που προβάλλεται είναι αφενός ότι και σε αρκετά υλικά αγαθά δεν μπορεί ο αγοραστής να γνωρίζει επακριβώς τα πλήρη χαρακτηριστικά τους προτού τα αγοράσει (π.χ., είναι συσκευασμένα) και αφετέρου ότι, μετά από συνεχείς επαναλήψεις αγοράς της υπηρεσίας θα έχει την δυνατότητα να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά αυτού που αγοράζει.

Η περίπτωση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου αποτελεί ενδεικτικό παράδειγμα παροχής υπηρεσίας, σε αντιδιαστολή με την παροχή προϊόντος, βάσει του κριτηρίου της αϋλότητας. Οι υποψήφιοι πελάτες δεν μπορούν να γνωρίζουν εκ των προτέρων αν το εργαστήριο θα πληρεί τα κριτήρια που επιθυμούν. Εδώ, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας ότι το σκέλος της ιατρικής υπηρεσίας αποτελεί μόνο μια παράμετρο, μεταξύ πολλών άλλων παραμέτρων, καθώς υπαισέρχεται το θέμα της ποιότητας της εξυπηρέτησης από το σύνολο του προσωπικού (γραμματεία, λογιστήριο, βοηθητικό προσωπικό), της υγιεινής των χώρων, της δυνατότητας επικοινωνίας μετά το εξιτήριο, κτλ. Για όλα αυτά τα στοιχεία, οι πελάτες δεν έχουν εκ των προτέρων άμεση, βιωμένη αντίληψη και γνώση.

Το κύριο πρόβλημα, όπως είδαμε, της αϋλότητας, είναι η έλλειψη πλήρους γνώσης για τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας. Το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν μπορεί να εξαλειφθεί εξ' ολοκλήρου, όμως μπορεί να περιοριστεί σε πολύ σημαντικό βαθμό. Στην συγκεκριμένη περίπτωση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, θα πρέπει αυτό να διαθέτει στους υποψήφιους πελάτες αντικειμενικά στοιχεία και δεδομένα, των οποίων η αντικειμενικότητα να μπορεί να ελεγχθεί. Αρα, ένα βασικό σημείο της δήλωσης εταιρικής αποστολής πρέπει να αποτελεί η διαφάνεια των παρεχομένων στοιχείων προς τον πελάτη. Ως εκ τούτου, στην εταιρική δήλωση θα προβλέπεται ότι ο υποψήφιος πελάτης θα έχει λάβει έγκυρες πληροφορίες σε οτιδήποτε αφορά στην προτεινόμενη επέμβαση ή διάγνωση, όπως, πιθανότητα τυχόν επιπλοκών, βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες συνέπειες, κόστος, κτλ. Επίσης, πρέπει να αναφέρεται ρητά η δυνατότητα επίσκεψης σε όλους τους χώρους και εγκαταστάσεις του εργαστηρίου, η γνωριμία με το ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό και η εποπτεία των υλικοτεχνικών υποδομών.

Ένα σημαντικό σημείο είναι η πολιτική διασφάλισης ποιότητας που θα πρέπει να ακολουθεί ο οργανισμός, καθώς και τα πιστοποιητικά ποιότητας που έχει. Για το αιμοδυναμικό κέντρο, τα άυλα περιουσιακά στοιχεία, δηλαδή η φήμη του και η καλή πελατεία, είναι εξίσου σημαντικά, αν όχι σημαντικότερα, των υλικών περιουσιακών στοιχείων. Ως εκ τούτου, όσο περισσότερο ο οργανισμός βοηθά ενεργητικά τους πελάτες να αντλήσουν πληροφορίες για το εργαστήριο, τόσο αυξάνεται ο βαθμός εμπιστοσύνης.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών έναντι των υλικών αγαθών είναι η αδιαιρετότητα (Wolak et al., 1998). Αυτή έγκειται στην αδυναμία διαχωρισμού της παραγωγικής διαδικασίας του προϊόντος από την κατανάλωσή του. Αυτό σημαίνει ότι η κατανάλωση του προϊόντος γίνεται την ίδια χρονική στιγμή με την παραγωγή του. Λόγω ακριβώς της αδυναμίας διαχωρισμού των φάσεων παραγωγής και κατανάλωσης, ο αγοραστής συμμετέχει

στην παραγωγική διαδικασία και αλληλεπιδρά με τους λοιπούς καταναλωτές του προϊόντος, με θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα στην διαμόρφωση του προϊόντος. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί διαφορά στην συμπεριφορά του καταναλωτή όταν αγοράζει υπηρεσία, σε σχέση με το όταν αγοράζει προϊόν (Wilson et al., 2012).

Βλέπουμε ότι, και βάσει αυτού του κριτηρίου, το αιμοδυναμικό εργαστήριο αποτελεί υπηρεσία. Οι ασθενείς δεν είναι απλά οι παθητικοί αποδέκτες της επεμβατικής ή διαγνωστικής λειτουργίας, αλλά αλληλεπιδρούν με το ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό και, με τον τρόπο συμμετοχής τους, μπορούν να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Ως προς αυτό το σημείο, η εταιρική αποστολή θα πρέπει να έχει συμπεριλάβει τον κώδικα επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και προσωπικού, ούτως ώστε να εξασφαλίζει την άριστη έκβαση. Για παράδειγμα, θα πρέπει να έχει γίνει γνωστός στον πελάτη εξ' αρχής ο χρόνος από την στιγμή της επέμβασης έως την στιγμή του εξιτηρίου, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να γίνεται η διαμονή στο μεσοδιάστημα (ακινησία, κτλ). Ο σκοπός της εν λόγω συμπερίληψης στην εταιρική αποστολή είναι διπλός, καθώς η εμφάνιση επιπλοκών θα δράσει βλαπτικά όχι μόνο για τον ασθενή, Αλλά και για την ίδια την επιχείρηση.

Το τρίτο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι αυτό της ανομοιογένειας (ετερογένειας). Όπως είδαμε, το αποτέλεσμα της παραγωγικής διαδικασίας της υπηρεσίας δεν είναι τυποποιημένο, αλλά είναι παράγωγο της δυναμικής σχέσης που αναπτύσσεται από την διεπαφή ανθρώπων. Έτσι, η παρεχόμενη υπηρεσία διαφέρει στα ποιοτικά της χαρακτηριστικά από εταιρία σε εταιρία, από άνθρωπο σε άνθρωπο και από χρονική στιγμή σε χρονική στιγμή. Μπορεί να προκύψει αστάθεια στην ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, ειδικά όταν ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα είναι μεγάλος.

Ένα πρόβλημα που προκύπτει από αυτό το χαρακτηριστικό είναι η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, με τρόπο σταθερό και αδιάλειπτο. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα, θα πρέπει να έχει προβλεφθεί στην εταιρική αποστολή η παροχή κινήτρων για συνεχή εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού –καί όχι μόνο του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού- ούτως ώστε να διασφαλίζεται ο συνεχής εμπλουτισμός των ακολουθούμενων μεθόδων. Επίσης, θα πρέπει να έχουν τεθεί συγκεκριμένα και καθορισμένα πρότυπα ασφαλείας και ποιότητας, και θα πρέπει να έχει δηλωθεί ρητά η ύπαρξη διαδικασιών πολλαπλών επιπέδων αξιολόγησης (ποσοστά επιτυχίας, άνωθεν αξιολόγηση, αξιολόγηση από τους αγοραστές των υπηρεσιών), ούτως ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος της ποιότητας.

Το τέταρτο κριτήριο της υπηρεσίας είναι η αναλωσιμότητα. Μια υπηρεσία δεν γίνεται να αποθηκευτεί, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί μια άλλη στιγμή (Wolak et al., 1998). Ετσι, μπορεί να προκύψουν στιγμές αυξημένης ζήτησης του προϊόντος, ή μειωμένης ζήτησης.

Το αιμοδυναμικό εργαστήριο βλέπουμε ότι πληρεί και αυτό το κριτήριο. Οι υλικοτεχνικές υποδομές είναι δεδομένες, ως εκ τούτου η επιχείρηση θα βρεθεί αντιμέτωπη με έλλειμμα ή πλεόνασμα εάν παρουσιαστεί μεγαλύτερη ή μικρότερη ζήτηση για τις υπηρεσίες του. Το πρόβλημα που προκύπτει στο αιμοδυναμικό εργαστήριο από το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό είναι αυτό της έλλειψης πόρων ή της μειωμένης χρήσης τους. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, απαιτείται σωστή έρευνα αγοράς, ούτως ώστε να υπάρξει ακριβής πρόβλεψη ζήτησης και να καθοριστεί η τιμολογιακή πολιτική. Η συνεργασία με ειδικές εταιρίες ανάλυσης των τάσεων της αγοράς μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην κατεύθυνση αυτή. Στην δήλωση εταιρικής αποστολής και οράματος, ως εκ τούτου, θα πρέπει να έχει αποτυπωθεί η πολιτική της εταιρίας σε περιόδους αυξημένης ζήτησης και θα πρέπει να έχει προβλεφθεί ειδικό πλάνο διαχείρισης των υποψηφίων πελατών.

4.2 Δήλωση Επιχειρηματικής Ηθικής και Ακεραιότητας

Όπως προαναφέρθηκε, ο ρόλος των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας έχει ενισχυθεί σημαντικά και σε αυτό συνετέλεσε το γεγονός της σύγκρισης της ποιότητας μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού, αλλά και λόγω της συνεχούς προσπάθειας βελτίωσης από την οποία διακρίνεται η ιδιωτική πρωτοβουλία. Ένα από τα σημαντικότερα σημεία της εν λόγω αποδοχής αποτελεί η εικόνα που έχουν οι εν λόγω επιχειρήσεις ως προς την ηθική τους διάσταση.

Το θέμα της επιχειρηματικής ηθικής αποκτά βαρύνουσα σημασία στις επιχειρήσεις υγείας, καθώς ο υποψήφιος πελάτης δεν μπορεί να γνωρίζει με απόλυτη γνώση το εάν η προτεινόμενη διαδικασία είναι όντως απολύτως απαραίτητη ή όχι. Αυτό το ζήτημα της ασύμμετρης πληροφόρησης συναντάται τόσο στους δημόσιους, όσο και στους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας και έχει ως αποτέλεσμα το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Η προκλητή ζήτηση ορίζεται ως η ικανότητα των ιατρών να επιλέγουν μία ποιότητα και ποσότητα υπηρεσιών διαφορετική από αυτήν που θα επέλεγαν οι ασθενείς, λόγω του φαινομένου της ασύμμετρης πληροφόρησης (Rice, 1983, όπως παρατίθεται από τους Bardey και Lesur, 2006).

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης απορρέει από την ασύμμετρη πληροφόρηση που υπάρχει μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Σε αντίθεση με άλλα αγαθά, όπου ο καταναλωτής γνωρίζει τις ιδιότητες ενός αγαθού και τα οφέλη που θα αποκομίσει από αυτό, στην περίπτωση της υγείας ο ασθενής δεν έχει την απαιτούμενη πληροφόρηση να διαγνώσει την ασθένειά του και να αναζητήσει την κατάλληλη θεραπεία (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Ως εκ τούτου, ο ιατρός, ο οποίος λειτουργεί ως ένα είδος «αντιπροσώπου» έχει τη δυνατότητα να δρα προς ίδιον όφελος, είτε με την επιδίωξη ενός εισοδηματικού στόχου, ιδιαίτερα στην περίπτωση που η αποζημίωση βασίζεται στην αμοιβή κατά πράξη (fee for service), είτε με την προσπάθεια άντλησης επαγγελματικού κύρους (Κυριόπουλος, 2007). Έτσι, δημιουργείται μία υπερβάλλουσα ζήτηση, η οποία όμως δεν προκαλείται από τους ασθενείς, αλλά από τους ιατρούς, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τόσο την προσφορά, όσο και τη ζήτηση, δεδομένου ότι έχουν τη δυνατότητα να υποκινήσουν την κατανάλωση περισσότερων υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των αντίστοιχων δαπανών. Αυτό το φαινόμενο συνδέεται άμεσα με το ζήτημα του ηθικού κινδύνου (moral hazard). Σαν ηθικό κίνδυνο χαρακτηρίζουμε την κατάσταση στην οποία ο ένας εκ των δύο συμβαλλομένων (είτε αγοραστής, είτε πωλητής) έχουν πληροφόρηση για μια κατάσταση που, εάν την αποκάλυπτε, θα υπήρχε διαφοροποίηση στην πρόθεση αγοράς ή πώλησης στην συγκεκριμένη τιμή (Mankiw & Taylor, 2010). Στην περίπτωση της παροχής υπηρεσιών υγείας, ο ασφαλιστικός φορέας, είτε ιδιωτικός είτε δημόσιος, τείνει να πληρώνει το κόστος υπηρεσιών υγείας. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής δεν έχει κίνητρο να σκεφτεί την ορθολογική αξιοποίηση των πόρων υγείας (Υφαντόπουλος, 2003), γεγονός που οδηγεί είτε σε αύξηση του ποσού των αποζημιώσεων και κατά συνέπεια στην αύξηση των ασφαλιστρών αν πρόκειται για ιδιωτικό φορέα (Nicholson & Snyder, 2008), είτε στην αύξηση των δαπανών υγείας, στην περίπτωση ενός δημόσιου ασφαλιστικού φορέα.

Λόγω των παραπάνω, η επιχείρηση θα πρέπει να έχει προβεί σε ρητή δήλωση της επιχειρηματικής ηθικής και ακεραιότητας, σύμφωνα με την οποία θα προβλέπεται η παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών στον υποψήφιο πελάτη, με τρόπο σαφή και διαυγή, προκειμένου να μην υπάρχει ασύμμετρη πληροφόρηση, και ταυτόχρονα να διασφαλίζει ότι οι δαπάνες του ασθενούς αντιστοιχούν όντως στις, με αντικειμενικό τρόπο, συνθήκες του πελάτη. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται και η καλή συνέργεια με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αλλά και τους πελάτες που πληρώνουν ιδιωτικά τις υπηρεσίες.

4.3 Πολιτική Ποιότητας Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφέραμε ότι ένας από τους κυριότερους συντελεστές αξιολόγησης του συνολικού συστήματος υγείας, αλλά και των επιμέρους παρόχων υπηρεσιών υγείας έγκειται στην εκπλήρωση ορισμένου βαθμού ποιότητας. Ο βαθμός της ποιότητας ενός συστήματος υγείας καθορίζεται ως επί το πλείστον από τις διαδικασίες που ακολουθούνται σε αυτό το σύστημα, παρά από την μεμονωμένη απόδοση των επιμέρους ανθρώπων που εργάζονται σε αυτό (Winter, 2008). Συνεπώς, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται μόνο μέσα από την αύξηση της αποτελεσματικότητας των διαδικασιών που συντελούνται. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιαίτερη μορφή υπηρεσίας, στην οποία εμπλέκονται πολλοί παράγοντες και παράμετροι, ως εκ τούτου είναι δυσχερής η πλήρης αποτύπωσή τους (Μποστανίτης και Τσαλίδου, 2010). Σύμφωνα με την Τσούγκα (2004), οι παράγοντες που εμπλέκονται στον προσδιορισμό της ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

- το ιατρικό αποτέλεσμα
- η οργανωτική δομή των μονάδων,
- η διοίκηση των οργανισμών,
- η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σχεδιασμός των χώρων,
- η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών,
- οι συνθήκες υγιεινής,
- ο τρόπος αντιμετώπισης επειγουσών καταστάσεων
- η επάρκεια και διαθεσιμότητα των κλινών.

Ως εκ των παραπάνω, η πολιτική ποιότητας του εξεταζόμενου αιμοδυναμικού εργαστηρίου δεν πρέπει να επικεντρώνεται σε έναν αποκλειστικό τομέα, αλλά να διαχέεται σε όλο το φάσμα της επιχείρησης. Αυτή η αντιμετώπιση έχει οριστεί ως «Συνολική Ποιότητα» και η διοίκηση, σε αυτό το πλαίσιο λειτουργίας, ασκεί την Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management).

Στο εξεταζόμενο αιμοδυναμικό εργαστήριο, η μεθοδολογία Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια φιλοσοφία, η οποία διαπερνά το σύνολο της επιχείρησης. Αυτό σημαίνει ότι το κάθε τμήμα του εργαστηρίου λειτουργεί με καθορισμένα πρότυπα απόδοσης, ενώ ανά τακτά χρονικά διαστήματα γίνεται έλεγχος αποκλίσεων ανάμεσα στα προγραμματισθέντα αποτελέσματα σε σχέση με τα πρότυπα (James, 1988). Προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος, κάθε τμήμα υποβάλλει τακτές αναφορές, σε τυποποιημένη μορφή, για τα πεδία που το αφορούν.

Επίσης, κάθε τμήμα υποβάλλει ειδικές αναφορές, για εξειδικευμένα ζητήματα τα οποία δεν καλύπτονται από τις τακτές αναφορές. Πέραν αυτών των αναφορών, θα πρέπει να πραγματοποιείται στατιστική ανάλυση των δεδομένων, προκειμένου να βρεθούν αιτίες ή συσχετίσεις των παραγόντων των αποκλίσεων από τα πρότυπα, αλλά και προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν μελλοντικές τάσεις και να δημιουργηθούν μελλοντικές προβολές (projections) των μεγεθών της επιχείρησης.

Υπό αυτό το πρίσμα, δημιουργούνται πρότυπα διαδικασιών για όλες τις λειτουργίες του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, τα οποία πρότυπα αφορούν σε όλα τα εμπλεκόμενα τμήματα. Εν προκειμένω, ένα πρόγραμμα διαχείρισης ολικής ποιότητας στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, το οποίο να αφορά στην προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς, θα πρέπει να έχει καθορίσει όλες τις διαδικασίες και το προβλεπόμενο αποτέλεσμα του κάθε σταδίου, πριν την εισαγωγή, κατά την εισαγωγή και μετά την εισαγωγή. Για παράδειγμα, στο στάδιο πριν την εισαγωγή θα πρέπει να έχει καθοριστεί πρότυπος τρόπος και χρόνος για τις παρακάτω διαδικασίες

- Ενημέρωσης ασθενούς, από το ιατρικό προσωπικό (θέματα που άπτονται της επέμβασης ή της εξέτασης)
- Ενημέρωση ασθενούς από το διοικητικό προσωπικό (θέματα κόστους, αναμονής, διαμονής, κτλ).
- Καθορισμός ημερομηνίας και ώρας εισαγωγής ή εξέτασης

Με αυτό τον τρόπο, καθώς τίθενται τα πρότυπα λειτουργίας και απόδοσης, γίνεται ο καθορισμός των πρότυπων χρόνων και του αναμενόμενου αποτελέσματος της κάθε επιμέρους διαδικασίας και καθορίζονται εκ των προτέρων τα άτομα που θα φέρουν εις πέρας την κάθε ενέργεια (James, 1988). Ετσι, εάν, π.χ, έχει προτυποποιηθεί ο τρόπος ενημέρωσης του υπονήφιου πελάτη από το ιατρικό προσωπικό σε 10 λεπτά, τότε γίνεται υπολογισμός του συνολικού χρόνου του ιατρικού προσωπικού που θα αφιερωθεί σε ενημέρωση, ως εκ τούτου, εξάγεται και το ποσοστό του συνολικού ημερησίου χρόνου των ιατρών σε ζητήματα ενημέρωσης. Αντιστοίχως, εξάγονται χρόνοι και μέθοδοι για οποιαδήποτε διαδικασία.

Αυτή η μεθοδολογία προτυποποίησης των διαδικασιών οδηγεί σε μεγιστοποίηση της απόδοσης του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, τόσο σε όρους χρηματικής λειτουργίας, όσο και σε όρους εκπλήρωσης των standards που έχουν τεθεί.

Στην συνέχεια, γίνεται η διαδικασία υποβολής των τακτών αναφορών, προκειμένου να βρεθούν τυχόν χάσματα (gaps) που προκύπτουν ανάμεσα στο πρότυπο και το υπαρκτό και

ακολουθώς γίνεται ανάλυση εύρεσης των πηγών από τις οποίες δημιουργούνται οι αποκλίσεις και υποβάλλονται ειδικές αναφορές.

Ένα δεύτερο στάδιο της διαδικασίας ολικής ποιότητας αφορά στις εκθέσεις αξιολόγησης των ιδίων των ασθενών (Παπανικολάου, 2007), είτε για επέμβαση, είτε για διάγνωση. Η εν λόγω αξιολόγηση πρέπει να λαμβάνει χώρα με τρόπο επίσης προκαθορισμένο, π.χ., τόσο κατά την διαδικασία εξαγωγή, όσο και μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μετά την εξαγωγή, στα πλαίσια του after-sales support της επιχείρησης. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται και στην συνέχεια γίνεται επεξεργασία, τόσο ποιοτική, όσο και ποσοτική, των στοιχείων, προκειμένου να βρεθούν τυχόν αποκλίσεις από τα επιθυμητά standards. Τα εν λόγω ερωτηματολόγια θα πρέπει να καλύπτουν και τους οκτώ παράγοντες που προαναφέρθηκαν, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η συνολική ποιότητα του εργαστηρίου.

Τα αποτελέσματα του κάθε τμήματος της επιχείρησης, συγκρινόμενα τόσο με τα πρότυπα, αλλά και σε διαχρονική σύγκριση μεταξύ τους, θα βοηθήσουν την διοίκηση στο να επανασχεδιάσει σημεία των διαδικασιών τα οποία τυγχάνουν αναθεώρησης, ή τα οποία παρουσιάζουν αποκλίσεις, διακυμάνσεις, κτλ.

Με αυτό τον τρόπο καθορίζονται οι δείκτες απόδοσης της επιχείρησης, τόσο σε λειτουργικό, όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Για παράδειγμα, ορισμένοι δείκτες απόδοσης (Key-Performance Indicators) είναι οι κάτωθι:

- Εισαγωγές ανά ημέρα (ή άλλο χρονικό διάστημα)
- Αιτίες εισαγωγής
- Διάρκεια νοσηλείας
- Αριθμός επιπλοκών
- Αριθμός επιτυχών επεμβάσεων
- Αριθμός βιοψιών
- Ημερήσιος χρόνος λειτουργίας στεφανιογράφου και λοιπών μηχανημάτων
- Αριθμός stents
- Δείκτης θνητότητας
- Πληρότητα κλινών
- Χρόνος από την εισαγωγή έως την επέμβαση (door-to-balloon)
- Ημερήσιο κόστος ανά επέμβαση
- Κόστος αναλωσίμων και φαρμάκων ανά επέμβαση
- Κόστος φθοράς εξοπλισμού ανά επέμβαση

- Κόστος ιατρικού προσωπικού ανά επέμβαση
- Κόστος διοικητικού προσωπικού ανά επέμβαση

Πέραν των παραπάνω δεικτών απόδοσης, το αιμοδυναμικό εργαστήριο θα πρέπει να έχει θέσει και επιπλέον standards, τα οποία θα αφορούν είτε στις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρει, είτε στο ευρύτερο λειτουργικό του επίπεδο. Για παράδειγμα, αφού αρχικά γίνει ο υπολογισμός του απαιτούμενου προσωπικού, κλινών, εξοπλισμού, αναλωσίμων, κτλ σε επίπεδα λειτουργίας 100%, θα πρέπει να καθοριστούν τα αντίστοιχα επίπεδα στο επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας και στο υπάρχον επίπεδο λειτουργίας. Έτσι, θα καθοριστεί η ποσότητα, π.χ. των υλικών που θα πρέπει να υπάρχουν σε παρακαταθήκη, ούτως ώστε να γίνεται απρόσκοπτα η λειτουργία του εργαστηρίου. Επίσης, στην πολιτική ποιότητας θα πρέπει να είναι καταγεγραμμένη η διαδικασία συντήρησης του εξοπλισμού, η πολιτική εποπτείας της υλικοτεχνικής υποδομής, ο τρόπος διασφάλισης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας, το επίπεδο διαμονής των ασθενών, κ.ο.κ.

Σε αυτή ακριβώς την επίτευξη των στόχων ποιότητας εστιάζει και η πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, την οποία θα αναλύσουμε στην συνέχεια.

4.4 Μεθοδολογία και διαδικασίες πρόσληψης, αξιολόγησης και εσωτερικού ελέγχου

Η πολιτική ολικής ποιότητας, όπως είδαμε, αναφέρεται στο σύνολο των διαδικασιών του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Ως εκ τούτου, η διοίκηση θα πρέπει να στελεχώσει το σύνολο του εργαστηρίου με προσωπικό αυξημένων δυνατοτήτων, γιατί μια ανακολουθία ή καθυστέρηση σε ένα τμήμα, θα δημιουργήσει καθυστερήσεις σε όλα τα επόμενα στάδια της διαδικασίας.

Σύμφωνα με τις Κελέση – Σταυροπούλου & Σταυροπούλου (2010), ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκαίων θέσεων σε μια νοσοκομειακή μονάδα είναι συνάρτηση της μελέτης των γενικότερων αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό. Η μελέτη αυτή οδηγείται από τις βασικές αρχές της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού. Οι αρχές αυτές βασίζονται στην πρόβλεψη για το πόσες ανάγκες θα έχει ο οργανισμός (π.χ., αριθμός εισαγωγών) και πόσα άτομα θα χρειαστεί η εταιρεία ή ο οργανισμός στο μέλλον (Ζευγαρίδης & Σταματιάδης, 1997). Σε αυτό τον άξονα, ακολουθούνται οι παρακάτω ενέργειες:

A). Προσδιορισμός αναγκών: το αιμοδυναμικό εργαστήριο θα πρέπει να γνωρίζει τις πραγματικές ανάγκες του τοπικού πληθυσμού και τον βαθμό κάλυψης των αναγκών από

άλλους φορείς (π.χ., δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία με αιμοδυναμικό εργαστήριο), χωρίς να σημειώνεται πλεόνασμα ή ελλείψεις ιατρών και λοιπού προσωπικού.

Β). Προσδιορισμός του όγκου των υπηρεσιών που παράγονται, βάσει του προγραμματισμού του εργαστηρίου (π.χ., αριθμός αγγειογράφων). Αυτό θα συμβάλλει στον καλύτερο προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού.

Γ). Υπολογισμός των εξετάσεων που γίνονται τόσο ανά μηχάνημα, τόσο για διαγνωστικές, όσο και για θεραπευτικές πράξεις.

Δ). Βάσει των παραπάνω, εξάγεται ο αριθμός του απαραίτητου προσωπικού

Η περιγραφή των θέσεων εργασίας θα πρέπει να είναι λεπτομερής, με πλήρη καταγραφή των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων της κάθε θέσης (Carni et al, 2010). Τα εν λόγω καθήκοντα και αρμοδιότητες θα πρέπει να περιλαμβάνουν μια σειρά στοιχείων, όπως η πελατοκεντρική αντίληψη, η ικανοποίηση των ασθενών και επισκεπτών, η τήρηση των standards, ο τρόπος επικοινωνίας με τους ασθενείς και το λοιπό προσωπικό του εργαστηρίου, κτλ.

Προκειμένου να γίνει η απαιτούμενη στελέχωση, θα πρέπει να έχει γίνει καταγραφή όλων των απαιτούμενων ενεργειών που κάνει το κάθε τμήμα σε μια διαδικασία, ούτως ώστε να εξαχθεί όχι μόνο ο αριθμός του προσωπικού, αλλά και οι ειδικές ικανότητες του κάθε ατόμου που στελεχώνει το κάθε τμήμα. Ο υπεύθυνος του κάθε τμήματος, ο οποίος είναι και αυτός που σχεδιάζει την κάθε διαδικασία, ορίζει τον βαθμό εμπλοκής του κάθε εργαζομένου και τον τρόπο εμπλοκής του στην διαδικασία, ούτως ώστε να οριστούν οι ικανότητες που οφείλει να έχει το ανθρώπινο δυναμικό. Αφού καθοριστούν τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες, στην συνέχεια το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού (Human Resources) απευθύνεται στην αγορά εργασίας για την στελέχωση με τα κατάλληλα άτομα. Βεβαίως, δεν μπορεί να αποκλειστεί η συνεργασία με εξειδικευμένα γραφεία στελέχωσης, ούτως ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη εξασφάλιση για την επιλογή του προσωπικού.

Ως προς το ιατρικό προσωπικό, η στελέχωση του εργαστηρίου γίνεται μετά από αυστηρή διαδικασία επιλογής, με ύπαρξη πολλών κριτηρίων, τα οποία άπτονται τόσο του ακαδημαϊκού υποβάθρου και της επαγγελματικής εμπειρίας, όσο και των λοιπών στοιχείων ποιοτικών δεικτών που έχει θεσπίσει η διοίκηση.

Για όλο το προσωπικό, θα πρέπει να έχει προβλεφθεί η ύπαρξη ειδικών προγραμμάτων συνεχόμενης κατάρτισης. Η συνεχής μετεκπαίδευση αποτελεί απαραίτητο συστατικό της διασφάλισης της ποιότητας, τόσο για τους ιατρούς, όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και τους διοικητικούς και βοηθητικούς υπαλλήλους.

Προκειμένου να υπάρχει αποτελεσματική λειτουργία, είναι απαραίτητος ο έλεγχος. Ετσι, κρίνεται απαραίτητη η τήρηση συγκεκριμένων προτύπων εγγράφων (documentation) , ούτως ώστε να μπορεί να ελεγχθεί, ανά πάσα στιγμή, οτιδήποτε αφορά είτε στον ασθενή και την διαχείρισή του, είτε στο λειτουργικό και οικονομικό σκέλος της επιχείρησης. Η τήρηση της διαδικασίας των εγγράφων θα πρέπει να έχει συμπεριληφθεί στα καθήκοντα και της αρμοδιότητες της κάθε περιγραφόμενης θέσης εργασίας.

Η διαδικασία εσωτερικού ελέγχου θα πρέπει να είναι καταγεγραμμένη και να υφίσταται υπεύθυνος διεξαγωγής αυτής της διαδικασίας. Κατά την διάρκεια του εσωτερικού ελέγχου, ο αρμόδιος, πέραν των εγγράφων, πιθανό να προβεί σε προσωπικές συνεντεύξεις με το προσωπικό, τους ασθενείς, τους συγγενείς ή συνοδούς ασθενών, προκειμένου να διαπιστώσει ο ίδιος τον βαθμό ικανοποίησής τους. Ο εσωτερικός έλεγχος δεν υφίσταται προκειμένου να «τιμωρήσει» το προσωπικό, αλλά αντιθέτως να διασφαλίσει την απρόσκοπτη λειτουργία του εργαστηρίου.

Ενα σημαντικό στοιχείο της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών είναι αυτό της παρακίνησης (υποκίνησης) των εργαζομένων. Η παρακίνηση μπορεί να οριστεί ως «μια εσωτερική κατάσταση του ατόμου, που το κάνει να συμπεριφέρεται με τρόπο που διασφαλίζει την επίτευξη κάποιου στόχου» (Δικαίος et al., 1999, σελ. 311).

Οι θεωρίες κινήτρων απορρέουν από τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ατόμων, οι οποίες από τη μία πλευρά μεταβάλλονται κατά το πέρασμα του χρόνου, ενώ από την άλλη είναι διαφορετικές μεταξύ των ατόμων. Υπάρχουν πολλές θεωρίες κινήτρων, οι οποίες επικεντρώνονται πρωτίστως στην ανταμοιβή και την τιμωρία (Cardona et al., 2003). Σύμφωνα με τον Locke (1997), η υποκίνηση προσδιορίζεται από την επιδίωξη επίτευξης στόχων, την ελεύθερη επιλογή των ατόμων, καθώς και από τη σχέση των αναγκών και των επιθυμιών των ατόμων, όχι μόνο με τον αυτό τους, αλλά και με το περιβάλλον στο οποίο ανήκουν και συναναστρέφονται.

Η υποκίνηση και οι θεωρίες κινήτρων, γενικά, είναι τεράστιας σημασίας στους managers των εταιρειών. Οτιδήποτε επιτυγχάνεται στα πλαίσια ενός οργανισμού εξαρτάται από την ανθρώπινη δραστηριότητα. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, οι managers επιθυμούν υπαλλήλους οι οποίοι θα διοχετεύουν πρόθυμα την ενέργειά τους στις διάφορες δραστηριότητες εντός του οργανισμού (Child, 1984). Ωστόσο, τα άτομα ως επί το πλείστον εργάζονται σε μία επιχείρηση ή οργανισμό προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους, κάτι το οποίο αυξάνει την πιθανότητα να δείξουν περισσότερο ενδιαφέρον

για την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων σε σχέση με τις επιδιώξεις και τους στόχους του οργανισμού ή του εκάστοτε manager.

Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, ο Child (1984) υποστηρίζει ότι οι managers δίνουν πολύ μεγάλη έμφαση στην παρότρυνση των εργαζομένων και στην υποκίνησή τους μέσω διαφόρων κινήτρων, ώστε να εργάζονται περισσότερο και πιο αποδοτικά. Επιπλέον, η απόδοση των εργαζομένων δεν εξαρτάται μόνο από την παροχή κινήτρων, αλλά είναι μία συνάρτηση τριών παραγόντων, που συμβολίζεται ως εξής: $P = f(E, A, M)$, όπου

P είναι η αποδοτικότητα (performance) και προσδιορίζει το πόσο καλά γίνεται μία εργασία

E είναι το περιβάλλον (environment) και αναφέρεται στο περιβάλλον του χώρου εργασίας

A είναι η ικανότητα (ability) και αναφέρεται στις ικανότητες και τη γνώση που έχει κάποιος ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας

M είναι η παρότρυνση (motivation) και είναι η παρότρυνση που δίνεται σε κάποιον εργαζόμενο ώστε να διεκπεραιώσει την εργασία

Σύμφωνα με τους Leonard et al. (1999), θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι managers ασκούν απευθείας έλεγχο στη διαδικασία επιλογής προσωπικού, η οποία ασκεί, με τη σειρά της, εν μέρει επιρροή στις ικανότητες και τη γνώση των εργαζομένων. Εκτός από αυτό, οι ικανότητες και η γνώση ενός εργαζομένου έχουν τη δυνατότητα να βελτιωθούν και να αναπτυχθούν περαιτέρω μέσω της επιμόρφωσης και της κατάρτισης, τα οποία είναι και πάλι υπό τον έλεγχο των managers. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρότρυνση πηγάζει από τον ίδιο τον εργαζόμενο, και κατά συνέπεια και δεν είναι εύκολο να παρατηρηθεί και να διαπιστωθεί, αλλά και να μεταβληθεί ανάλογα με τη θέληση και την επιθυμία των managers. Όπως επισημαίνουν οι Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή (1993) η διάθεση των εργαζομένων για μεγαλύτερη και αποτελεσματικότερη απόδοση στο χώρο της εργασίας τους είναι αποτέλεσμα τριών παραγόντων: της ικανοποίησης, της παρακίνησης και της αφοσίωσής τους στην εταιρεία ή τον οργανισμό.

Ο Maslow «προσπάθησε να εξηγήσει γιατί οι άνθρωποι καθοδηγούνται από συγκεκριμένες ανάγκες σε ορισμένες χρονικές στιγμές» (Kotler & Keller, 2006, σελ. 212). Έτσι, κατέληξε στο γνωστό ιεραρχικό μοντέλο των πέντε αναγκών, που απαρτίζεται από τις ακόλουθες, με σειρά προτεραιότητας, από την κατώτερη στην ανώτερη (Δικαίος et al., 1999).



(Σχήμα 20. Το ιεραρχικό μοντέλο αναγκών του Maslow. Πηγή: Δικαίος et al., 1999, σελ. 135)

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες υποκίνησης των εργαζομένων είναι η δημιουργία μίας οργανωσιακής κουλτούρας. Η διαμόρφωση μίας οργανωσιακής κουλτούρας ξεκινά καταρχήν από την διευκρίνιση στους εργαζόμενους των στόχων της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία εργάζονται.. Ειδικά στο πλαίσιο των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία έχουν ως στόχο τους την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας, η ύπαρξη σαφώς ορισμένων και καθορισμένων στόχων, οι οποίοι θα συμβαδίζουν με τις πολιτικές του νοσοκομείου, αλλά και τις σαφώς ορισμένες και καθορισμένες αρμοδιότητες των εργαζόμενων είναι αρκετά σημαντικός παράγοντας. Η δημιουργία της οργανωσιακής κουλτούρας ανταποκρίνεται στο μοντέλο των Porter – Lawler (Ζευγαρίδης & Σταματιάδης, 1997), σύμφωνα με το οποίο η διοίκηση θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη βάση στο θέμα του σαφούς καθορισμού των καθηκόντων και της υπευθυνότητας των στελεχών.

Βάσει της θεωρίας της κοινωνικής ανταλλαγής, αλλά και την επισήμανση των Schneider et al. (1996) ότι η αναγνώριση της προσπάθειας αλλά και της συνεισφοράς του εργαζομένου με βάση αξιοκρατικά και δίκαια κριτήρια μπορεί να οδηγήσει στην εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί από τη διοίκηση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, η ύπαρξη ενός αξιοκρατικού συστήματος αναγνώρισης της συμβολής των εργαζομένων είναι μία πολύ σημαντική μορφή υποκίνησης. Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσεται και η ενίσχυση της δυνατότητας ανέλιξης και προαγωγής των εργαζομένων, βάσει της επίδοσής τους στην εργασία.

Σύμφωνα με τους Κουτούζη et al. (1999) μορφές υποκίνησης είναι η παροχή οικονομικών κινήτρων, η παροχή κοινωνικών κινήτρων και ηθικών αμοιβών, η δημιουργία ομάδων εργασίας, η διερεύνηση εργασίας και η δημιουργία οργανωσικής κουλτούρας. Σύμφωνα με τις Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου (2010) «η αποδοτικότητα των ανθρώπινων πόρων στον υγειονομικό τομέα είναι συνισταμένη της ιεραρχικής εξέλιξης, των κινήτρων, της ικανοποίησης του εργαζομένου, των συνθηκών εργασίας, αλλά και της δια βίου επιμόρφωσης».

Σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε την σημασία του οικονομικού σκέλους. Σύμφωνα με την μελέτη των Kontodimopoulos et al. (2009), η παροχή κινήτρων στο πλαίσιο των νοσοκομειακών μονάδων είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα, δηλαδή αποτέλεσε μία αξιόλογη μορφή παρακίνησης, μόνο στην περίπτωση που τα άτομα κατείχαν κάποια υψηλόβαθμη θέση.

Η παροχή κινήτρων και η γενικότερη πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση του προσωπικού. Οι Delaney και Huselid (1996), σε μελέτη τους αναφέρουν ότι η παρότρυνση για προσωπική εξέλιξη και αυτοβελτίωση, καθώς και η δίκαιη αναγνώριση της προσπάθειας και της συμβολής τους στο έργο του οργανισμού, σε συνδυασμό με την αξιοκρατική αξιολόγησή τους δύναται να συμβάλλουν στην αύξηση της οργανωσιακής επίδοσης ενός οργανισμού, εν προκειμένω του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Από την άλλη πλευρά, οι Ichniowski et al (1997) υπογραμμίζουν ότι η αξιολόγηση των εργαζομένων, η οποία όμως συνδέεται με την κατάλληλη παροχή ανταμοιβών, βάσει και της θεωρίας της κοινωνικής ανταλλαγής, έχει την ικανότητα να παροτρύνει τους εργαζόμενους να εργάζονται όχι μόνο περισσότερο, αλλά κυρίως αποτελεσματικά και άρα να αυξάνει την παραγωγικότητα του οργανισμού, που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η παροχή υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Μέσω της αξιολόγησης του προσωπικού, ο οργανισμός έχει τους εξής σκοπούς:

1. Λήψη αποφάσεων για προαγωγές, μισθολογικές αυξήσεις, απολύσεις κλπ.
2. Εντοπισμός αναγκών εκπαίδευσης.
3. Βελτίωση απόδοσης και ανάπτυξη των εργαζομένων.
4. Διαπίστωση εγκυρότητας τεχνικών επιλογής προσωπικού.
5. Βελτίωση εσωτερικής οργάνωσης της εταιρίας.
6. Καθιέρωση ενός συγκεκριμένου και αποδεκτού συστήματος μέτρησης της απόδοσης.

Αυτό που είναι καθοριστικό για την αποτελεσματική εφαρμογή του προγράμματος αξιολόγησης είναι:

- να έχουν τεθεί εξ αρχής τα κριτήρια της αξιολόγησης
- να έχει περιγραφεί σαφώς η διαδικασία αξιολόγησης σε κάθε εργαζόμενο πριν την πρόσληψή του
- ο εργαζόμενος να έχει πλήρη ενημέρωση για τα σημεία αξιολόγησης και τους Key Performance Indicators που αντιστοιχούν στην δική του θέση ευθύνης
- ο εργαζόμενος να έχει πλήρη και συνεχή ενημέρωση για την εξέλιξη της απόδοσής του
- να υπάρχει διαδικασία ανατροφοδότησης (feedback) από τον αξιολογούμενο προς τον αξιολογητή, προκειμένου να βρεθούν τυχόν αστάθειες του συνολικού συστήματος
- ο εργαζόμενος να γνωρίζει εκ των προτέρων την πολιτική αποφάσεων της εταιρίας βάσει της αξιολόγησης (αύξηση μισθού, προαγωγή, απόλυση, κτλ)
- να υπάρχει παροχή πρόσθετης βοήθειας προς τον εργαζόμενο (π.χ., μετεκπαίδευση), ούτως ώστε η αξιολόγηση να μην εκλαμβάνεται ως τιμωρητική διαδικασία.

Πέραν των διαδικασιών που έχει ορίσει εσωτερικά το αιμοδυναμικό εργαστήριο, θα εξετάσουμε την παράμετρο του εξωτερικού ελέγχου, ως επιπλέον δικλείδα ασφαλείας για την ποιοτική παροχή των υπηρεσιών που προσφέρει το αιμοδυναμικό εργαστήριο.

4.5 Μεθοδολογία και διαδικασίες εξωτερικού ελέγχου

Η διοίκηση ολικής ποιότητας έχει ως απαραίτητη διαδικασία την πιστοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών ως προς την εκπλήρωση συγκεκριμένων standards (Δερβιτσιώτης 2005). Η πιστοποίηση αυτή ως επί το πλείστον παρέχεται από εξωτερικό φορέα, άρα ο εξωτερικός έλεγχος είναι απαραίτητος. Η κυριότερη διαδικασία εξωτερικού ελέγχου έγκειται σε αυτήν της πιστοποίησης ποιότητας δια μέσου του ISO. Το πρότυπο ISO 9001 αποτελεί πιστοποιητικό ποιότητας το οποίο αναφέρεται στην ποιότητα της οργανωτικής δομής, των ακολουθούμενων διαδικασιών, της τεκμηρίωσης και του τρόπου εφαρμογής των διαδικασιών. Κατά το πρότυπο ISO 9001, υπάρχουν ορισμένες αρχές οι οποίες αναφέρονται στην διαχείριση της ποιότητας. Αυτές οι αρχές είναι οι εξής (Marquardt, 1999):

- Εστίαση στον πελάτη: σύμφωνα με αυτή την αρχή, η επιχείρηση θα πρέπει να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών της, να προβλέπει τις μελλοντικές τους ανάγκες ούτως ώστε να τις καλύπτει, καθώς και να υπερκαλύπτει τις προσδοκίες τους.
- Ηγεσία: σύμφωνα με αυτή την αρχή, η διοίκηση της εταιρίας οφείλει θέτει στόχους και κατευθύνσεις και να δημιουργεί το κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον και την εταιρική κουλτούρα.
- Συμμετοχή ανθρώπινου δυναμικού: θα πρέπει η επιχείρηση να επιθυμεί την συμμετοχή όλων των εργαζομένων στην επίτευξη των στόχων και να τους ωθεί να εμπλακούν στις διαδικασίες, αναγνωρίζοντας τις ικανότητές τους.
- Σύστημα Διοίκησης δια μέσου διεργασιών: θα πρέπει μια δραστηριότητα να αντιμετωπίζεται ως διεργασία η οποία αποτελείται από επι μέρους στάδια με πολλούς εμπλεκομένους. Έτσι, θα πρέπει να γίνεται πλήρης ανάλυση όλων των διεργασιών μιας δραστηριότητας. Ως διεργασία θεωρείται μια σειρά δραστηριοτήτων που μετατρέπει τις εισροές (ανθρώπινο δυναμικό, κεφάλαιο, πρώτες ύλες, τεχνολογία) σε εκροές, δηλαδή σε παραγόμενο προϊόν ή υπηρεσία.
- Διοίκηση οργανισμού ως σύστημα: θα πρέπει οι δραστηριότητες μιας επιχείρησης να θεωρούνται ως μέρος ενός συστήματος και όχι ξεκομμένες μεταξύ τους. Έτσι, η επιχείρηση θεωρείται ένας ενιαίος οργανισμός, και όχι το άθροισμα πολλών επιμέρους τμημάτων.
- Συνεχής βελτίωση: θα πρέπει η επιχείρηση να προβαίνει σε κριτική επισκόπηση, ούτως ώστε να βελτιώνεται. Θα πρέπει να έχει τεθεί ως κύριος στόχος η συνεχής βελτίωση, θέμα που πρέπει να αφορά σε όλο το προσωπικό και όχι μόνο στην Διοίκηση.
- Αποφάσεις βάσει υπαρκτών δεδομένων και γεγονότων: οι αποφάσεις θα πρέπει να βασίζονται σε δεδομένα και πληροφορίες και όχι να είναι ατεκμηρίωτες ή αστήρικτες. Οι πληροφορίες θα πρέπει να είναι αντικειμενικές και θα πρέπει να γίνεται απολογισμός του κατά πόσον επετεύχθησαν οι στόχοι που είχαν τεθεί.
- Αμοιβαίο Οφέλος με προμηθευτές: Το αμοιβαίο όφελος είναι απαραίτητο, καθώς τα δύο μέρη είναι αναπόσπαστα. Θα πρέπει να συνεργάζονται όχι μόνο για το οικονομικό σκέλος, αλλά και για ποιοτικά σκέλη, π.χ., την καλύτερη εξυπηρέτηση πελατών, την ανανέωση των προϊόντων, την ανταλλαγή στοιχείων για τις τάσεις της αγοράς, κτλ.

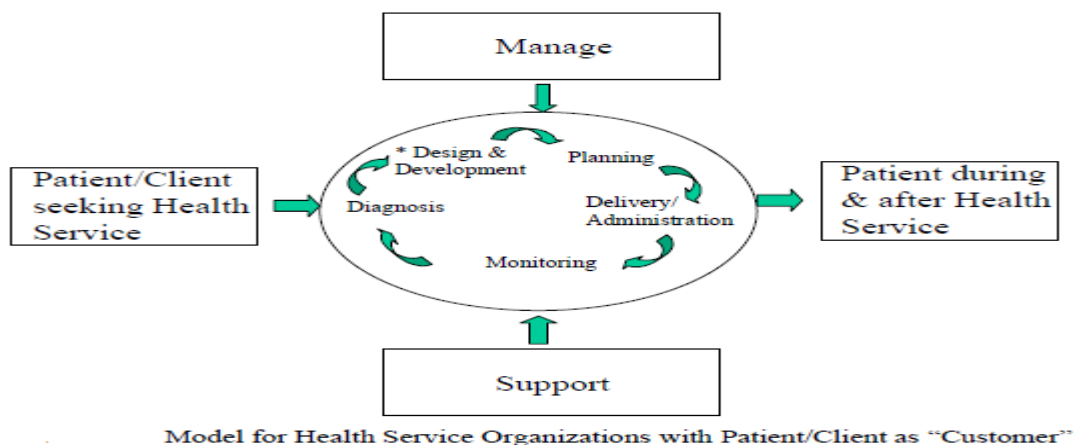
Βάσει της προηγούμενης ανάλυσης, παρατηρούμε ότι το αιμοδυναμικό εργαστήριο αποτελεί ιδανικό πεδίο εφαρμογής του προτύπου ISO 9001, διότι αποτελεί κατεξοχήν πελατοκεντρική υπηρεσία, μιας και η υγεία είναι το πλέον πολύτιμο αγαθό ενός ανθρώπου. Γενικά, το πρότυπο ISO χρησιμοποιείται με ιδιαίτερη επιτυχία σε όλο τον κλάδο των υπηρεσιών υγείας (Gaucher & Coffey 1993, Heuvel 2006, Crago 2002). Επίσης, όλες οι υπηρεσίες του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, είτε επεμβατικές, είτε διαγνωστικές, αποτελούν διαδικασία, καθώς εμπλέκεται, έμμεσα και άμεσα, όλο το ανθρώπινο δυναμικό του εργαστηρίου. Για παράδειγμα, πριν την εισαγωγή, θα πρέπει να έχει προηγηθεί η άριστη συνεννόηση με τον ασθενή, διαδικασία που εμπλέκει προσωπικό πέραν των ιατρών και νοσηλευτών.

Προκειμένου να εφαρμοστεί ένα σύστημα πιστοποίησης ποιότητας από εξωτερικό ελεγκτή, το ISO 9001 εστιάζει στα εξής πεδία (Marquardt, 1999)

- **Τεκμηρίωση.** Προκειμένου να υπάρξει πιστοποίηση ποιότητας της τεκμηρίωσης απαιτείται η ύπαρξη εγχειριδίου ποιότητας, η ύπαρξη καταγεγραμμένων διαδικασιών, η ύπαρξη οδηγιών εργασίας, πρότυπων εγγράφων και πρότυπων αναφορών, η ύπαρξη τρόπου αρχειοθέτησης και επεξεργασίας των εγγράφων και των πληροφοριών.
- **Ευθύνη της Διοίκησης:** προκειμένου να υπάρξει πιστοποίηση, η διοίκηση θα πρέπει να έχει δεσμευτεί στην πολιτική ποιότητας, στην πελατοκεντρική εστίαση, στον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων ποιότητας, κ.ο.κ. Επίσης, η διοίκηση θα πρέπει να έχει ορίσει υπεύθυνο εκπρόσωπο για την τήρηση του προγράμματος ποιότητας, ο οποίος θα διασφαλίζει ότι οι διαδικασίες ποιότητας ακολουθούνται, ενημερώνεται άμεσα και ενημερώνει την διοίκηση για τυχόν προβλήματα, ενημερώνεται και ενημερώνει για τις απαιτήσεις των πελατών και έρχεται σε επικοινωνία με το προσωπικό για θέματα ποιότητας.
- **Διαχείριση πόρων:** τα στοιχεία που αξιολογούνται για την πιστοποίηση είναι εάν διατίθενται επαρκείς πόροι για την επίτευξη του αποτελέσματος, η αξιολόγηση και μετεκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, οι υποδομές, το περιβάλλον εργασίας, η εταιρική κουλτούρα, οι προοπτικές των εργαζομένων στην επιχείρηση, κ.ο.κ.
- **Υλοποίηση προϊόντος ή υπηρεσίας:** τα στοιχεία που αξιολογούνται είναι οι διαδικασίες αγορών προμηθειών, ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των παρεχομένων αγαθών ή υπηρεσιών με τρόπο που να ικανοποιεί τις ανάγκες και επιθυμίες του πελάτη, κ.τ.λ.
- **Μέτρηση, ανάλυση, βελτίωση:** τα στοιχεία που αξιολογούνται είναι η ύπαρξη διεργασιών παρακολούθησης και μέτρησης της ικανοποίησης του πελάτη, οι

διαδικασίες υποβολής παραπόνων, οι δειγματοληπτικοί έλεγχοι, η ανάλυση των δεδομένων της επιχείρησης, η ύπαρξη μηχανισμού διορθωτικών ενεργειών και προληπτικών ενεργειών, καθώς και η ύπαρξη διαδικασίας υποβολής προτάσεων από το προσωπικό που να αφορά είτε σε επιμέρους διαδικασίας, είτε στο σύνολο της επιχειρηματικής δραστηριότητας

Σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9000:2000 σχετικά με τους οργανισμούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών, το επίκεντρο των δραστηριοτήτων του οργανισμού είναι ο πελάτης, και στην συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής (στην περίπτωση του αιμοδυναμικού, ως πελάτης θεωρείται είτε αυτός στον οποίον παρέχεται είτε διαγνωστική, είτε θεραπευτική πράξη). Στο παρακάτω σχήμα (σχήμα 21) απεικονίζεται η συνολική δραστηριότητα αναφορικά με τον πελάτη. Ως κύριοι άξονες αξιολόγησης και πιστοποίησης της ποιότητας ορίζονται ο προγραμματισμός, σχεδιασμός και εκπλήρωση της φροντίδας του ασθενούς.



Model for Health Service Organizations with Patient/Client as "Customer"

(Σχήμα 21. Πηγή ISO, 2001)

Σύμφωνα με τις οδηγίες του ISO για τους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών (ISO, 2001), τα προαναφερόμενα πεδία (τεκμηρίωση, ευθύνη διοίκησης, διαχείριση πόρων, κτλ) εξειδικεύονται σε περαιτέρω βάθος ανάλυσης, προκειμένου να υπάρξει πιστοποίηση των διαδικασιών.

Από όλα τα παραπάνω, κρίνεται απαραίτητη η πιστοποίηση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου κατά ISO 9001. Ένα ακόμη στοιχείο που καθιστά απαραίτητη την εν λόγω πιστοποίηση είναι το ότι η πλειοψηφία των αιμοδυναμικών εργαστηρίων έχουν αντίστοιχη πιστοποίηση, με αποτέλεσμα η έλλειψή της να καθιστά την επιχείρηση συγκριτικά αδύναμη (σημείο weakness στην ανάλυση SWOT) έναντι των ανταγωνιστών της.

4.6 Λειτουργικό επίπεδο αιμοδυναμικού εργαστηρίου

Στο αίμοδυναμικό εργαστήριο εκτελούνται διαγνωστικές πράξεις και θεραπευτικές πράξεις (Carni et al, 2010). Στις διαγνωστικές πράξεις συμπεριλαμβάνονται οι εξής:

- Στεφανιογραφία
- Ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα
- Αξιολόγηση στενώσεων
- Δεξιός και αριστερός καθετηριασμό καρδιάς
- Μελέτη βαλβιδοπαθειών
- Μελέτη συγγενών καρδιοπαθειών
- Βιοψία μυοκαρδίου
- Παρακέντηση μυοκαρδίου
- Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος αρτηριών

Στις θεραπευτικές πράξεις συμπεριλαμβάνονται:

- Αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών
- Εμφύτευση καρδιομετατροπέα – μόνιμου απινιδωτή
- Εμφύτευση βηματοδοτών
- Αλλαγή βηματοδότη
- Επεμβατική θεραπεία κολπικής μαρμαρυγής και γενικά επεμβατική αντιμετώπιση αρρυθμιών
- Σύγκλιση μεσοκολπικών – κοιλιακών ελλειμμάτων
- Βαλβιδοπλαστική
- Παρακέντηση περικαρδίου
- Αφαίρεση ξένων σωμάτων

Το συνηθισμένο επίπεδο εξοπλισμού ενός αιμοδυναμικού εργαστηρίου περιλαμβάνει τα εξής (Παπαϊωάννου, 2010):

- Ακτινοσκοπικό μηχάνημα
- Μηχάνημα Καταγραφής Ενδοκοιλιακών Πιέσεων
- Μηχάνημα μέτρησης αερίων αίματος
- Σκιαγραφικό μηχάνημα
- Μηχάνημα ενδοστεφανιαίου υπερηχοκαρδιογραφήματος
- Μηχάνημα Ενδοαορτικής αντλίας

- Μηχάνημα χορήγησης αναισθησίας
- Απινιδωτής
- Σύστημα πολυδιαυλικής καταγραφής για τις ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες
- Διεγέρτης – Βηματοδότης
- Σύστημα χορήγησης υψίσυχνου ρεύματος (ablation system) για κατάλυση αρρυθμιών
- Οθόνες (monitors)

Πέραν του ιατρικού εξοπλισμού, απαραίτητη είναι η ξενοδοχειακή υποδομή, καθώς οι ασθενείς θα χρειαστούν παραμονή στον χώρο, έως ότου λάβουν εξιτήριο. Πέραν αυτής, χρειάζεται γραμματειακή υποστήριξη και ύπαρξη βοηθητικού προσωπικού.

5. Χρηματοδότηση επιχειρήσεων

Προκειμένου να υπάρξει εταιρική δραστηριότητα, είναι απαραίτητη η εξέταση των ειδών χρηματοδότησης της επιχείρησης, ούτως ώστε να εξεταστούν τα εναλλακτικά σενάρια, με τα αντίστοιχα κόστη και οφέλη της κάθε πρότασης. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης είναι ο τραπεζικός δανεισμός, η ιδιωτική τοποθέτηση, οι συγχρηματοδοτήσεις και η δημόσια εγγραφή σε χρηματιστήριο αξιών, τα οποία θα εξετάσουμε στην συνέχεια.

Βεβαίως, προτού υπάρξει η μελέτη της κάθε εναλλακτικής μεθόδου εξεύρεσης κεφαλαίου, η επιχείρηση θα πρέπει να έχει καταλήξει στην νομική μορφή της. Αυτό δεν άπτεται, βεβαίως, μόνο του ζητήματος της χρηματοδότησης, αλλά αποτελεί και βασικό στοιχείο της όλης δομής της επιχείρησης. Η νομική μορφή της Ανωνύμου Εταιρίας (Α.Ε) συνάδει περισσότερο με τα χαρακτηριστικά που έχουμε προαναφέρει ως προς τον λειτουργικό σχεδιασμό και τις διαδικασίες εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου. Η ύπαρξη Διοικητικού Συμβουλίου, με την παρουσία, μάλιστα, ανεξάρτητων μελών, διασφαλίζει την εποπτεία της τήρησης των διαδικασιών. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη εξωτερικού ελεγκτή (ορκωτός λογιστής) αποτελεί μια επιπρόσθετη δικλείδα ασφαλείας για την ορθή και πλήρη τήρηση των οικονομικών καταστάσεων, γεγονός που συμβάλλει θετικά στις αρχές της διαφάνειας και της επιχειρηματικής ηθικής. Επίσης, η Ανώνυμη Εταιρία αποτελεί τον κορυφαίο θεσμό επιχειρηματικότητας και εμπιστοσύνης του πελάτη προς την ευρωστεία της εταιρίας, καθώς ο ίδιος έχει την δυνατότητα να ανατρέχει στους ισολογισμούς και τα αποτελέσματα χρήσεως, προκειμένου να διαπιστώνει την οικονομική κατάσταση του φορέα στον οποίον εμπιστεύεται

την υγεία του. Υπό αυτό το πρίσμα, ακόμη και εάν η επιχείρηση ξεκινήσει υπό άλλη νομική μορφή, θεωρούμε ότι το ευκατανοητό νομικό σχήμα θα πρέπει να είναι η Ανώνυμη Εταιρία.

Πέραν, όμως, της σημαντικότητας που έχει η Ανώνυμη Εταιρία για τους οργανωτικούς λόγους που προαναφέρθηκαν, εξ' ίσου σημαντικοί είναι οι λόγοι της επιλογής αυτής της νομικής μορφής και για τους λόγους χρηματοδότησης που θα εξεταστούν. Η άντληση κεφαλαίων από Venture Capitals, Private Equities και Business Angels γίνεται δια μέσου αύξησης του μετοχικού κεφαλαίου της εταιρίας με ιδιωτική τοποθέτηση, ως εκ τούτου, το νομικό σχήμα που διασφαλίζει την εν λόγω συμμετοχή είναι η Ανώνυμη Εταιρία. Επίσης, η αύξηση μετοχικού κεφαλαίου με δημόσια εγγραφή και εισαγωγή σε Χρηματιστήριο Αξιών προαπαιτεί την εταιρική μορφή της Ανωνύμου Εταιρίας.

5.1 Τραπεζικός δανεισμός

Ενα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι Ελληνικές επιχειρήσεις έγκειται στην παρεχόμενη ρευστότητα από το χρηματοπιστωτικό σύστημα. Όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, από την αρχή της κρίσης έως και σήμερα, τα δάνεια προς τις ιδιωτικές επιχειρήσεις έχουν συρρικνωθεί, κυρίως λόγω δύο αιτιών:

- Την έλλειψη πρόσβασης των τραπεζών στην διατραπεζική αγορά και
- Την αύξηση των επισφαλειών και του πιστωτικού κινδύνου των επιχειρήσεων

Οι δύο αυτοί παράγοντες έχουν ωθήσει τις τράπεζες στο να παρέχουν με μεγαλύτερη δυσκολία χρηματοδότηση προς τις επιχειρήσεις, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιτοκίων δανεισμού, τα οποία βρίσκονται σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα από τον δανεισμό λοιπών χωρών της Ευρωζώνης.

Αν και οι ενδείξεις για την πορεία της Ελληνικής οικονομίας σηματοδοτούν μια σαφώς καλύτερη εικόνα από αυτή του προηγούμενου διαστήματος 2009-2013 και παρ' ότι ο τραπεζικός κλάδος προβαίνει σε αυξήσεις μετοχικού κεφαλαίου, ούτως ώστε να ισχυροποιηθεί, η γενικότερη τάση της χρηματοδότησης των επιχειρήσεων θεωρούμε ότι δεν θα έχει θεαματική μεταβολή αύξησης. Φυσικά, όσο βελτιώνεται το κλίμα, τόσο περισσότερο θα βελτιώνεται και η χορήγηση επιχειρηματικών δανείων, όμως η αποκλιμάκωση των επιτοκίων θα είναι σχετικά αργή, λόγω της συνεχιζόμενης προσπάθειας προσαρμογής της Ελλάδας στα νέα οικονομικά δεδομένα.

Πέραν της πρακτικής δυσκολίας του τραπεζικού δανεισμού, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, για την χορήγηση επιχειρηματικού δανείου, απαιτούνται εμπράγματα εξασφαλίσεις, γεγονός που καθιστά δυσχερή τον δανεισμό για επιχειρήσεις που χρειάζονται τον δανεισμό προκειμένου να αγοράσουν τον απαραίτητο εξοπλισμό και γενικά την υλικοτεχνική τους υποδομή.

5.2 Ιδιωτική τοποθέτηση

Ετερος τρόπος χρηματοδότησης μιας ιδιωτικής επιχείρησης είναι αυτός της ιδιωτικής τοποθέτησης. Σε αυτή την περίπτωση, ένα μέρος του μετοχικού κεφαλαίου της επιχείρησης περνά στην κατοχή ιδιώτη ή ιδιωτών, έναντι ενός συγκεκριμένου αντιτίμου. Οι συνήθεις τρόποι ιδιωτικής τοποθέτησης είναι δια μέσου Εταιρίας Κεφαλαίου Επιχειρηματικών Συμμετοχών (Venture Capital), δια μέσου Ιδιωτικών Επενδυτικών Κεφαλαίων (Private Equity) και δια μέσου Επιχειρηματικών Αγγέλων (Business Angels).

5.2.1 Venture Capital & Private Equity

Το Venture Capital (Κεφάλαιο Επιχειρηματικών Συμμετοχών), σύμφωνα με το British Venture Capital Association αποτελεί «τρόπο χρηματοδότησης της ίδρυσης, ανάπτυξης ή εξαγοράς μιας εταιρείας, βάσει του οποίου ο επενδυτής αποκτά τμήμα του μετοχικού κεφαλαίου της εταιρείας ως αντάλλαγμα για την παροχή χρηματοδότησης». Κατά την διαδικασία αυτή, το venture capital συμμετέχει στο μετοχικό κεφάλαιο της επιχείρησης –η οποία είναι είτε υπό σύσταση είτε ήδη υπάρχουσα- δια μέσου αύξησης του μετοχικού της κεφαλαίου, ενώ σε άλλες περιπτώσεις δια μέσου έκδοσης ομολογιακού δανείου μετατρέψιμου σε μετοχές. Το ποσοστό συμμετοχής του Venture Capital στην εταιρία είναι θέμα συμφωνιών και διαπραγμάτευσης μεταξύ των δύο πλευρών.

Στο αρχικό στάδιο κατατίθεται στο Venture Capital το επιχειρηματικό σχέδιο της εταιρίας, γίνεται ανάλυση του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης (μακρο- και μικρο- ανάλυση) και στην συνέχεια γίνεται χρηματοοικονομική μελέτη προκειμένου να ευρεθούν τόσο το απαιτούμενο κεφάλαιο της συμμετοχής, όσο και η απόδοση της επένδυσης. Η επένδυση μπορεί να αποπληρωθεί με τρεις τρόπους: είτε με την ετήσια απόδοση επί των διανεμομένων κερδών της εταιρίας, είτε με εισαγωγή της εταιρίας σε χρηματιστήριο αξιών δια μέσου δημόσιας εγγραφής, είτε με αγορά των μετοχών του Venture Capital από τρίτους ή από την ίδια την εταιρία.

Η Ένωση Ελληνικών Εταιριών Επιχειρηματικών Κεφαλαίων αναφέρει ως συγκριτικά πλεονεκτήματα της συμμετοχής Venture Capital στο μετοχικό κεφάλαιο της επιχείρησης τα εξής σημεία (<http://www.hvca.gr/venture-capital/o-rolos-twn-vc-pe-etaireion.html>) «έναντι άλλω μορφών χρηματοδότησης:

- Οι εταιρείες επιχειρηματικών κεφαλαίων παρέχουν μεσο-μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση δημιουργώντας μια ισχυρή κεφαλαιακή βάση για τη μελλοντική ανάπτυξη της επιχείρησης. Παράλληλα έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις μελλοντικές ανάγκες χρηματοδότησης και σε συνεργασία και με άλλους επενδυτές, εφόσον αυτό απαιτείται για την περαιτέρω ανάπτυξη.
- Οι εταιρείες επιχειρηματικών κεφαλαίων γίνονται συνέταιροι στην επιχείρηση, αφού μοιράζονται τόσο τους κινδύνους όσο και τις επιτυχίες.
- Οι εταιρείες επιχειρηματικών κεφαλαίων παρέχουν συμβουλές σε θέματα στρατηγικής, οργάνωσης και χρηματοοικονομικής διοίκησης των επιχειρήσεων με βάση την εμπειρία που διαθέτουν από ομοειδείς επιχειρήσεις.
- Οι εταιρείες επιχειρηματικών κεφαλαίων έχουν εκτεταμένα δίκτυα επαφών σε διάφορους κλάδους, γεγονός ιδιαίτερα χρήσιμο για μια επιχείρηση σε θέματα προσέλκυσης πελατών, πρόσληψης στελεχών, καθώς και αναζήτησης στρατηγικών συμμάχων και επενδυτών.
- Η συμμετοχή μιας εταιρείας επιχειρηματικών κεφαλαίων προσδίδει κύρος σε μια επιχείρηση και διευκολύνει την πρόσβαση σε παραδοσιακές μορφές χρηματοδότησης όπως π.χ. στον τραπεζικό δανεισμό.
- Οι εταιρείες επιχειρηματικών κεφαλαίων διαθέτουν εμπειρία στην προετοιμασία μιας επιχείρησης για εισαγωγή στο χρηματιστήριο καθώς και σε θέματα εξαγορών και συγχωνεύσεων».

Ως κριτήρια συμμετοχής στο μετοχικό κεφάλαιο των εταιριών, τα venture capitals εστιάζουν στα εξής (Cochrane 2005, Gompers & Lerner 2004):

- Την αποδοτικότητα της επένδυσης (Return on Investment)
- Το εμπειριστατωμένο business plan
- Την εμπειρία της διοίκησης στο αντικείμενο της επιχείρησης και του κλάδου
- Την γενική φιλοσοφία της επιχείρησης
- Την καινοτομία της επιχείρησης

- Τον βαθμό εξοικείωσης του venture capital με τον κλάδο
- Το ύψος του απαιτούμενου κεφαλαίου
- Την στρατηγική εξόδου από την επένδυση (exit strategy)
- Την διάρκεια της επένδυσης
- Τον κύκλο του κλάδου (market cycle)
- Το στάδιο του οικονομικού κύκλου
- Την προοπτική της επιχείρησης για επέκταση των δραστηριοτήτων, σε καθετοποίηση και οριζοντιοποίηση
- Τον βαθμό τεχνολογικού επιπέδου της επιχείρησης
- Την ευελιξία της διοίκησης στην υιοθέτηση των προτάσεων του venture capital

Η χρηματοδότηση της επιχείρησης από το venture capital δύναται να πραγματοποιηθεί σε διάφορα στάδια της ζωής της επιχείρησης. Έτσι, μπορεί να υπάρξει χρηματοδότηση από το στάδιο εξερεύνησης μιας επιχειρηματικής ιδέας, έως και το στάδιο της τελικής ανάπτυξης της επιχείρησης προκειμένου να πληροί της προϋποθέσεις εισαγωγής της σε χρηματιστήριο αξιών (Cochrane 2005).

Βασικό στοιχείο των Venture Capitals σε μια εταιρία είναι ο συντονισμός των ενεργειών των δύο πλευρών στους κοινούς επιχειρηματικούς στόχους. Οι εκπρόσωποι της εταιρίας επιχειρηματικού κεφαλαίου θα πρέπει να ενστερνίζονται πλήρως το όραμα της επιχείρησης. Η συμμετοχή του venture capital στην επιχείρηση δεν πρέπει να θεωρείται μόνο ως παροχή κεφαλαίου, αλλά ως μια γενικότερη αρωγή στο επιχειρηματικό πλάνο και την υλοποίηση του επιχειρηματικού σχεδίου της εταιρίας. Έτσι, το venture capital συνήθως παρέχει τεχνογνωσία επάνω σε εξειδικευμένα ζητήματα, όπως η χρηματοοικονομική διοίκηση, η έρευνα αγοράς, η οργανωσιακή συμπεριφορά, η παροχή τεχνολογίας προκειμένου να επιτυγχάνονται και να παρακολουθούνται οι στόχοι, κ.ο.κ.

Αντίστοιχη διεργασία ακολουθείται και από τις εταιρίες Private Equity (ιδιωτικά επενδυτικά κεφάλαια). Ως κυριότερη διαφορά μεταξύ Private Equity και Venture Capital είναι ότι τα πρώτα αποτελούν εταιρίες στις οποίες συνήθως συμμετέχουν διάφορα επενδυτικά σχήματα, π.χ. ένα private equity μπορεί να έχει ως μετόχους ταυτόχρονα ασφαλιστικά ταμεία, τράπεζες, θεσμικούς επενδυτές και ιδιώτες επενδυτές. Επίσης, συχνά τα private equity εξαγοράζουν μετοχές της επιχείρησης από τους ήδη υπάρχοντες μετόχους, χωρίς να είναι απαραίτητη η αύξηση μετοχικού κεφαλαίου. Ως εκ τούτου, τα private equities επενδύουν

συνήθως σε ήδη ανεπτυγμένες επιχειρήσεις, ενώ ως επί το πλείστον τα venture capitals επενδύουν σε νεοσυσταθείσες επιχειρήσεις (Cochrane 2005).

5.2.2 Business Angels

Ο θεσμός των «αγγέλων επιχειρήσεων», όπως έχει αποδοθεί στα Ελληνικά ο όρος Business Angels, αποτελεί μια μορφή χρηματοδότησης επιχειρήσεων που έχει παρουσιάσει σημαντική δραστηριότητα τα τελευταία 10 χρόνια. Σε αυτή την μορφή χρηματοδότησης, ιδιώτες επενδυτές, μικρού έως μεσαίου οικονομικού μεγέθους, χρηματοδοτούν επιχειρήσεις, είτε προκειμένου αυτές να συσταθούν, είτε προκειμένου να επεκτείνουν την δραστηριότητά τους ή να μειώσουν τον τραπεζικό τους δανεισμό. Οι επιχειρηματικοί άγγελοι συχνά συμμετέχουν στις αποφάσεις της επιχείρησης, καθώς έχουν μια μεγαλύτερη εμπολή, δεδομένου του ότι επενδύουν τα κεφάλαιά τους σε επιχειρήσεις μικρού μεγέθους, που είτε δεν επιθυμούν, είτε δεν μπορούν να απευθυνθούν σε venture capitals.

Μια σημαντική παράμετρος των business angels είναι η μη-χρηματοοικονομική διάσταση της συμβολής τους (Politis 2008), καθώς συχνά συμμετέχουν στο διοικητικό συμβούλιο της επιχείρησης, παρέχουν τις προσωπικές τους γνώσεις και επαφές στην εταιρία και αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες. Σε έρευνα 31 business angels στην Μεγάλη Βρετανία, βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη συμβολή των business angels ήταν η παροχή συμβουλών στην χάραξη στρατηγικής των επιχειρήσεων (Mason and Harrison 1996, όπως παρατίθεται στην Politis 2008).

5.3 Δημόσια εγγραφή

Ως δημόσια εγγραφή αναφέρεται η εισαγωγή της επιχείρησης σε οργανωμένο χρηματιστήριο αξιών. Προκειμένου μια επιχείρηση να εισαχθεί στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών (ΧΑΑ), θα πρέπει να πληροί της εξής προϋποθέσεις (πηγή www.ase.gr):

- Η εταιρία πρέπει να είναι ανώνυμη και να είναι νόμιμη σε όλο της το φάσμα (καταστατικό, επωνυμία, διοικητικό συμβούλιο)
- Να έχει ίδια κεφάλαια 3 εκ. Ευρώ για την κατηγορία της μικρής και μεσαίας κεφαλαιοποίησης και 15 εκ ευρώ για την κατηγορία της μεγάλης κεφαλαιοποίησης.
- Να έχει δημοσιεύσει τουλάχιστον τρεις ισολογισμούς, συνταγμένους βάσει των Διεθνών Λογιστικών Προτύπων, οι οποίοι θα έχουν ελεγχθεί από ορκωτό λογιστή
- Να έχει ελεγχθεί φορολογικά για όλες τις χρήσεις έως την εισαγωγή
- Να έχει κέρδη προ φόρων των τελευταίων τριών ετών κατ' ελάχιστον 3 εκ ευρώ, θετικό μέγεθος κερδών προ τόκων, φόρων και αποσβέσεων (EBITDA: Earnings

Before Interest, Tax, Depreciation, and Amortization) για τις δύο τελευταίες χρήσεις, ή εναλλακτικά, EBITDA κατ' ελάχιστον 3 εκ. Ευρώ για τις τρεις τελευταίες χρήσεις.

- Να έχει διασπορά στο ευρύ επενδυτικό κοινό κατ' ελάχιστον 25%, ή, σε περίπτωση εταιρίας με κεφαλαιοποίηση άνω των 700 εκ ευρώ, κατ' ελάχιστο 15%.
- Να υπάρχει δεσμευση των μετόχων άνω του 5% του συνολικού μετοχικού κεφαλαίου για διάθεση ποσοστού των μετοχών τους έως και 25% κατά μέγιστο.
- Να υπάρχει συμμόρφωση με τις αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης
- Να έχει εκδώσει Ενημερωτικό Δελτίο
- Να έχει ανάδοχο της έκδοσης

Τα πλεονεκτήματα της εισαγωγής μιας εταιρίας στο χρηματιστήριο αξιών είναι πολλά και σημαντικά. Ως κυριότερα μπορούμε να αναφέρουμε (Draho 2004) την χρηματοδότηση της επιχείρησης με κόστος σημαντικά χαμηλότερο των εναλλακτικών πηγών άντλησης κεφαλαίων, την φήμη και την αναγνώριση που αποκτά η επιχείρηση, την βελτίωση των εσωτερικών της διαδικασιών, λόγω της απαιτούμενης συμμόρφωσης με τα πρότυπα εταιρικής διακυβέρνησης και την εστίαση της επιχείρησης στην ανάπτυξη της, καθώς η διοίκηση έχει αυξημένη λογοδοσία στους μετόχους για την χρήση των κεφαλαίων.

Ενα σημαντικό σημείο προσοχής αναφορικά με το χρηματιστήριο αξιών είναι ότι η πορεία της τιμής της μετοχής δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τα αποτελέσματα της ίδιας της επιχείρησης, αλλά συνδιαμορφώνεται βάσει του γενικότερου επενδυτικού κλίματος της αγοράς, τις οικονομικές προσδοκίες της οικονομίας, την κατάσταση του κλάδου και από γενικότερες μακροοικονομικές παραμέτρους.

6. Συμπεράσματα

Από όλη την προηγηθείσα ανάλυση εξάγονται τα εξής συμπεράσματα:

Κατά πρώτον, βάσει των αποτελεσμάτων των αναλύσεων PEST και SWOT, προκύπτει ότι η δημιουργία ενός πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου αποτελεί μια επιχειρηματική ενέργεια η οποία αφ' ενός έχει την προοπτική της κερδοφορίας και της εκπλήρωσης των στόχων των μετόχων και αφ' ετέρου εκπληρώνει τις ανάγκες που υφίστανται την τρέχουσα περίοδο και καλύπτει τις μελλοντικές ανάγκες του πληθυσμού στην παροχή υψηλών και ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών. Όπως είδαμε, η σημερινή υποδομή δεν προσφέρει κάλυψη των υπαρχόντων αναγκών, καθώς η πρόσβαση στα αιμοδυναμικά εργαστήρια είναι περιορισμένη, την στιγμή μάλιστα που ο χρόνος προσέλευσης στο εργαστήριο (door-to-baloon) είναι κυριολεκτικά ζωτικής σημασίας. Πέραν της επεμβατικής διάστασης, ειδική σημασία έχει και το διαγνωστικό σκέλος, μιας και αποτελεί κρίσιμο σημείο για την υγεία του πληθυσμού και την αποφυγή εμφάνισης εκτάκτων περιστατικών.

Το οργανωτικό σκέλος του αιμοδυναμικού εργαστηρίου θα πρέπει να διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, με τρόπο δυναμικό και πολυεπίπεδο. Αναλύθηκε η σημασία της πιστοποίησης της ποιότητας, τόσο από εσωτερικές διαδικασίες, όσο και από εξωτερικούς ελεγκτές. Το ζήτημα της ασφάλειας των επισκεπτών/ ασθενών ανάγεται σε κορυφαίο ζήτημα της επιχειρηματικής δραστηριότητας, καθώς ο ασθενής αποτελεί το επίκεντρο όλων των προγραμματισμένων διαδικασιών. Η στελέχωση του εργαστηρίου με το κατάλληλο προσωπικό εξετάστηκε τόσο στην διάσταση της περιγραφής των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του κάθε ατόμου, όσο και στην διάσταση των κινήτρων και της αξιολόγησης του προσωπικού. Ως κύρια παράμετρος της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών αναδείχθηκε η προτυποποίηση της κάθε ενέργειας και η διασύνδεσή της με τις λοιπές ενέργειες, προκειμένου να αναδειχθεί η σημασία της αντιμετώπισης των ενεργειών ως ενιαία διαδικασία.

Ως προς το ζήτημα της χρηματοδότησης του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, ανεδείχθη η σημασία της εξεύρεσης κεφαλαίων από πηγές πέραν του τραπεζικού δανεισμού, ο οποίος εμφανίζει δυσκολία στην παροχή της απαιτούμενης δανειακής ρευστότητας. Πέραν αυτού του σκέλους, η προσέγγιση σχημάτων Private Equity και Venture Capital προσδίδει επιπλέον πλεονεκτήματα στην επιχείρηση, καθώς θα δώσει την ευκαιρία ανάπτυξης συνεργειών και παροχής εξειδικευμένης τεχνογνωσίας.

Η ίδρυση ενός πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου έχει σημαντικές θετικές επιδράσεις, τόσο σε επίπεδο οικονομίας, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Όπως είδαμε, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα νοσήματα του κυκλοφορικού εμφανίζουν μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στον ενήλικο πληθυσμό της Ελλάδας. Ως εκ τούτου, τόσο σε επίπεδο πρόληψης – διάγνωσης, όσο και σε επίπεδο θεραπευτικής αντιμετώπισης, αποτελεί αναγκαιότητα η πλήρης κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Ειδικά όσον αφορά στο θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ο χρόνος πρόσβασης αποτελεί την ζωτική, με την κυριολεκτική έννοια του όρου, παράμετρο για τον ασθενή. Η παρουσία του αιμοδυναμικού εργαστηρίου διασφαλίζει, ακριβώς, αυτή την πρόσβαση, την στιγμή, μάλιστα, που οι υποδομές του δημοσίου παρουσιάζουν μεγάλη πληρότητα. Δεν είναι, όμως, μόνο η ίδια η αντιμετώπιση των περιστατικών που είναι σημαντική, αλλά και η γνώση του ότι υπάρχει αυτή η δυνατότητα της άμεσης πρόσβασης. Η αίσθηση της ψυχολογικής ασφάλειας, το ότι δηλαδή, ο πολίτης αισθάνεται ότι, σε περίπτωση ανάγκης δεν θα μείνει ακάλυπτος, αποτελεί το πλέον πολύτιμο στοιχείο για την κοινωνική, οικονομική, οικογενειακή και πολιτιστική δραστηριότητα του ανθρώπου.

Εξ' ίσου σημαντικό για τον πολίτη είναι η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η επικοινωνία του με το ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό. Σε κάθε διαγνωστική και θεραπευτική πράξη του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, ο ασθενής τοποθετεί την εμπιστοσύνη του για την ίδια του τη ζωή στα χέρια άλλων και αποστολή του φορέα των υπηρεσιών υγείας είναι να εκπληρώσει πλήρως τις προσδοκίες και την εμπιστοσύνη του ασθενούς, δίδοντάς του την διασφάλιση ότι δεν θα τύχει εκμετάλλευσης, λανθασμένων διαδικασιών και παραλείψεων. Ως εκ τούτου, με την ύπαρξη του πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου, ο πολίτης θα καλύψει την ανάγκη της άρτιας αντιμετώπισης και θα βελτιωθεί, σε σημαντικό βαθμό, το συνολικό του βιωτικό επίπεδο.

Οι θετικές επιδράσεις του εξεταζόμενου πρότυπου ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου άπτονται, επίσης, και στην οικονομική διάσταση. Μια από τις μεγαλύτερες «πληγές» της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι αυτή της «εξαγωγής εγκεφάλων». Πολύτιμο εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό μεταναστεύει προς τρίτες χώρες, προκειμένου να διασφαλίσει ένα αξιοπρεπές επίπεδο εισοδήματος και να τύχει ευκαιριών καριέρας και επαγγελματικής εξέλιξης. Ειδικά ο κλάδος των ιατρών, διαφόρων ειδικοτήτων, παρουσιάζει έντονο ποσοστό μετανάστευσης, καθώς δεν υπάρχουν ευκαιρίες απασχόλησης. Με την ίδρυση του πρότυπου αιμοδυναμικού εργαστηρίου, το ιατρικό προσωπικό, όχι μόνο έχει αυτή την ευκαιρία απασχόλησης, αλλά την πραγματική δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης με

συνεχή πρόοδο και εμπλουτισμό των γνώσεων, των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων του. Το άρτιο διοικητικό πλαίσιο λειτουργίας του εργαστηρίου δίδει την δυνατότητα συνεχούς μετακπαίδευσης και επαγγελματικής προόδου, με συνεχή παρότρυνση αυτοβελτίωσης και αριστείας.

Το ίδιο ισχύει και για το λοιπό προσωπικό του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Η εργασία στο περιγραφόμενο περιβάλλον δίνει την εμπειρία εργασίας σε μια επιχείρηση με διεθνή standards ποιότητας, γεγονός που αποτελεί σημαντικό στοιχείο στο βιογραφικό κάθε εργαζομένου. Πολλώ δε μάλλον που, υπό τις τρέχουσες συνθήκες, ακόμη και η μικρή προσθήκη θέσεων εργασίας είναι εξαιρετικά σημαντικό γεγονός.

Μια επιπρόσθετη διάσταση των θετικών οικονομικών επιδράσεων είναι αυτή του «ιατρικού τουρισμού». Η Ελλάδα θα μπορούσε να αποτελέσει τόπο προσέλευσης ασθενών από άλλες χώρες, καθώς διαθέτει άριστο ανθρώπινο δυναμικό, με κορυφαία ακαδημαϊκή κατάρτιση, τεχνολογία αιχμής και εξαιρετικό περιβάλλον για την ψυχολογική ευδιαθεσία του ασθενούς. Ένα διαχρονικό φαινόμενο της Ελληνικής πραγματικότητας, είναι η «εξαγωγή ασθενών», όχι γιατί οι ίδιοι δεν εμπιστεύονται το ιατρικό προσωπικό, αλλά για λόγους χρονικής καθυστέρησης στην εξυπηρέτηση των ασθενών. Με την ίδρυση του ιδιωτικού αιμοδυναμικού εργαστηρίου, όχι μόνο ανακόπτεται η τάση εξαγωγής ασθενών, αλλά επιπρόσθετα, θα υπάρξει εισροή πολιτών από τρίτες χώρες, με το αντίστοιχο οικονομικό όφελος σε όλη την τοπική οικονομία.

Το πλεονέκτημα της ίδρυσης του αιμοδυναμικού εργαστηρίου αναφέρεται επίσης στην σύγκρισή του με τις υπάρχουσες υποδομές. Όπως αναφέρθηκε, τα δημόσια κονδύλια για την υγεία παρουσιάζουν μείωση, δεδομένων των αναγκών της Ελλάδας. Έτσι, η δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα αποτελεί πλέον εμφανή ανάγκη. Η ίδρυση ενός αιμοδυναμικού εργαστηρίου με τις πρότυπες συνθήκες λειτουργίας που έχουν περιγραφεί, αναπτύσσει θετικά τον ανταγωνισμό, καθώς ωθεί και τους λοιπούς ιδιώτες παρόχους αντίστοιχων υπηρεσιών να γίνουν καλύτεροι και αποτελεσματικότεροι. Η υιοθέτηση προτύπων λειτουργίας ολικής ποιότητας από το εργαστήριο θα συμβάλλει θετικά και στους υπολοίπους ιδιωτικές εταιρίες του κλάδου, καθώς θα αυξήσει τα standards. Ως εκ τούτου, η μεγαλύτερη συμβολή του εργαστηρίου δεν έγκειται τόσο στο να προσποριστεί «πελατεία» από τον ανταγωνισμό, αλλά να προωθήσει τον υγιή ανταγωνισμό, με υιοθέτηση τεχνολογικού εξοπλισμού αιχμής, με πιστοποιημένες διαδικασίες ποιότητας, με την συνεχή μετεκπαίδευση του προσωπικού, τον πλήρη σεβασμό στον ασθενή και την εκπλήρωση των προσδοκώμενων επιθυμιών του πολίτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. (2009). Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, τ. 48(1)

Γώγος, Χ.Β. (2011). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, τ. 10(1)

Δερβιτσιώτης, Κ. Ν. (2005). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Β' έκδ., Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

Δικαίος, Κ., Χλέτσος, Μ. (1999). Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Στο: Δικαίος, Κ, Χλέτσος, Μ. (Επιμ.) (1999) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Β' τόμος, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Έλληνας, Δ. (2009) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας. Ιατρικά Θέματα, τ. 48

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2013a). Δείκτης Μισθών στο σύνολο της Οικονομίας. ΕΛ.ΣΤΑΤ. Διαθέσιμο στο http://www.tovima.gr/files/1/2013/12/27/A0199_DKT08_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2013b). Δαπάνες Υγείας: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011. ΕΛ.ΣΤΑΤ. Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SH_E35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014a). Τριμηνιαίοι Εθνικοί Λογαριασμοί 4^ο τρίμηνο 2013. Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0704/PressReleases/A0704_SEL84_DT_QQ_04_2013_01_P_GR.pdf

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014b). Δημοσιονομικά στοιχεία για την περίοδο 2010-2013. ΕΛ.ΣΤΑΤ. Διαθέσιμο

στο http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0701/PressReleases/A0701_SEL03_DT_AN_00_2014_01_P_GR.pdf

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014c). Δείκτης Τιμών Καταναλωτή Μάρτιος 2014. ΕΛΣΤΑΤ. Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0515/PressReleases/A0515_DKT87_DT_MM_03_2014_01_F_GR.pdf

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014d). Έρευνα εργατικού δυναμικού Δ' τρίμηνο 2013. ΕΛΣΤΑΤ. Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_04_2013_01_F_GR.pdf

Ζευγαρίδης, Σ., Σταματιάδης, Η. (1997). Διοίκηση και εποπτεία προσωπικού. Αθήνα: Interbooks

Ζιάμπα, Β., Σαμαρά, Θ., Γιαννοπούλου, Ε., Βυρλιός, Κ. (2010). Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Η ελληνική πραγματικότητα. Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος – Απρίλιος

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2011). Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας κατά την περίοδο του Μνημονίου. Αθήνα: IOBE

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά. Αθήνα: Κλειδάριθμος

Κελέση-Σταυροπούλου, Μ.Ν., Σταυροπούλου, Μ.Κ. (2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Το Βήμα του Ασκληπιού, τομ. 9(3)

Κυριόπουλος, Γ. (2007) Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Αθήνα: Παπαζήση

Λαζάρου, Π. (2001). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Απλή σφυγμομέτρηση ή εργαλείο αποτίμησης και διασφάλισης ποιότητας; Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος – Φεβρουάριος

Λιαρόπουλος, Λ.Λ. (2010). Διεθνή συστήματα υγείας. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4)

Μποστανίτης, Ι., Τσαλίδου, Μ. (2010). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: οι σχέσεις ιατρών – ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος

- Μπουραντάς, Δ., Παπαλεξανδρή, Ν. (1993). Προσδιοριστικοί παράγοντες της διάθεσης για απόδοση των εργαζομένων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα. Επιστημονική Ημερίδα ΠΑΜΑΚ 11. Διαθέσιμο στο <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/3391>
- Νιάκας, Δ. (2002). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ. (2002). Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α΄, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Νικολάκης, Κ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Τσάκος, Γ., Κυριόπουλος, Γ. (2000) Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμιας περίθαλψη: Το παράδειγμα του ΙΚΑ. Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας, τ. 12(2)
- Οικονομοπούλου, Χ.Β., Λιαρόπουλος, Λ., Δόσιος, Θ. (2000). Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Σύγχρονη θεωρία και πρακτική. Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος – Δεκέμβριος
- Παπαϊωάννου, Θ. (2010). Νεότερες Τεχνολογικές εξελίξεις στο Αιμοδυναμικό εργαστήριο. Παρουσίαση, 1ο Πανελλήνιο Προγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης Τεχνολόγων - Παρασκευαστών Ιατρικών εργαστηρίων. Αθήνα: Νοσοκομείο Σωτηρία
- Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης
- Παυλάκης, Α. (2007) Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα; 14^ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.cyna.org/14th/articles/031.pdf>
- Σαράφης, Π.Α. (2011). Marketing στις υπηρεσίες υγείας: Αποτίμηση, Τάσεις, Προοπτικές. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
- Σιγάλας, Ι. (1994). Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης. Επιθεώρηση Υγείας, τ. 5(4)
- Σιγάλας, Ι. (2008). Η δημόσια περίθαλψη. Προβλήματα και Προοπτικές. Σεμινάριο στα Ιωάννινα, Απρίλιος 2008 του τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonomia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ.(2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ.25(5)

Σκλάβος, Γ. (2001). Μεταβλητές εκτίμησης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος – Απρίλιος

Τούντας, Γ. (2003). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 20(1)

Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας

Τράπεζα της Ελλάδος (2014). Στατιστικό Δελτίο Οικονομικής Συγκυρίας Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2014, τεύχος 154

Τσούγκα, Μ. (2004). Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος – Φεβρουάριος,

Χρονίδης, Γ. (2010). Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο: Ανάλυση των αρχών διοίκησης. Ποιος ο βέλτιστος τρόπος διοίκησης των σύγχρονων δημόσιων νοσοκομείων. Ανάλυση προγραμματισμού με παρουσίαση παραδείγματος. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.healthacademy.gr/?p=155&upm_export=print

Υπουργείο Υγείας (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας

Υπουργείο Υγείας (2011). Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας

Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2003). Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός

Ξένη βιβλιογραφία

Bardey, D., Lesur, R. (2006). Optimal regulation of Health System with induced demand and ex post moral hazard. Annales d'économie et de statistique, No 83/84. Διαθέσιμο στο <http://adres.ensae.fr/anciens/n8384/vol8384-11.pdf>

Baker, M. (ed) (2003). The Marketing Book. 7th ed., Oxford: Butterworth-Heinemann

Baron, S. (2010). Editor's Introduction: Services Marketing, στο Baron, S. (ed) (2010). Service Marketing. Volume I, London: Sage Publications

Begg, D., Fisher, S., Dornbush, R. (2006). Εισαγωγή στην Οικονομική. Α' τόμος, Αθήνα: Κριτική.

- Berger, S. (2008). *Fundamentals of Health Care*. 3rd ed, San Francisco: Jossey-Bass
- Cardona, P., Lawrence, B.S., Espejo, A. (2003). Outcome – based theory of work motivation. University of Navarra, IESE Working Paper No. D/495. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=462623
- Carni, C., Schwartz, J., Hill, B. (2010). Cardiac Catheterization Lab. Health Care Institutional Management working paper. Διαθέσιμο στο <http://www.trinity.edu/eschumac/HCAD5320/Departmental%20Papers/Fall%202010/Cath%20Lab%20Inst%20Mgmt.pdf>
- Child, J. (1984). *Organization. A guide to problems and practice*. Harper & Row
- Cochrane, J.H.(2005). The Risk and Return of Venture Capital. *Journal of Financial Economics*, vol. 75(1)
- Crago M. (2002). Meeting Patients Expectations: ISO 9000 will do for healthcare what is systematically succeeded in doing for manufacturing and services, *American College of Physician Executives online magazine*, Vol.3(1)
- Cromwell, J. Tsirolini, M., Pope, G., Mitchell, J., Greenwald, L. (2011). *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches*. Research Triangle Park, NC: RTI Press
- Delaney, J., Huselid, M. (1996). The Impact of Human Resource Management Practices on Perceptions of Organizational Performance. *Academy of Management Journal*, 4(39)
- Draho, J. (2004). *The IPO decision: Why and How companies go public*. Edgar Elgar Publishing
- Euro Health Consumer Index (2013). Πίνακας κατάταξης συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης 2013. Health Consumer Powerhouse. Διαθέσιμο στο <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
- European Commission (2012). *EU Employment and Social Situation. Quarterly Review*, September. European Commission
- Gaucher, E.J., Coffey, R.J. (1993). *Total Quality in Health Care: From Theory to Practice*. Jossey-Bass Inc.
- Gompers, P.A., Lerner, J. (2004). *The Venture Capital Cycle*. Cambridge:MIT Press.
- Hannagan, T. (2002). *Mastering Strategic Management*. Hampshire: Palgrave Macmillan

- James, P. (1998). Μανατζμεντ Ολικής Ποιότητας: Μια εισαγωγή. Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Heuvel, J. van den. (2006). The effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare. Alphen aan den Rijn: Beaumont Publications
- Ichniowski, C., Shaw, K. and Prensushi, G. (1997). The Effects of Human Resource Management Practices on Productivity: A Study of Steel Finishing Lines. The American Economic Review, 87(3)
- ISO (2001). Quality Management Systems – Guidelines for process improvements in health service organizations. Ref. Number: 1.2001(E), ISO International Workshop Agreement
- Kanalakis, J., Ntalianis, A. Papaioannou, G., Hourdaki, S., Parharidis, G. (2012). Stent for life – The Greek experience. EuroIntervention, vol. 8. Διαθέσιμο στο http://www.hcs.gr/admin/spaw/uploads/STENT_FOR_LIFE_GREECE_EUROINTERVENTION_2012.pdf
- Karagiannis, R., Hatziprokopiou, M. (2007). Measuring and Explaining Technical Efficiency of Greek Public hospitals. University of Macedonia, WP 2007 – 04. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://ideas.repec.org/p/mcd/mcddps/2007_04.html
- Kontodimopoulos, N., Paleologou, V., Niakas D. (2009). Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. Health Services Research, 9(164). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/164>
- Kotler, P., Keller, K.L. (2006). Μάρκετινγκ μανατζμεντ. Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Leonard N.H., Beauvais L.L., Scholl R.W. (1999). Work motivation: the incorporation of self-based process, Human Relations, 52(8), σελ. 969 -997
- Litterer, J.A. (1963): Organizations: Structure and behaviour. 2nd ed. Vol. 1. New York: John Wiley & Sons
- Locke, E.A. (1997). The motivation to work: what we know. In: Maehr, M.L. and Pintrich, P.R. (Eds), Advances in Motivation and Achievement. JAI Press Inc.
- Macmillan, H., Tampoe, M. (2000). Strategic Management. Oxford: OUP Oxford
- McKay, E.G. (2001). Strategic planning: A ten – step guide. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPTEIA/Resources/mosaica_10_steps.pdf
- Mankiw, N.G., Taylor, M.P. (2010). Αρχές Οικονομικής Θεωρίας με Αναφορά στις Ευρωπαϊκές Οικονομίες. Α΄ τόμος, Αθήνα: Gutenberg

- Marquardt, D.W. (1999). The ISO 9000 family of International Standards. Στο Juran, J.M (ed) (1999). Quality Handbook. New York: McGraw-Hill,
- Martinez, H. (2001). Assesing Quality, Outcome and Performance Management. Department of Organization of Health Services Delivery, Washington, D.C.:World Health Organization
- Montana, P.J., Charnov, B.H. (2000). Management. New York: Barron
- Nicholson, W., Snyder, C. (2008). Microeconomic Theory: Basic Principles and Extensions. 10th ed. Mason, OH: Thomspen-Southwestern
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L.(1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing, vol. 49 (4)
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, vol. 64(1)
- Politis, D. (2008). Business angels and value-added: what do we know and where do we go?. Venture Capital, vol. 10(2)
- Porter, M. (1979). How competitive forces shaper strategy. March – April, Harvard Business Review
- Porter, M. (2008). The five competitive forces that Shape Strategy. January, Harvard Business Review
- Samuelson, P., Nordhaus, W.(2000). Οικονομική. Α' και Β' τόμος, 16^η Διεθνής Έκδοση, Αθήνα: Παπαζήση
- Shostack, L.G.(1977). Breaking Free from Product Marketing. Journal of Marketing, vol. 41(2)
- Schneider, B., Brief, A. P., Guzzo, R. A. (1996). Creating a Climate and Culture for Sustainable Organizational Change. Organizational Dynamics, vol. 24(4)
- Spencer, E., Mills, A., Rorty, M., Werhane, P. (2000). Organization Ethics in Health Care. Oxford: Oxford University Press
- Werther, Jr. W.B, Kerr, J.L., Wright, R.G (1995). Strengthening corporate governance through board-level consultants. Journal of Organisational Change Management, vol. 8(3)

Wilson, A., Zeithaml, V.A., Bitner, M.J., Gremler, D.D.(2012). *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. 2nd European Edition, Berkshire: McGraw Hill Education

Winter, S.J. (2008). Improving the Quality of Health Care Delivery in a Corrections Setting. *Journal of Correctional Health Care*, vol.14(3)

Wolak, R., Kalafatis, S., Harris, P. (1998). An Investigation into Four Characteristics of Services. *Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science*, vol. 3(2)

World Health Organization (2013). *Review of Social Determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Regional Office for Europe, World Health Organization