



ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας - Μία εφαρμογή σε
Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία στην Ελλάδα & στην Τσεχία**

Διατριβή που υπεβλήθη για την μερική ικανοποίηση των
απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης
υπό

Ελιόνας Χ. Γκίκα

Χανιά, 2006

Copyright © 2006, υπό Ελιόνας Χ. Γκίκα

Η διατριβή της Ελιόνας Γκίκα, εγκρίνεται από τους Νικόλαο Μπιλάλη (επιβλέπων), Κωνσταντίνο Ζοπουνίδη και Μιχαήλ Δούμπο:

1. Νικόλαος Μπιλάλης (επιβλέπων)
2. Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης
3. Μιχαήλ Δούμπος

Στην αγάπη που γίνεται πάθος,
Στο πάθος που γίνεται δύναμη,
Στη δύναμη που όλα τα μπορεί...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	7
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	15

ΜΕΡΟΣ Α' : ΕΛΛΑΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Ιστορική Αναδρομή για το Σύστημα Υγείας - Θεωρητική Ανασκόπηση

1.		
1.1.	Εισαγωγή.....	22
1.2.	Αναδρομικά.....	23
1.2.1.	Σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.....	26
1.2.2.	Το σύστημα υγείας.....	27
1.2.3.	Νοσοκομεία.....	28
1.2.4.	Management Νοσοκομείων.....	29
1.2.5.	Ο κοινωνικός σκοπός του Νοσοκομείου.....	30
1.2.6.	Περιβάλλον.....	30
1.2.7.	Το μοντέλο του νοσοκομειακού management.....	30
1.2.8.	Marketing στο Νοσοκομείο.....	32
1.2.9.	Οργάνωση & Marketing στο Νοσοκομείο.....	32
1.3.	Ανασκόπηση ερευνών από διεθνή περιοδικά.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Αξιολόγηση της Αριστείας της διοίκησης

2.		
2.1.	Εισαγωγή.....	48
2.2.	Θεωρητικό υπόβαθρο.....	49
2.2.1.	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	49
2.2.1.1.	Η προσέγγιση του Deming.....	50
2.2.1.2.	Η προσέγγιση του Joseph Juran.....	51
2.2.1.3.	Η προσέγγιση του Philip B. Crosby.....	52
2.2.2.	Στρατηγικός Προγραμματισμός.....	53
2.2.3.	Αξιολόγηση Επιδόσεων(Benchmarking).....	55
2.2.4.	Μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών.....	56
2.2.5.	Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού.....	58
2.2.6.	Συνεργασίες(Προμηθευτές-Εξωτερικοί συνεργάτες-Εσωτερικοί συνεργάτες).....	59
2.2.7.	Εταιρεία & περιβάλλον.....	60

2.3. Αριστεία της διοικητικής λειτουργίας.....	61
2.3.1. Μοντέλα αξιολόγησης.....	61
2.4. Μεθοδολογία Αξιολόγησης της Διοίκησης μέσω ερωτηματολογίου.....	64
2.4.1. Λογική δόμησης του ερωτηματολογίου.....	64
2.4.2. Ερωτηματολόγιο με θέμα: «Η λειτουργία της διοίκησης στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία Ελλάδος».....	67
2.4.3. Αξιολόγηση της αριστείας βάσει των απαντήσεων.....	89
2.4.3.1. Λογική δόμησης της μεθοδολογίας ανάλυσης.....	90
2.4.4. Τρόπος κωδικοποίησης των απαντήσεων.....	90
2.4.5. Τρόπος προσδιορισμού των σκορ.....	92
2.4.6. Προσδιορισμός του σκορ του Π.ε.Π.α.Γ.Ν.Η.....	94
3.5. Συμπεράσματα.....	97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Αξιολόγηση μέσω Χρηματοοικονομικών Δεικτών

3.	
3.1. Εισαγωγή.....	100
3.2. Θεωρητικό υπόβαθρο.....	101
3.2.1. Ισολογισμός.....	101
3.2.2. Ενεργητικό - Παθητικό.....	102
3.2.3. Ανάλυση των στοιχείων του ενεργητικού & παθητικού.....	102
3.2.3.1. Ιατρικό Αθηνών.....	102
3.2.3.2. ΙΑΣΩ.....	109
3.2.3.3. Υγεία.....	115
3.2.4. Λογαριασμός Αποτελεσμάτων Χρήσης.....	123
3.2.4.1. Ιατρικό Αθηνών.....	123
3.2.4.2. ΙΑΣΩ.....	129
3.2.4.3. Υγεία.....	135
3.2.5. Κεφάλαιο Κίνησης.....	139
3.2.6. Η έννοια των αναγκών σε Κεφάλαιο Κίνησης.....	143
3.2.7. Η έννοια του Ταμειακού Αποτελέσματος.....	144
3.2.7.1. Ιατρικό Αθηνών.....	144
3.2.7.2. ΙΑΣΩ.....	144
3.2.7.3. Υγεία.....	145
3.3. Αριθμοδείκτες.....	145
3.4. Ανάλυση αριθμοδεικτών ανά κατηγορία.....	146
3.4.1. Δείκτες Αποδοτικότητας.....	146
3.4.2. Δείκτες Φερεγγυότητας.....	154
3.4.3. Δείκτες Επίδοσης Διαχείρισης.....	158
3.5. Συμπεράσματα.....	162

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών/ασθενών – Σχετική μελέτη

4.		
4.1.	Εισαγωγή	164
4.2.	Διαχείριση - Ικανοποίηση Πελατών.....	165
4.2.1.	Βαρόμετρα ικανοποίησης.....	167
4.3.	Έρευνα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....	170
4.4.	Ερωτηματολόγιο.....	171
4.5.	Επεξεργασία του ερωτηματολογίου στο πρόγραμμα SPSS & τα αποτελέσματα της ανάλυσης.....	172
4.5.1.	Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων.....	172
4.5.2.	Το είδος περίθαλψης.....	177
4.5.3.	Τα Νοσοκομεία συνεργασίας.....	179
4.5.4.	Το είδος ασφάλισης.....	180
4.5.5.	Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.....	181
4.5.5.1.	Ο ρόλος του «μέσου» στην Υγεία.....	187
4.5.5.2.	Οι υπηρεσίες που κρίνονται υψίστης σημασίας.....	189
4.5.5.3.	Σύγκριση του γενικού πακέτου υπηρεσιών.....	191
4.5.5.4.	Συμπεριφορά προσωπικού.....	200
4.5.5.5.	Λόγοι που οδηγούν ή όχι στην ιδιωτική Υγεία.....	202
4.5.5.6.	Τι παρέχουν τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.....	206
4.6.	Συμπεράσματα.....	210
4.7.	Περαιτέρω ερευνητικές προτάσεις.....	211

ΜΕΡΟΣ Β' ΤΣΕΧΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Έρευνα Ικανοποίησης Ασθενών σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πράγας

1.1.	Εισαγωγή.....	216
1.2.	Έρευνα ικανοποίησης ασθενών στην Τσεχία το έτος 2006.....	217
1.3.	Έρευνα ικανοποίησης των ασθενών υπόψη του Υπουργείου Υγείας.....	228
1.4.	Συμπεράσματα.....	230

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Μέτρηση της Αριστείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πράγας

2.1.	Μέτρηση της Αριστείας.....	232
2.2.	Προσδιορισμός του σκορ του Charles University Hospital.....	234
2.3.	Συμπεράσματα.....	235

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	236
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	239

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Έρευνα ICAP – Έντυπη επικαιρότητα

1.1. Εισαγωγή.....	246
1.2. Κλαδική έρευνα της ICAP για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.....	247
1.3. Ελληνική έντυπη επικαιρότητα.....	282

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Το Ελληνικό Νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας της διοίκησης στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία

2.1. Εισαγωγή.....	294
2.2. Νομοθετική διάταξη.....	295
2.2.1. Διοικητικό Συμβούλιο.....	295
2.2.2. Διοικητής.....	297

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Ερωτηματολόγιο για τη μελέτη ικανοποίησης των ασθενών

Ερωτηματολόγιο.....	302
---------------------	-----

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Η παρούσα ειδική επιστημονική εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στα Συστήματα Παραγωγής του Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης του Πολυτεχνείου Κρήτης.

Από την θέση αυτή θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της τριμελούς επιτροπής που απαρτίζεται από τους κυρίους Μπιλάλη Νικόλαο Αναπληρωτή Καθηγητή, Ζοπουνίδη Κωνσταντίνο Καθηγητή και Δούμπο Μιχαήλ Λέκτορα, για την βοήθεια και στήριξη που μου πρόσφεραν κατά την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Ακόμα, νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ένα σύνολο ανθρώπων που μου πρόσφεραν τις γνώσεις τους, την εμπειρία, καθώς και τον πολύτιμο χρόνο τους. Αναφέρομαι στον καθηγητή του Πολυτεχνείου Πράγας κύριο Oldrich Stary, στον Διευθυντή των Συστημάτων Οργάνωσης και Διοίκησης του Charles University Hospital (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο) Parik Jiri, στον ειδικό σε Συστήματα Οργάνωσης και Διοίκησης Jan Hotmar, στον υποψήφιο διδάκτορα του Charles University Jan Koutnik, στη Sarka Russo Kراتka από το Τμήμα Κοινωνικών Ερευνών του εν λόγω νοσοκομείου, στη Jana Ocelkova, και στην Eva Kramperova, HRD manager του ιδίου νοσοκομείου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κύριο Κονιδάκη Παναγιώτη, Υποδιευθυντή Οικονομικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, για τη βοήθεια και την ενημέρωση που μου πρόσφερε, καθώς και στους κυρίους Μελά Χρήστο Αναπληρωτή Διοικητή και Βελιμβασάκη Νικόλαο, Διευθυντή Διοικητικής Υπηρεσίας του ιδίου νοσοκομείου.

Τέλος, ευχαριστώ το Πολυτεχνείο Κρήτης που μου έδωσε την ευκαιρία να συνεργαστούμε και να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου επί πολλών θεμάτων, καθώς και να αποκτήσω νέους, πολύτιμους φίλους, συνοδοιπόρους σε δύο υπέροχα χρόνια ζωής.

Ευχαριστώ για τώρα και για πάντα τα τέσσερα μέλη της οικογένειάς μου για την υπομονή τους και τη στήριξη!

Με εκτίμηση και απέραντο σεβασμό,

Γκίκα Ελιόνα

Η Ελιόνα Γκίκα γεννήθηκε το 1981 και είναι κάτοχος πτυχίου Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Αιγαίου (Χίος). Ολοκληρώνει το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Συστήματα Παραγωγής» του τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης του Πολυτεχνείου Κρήτης. Είναι μέλος του Οικονομικού Επιμελητηρίου Ελλάδος και της επιστημονικής ομάδας του εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης του Πολυτεχνείου Κρήτης. Ο τομέας της έρευνάς της εστιάζεται κυρίως σε Πολυκριτήρια Αξιολόγηση και στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Έχει πραγματοποιήσει δημοσιεύσεις σε Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, σε τοπικές και πανελλαδικές εφημερίδες, υπήρξε εισηγήτρια σε δύο επιστημονικά συνέδρια, καθώς και συμμετείχε στη συγγραφή του βιβλίου «ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ» των Ζοπουνίδη, Γαγάνη, Πασσιούρα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2005.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνολο των χαρακτηριστικών εκείνων που συνθέτουν το καπιταλιστικό σύστημα, ο ανταγωνισμός, η ολοένα και αυξανόμενη απαιτητικότητα του καταναλωτικού κοινού, η εξέλιξη, τα νέα δεδομένα σε τεχνολογικό-οικονομικό-κοινωνικό-πολιτικό επίπεδο, είναι κάποιοι από τους παράγοντες που συντελούν σε μια νέα λογική αντιμετώπισης και λειτουργίας των σύγχρονων οικονομικών μονάδων. Υπό αυτό το επιχειρησιακό περιβάλλον κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη κατάλληλων διοικητικών συστημάτων. Η επιτακτική ανάγκη για αύξηση της αποδοτικότητας και της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων, οδηγεί στην ανάπτυξη και εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης της υπάρχουσας κατάστασης με απώτερο σκοπό τη βελτίωση σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο επίπεδο.

Επιστήμονες ανά τον κόσμο έχουν ερευνήσει και εφαρμόσει πολλές μεθόδους αξιολόγησης της αριστείας των οργανισμών. Ο κάθε κλάδος έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες και για το λόγο αυτό παρουσιάζεται διαφοροποίηση στα μοντέλα επιχειρηματικής αριστείας που εφαρμόζονται. Ο κλάδος της υγείας είναι ένας ακόμη τομέας που εξετάζεται συνεχώς με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας (Quality Improvement) και την ενδυνάμωση της οικονομικής του ισχύος, ειδικά όταν γίνεται λόγος για το δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Αν εξεταστούν προγενέστερες έρευνες που είχαν ως αντικείμενο τη διοίκηση του τομέα αυτού, θα διαπιστώσει κανείς πως σημειώνεται μια διστακτική εξέλιξη. Οι έρευνες εστιάζονται κυρίως στη βελτίωση της ποιότητας, στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού και στην ικανοποίηση των ασθενών. Είναι ευδιάκριτη τις τελευταίες 2-3 δεκαετίες η έντονη δραστηριοποίηση ειδικών επιστημόνων στον κλάδο της βιομηχανίας της υγείας και γίνονται προσπάθειες για την επιστημονική αξιολόγηση της αριστείας των επιχειρήσεων αυτών, μέσα από το «πάντρεμα» των γνώσεων διαφόρων επιστημών, όπως τα οικονομικά, τα μαθηματικά, η στατιστική και άλλες.

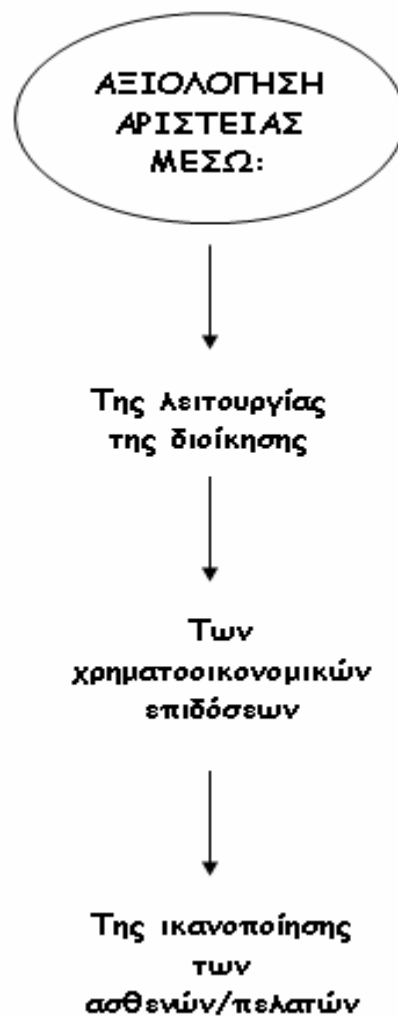
Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να εισάγει μια νέα μεθοδολογία πολυκριτήριας αξιολόγησης της αριστείας των οργανισμών του εν λόγω κλάδου, που να έχει εφαρμογή σε μια εξ'ολοκλήρου αξιολόγηση της λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Δημιουργήθηκε μια μέθοδος αξιολόγησης της αριστείας που εστιάζεται (Σχήμα 1) σε τρεις διαστάσεις : τη λειτουργία της διοίκησης, την ανάλυση των χρηματοοικονομικών δεικτών και την μέτρηση της ικανοποίησης του πελάτη/ασθενή (3-Dimension Assessment **Methodology**: Management-Financial ratios-Customers).

Η εφαρμογή της προαναφερόμενης μεθοδολογίας έγινε στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία Ελλάδος, αλλά και στο μεγαλύτερο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Τσεχίας, στην Πράγα. Η εργασία που ακολουθεί απαρτίζεται από δύο μέρη: εκείνο όπου παρουσιάζεται η Ελληνική πραγματικότητα και εκείνο στο οποίο γίνεται αναφορά σε ένα άλλο τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας που λαμβάνει χώρα στην Τσεχία. Ο λόγος για τον οποίο εξετάζονται οι δύο αυτές χώρες, είναι διότι εκτός των άλλων η εργασία αυτή θέλει να επισημάνει τη σημασία της πληροφορίας που αντλείται από τον τρόπο λειτουργίας παρόμοιων κλάδων σε άλλες χώρες.

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το 1^ο κεφάλαιο με θέμα την ιστορική αναδρομή για την εξέλιξη του κλάδου από την εμφάνιση του μέχρι τις μέρες μας και μια ανασκόπηση σε μελέτες άλλων ερευνητών κατά την τελευταία εικοσαετία. Στο 2^ο κεφάλαιο γίνεται ενημέρωση για το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας της διοίκησης στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και παρουσιάζονται οι αρμοδιότητες των διοικητών και του διοικητικού συμβουλίου. Το 3^ο κεφάλαιο αξιολογεί την αριστεία της διοίκησης στα εν λόγω νοσοκομεία, παρουσιάζοντας την νέα μεθοδολογία που προτείνεται, καθώς και το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο αυτή στηρίζεται. Γίνεται εφαρμογή στο Π.Π.Α.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης από όπου και προκύπτει σχετικό σκορ. Ακολουθεί το 4^ο κεφάλαιο που αναφέρεται στην αξιολόγηση βάσει των Χρηματοοικονομικών Δεικτών Αποδοτικότητας, Φερεγγυότητας και Επίδοσης Διαχείρισης. Γίνεται εφαρμογή στις τρεις μεγαλύτερες ιδιωτικές μονάδες υγείας στον Ελλαδικό χώρο : ΙΑΣΩ, Ιατρικό Αθηνών και Υγεία. Τέλος, στο 5^ο κεφάλαιο γίνεται αναλυτική παρουσίαση έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αναφέρεται στην Τσεχία και παρουσιάζει το πως έχει δομηθεί και λειτουργεί ο κλάδος της υγείας στην χώρα αυτή. Παρουσιάζεται έρευνα ικανοποίησης των ασθενών του Charles University Hospital της Πράγας, καθώς και συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε στους εκεί διοικητικούς υπαλλήλους, από όπου προκύπτει κάποιο σκορ για το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Συνεπακόλουθα, η παρούσα εργασία δίνει ένα εργαλείο στους εμπλεκόμενους με τη διοίκηση των προαναφερόμενων μονάδων, έτσι ώστε να μπορούν να αναλύουν την παρούσα κατάσταση προγραμματίζοντας βάσει αυτής τη στρατηγική βελτίωσης που πρέπει να ακολουθείται.



Σχήμα 1: Οι τρεις διαστάσεις όπου βασίζεται η αξιολόγηση

Μέρος Α'

Ελλάδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

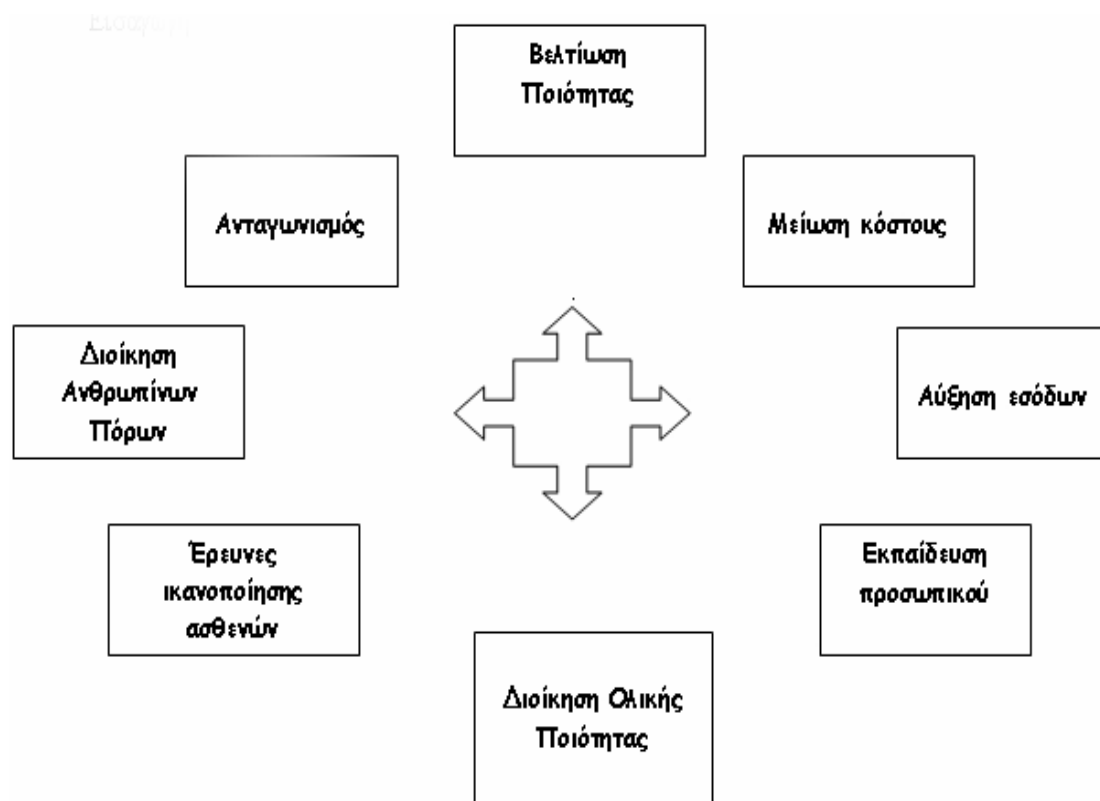
« Ιστορική Αναδρομή για το σύστημα
υγείας – Θεωρητική ανασκόπηση »

«Κλάδοι υπηρεσιών δεν υπάρχουν. Το μόνο που υπάρχει είναι
κλάδοι των οποίων οι υπηρεσίες είναι μεγαλύτερες ή μικρότερες
από τις υπηρεσίες άλλων κλάδων. Όλοι παρέχουν υπηρεσίες.»

Theodore Levitt

1.1. Εισαγωγή

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να κάνει μια ιστορική αναδρομή στην πορεία του τομέα της υγείας από τα πρώτα βήματα οργάνωσης και λειτουργίας του, μέχρι και την ανάπτυξη που έχει σημειωθεί στις μέρες μας. Ακόμη, να γίνει ανασκόπηση στις δύο τελευταίες δεκαετίες και να παρουσιαστούν οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο χώρο του «Health Management», όπως αυτές έχουν δημοσιευτεί σε διεθνώς αναγνωρισμένα περιοδικά. Θέματα όπως η ικανοποίηση των ασθενών, η διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού, η αξιολόγηση της αριστείας του οργανισμού, η βελτίωση της ποιότητας και άλλα, κυριαρχούν στο ενδιαφέρον των ερευνητών (Σχήμα 1.1.).



Σχήμα 1.1.: Τα θέματα διοίκησης του συστήματος υγείας που απασχολούν τους ειδικούς

Ακολουθεί ιστορική αναδρομή της πορείας του τομέα της υγείας, καθώς και ανασκόπηση σε μελέτες που είχαν ως αντικείμενο εργαλεία και μεθόδους διοίκησης του τομέα της υγείας και πραγματοποιήθηκαν κατά την τελευταία εικοσαετία από ερευνητές ανά τον κόσμο.

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Οι ασθένειες ήταν για τους προγόνους κάτι σαν θεομηνίες¹. Τότε πίστευαν ότι ήταν αποτέλεσμα των ιδιοτροπιών που είχαν θεοί και πνεύματα. Η ιατρική πρακτική εκείνων των καιρών ήταν έργο των μάγων. Οι μάγοι ξέφευγαν από τη σφαίρα του υπερφυσικού και χρησιμοποιούσαν τα φυσικά τους ένστικτα και βασίζονταν κατά πολύ στην εμπειρία. Η επιστήμη αυτή ήταν βασισμένη σε εμπειρικούς κανόνες. Έτσι, δημιούργησαν πρακτικές ίασης χρησιμοποιώντας βότανα. Οι θεραπευτές παρατηρούσαν τη φύση των ασθενειών που αντιμετώπιζαν και μετέφεραν την πείρα τους στις επόμενες γενιές.

Σε διάφορες περιοχές της Ευρώπης, της Ασίας, και της Νότιας Αμερικής, συλλέχθηκαν διάτρητα κρανία της εποχής εκείνης. Οι οπές τους διανοίχτηκαν με τσακμακόπετρες προκειμένου να γίνει πρόσβαση στον εγκέφαλο. Από την εποχή εκείνη, η ιατρική πρακτική περιελήφθη σε όλα τα συστήματα παιδείας και τις ανθρώπινες κοινωνίες.

Βέβαια, κάποιοι θεραπευτές ήταν πολύ αποτελεσματικοί και έγιναν διάσημοι την εποχή εκείνη. Για παράδειγμα, στην Αίγυπτο, ο Ιμχοπετ, ο οποίος ήταν αρχιτέκτονας της πρώτης πυραμίδας (3000 π.χ.), ήταν πολύ γνωστός και για τις ιατρικές του ικανότητες. Στην Αιγυπτιακή ιστορία καταγράφηκε σαν ο θεός της ιατρικής. Οι ιδέες και οι πρακτικές του καταγράφηκαν σε παπύρους και φυλάχτηκαν σε αρχαίους τάφους. Ο George Elbers ανακάλυψε ένα τέτοιο πάπυρο το 1873. Ο πάπυρος χρονολογείται να ανήκει στο 1500 π.χ. περίπου. Περιείχε εκατοντάδες γιατρικά για πολλά δεινά και ασθένειες από δείγματα κροκοδείλου μέχρι και τη δυσκοιλιότητα. Ένας άλλος περίφημος πάπυρος του 1700 π.χ. ανακαλύφθηκε από τον Edwin Smith το 1862. Αυτό θεωρείται η πιο σημαντική και πλήρης πραγματεία της αρχαιότητας με αντικείμενο τη χειρουργική. Περιγράφονται αναλυτικά σωστές διαγνώσεις και αποτελεσματικές θεραπείες για μια σειρά από χειρουργικές περιπτώσεις.

Η επιρροή της Αιγύπτου εξαπλωνόταν και οι Έλληνες ταύτιζαν τον Ιμχοτέπ με το δικό τους θεό της υγείας, τον Ασκληπιό. Ο Θρύλος λέει ότι πατέρας του ήταν ο θεός Απόλλωνας. Απέκτησε τον γιο αυτό σε μια από τις επισκέψεις του στη γη. Επιθυμία του πατέρα ήταν να γίνει ο γιος του γιατρός και έτσι ανέθεσε στον κένταυρο Χείρωνα να διδάξει στον Ασκληπιό την τέχνη του «θεραπεύειν».

¹ Καριώτης Πασχάλης, Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας & Βιοιατρική τεχνολογία, Εκδόσεις Euroclinica, Αθήνα 1992, σελ. 7 - 143

Εφόσον η μυθολογία είναι περιπλεγμένη με πραγματικά, ιστορικά γεγονότα, δεν είναι σίγουρο αν ο Ασκληπιός και ο Ιμχοτέπ ήταν πραγματικά πρόσωπα. Είναι σίγουρο, όμως, το γεγονός ότι η ιατρική γύρω στο 1000 π.χ. ήταν ήδη ένα επάγγελμα με μεγάλο κύρος.

Η νήσος Κω είναι η γενέτειρα του Ιπποκράτη (400π.χ.). Έμαθε την τέχνη της θεραπείας από τον πατέρα του που ήταν γιατρός. Ο ίδιος δεν ήταν καινοτόμος στον τομέα της ιατρικής, όμως συγκέντρωσε και αξιοποίησε όλες τις μέχρι τότε θεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές. Εισήγαγε στην ιατρική το «επιστημονικό πνεύμα» και αντικατέστησε το «υπερφυσικό» με τη διαγνωστική διαδικασία της παρατήρησης. Ακόμη, εισήγαγε την κλινική θεραπεία. Ο Ιπποκράτης δεν απέδιδε τις ασθένειες στους θεούς, αλλά τις θεωρούσε ως λογικά φυσικά φαινόμενα και το σώμα αντιδρούσε στις ασθένειες μέσα από τα συμπτώματα κάθε ασθένειας. Υποστήριζε ότι το σώμα κάθε ασθενή είναι μοναδικό, όπως και οι ασθένειες που κάθε σώμα αντιμετωπίζει. Άρα με μοναδικό τρόπο πρέπει να αντιμετωπίζεται η κάθε περίπτωση. Οι περιγραφές του για τις διάφορες ασθένειες είναι ορθές ακόμα και στις μέρες μας. Στη σχολή του στην Κω εκπαίδευσε ένα μεγάλο αριθμό ιατρών οι οποίοι μεταναστεύοντας διέδωσαν σε πολλά μέρη τις απόψεις των δασκάλων τους.

Έτσι, η μαγεία και ο μυστικισμός αντικαταστήθηκαν από σωστή ιατρική σκέψη και ο Ιπποκράτης έμεινε στην ιστορία σαν ιατρός - ανθρωπιστής. Εκπροσωπεί σήμερα το πνεύμα στο χώρο της ιατρικής.

Ρωμαϊκή αυτοκρατορία: Αρχικά, οι ρωμαίοι αντιμετώπιζαν με δυσπιστία τους Έλληνες ιατρούς. Αργότερα,, ο Ιούλιος Καίσαρ (46 π.χ.) παραχώρησε πολιτικά δικαιώματα σε όλους τους Έλληνες ιατρούς της αυτοκρατορίας του, αφού είχαν γίνει γνωστές οι υπηρεσίες των οπαδών του Ιπποκράτη. Ο Γαληνός, ο μεγαλύτερος ιατρός στην ιστορία της Ρώμης, ήταν Έλληνας. Είχε το προνόμιο να θεραπεύει τον αυτοκράτορα από τον «αυτοκρατορικό πυρετό». Ήταν πολύ εργατικός και έγραψε περισσότερα από 300 βιβλία. Σε αυτά αναφέρει τις νευροανατομικές του παρατηρήσεις, τις περιπτώσεις που αντιμετώπιζε και τα φάρμακα που χορηγούσε κάθε φορά. Όσον αφορά την ανατομία του ανθρώπινου σώματος, έκανε κάποια λάθη εφόσον ήταν κατά της ανατομής ανθρώπινων πτωμάτων. Με την παρακμή της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, θεματοφύλακας της γνώσης, γενικά, και της ιατρικής, ειδικά, έγινε η εκκλησία. Τότε επικρατούσε το εξής: οι πιστοί της εκκλησίας θεωρούσαν τη θεραπεία των ασθενών με τις λογικές μεθόδους, αμαρτωλές, διότι παρενέβαιναν στο θέλημα του Θεού. Η χρήση φαρμάκων φανέρωνε έλλειψη πίστης, τόσο για το γιατρό, όσο και για τον ασθενή. Αυτό οδήγησε σε μια στασιμότητα της ιατρικής έρευνας για χίλια χρόνια, μέχρι την περίοδο της αναγέννησης, 1500 μ.Χ..

Κατά την περίοδο του Μεσαίωνα, αν και υπήρχε ελλιπή ιατρική γνώση, έντονο φαινόμενο ήταν η φιλανθρωπία στους φτωχούς. Οι χριστιανοί ιατροί αντιμετώπιζαν με τον ίδιο τρόπο τους φτωχούς και πλούσιους ασθενείς. Την ευθύνη των ασθενών την ανέλαβε η εκκλησία. Επανάσταση στον χώρο συνέβη την εποχή του Κωνσταντίνου του Α' (335 μ.Χ.), διότι ήταν ο πρώτος ρωμαϊκός αυτοκράτορας που ασπάστηκε το χριστιανισμό και έκλεισε τους ειδωλολατρικούς ναούς θεραπείας και αντί αυτών ιδρύθηκαν σε όλες τις μεγάλες πόλεις νοσοκομεία. Αρχικά οι εκπαιδευμένοι «ιατροί» εξασκούσαν το επάγγελμα στις οικίες των ασθενών και στα νοσοκομεία περιεθάλπτονταν οι ανίατοι, οι ταξιδιώτες και οι άποροι. Η κατάσταση στα νοσοκομεία δεν ήταν καλή. Μόνο λίγα από αυτά είχαν επαρκή χρηματοδότηση και ικανοποιητική διοίκηση. Τα περισσότερα ήταν ιδρύματα προς αποφυγή, με μεγάλη ρύπανση και υψηλή θνησιμότητα.

Ακολούθησε η Αναγέννηση και η Μεταρρύθμιση τον 15^ο και 16^ο αιώνα που έσπασαν το μονοπώλιο της εκκλησίας όσον αφορά τα νοσοκομεία και την ιατρική. Τότε δημιουργήθηκε το κατάλληλο περιβάλλον που ευνόησε την μελέτη των φυσικών φαινομένων και την προαγωγή της ιατρικής γνώσης. Ξεκίνησε και η μελέτη της ανατομίας του ανθρώπου. Δημιουργήθηκαν νέες ιατρικές σχολές, ανάλογες με τις ήδη φημισμένες της Μπολώνια, του Μονπελιέ, της Πάντοβα και της Οξφόρδης.

Αρχή των σχολών αυτών ήταν η εξής: ο ασθενής είναι άνθρωπος, η ασθένεια είναι φυσικό φαινόμενο και η θεραπεία βοηθάει το ανθρώπινο σώμα να νικήσει την ασθένεια. Κατά την Αναγέννηση μελετήθηκαν εκτεταμένα οι απόψεις του Ιπποκράτη και τέθηκαν οι βάσεις στις ιατρικές μετρήσεις. Ο Γαλιλαίος επισκέφτηκε το 1592 μ. χ. την Πάντοβα στην Ιταλία και δίδαξε μαθηματικά σε φοιτητές της ιατρικής. Έτσι, ενθάρρυνε τη χρήση του πειράματος και της μέτρησης, σαν αποτελεσματικά βοηθήματα στην ιατρική. Αυτά χρησίμευσαν στη μέτρηση της ποσότητας του αίματος που ρέει στα αιμοφόρα αγγεία και αυτό με τη σειρά του στην κατανόηση της καρδιακής λειτουργίας.

Στην Αγγλία, το ιατρικό επάγγελμα βρήκε έναν ένθερμο υποστηρικτή, τον Ερρίκο τον 8^ο. Αυτός αγωνίστηκε εναντίων των «κομπογιαννιτών» και βοήθησε στη δημιουργία του πρώτου καθαρά ιατρικού ιδρύματος της Ευρώπης, το College of Physicians. Σιγά σιγά οι ιατροί και οι φοιτητές της ιατρικής αντικατέστησαν τις αδελφές και τους μοναχούς. Έτσι, χάθηκε τότε το επάγγελμα της αδελφής νοσοκόμας. Κατά τον 17^ο αιώνα τα αγγλικά νοσοκομεία δεν χωρούσαν όλους τους ασθενείς.

Όσον αφορά το 18^ο αιώνα, οι δημοκρατικές και ανθρωπιστικές ιδέες επικράτησαν κυρίως σε αποικίες της Αμερικής και της Γαλλίας. Η ιδέα των ίσων δικαιωμάτων βρήκε πρόσφορο έδαφος και η αμερικανική κοινωνία

ανέλαβε την ευθύνη παροχής υπηρεσιών στα μέλη της. Η γενικότερη κατάσταση στα νοσοκομεία ήταν πολύ άσχημη, το ποσοστό θανάτων έφθασε το 25% και οι συνθήκες πολύ επικίνδυνες. Το 1751 χτίσθηκε το πρώτο νοσοκομείο στην Αμερική, το Pennsylvania Hospital.

Στον 19^ο αιώνα τα νοσοκομεία περιέθαλπαν ακίνδυνα και με επιτυχία ένα μεγάλο αριθμό ασθενών. Η πρόοδος αυτή οφειλόταν κυρίως στην Florence Nightingale η οποία υπέδειξε ότι οι θάνατοι στο νοσοκομείο οφείλονταν κυρίως στις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό παρά στις ασθένειες αυτές καθ'αυτές. Μέχρι τον 20^ο αιώνα οι νοσηλευόμενοι στα νοσοκομεία προέρχονταν κυρίως από κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Ακόμη, περιορισμένος αριθμός ασθενειών μπορούσε να αντιμετωπιστεί.

Τον προηγούμενο αιώνα τα νοσοκομεία ήταν απλές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Δεν υπήρχαν απαιτήσεις συστηματικής έρευνας και τεχνολογίας. Ο εξοπλισμός τους περιοριζόταν σε αυτό των μαγειρειών και των πλυντηρίων. Το κυρίως κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων αφορούσε την τροφή, τα φάρμακα και τα διάφορα βοηθητικά μέσα. Οι ιατροί συνήθως δεν αμείβονταν και το κόστος νοσηλείας ήταν ελάχιστο. Τον 20^ο αιώνα διαμορφώθηκε η σύγχρονη, μοντέρνα ιατρική στην οποία η τεχνολογία έπαιξε σχεδόν κυρίαρχο ρόλο.

1.2.1. Σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας έφερε απίστευτες αλλαγές στον τομέα της υγείας. Το πάντρεμα της ιατρικής και των φυσικών επιστημών, των μαθηματικών και της στατιστικής, βοηθούν τους ιατρούς να κατέχουν σε βάθος την επιστήμη αυτή. Ο τομέας της έρευνας σημείωσε άλματα και τα επιτεύγματα είναι απίστευτα. Η επιστήμη αυτή προχώρησε εκεί όπου δεν μπορούσε να φτάσει ο ανθρώπινος παράγοντας πριν από κάτι δεκαετίες.

Πέρα από αυτό, έγινε κατανοητό ότι από μόνη της η ιατρική δεν μπορεί να φέρει τα απίστευτα αποτελέσματα που φέρνει σε συνεργασία με άλλες επιστήμες. Άρα, σε συνεργασία με τη φυσική, τα μαθηματικά, τη στατιστική, τη κοινωνιολογία και τα οικονομικά, καθώς και άλλες μεγάλες επιστήμες, η ιατρική παρουσιάζει άλματα προόδου ως προς την επίλυση προβλημάτων υγείας. Παλιότερα, το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας ήταν μικρό διότι και οι απαιτήσεις ήταν ελάχιστες. Τώρα πλέον η «υγεία» προσφέρεται από νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικές κλινικές και πολλούς άλλους φορείς. Οι απαιτήσεις των ασθενών - καταναλωτών είναι μεγάλες και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών πολύ καλύτερη από παλιότερα.

Η παροχή καλών υπηρεσιών ποιοτικά, απαιτεί υψηλό κόστος και καλή οργάνωση του τρόπου λειτουργίας και της διαχείρισης των φορέων υγείας. Η μεγαλύτερη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι τα Νοσοκομεία. Στα δημόσια νοσοκομεία το κέρδος είναι σχεδόν πάντα αρνητικό, δηλαδή ζημία. Στον ιδιωτικό τομέα, που ο σκοπός είναι το κέρδος και όχι η φιλανθρωπία, συνήθως τα κέρδη είναι μεγάλα.

Το γενικότερο πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγείας έχει ως εξής. Κάθε είδος ασφάλεια, δημόσια ή ιδιωτική, παρέχει άλλου είδους διευκολύνσεις. Κάποιες ασφάλειες κάνουν μεγάλες κρατήσεις και κάποιες άλλες μικρότερες. Υπάρχουν δημόσιες ασφάλειες που συνεργάζονται και με ιδιωτικά ιατρεία ή και νοσοκομεία. Μερικές από αυτές δίνουν τη δυνατότητα συνεργασίας με ιατρό της επιλογής του ασθενή. Γενικότερα, μπορούμε να πούμε, θεωρητικά τουλάχιστον, ότι οι ανέσεις και οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι πολύ ικανοποιητικές εφόσον θεωρείται ότι ακολουθείται πιστά ο σχετικός κανονισμός λειτουργίας. Στην πραγματικότητα κάποιοι εκφράζουν παράπονα, ισχυριζόμενοι ότι δεν τους παρέχονται όσα δικαιούνται βάσει κανονισμών. Παρόλα αυτά, σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, ο τομέας αυτός είναι σε καλύτερη μοίρα και η διαχείριση του συστήματος υγείας κάνει αλματώδεις βελτιώσεις.

1.2.2. Το σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας είναι ένα ανοικτό σύστημα. Κατά τον Donabedian μπορεί να περιγραφεί σαν μια αλληλουχία «δομών», «διεργασιών» και «αποτελεσμάτων» (γνωστό ως τριλογία του Donabedian). Δομή είναι το σύνολο των σταθερών και μόνιμων χαρακτηριστικών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, των εργαλείων και των πόρων που διαθέτουν, καθώς και η φυσική και οργανωτική υποδομή τους. Ως διεργασία ονομάζεται το σύνολο των δραστηριοτήτων που συμβαίνουν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι γιατροί, και των ασθενών. Τα αποτελέσματα αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα μιας διαγνωστικής δοκιμασίας, μιας φαρμακολογικής συνταγής κλπ. Η «τριλογία» αυτή βρίσκεται σε ισχυρή αλληλεξάρτηση. Το σύστημα υγείας είναι ένα ζωντανό κοινωνικό των με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι μια εξαιρετικά σύνθετη δομή με διάφορα επίπεδα λήψης αποφάσεων και διαμόρφωσης πολιτικών. Στην κορυφή του συστήματος κυρίαρχο ρόλο έχουν οι πολιτικές δυνάμεις. Σε επίπεδο νοσοκομείου κυρίαρχη θέση κατέχει ο Διοικητής και το Διοικητικό Συμβούλιο. Στα πλαίσια ενός διεθνώς ολοένα αυξανόμενου ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας, υφίσταται μια μεγάλη συζήτηση όσον αφορά την αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παράγουν και παρέχουν οι διάφορες μονάδες/οργανισμοί. Ένα τόσο σύνθετο σύστημα,

όπως το εθνικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας, εμφανίζει έναν υψηλό βαθμό αβεβαιότητας σχετικά με τις αποκρίσεις του στην αποδοχή και εκμετάλλευση αλλαγών ή καινοτομιών. Τέτοιες αλλαγές στον τομέα της υγείας σχετίζονται σήμερα με την εισαγωγή στοιχείων της αγοράς (quasi market) και τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό (managed competition).

1.2.3. Νοσοκομεία

Τα νοσοκομεία είναι οι μεγαλύτερες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο ιατρός κατέχει την κεντρική θέση στο νοσοκομείο. Ο ιατρός προϊστάται του υποσυστήματος παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν άτομα που έχουν ως καθήκον την οργάνωση του νοσοκομείου και είναι υπεύθυνα ώστε το νοσοκομείο να ανταποκρίνεται στο σκοπό του με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Τα άτομα αυτά δεν απασχολούνται με κλινικές εργασίες αντιμετώπισης των ασθενειών, αλλά αποτελούν τους διοικητικούς υπαλλήλους. Θα καταλάβουμε ότι η θέση της διοίκησης είναι πολύ σημαντική και πως οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας δεν συνδέονται μονάχα με τους γιατρούς, αλλά και με το διοικητικό προσωπικό.

Στο νοσοκομείο η ιατρική διαφοροποίηση και η τεχνολογική εξειδίκευση κάνει αναγκαία την ύπαρξη manager. Μπορεί, για παράδειγμα, ένα αυτόνομο ιδιωτικό ιατρείο να διοικείται πολύ εύκολα λόγω της απλότητας δομής και λειτουργίας, δε συμβαίνει το ίδιο, όμως, σε μεγάλες μονάδες παροχής υπηρεσιών. Στα νοσοκομεία η εξειδίκευση του υποσυστήματος παραγωγής οδηγεί σε οριζόντια διαφοροποίηση. Η ανάλυση των λειτουργιών ενός νοσοκομείου καταλήγει στη διαμόρφωση 5 διακεκριμένων νοσοκομειακών υποσυστημάτων :

1. Το υποσύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας (production subsystem).
2. Το υποσύστημα προσαρμογής (adaptive subsystem). Το υποσύστημα αυτό αφορά την ομάδα των εργαζομένων εκείνων που μεριμνούν για την προσαρμογή του υποσυστήματος παραγωγής σε νέες, καινοτόμες καταστάσεις, καθώς και σε εσωτερικά και σε εξωτερικά φορτία.
3. Το υποσύστημα διατήρησης/ συντήρησης (maintenance subsystem). Αυτό περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων που επιδιώκουν τη διασφάλιση της επιχειρησιακής σταθερότητας, της υψηλής ποιότητας υποδομών και logistics.
4. Το διοικητικό υποσύστημα (managerial subsystem). Αυτό ασχολείται με τον συντονισμό και τον έλεγχο όλων των άλλων υποσυστημάτων. Ακόμα, έχει να κάνει και με τις αλληλεπιδράσεις του νοσοκομείου με το περιβάλλον του.

5. Τέλος, το υποσύστημα ελέγχου της νοσοκομειακής απόδοσης (performance control subsystem).

1.2.4. Management Νοσοκομείων

Εδώ το management αναφέρεται στο σύνολο των διεργασιών διαμόρφωσης, καθοδήγησης και μετεξέλιξης των ανοικτών, κοινωνικών συστημάτων -νοσοκομεία- για την επίτευξη κάποιου συγκεκριμένου σκοπού.

Το νοσοκομείο είναι ένα κοινωνικό ίδρυμα με προορισμό την εκπλήρωση συγκεκριμένου σκοπού. Ο σκοπός του έχει να κάνει με το φάσμα των υπηρεσιών τις οποίες το νοσοκομείο παρέχει (ή οφείλει να παρέχει) στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να ικανοποιούν συγκεκριμένες κοινωνικές ανάγκες. Άρα, το νοσοκομείο δεν αποτελεί αυτοσκοπό, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αναπτύσσει δυναμικές χωρίς στόχους. Αντιθέτως, πρέπει να προσαρμόζεται στις εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες/ αλλαγές. Για το λόγο αυτό, **ευθύνη και αντικείμενο του management μιας νοσοκομειακής μονάδας είναι η εξασφάλιση εκείνων των δομών και η ενεργοποίηση εκείνων των δραστηριοτήτων, που ικανοποιούν βέλτιστα τις κατά περίπτωση κοινωνικές ανάγκες.**

Από τις διαπιστώσεις αυτές καταφαίνεται ότι το management του νοσοκομείου σχετίζεται με δυο αλληλένδετα συστήματα:

- ✓ Αυτό καθ' αυτό το νοσοκομείο
- ✓ Το περιβάλλον του

Αντικείμενο του management είναι να επιδρά στα δύο αυτά συστήματα με τέτοιο τρόπο, ώστε να καθίσταται δυνατή η εκπλήρωση του σκοπού των νοσοκομειακών μονάδων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τόσο το νοσοκομείο, όσο και το περιβάλλον του είναι δυο εξαιρετικά πολύπλοκα συστήματα, μη προβλέψιμα, που αλληλεπιδρούν. Εμφανίζουν μεγάλη ποικιλότητα στη συμπεριφορά τους και έτσι είναι αδύνατο να ασκείται management βασισμένο σε εμπειρικές μεθόδους. Με τα δεδομένα αυτά, το management πρέπει να επηρεάζει το νοσοκομείο με τέτοιο τρόπο, ώστε αυτό να τείνει στην εκπλήρωση του σκοπού του χωρίς να εκλείπει η απαραίτητη ικανότητα προσαρμογής του για την αντιμετώπιση απρόβλεπτων ή επερχόμενων προβλημάτων και καταστάσεων.

Βραχυπρόθεσμα, το management νοσοκομείου αφορά την «καθοδήγηση» του νοσοκομείου ως ολότητα, αλλά και των διαφόρων τμημάτων του, ούτως ώστε να επιτυγχάνεται ο σκοπός του. Λέγοντας «καθοδήγηση» εννοούμε τον επηρεασμό συγκεκριμένων λειτουργιών ενός νοσοκομείου προκειμένου να εκπληρώνεται ο σκοπός του. Οι λειτουργίες αυτές, όμως, πραγματοποιούνται από ανθρώπους και ο επηρεασμός προς την

επιθυμητή κατεύθυνση αφορά τους εργαζόμενους και το αντικείμενο εργασίας τους. Επομένως, η διαχείριση του προσωπικού σε ένα νοσοκομείο αποτελεί βασικής σημασίας αντικείμενο του management. Απαιτείται ο καθορισμός της συμπεριφοράς κάθε εργαζόμενου έναντι των ασθενών και η εξασφάλιση αρμονικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων. Χρειάζεται ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να ξέρουν τι απαιτείται από αυτούς.

1.2.5. Ο κοινωνικός σκοπός του Νοσοκομείου

Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διαφύλαξη και όταν απαιτείται η αποκατάσταση της υγείας. Μέσα στο σύστημα υγείας το νοσοκομείο έχει τελείως συγκεκριμένη αποστολή. Το όλο σύστημα διοίκησης του νοσοκομείου βασίζεται στην ανάλυση του σκοπού του.

Ο σκοπός του νοσοκομείου καθορίζεται από τη σχετική νομοθεσία (νομοθεσία νοσοκομείων, διατάγματα για την οργάνωση νοσοκομείων) και τους κανονισμούς λειτουργίας των νοσοκομείων. Ο τύπος και το περιεχόμενο του σκοπού συνήθως διαφέρει από ίδρυμα σε ίδρυμα. Το Υπουργείο Υγείας επιδιώκει μια εξισορροπημένη κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό το επιτυγχάνει με έκδοση οδηγιών που προδιαγράφουν για κάθε νοσοκομειακή μονάδα τον τύπο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τον πληθυσμό / περιοχή αναφοράς του. Πολλές φορές παρατηρούνται διαφοροποιήσεις με οδηγό το επιδιωκόμενο από την κεντρική εξουσία επίπεδο περίθαλψης.

1.2.6. Περιβάλλον

Με τον όρο περιβάλλον εννοούμε την πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και την εκτίμηση των επιπτώσεών τους στο νοσοκομείο. Βέβαια, πολλές φορές διατίθενται ελλιπείς και υπό αμφισβήτηση σχετικές πληροφορίες. Ο στόχος, βέβαια δεν πρέπει να αφορά την απόκτηση όσο το δυνατόν περισσότερων και ακριβέστερων πληροφοριών. Πρέπει να αφορά την απομόνωση των κρίσιμων για την ανάπτυξη του νοσοκομείου παραγόντων και την εκτίμηση των επιπτώσεών τους για το συγκεκριμένο αυτό νοσοκομείο.

1.2.7. Το μοντέλο του νοσοκομειακού management

Το μοντέλο management ενός νοσοκομείου δομείται από τις εξής τέσσερις αλληλεπιδρώσες συνιστώσες:

- Το σύστημα νοσοκομειακού management
- Το σύστημα οργάνωσης
- Τη μεθοδολογία διοίκησης
- Το ανθρώπινο δυναμικό (στελέχη - εργαζόμενοι)

Το σύστημα νοσοκομειακού management τριών βαθμίδων χρησιμεύει ως βάση για κάθε περαιτέρω ανάλυση. Στο επίπεδο κάθε βαθμίδας λαμβάνονται αποφάσεις με διαφορετική βαρύτητα και χρονική διάρκεια ισχύος. Η κατώτερη βαθμίδα εκπροσωπεί το επιχειρησιακό management και αφορά την καθημερινή πρακτική, τη χρήση των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται αφορούν την κατανομή κλινών, την εκμετάλλευση χειρουργικών αιθουσών κ.λ.π. και οι αποφάσεις αυτές ισχύουν για βραχύ χρονικό διάστημα. Αν γίνουν σφάλματα σε αυτή τη διοικητική βαθμίδα επέρχονται κίνδυνοι για τους ασθενείς, μείωση της οικονομικότητας ή επιδείνωση του εργασιακού κλίματος.

Η αμέσως παραπάνω βαθμίδα αφορά τη λειτουργία του σχεδιασμού. Ενώ στην προηγούμενη βαθμίδα οι διατιθέμενοι πόροι θεωρούνται δεδομένοι, σε αυτή τη βαθμίδα οι πόροι θεωρούνται μεταβλητοί. Εδώ οι αποφάσεις ισχύουν για μακροπρόθεσμο χρονικό διάστημα. Το σημείο εκκίνησης είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται. Για τα προβλήματα αυτά δημιουργούνται αντίστοιχα οργανωτικά πρότυπα με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα τα οποία πρέπει να είναι συμβατά και αλληλοϋποστηριζόμενα. Τα χρονοδιαγράμματα συνήθως έχουν ετήσια διάρκεια και βασίζονται στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Στο ανώτατο επίπεδο management λαμβάνονται αποφάσεις μακροχρόνιας ισχύος, μόνο που, σε αντίθεση με τη βαθμίδα του σχεδιασμού, δεν αναφέρονται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα ή ένα μόνο οργανωτικό πρότυπο, αλλά έχουν γενική ισχύ. Πρέπει, βέβαια, να ελέγχονται και να επαναπροσδιορίζονται.

Το σύστημα οργάνωσης είναι η δεύτερη συνιστώσα του νοσοκομειακού management και καθορίζει σε γενικές γραμμές την όλη νοσοκομειακή οργάνωση. Η διαδικασία διαμόρφωσης ευσταθών τυπικών οργανωτικών δομών, εκκινεί από τις υπάρχουσες νοσοκομειακές δομές οι οποίες ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- Επιχειρησιακές δομές
- Κεντρικές υπηρεσίες
- Διεύθυνση του νοσοκομείου

Στην προκειμένη περίπτωση γίνεται λόγος για μια διαφοροποίηση των μονάδων παροχής ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών, η οποία καθορίζει και το βαθμό εξειδίκευσης του νοσοκομείου. Μετά τη διαδικασία διαφοροποίησης σε διάφορα, λειτουργικά, σχετικά αυτόνομα νοσοκομειακά τμήματα, θα πρέπει σε δεύτερη φάση να οριστούν οι σχέσεις και οι διασυνδέσεις μεταξύ τους. Έχουμε τη φάση ολοκλήρωσης του όλου νοσοκομειακού συγκροτήματος.

Η διοικητική μεθοδολογία αφορά τον τρόπο άσκησης των λειτουργιών του management στην πράξη. Με τον όρο «διοικητική μεθοδολογία» εννοούμε το σύνολο των διαδικασιών που ως σκοπό έχουν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των managers προκειμένου αυτοί να επιτύχουν τα ποθητά αποτελέσματα. Τη μεθοδολογία αυτή τη διαχωρίζουμε σε:

- Επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων
- Καθοδήγησης και ελέγχου των εργαζομένων.

Το στελεχιακό δυναμικό και οι εργαζόμενοι ασχολούνται με το πρόβλημα της εξεύρεσης και αξιοποίησης των αναγκών για την επίτευξη του σκοπού του νοσοκομείου ανθρώπινων πόρων. Από ποσοτική άποψη απαιτείται ο καθορισμός των μελλοντικά απαιτούμενων διοικητικών στελεχών και λοιπών εργαζομένων. Ένα άλλο καθήκον στον τομέα αυτό έγκειται στην ανάπτυξη στόχων και οδηγιών για την συνεχή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του προσωπικού.

1.2.8. Marketing στο Νοσοκομείο

Η διεθνής οικονομική κατάσταση στον τομέα της υγείας και οι παρατηρούμενες πληθυσμιακές διαφοροποιήσεις, σε συνδυασμό με τον εντατικά αναπτυσσόμενο ανταγωνισμό μεταξύ των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύουν το μάρκετινγκ σαν ένα σπουδαίο εργαλείο για την ανάπτυξη και επιβίωση των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μέρες μας οι υπηρεσίες που παρέχουν τα νοσοκομεία δεν πρέπει να διατίθενται από μόνες τους. Τα νοσοκομεία δεν πρέπει να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους με βάση την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, αλλά ολόένα και περισσότερα με βάση τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η συστηματική και συνειδητή εφαρμογή των μεθόδων του μάρκετινγκ στα Ελληνικά νοσοκομεία είναι άγνωστο. Αντιθέτως, σε μεγάλες χώρες, ήδη εφαρμόζεται και τα νοσοκομεία έχουν ειδικό τμήμα μάρκετινγκ. Το ότι χρησιμοποιούνται κάποιες μέθοδοι μάρκετινγκ σε κάποια νοσοκομεία δε σημαίνει ότι το νοσοκομείο αυτό προσαρμόζει τη λειτουργία του με βάση το μάρκετινγκ.

1.2.9. Οργάνωση του marketing στο νοσοκομείο

Ο τρόπος εφαρμογής του μάνατζμεντ διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Μελέτες που έχουν γίνει υποδεικνύουν τους ακόλουθους τρόπους ενσωμάτωσης του μάρκετινγκ σε ένα νοσοκομείο:

- Στέγαση του μάρκετινγκ, των δημοσίων σχέσεων και του σχεδιασμού σε ένα αυτοτελές τμήμα.
- Στέγαση του μάρκετινγκ και των δημοσίων σχέσεων σε ένα τμήμα και σχεδιασμός σε ένα ξεχωριστό τμήμα.

- Στέγαση του μάρκετινγκ και του σχεδιασμού σε ένα τμήμα και δημόσιες σχέσεις σε ένα ξεχωριστό τμήμα.
- Μάρκετινγκ, δημόσιες σχέσεις και σχεδιασμός σε τρία ξεχωριστά τμήματα.

Ο τρόπος ενσωμάτωσης του τμήματος μάρκετινγκ στο νοσοκομείο απαιτεί ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους. Εκτός του γενικού διευθυντή, την ευθύνη του μάρκετινγκ μπορεί να την έχει ο διευθυντής οικονομικού ή του ιατρικού τομέα κ.λ.π.

Η δημιουργία ενός ιδιαίτερου τμήματος μάρκετινγκ, υπό την καθοδήγηση ενός εκπαιδευμένου στελέχους μάρκετινγκ νοσοκομείου είναι δύσκολα εφαρμόσιμο λόγω του ότι η ειδικότητα αυτή είναι σχετικά νέα. Για την πλήρωση θέσεων μάρκετινγκ, το νοσοκομείο συχνά επιλέγει μια από τις παρακάτω δυνατότητες:

- Την προαγωγή ή τη μετάταξη κάποιου στελέχους που ανήκει ήδη στον οργανισμό.
- Την πρόσληψη ενός επαγγελματία του μάρκετινγκ από τη βιομηχανία.
- Την πρόσληψη κάποιου επαγγελματία από έναν άλλο υγειονομικό οργανισμό.

Όταν το νοσοκομείο επιλέγει τη δεύτερη λύση, να προσλάβει δηλαδή ένα στέλεχος μάρκετινγκ από τη βιομηχανία, απαιτείται η εκπαίδευση και προσαρμογή του στο υγειονομικό περιβάλλον. Σε περίπτωση που προσληφθεί ένα στέλεχος μάρκετινγκ από άλλο υγειονομικό οργανισμό, προσφέρει πράγματι το πλεονέκτημα της εξασφάλισης κάποιου ανθρώπου που διαθέτει εμπειρία τόσο στον τομέα μάρκετινγκ, όσο και στον υγειονομικό τομέα. Αυτή η πιθανότητα, βέβαια, είναι μικρή διότι είναι μικρός ο αριθμός τέτοιων επαγγελματιών.

Τέλος, ας σημειωθεί ότι η οργανωτική δομή και το προσωπικό που ασχολείται με το μάρκετινγκ εξαρτάται και από τα διαθέσιμα κεφάλαια. Μελέτες αναφέρουν ότι οι βιομηχανίες καταναλωτικών προϊόντων δαπανούν το 10 - 15 % του προϋπολογισμού τους για το μάρκετινγκ, ενώ τα νοσοκομεία διαθέτουν πολύ λιγότερο από το 5%. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομείων ξοδεύει λιγότερο και από το 2%.

1.3. Ανασκόπηση ερευνών από διεθνή περιοδικά

Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια σειρά ερευνών όπως δημοσιεύτηκαν σε διεθνή περιοδικά κατά την τελευταία εικοσαετία.

- Το 1994 στο περιοδικό *International Journal of Health Care Quality Assurance* οι N.A. Black και L. Moore παρουσίασαν έρευνα που ασχολήθηκε με συγκριτικό έλεγχο ανάμεσα στα νοσοκομεία.
- Οι John R. Welch και Brian H. Kleiner με δημοσίευσή τους στο *Health Manpower Management* το 1995 τονίζουν τις αλλαγές που σημειώθηκαν στο περιβάλλον του συστήματος υγείας. Το κόστος των νοσοκομειακών μονάδων παρέμενε πάνω από το ρυθμό πληθωρισμού και αυτό οφειλόταν σύμφωνα με τους ερευνητές, στην έλλειψη ανταγωνιστικού περιβάλλοντος. Νέες τάσεις εμφανίζονται στο χώρο της διοίκησης των νοσοκομείων και αφορούν την αύξηση του ανταγωνισμού στο χώρο αυτό. Ενώ κατά την προηγούμενη της αναφερόμενης ημερομηνία δεν υπήρχε η πρόκληση του ανταγωνισμού και οι managers δεν δοκίμαζαν νέες τεχνικές διοίκησης όπως συνέβαινε σε άλλους επιχειρησιακούς χώρους, προς τα τέλη του εικοστού αιώνα τα δεδομένα ανατρέπονται ως προς το θέμα του ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας. Επομένως η αύξηση των εσόδων, η περικοπή των δαπανών, καθώς και αύξηση της ποιότητας της περίθαλψης μπήκαν σε άλλη λογική αντιμετώπισης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το έτος 1968 υπήρχαν 7.991 νοσοκομειακές μονάδες και το 1979 ο αριθμός αυτός μειώθηκε σε 7.085 νοσοκομεία. Η μείωση που παρουσιάστηκε ήταν ύψους 11.3% και επιπλέον το 1990 εκτιμήθηκε ότι το ένα στα πέντε υπάρχουσα νοσοκομεία θα έκλειναν. Η έρευνα αυτή εστιάστηκε στις νέες μεθοδολογίες και ιδέες για την αντιμετώπιση του υψηλού κόστους, στις νέες στρατηγικές marketing καθώς και στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων και παραγωγικότητας. Τα αποτελέσματα αυτής αναφέρουν ότι την τελευταία πενταετία τα νοσοκομεία δεν είχαν πραγματικά μνηθεί στο νέο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Δεν υπήρξε έντονη δοκιμή διαφόρων τεχνικών διοίκησης, όπως συνέβη σε άλλους βιομηχανικούς χώρους. Παρόλα αυτά, η περίθαλψη και η διοίκηση έχουν ευαισθητοποιηθεί στο να μειώσουν το κόστος, να αυξήσουν τα έσοδά τους και να διατηρήσουν την ποιότητα στην φροντίδα της υγείας των ασθενών.
- Στο περιοδικό *Health Manpower Management*, το 1995 φιλοξενήθηκε έρευνα των Robert Newton και Michael J. Wilkinson και είχε ως αντικείμενο την επιτυχία που σημειώθηκε

στο χώρο της διοίκησης το διάστημα εκείνο. Γίνεται μια προσπάθεια αναγνώρισης των επιπτώσεων που θα έχει η διοικητική ανάπτυξη στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού, εννοώντας και την περίπτωση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Το συμπέρασμα αυτής της εργασίας δείχνει πως η ανάπτυξη προγραμμάτων διοίκησης πρέπει να έχει ένα προκαθορισμένο σύνολο στρατηγικών αποτελεσμάτων, αναγνωρίζοντας τα οφέλη των οργανισμών και ένα σημαντικό κριτήριο μέτρησης προκειμένου να γίνεται αναγνώριση της επιτυχίας ή όχι. Τέλος, τα προγράμματα τα οποία δεν καταλήγουν στο να ενδυναμώσουν την ιδέα των managers, θα υποστούν αρνητική κριτική για μη ωφέλιμο αντίκτυπο στον οργανισμό.

- Το 1995 στο *Managerial Auditing Journal* ο Ramadan Hemaida έκανε λόγο για ένα θετικό μοντέλο για έλεγχο του κινδύνου αποτίμησης στον τομέα της υγείας. Μια πολυκριτηριακή προσέγγιση λήψης αποφάσεων χρησιμοποιήθηκε για το σχεδιασμό και την εκτίμηση της διαδικασίας εσωτερικού ελέγχου σε τοπική νοσοκομειακή μονάδα. Τα αποτελέσματα αυτής μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον διευθυντή εσωτερικού ελέγχου με αποδοτική και αποτελεσματική διανομή των πόρων, ώστε να επέλθει ελαχιστοποίηση κινδύνου που θα αντιμετωπίσει το κέντρο ελέγχου του νοσοκομείου.
- Το 1996 στο *International Journal of Health Care Quality Assurance* οι Patrick Asubonteng, Karl J. McCleary και George Munchus ασχολήθηκαν με την εξέλιξη της ποιότητας στη βιομηχανία υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Χαρακτηριστικά την αποκαλούν ως παλιό κρασί σε νέο μπουκάλι. Γίνεται λόγος για τη σπουδαιότητα της ποιότητας στον κλάδο της υγείας και συμπεραίνεται ότι είναι απόλυτη ανάγκη για μια θεμελιώδη κατανόηση της διαδικασίας διοίκησης της ολικής ποιότητας.
- Το 1996 στο *Journal of Management in Medicine*, οι Rachel Javetz και Zvi Stern έκαναν λόγο για το πώς τα παράπονα των ασθενών μπορούν να αποτελέσουν εργαλείο της διοίκησης στην προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Οι υπηρεσίες υγείας διαφέρουν από άλλου είδους υπηρεσίες που προσφέρονται στο κοινό, μιας και έχουν το χαρακτηριστικό να παρουσιάζουν συνεχή και αυξανόμενη ζήτηση. Βασικός στόχος της διοίκησης αποτελεί η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (Continuous Quality Improvement - CQI) και ο ρόλος των εν λόγω υπευθύνων είναι να συντονίσουν τη συνεργασία μεταξύ όσων προσφέρουν φροντίδα υγείας, όσων την δέχονται τη φροντίδα αυτή, καθώς και των

ασφαλιστών. Εκτός από το συντονισμό, θα πρέπει η πολιτική τους να έχει γνώμονα τη βελτίωση της ποιότητας σε επίπεδο ανθρώπινο και τεχνολογικό με κύριο περιορισμό την περικοπή δαπανών. Η νέα φιλοσοφία χρησιμοποίησης παραπόνων οδήγησε σε ένα μηχανισμό αξιοποίησης των παραπόνων. Ο ολοένα αυξανόμενος ρυθμός δυσαρέσκειας των πελατών, έγινε αιτία να οδηγήσει στην ανάπτυξη πιο αποδοτικών μέσων αυτοελέγχου, αυτοδιόρθωσης της διοίκησης. Ακόμη, εξετάζεται η σημασία της συνεργασίας μεταξύ βαθμίδων του προσωπικού αλλά και μεταξύ των διαφόρων τμημάτων ενός νοσοκομείου, για την επίτευξη της καλύτερης ποιότητας. Όλα τα προαναφερόμενα πρέπει σύμφωνα με τους συγγραφείς να αποτελέσουν στόχο της πολιτικής που θα ακολουθηθεί από το υπεύθυνο προσωπικό της διοίκησης. Το συμπέρασμα αυτής της έρευνας έγκειται να σημειώσει την αναπόφευκτη συνεισφορά της πληροφορίας που προσφέρουν τα παράπονα των ασθενών και η μέτρηση της ικανοποίησής τους, στη βελτίωση της ποιότητας και να τονίσει πως οι ανάγκες και οι προτιμήσεις των ασθενών πρέπει να γίνονται αντικείμενο επαναλαμβανόμενων ερευνών.

- Το 1997 στο περιοδικό *Facilities* δημοσιεύτηκε εργασία του David Rees σχετικά με την τρέχουσα τότε κατάσταση των διευκολύνσεων που προσέφερε το μάντζμεντ στις Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Σημειώνεται ότι η ανάπτυξη του συστήματος υγείας πάντοτε εξαρτώνταν εν μέρη από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στον εν λόγω τομέα.
- Με δημοσίευση των Galen Conant και Brian H. Kleiner στο *Health Manpower Management* το 1998, τονίζεται το πόσο η ικανοποίηση που επέρχεται από την εργασία συσχετίζεται με την απόδοση των εργαζομένων, την παραγωγικότητα και τέλος την ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Όταν ο εργαζόμενος απολαμβάνει το αντικείμενο με το οποίο ασχολείται, είναι φυσικό ακόλουθο να εργαστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η «διοικητική ποικιλία», γνωστή διεθνώς και ως *managing diversity*, κάνει λόγο για τη διαφορετικότητα στον τομέα της υγείας, που αποτελεί πραγματικότητα πολλών ετών. Πιο συγκεκριμένα, η ανομοιοότητα μεταξύ διαφόρων μειονοτήτων πληθυσμού είναι έντονα αισθητή και στο χώρο του *management*. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το αμερικανικό κολέγιο διοικητών φροντίδας της υγείας (*American College of Health Care Executives*) και την εθνική ένωση διοικητών υπηρεσιών υγείας (*National Association of Health Services Executives*) συμπέρανε ότι οι εθνικές και φυλετικές μειονότητες αποτελούν το 20% των

νοσοκομειακών υπαλλήλων, αλλά μονάχα το 1% των διοικητικών θέσεων ανήκουν σε άτομα αυτής της κατηγορίας. Αυτή η συνύπαρξη των ομάδων που προαναφέρθηκαν, αποτελεί πλεονέκτημα και όχι μειονέκτημα. Αυτή η διαφορά θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί υπέρ της βελτίωσης της ποιότητας και να μην αποτελέσει τροχοπέδη σε αυτήν. Η διοίκηση του ιατρικού κέντρου Robert F. Kennedy στη Νότια Καλιφόρνια, υποδεικνύει κάποιες τακτικές προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση και να επέλθει αρμονία. Μεταξύ άλλων προτάθηκε το να επιδιώκει η διοίκηση να κάνει τους εργαζόμενους να νοιώθουν χρήσιμοι και απαραίτητοι για αυτό ακριβώς που είναι, να επιμορφώνει και να ενημερώνει τους υπαλλήλους για άλλους πολιτισμούς ώστε να επιτευχθεί οικειότητα με το «διαφορετικό», να σέβονται οι ίδιοι οι managers τη διαφορετικότητα, να προωθούν ευκαιρίες πολιτισμικής αλληλεπίδρασης.

Τέλος, η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως και σε άλλες βιομηχανίες. Θα πρέπει οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας να μάθουν να διοικήσουν την ενοποίηση ατόμων και πόρων. Η αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία είναι μια παρακίνηση και η διοίκηση θα πρέπει να κατανοήσει τα «θέλω» του εργατικού δυναμικού κάθε ειδικότητας, μειονότητας, ώστε να ικανοποιήσει το προσωπικό ως προς τις συνθήκες εργασίας. Επιπλέον, είναι σημαντικό στοιχείο στρατηγικής η ύπαρξη προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού.

- Το 1998 στο Journal of Management in Medicine ο Syed Amin Tabish εκτίμησε την ανάπτυξη του μάνατζμεντ σε νοσοκομεία της Ινδίας. Προκειμένου να ελεγχθούν οι νοσοκομειακές δαπάνες και να επέλθει βελτίωση στην αποδοτικότητα, το μάνατζμεντ και στο ρόλο των νοσοκομείων στον κλάδο της υγείας, υπάρχει επιτακτική ανάγκη να γίνει εισαγωγή του επαγγελματισμού στο λεγόμενο νοσοκομειακό μάνατζμεντ.
- Το 1998 οι David Camilleri και Mark O'Callaghan σε δημοσίευσή τους στο περιοδικό International Journal of Health Care Quality Assurance έκαναν μια σύγκριση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στη Μάλτα. Αναπτύχθηκαν δύο ερωτηματολόγια βασισμένα σε 16 δείκτες ποιότητας υπηρεσιών και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert. Τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης εργασίας δείχνουν ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία υπερέχουν έναντι των δημοσίων στον τομέα του «ξενοδοχειακού εξοπλισμού», αλλά τα δημόσια

υπερβαίνουν τις προσδοκίες των ασθενών με το εύρος των υπηρεσιών. Η διαφορά προσδοκιών και αντίληψης είναι πιο μεγάλη στο δημόσιο τομέα.

- Το έτος 1998 ο Syed Saad Andaleeb στο International Journal of Health Care Quality Assurance παρουσίασε έρευνα σχετική με τους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία. Το διοικητικό αυτό μοντέλο αποτελείται από πέντε κριτήρια που είναι τα ακόλουθα:
 - Επικοινωνία με τους ασθενείς
 - Επάρκεια προσωπικού
 - Συμπεριφορά προσωπικού
 - Ποιότητα των διευκολύνσεων
 - Αντιλαμβανόμενο κόστος

Τα συμπεράσματα υποδεικνύουν ότι και οι πέντε μεταβλητές είναι υψίστης σημασίας στο συγκεκριμένο μοντέλο.

- Στο International Journal of Operations & Production Management έγινε δημοσίευση έρευνας που διαξάγη ο Minwir Al-Shammari (1999) όπου μετράται και εκτιμάται η παραγωγική δυνατότητα των επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών υγείας με τη χρήση πολυκριτήριας μεθοδολογίας ονόματι Data Envelopment Analysis (DEA). Η μελέτη αυτή παρακινήθηκε από την επιθυμία να διορθώσει τη φαινομενική ανεπάρκεια της βιβλιογραφίας στην παραγωγική αποδοτικότητα των νοσοκομείων στις αναπτυσσόμενες χώρες γενικά, αλλά και συγκεκριμένα στο Jordan. Το δείγμα καλύπτει τα 15 νοσοκομεία του Υπουργείου Υγείας (Ministry of Health) στο Jordan. Τα δεδομένα στα οποία βασίζεται η παρούσα εργασία αποκτήθηκαν από την ετήσια στατιστική αναφορά που δημοσιεύτηκε από το Υπουργείο Υγείας για την περίοδο 1991 έως 1993. Τα δεδομένα εισόδου ήταν:
 - Ο αριθμός κρεβατιών που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό των κρεβατιών επί τις μέρες ενός έτους.
 - Αριθμός των ιατρών.
 - Αριθμός υπολοίπου προσωπικού όπως νοσηλευτικό, τεχνικό προσωπικό κλπ.Και τα δεδομένα εξόδου είναι:
 - Ασθενείς ανά ημέρα.
 - Αριθμός ασήμαντων επεμβάσεων.
 - Αριθμός σημαντικών επεμβάσεων.

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε ένα μη γραμμικό μοντέλο προγραμματισμού, το προαναφερόμενο DEA που αναπτύχθηκε από Charnes et al. 1978. Κατόπιν της χρήσης του μοντέλου βγήκε το συμπέρασμα ότι η μέθοδος DEA είναι ένας δυνατός και αποδοτικός μηχανισμός που αξιοποιήθηκε για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των πολλαπλών δεδομένων εισόδου και εξόδου στα νοσοκομεία της περιοχής που εξετάστηκε. Αρχικά υπολογίστηκαν τα σκορ αποδοτικότητας των νοσοκομείων ανά έτος και διαδοχικά αναζητούνται οι απαραίτητες αλλαγές που πρέπει να γίνουν στα δεδομένα για να μετατραπούν από μη αποδοτικά σε αποδοτικά.

- Το 1999 δημοσιεύτηκε στο *Journal of Management in Medicine* από τους Livio Garattini, Giovanni Giuliani και Ewa Ragano, ένα μοντέλο υπολογισμού του κόστους στις νοσοκομειακές πτέρυγες. Η μελέτη έλαβε χώρα στην Ιταλία. Μέχρι τότε τα Ιταλικά νοσοκομεία δεν είχαν κάποιο σύστημα υπολογισμού του κόστους ή συλλογής δεδομένων και ακολουθούσαν μονάχα καταγραφή εσόδων και εξόδων. Η μεθοδολογία ανάλυσης κόστους που προτείνεται από τους εν λόγω ερευνητές μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο να ξεκινήσει λεπτομερείς και ολοκληρωμένος υπολογισμός του νοσοκομειακού κόστους, κάτι το οποίο θα επιτρέψει καλύτερη κατανόηση στη διακίνηση πόρων μεταξύ των τμημάτων. Επιπρόσθετα, θα αποτελέσει καλύτερη ευκαιρία για εξοικονόμηση αλλά και έλεγχο του κόστους από τους διοικητές και τις υγειονομικές αρχές.
- Το 1999 στο *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine* οι Regis Beuscart, Jean-Marie Renard, David Delerue και Alexandre Souf ανέλυσαν το θέμα των τηλεπικοινωνιών στον τομέα της υγείας για επίτευξη καλύτερης συνεργασίας μεταξύ νοσοκομείων και γενικών πρακτικών (*General Practitioners - GP's*). Με την ανάπτυξη νέων πληροφοριακών και επικοινωνιακών τεχνολογιών αλλάζει δραστικά η φύση ανταλλαγής δεδομένων μεταξύ των επαγγελματιών που εμπλέκονται στον τομέα της υγείας και τα νοσοκομεία, καθώς και οι ιδιωτικές κλινικές κάνουν εγκατάσταση του δικού τους νοσοκομειακού πληροφοριακού συστήματος.
- Το 2001 στο *Journal of Management in Medicine* ο Morten Skjorshammer παρουσίασε εργασία του με θέμα την κατάσταση ανταγωνισμού σε ένα νοσοκομείο. Στην ουσία εστιάστηκε στο να σχεδιάσει δομές και να χρησιμοποιήσει διάφορες μεθόδους. Το άρθρο αυτό παρουσιάζει ένα παράδειγμα, περιγράφοντας την ανάπτυξη, τη δομή και εφαρμογή ενός συστήματος μεγάλου εύρους,

για τη διοίκηση των διαμαχών και του ανταγωνιστικού κλίματος σε ένα νοσοκομείο της Νορβηγίας. Σκοπός είναι να γίνει ενδυνάμωση των ικανοτήτων διοίκησης που έχουν οι μάνατζερ και να επέλθουν αλλαγές στον τρόπο διοίκησης με σκοπό τη μείωση του κόστους που επέρχεται από τον ανταγωνισμό και τη χρησιμοποίηση της κατάστασης αυτής υπέρ τους.

- Το 2002 οι Louise Lemieux-Charles, Michael Murray, G. Ross Baker, Jan Barnsley, Kevin Tasa και Salahadin A. Ibrahim δημοσίευσαν στο *Journal of Organizational Behavior* μια έρευνα σχετική με τη βελτίωση της ποιότητας (Quality Improvement - Q.I.) , δίνοντας έμφαση στο ότι η βελτίωση αυτή μπορεί να επηρεάσει άμεσα, αλλά και έμμεσα την ομαδική απόδοση. Η μελέτη αυτή συμπεριλαμβάνει 97 ομάδες στο χώρο της περίθαλψης. Εξετάζονται τα τεχνάσματα που χρησιμοποιούν οι ομάδες και καθορίζονται οι επιρροές τους σε όλη την ομαδική αποτελεσματικότητα. Πολλές έρευνες για την αποτελεσματικότητα των ομάδων στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας που εφάρμοσαν τη μεθοδολογία βελτίωσης της ποιότητας, έχουν επικεντρωθεί στην ομαδική εργασία και έχουν μετρήσει τον αντίκτυπο των διαφορετικών προσεγγίσεων στο κλινικό αποτέλεσμα των ασθενών (Curley, McEachern, & Speroff, 1998; Goldberg, 1998; Solberg et al.,1998). Αυτές οι μελέτες αγοράζουν είτε τους τρόπους που οι ομάδες ολοκληρώνουν το έργο τους, ή πως η χρήση της βελτίωσης ποιότητας QI επηρεάζει τη διαδικασία επίλυσης του προβλήματος. Οπότε, η παρούσα έρευνα μελετάει αυτό το κενό με το να εστιάζει στο «εάν» και «πως» η εφαρμογή της QI βελτιώνει την απόδοση. Οι συγγραφείς ανέπτυξαν ένα δείκτη εφαρμογών των βελτιώσεων ποιότητας.
- Το 2002 έγινε άλλη μια πολύ ενδιαφέρουσα δημοσίευση στο *International Journal of Operations & Production Management*. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Joseph Sarkis και Srinivas Talluri και στην πραγματικότητα αποτελεί μια προέκταση της εργασίας του Al-Shammari (1999) και αφορά στη μέτρηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων. Η σημασία της έρευνας είναι μεγάλη και αφορά την εκτίμηση και τη βελτίωση της απόδοσης κάθε νοσοκομειακής μονάδας και λειτουργεί διορθωτικά στη μελέτη του Al-Shammari (1999). Αν και η εργασία του τελευταίου διασφαλίζει κάποια ενδεχομένως ενδιαφέρουσα γνώση, αποτυγχάνει στο να αγοράσει συγκεκριμένο αντικείμενο και επεκτάσεις σχετικά με την ανάλυση. Επομένως, η προέκταση αυτή σκοπεύει συγκεκριμένα στο

να αγοράσει αυτά τα αντικείμενα στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

- Το 2002 στο Public Administration and Development οι Freddie Ssenkooba, Lynn Atuyambe, Barbara McPake, Kara Hanson και Sam Okuongzi εξέτασαν το τι θα μπορούσε να κατορθωθεί εάν υπάρξει αυτονομία στα δημόσια νοσοκομεία. Η μελέτη αυτή είχε παραδειγματική εφαρμογή σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία μη κερδοφορικού χαρακτήρα, στην Ουγκάντα. Η τακτική αυτονομίας των νοσοκομείων αποτελούσε αντικείμενο συζήτησης στην Ουγκάντα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Κατά πόσο η αύξηση της αυτονομίας θα αυξήσει την απόδοση των νοσοκομείων; Σε αυτό το ερώτημα θέλησαν να απαντήσουν οι ερευνητές μέσω της έρευνας αυτής και τα αποτελέσματα αυτών δίνουν έμφαση στο ότι πρέπει να βελτιωθεί η αξιοπιστία και η ικανότητα των μάντζερ. Η αξιοπιστία εξαρτάται από το διευρυμένο πολιτικό περιβάλλον και από την επιθυμία του πολιτικού συστήματος να επιβραβεύσει την καλή απόδοση των νοσοκομείων και να επιβάλλει τιμωρία στην κακή απόδοση.
- Το έτος 2003 οι Thomas J. Douglas και Joel A. Ryman δημοσίευσαν στο Strategic Management Journal έρευνα σχετική με την κατανόηση των πλεονεκτημάτων του ανταγωνισμού στη νοσοκομειακή βιομηχανία. Ο σκοπός της εν λόγω έρευνας ήταν να εξετάσει τις άμεσες και έμμεσες επιρροές που ασκούνται στη νοσοκομειακή οργανωσιακή συμπεριφορά από τη δομή της αγοράς, καθώς και τις σχέσεις των οργανισμών διεθνώς. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τις 32 μεγαλύτερες νοσοκομειακές αγορές των Ηνωμένων Πολιτειών. Ενώ δεν υπάρχει μια γενικά αποδεκτή προσέγγιση μέτρησης νοσοκομειακών αγορών, τα νοσοκομεία ανταγωνίζονται μέσα σε μια περιορισμένη γεωγραφική περιοχή. Τα νοσοκομεία που αποτέλεσαν το δείγμα ανήλθαν σε 824. Το δεύτερο μέρος συλλογής στοιχείων στην ουσία αξιοποίησε ειδικούς από το χώρο της βιομηχανίας, να εκτιμήσουν τη νοσοκομειακή ικανότητα, καθώς και την ικανότητα των ιατρών.

Η εργασία αυτή εξέτασε τα πλεονεκτήματα του ανταγωνισμού στη νοσοκομειακή βιομηχανία και πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι άμεσες, αλλά και οι συνδυαζόμενες πτυχές της δομής της αγοράς, καθώς και η επιρροή των παγκόσμιων επιχειρησιακών σχέσεων στην επιχειρησιακή απόδοση. Τα αποτελέσματα αυτής της προσέγγισης ενδεικνύουν ότι οι managers μέσω της στρατηγικής ανάπτυξης που εφαρμόζουν, μπορούν να αποκτήσουν

ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα και να καταπολεμήσουν τις όποιες αρνητικές επιρροές της αγοράς.

- Το 2004 δημοσιεύτηκε από τους Huseyin Arasli και Lillia Ahmadeva στο International Journal of Health Care Quality Assurance, έρευνα η οποία ασχολείται με τη σύγκριση της ποιότητας της περίθαλψης στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα υγείας μέσω της προσέγγισης του TQM (Total Quality Management) που αναφέρεται στο συνδυασμό του ενδιαφέροντος των ομάδων που ασχολούνται με την προώθηση της ποιότητας. Η εν λόγω έρευνα έλαβε χώρα στα νοσοκομεία των πόλεων Nicosia, Kyrenia, Famagusta και Guzelyurt που είναι οι τέσσερις βασικές πόλεις της Βόρειας Κύπρου και απευθύνθηκε σε 7.500 οικογένειες. Οι δύο βασικές υποθέσεις της έρευνας ήταν:

- $H_{1(0)}$: υπόθεση μη ύπαρξης διαφορών σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία όσον αφορά την ποιότητα υπηρεσιών
- $H_{1(a)}$: υπόθεση ύπαρξης διαφορών όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών τους

Τα δεδομένα μεταφέρθηκαν στο Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS) και έγιναν δοκιμές ANOVA. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δείξει τον τρόπο λειτουργίας των ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων στην Κύπρο και να κάνει κατανοητό πώς αν αυξηθεί η συνολική ποιότητα χρησιμοποιώντας την άποψη του κοινού, επέρχεται σημαντική βελτίωση. Οι ερευνητές σχεδίασαν μοντέλο με κριτήρια ικανοποίησης ασθενών, τα οποία κριτήρια βασίστηκαν σε βιβλιογραφία και σε διάφορες βάσεις δεδομένων. Επιπλέον, έλαβαν υπόψη αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από υπαλλήλους νοσοκομείου και κατέληξαν σε επτά διαστάσεις:

1. στο να δίνεται προτεραιότητα στις ανάγκες των ασθενών
2. επαγγελματισμός από πλευράς προσωπικού
3. υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και ευκαιρίες στους ασθενείς
4. σχέσεις
5. εξοπλισμός, φάρμακα και άλλες ευκολίες
6. υγιεινή
7. περιβάλλον και σχέδιο

Το μοντέλο έχει δύο βασικές φάσεις: το πρώτο στάδιο επικεντρώνεται στην αναγνώριση των κριτηρίων ικανοποίησης των ασθενών για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσοκομεία, και το δεύτερο στάδιο είναι η διαδικασία αξιολόγησης του κενού μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών προσωπικού. Εάν οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ολική ποιότητα των διαδικασιών

και των υπηρεσιών, τότε εντάσσονται στην κατηγορία των «χαρούμενων ασθενών».

Τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής έδειξαν πως η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το δημόσιο και ο ιδιωτικός τομέας, χρειάζεται βελτιώσεις, με εξαίρεση τη διάσταση «σχέσεις» για τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όσον αφορά τη διάσταση «προτεραιότητα στις ανάγκες των ασθενών», στα δημόσια νοσοκομεία μονάχα οι ώρες επίσκεψης των ασθενών είναι ικανοποιητικές. Στον ιδιωτικό τομέα δίνεται τεράστια προτεραιότητα στον ασθενή και δεν εντοπίζονται προβλήματα με το σύστημα εγγραφών. Τέλος, στα δημόσια νοσοκομεία το προσωπικό δεν φαίνεται να γνωρίζει καλά τα καθήκοντα και τις υπευθυνότητές του. Επομένως, η πρώτη υπόθεση απορρίφθηκε και έγινε αποδεκτή η δεύτερη.

- Το 2004 στο Journal of European Industrial Training οι Pauline Stanton, Timothy Bartram και Raymond Harbridge εξέτασαν το κατά πόσο η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων (Human Resource Management) επηρεάζεται στον τομέα της υγείας στη Βικτόρια της Αυστραλίας και πως αντιμετωπίζεται κατά τις αλλαγές των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, αλλά και η επιρροή που ασκείται από τις διαφορετικές κυβερνητικές πολιτικές που ακολουθούνται. Την τελευταία εικοσαετία υπήρχε μια διεθνής επικέντρωση των κυβερνήσεων στο να επιτύχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας. Ο τομέας αυτός ανασχεδιάστηκε επικεντρώνοντας σε νέα είδη επιχορηγήσεων και στον ανταγωνισμό. Η μείωση του κόστους αποτέλεσε κύριο πολιτικό μέλημα των κυβερνήσεων ανά τον κόσμο (McGuire et al., 1992; Bloom, 2000).

Μέχρι τότε είχε δοθεί μικρή σημασία στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας (Saltman et al., 1998) ή στην επιρροή των κυβερνητικών πολιτικών και των περιβαλλοντικών αλλαγών στη διοίκηση του προσωπικού. Πρόσφατες έρευνες έχουν επισημάνει την ανάγκη της καινοτομίας κυρίως στη διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού στον τομέα της υγείας (Dwyer and Leggat, 2002; Stanton, 2002b). Οι προαναφερόμενοι ερευνητές κάνουν λόγο για την ανάγκη για «σημαντικότερες καινοτομίες υποστηρίζοντας στόχους όπως η πρόσβαση, η παραγωγικότητα, η ποιότητα και η ασφάλεια».

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας προέρχονται από τρεις βασικές πηγές και η πρώτη εξ αυτών αφορά μια συλλογή εγγράφων «κλειδιά» από το δημόσιο τομέα υγείας κατά τα έτη διακυβέρνησης του Kennett. Συνεντεύξεις, μεταξύ άλλων, και οκτώ εργατών και διευθυντών ανθρωπίνων πόρων κατά τα έτη 1999 και 2000 δίνουν

σημαντική πληροφορία. Έτσι, προσκομίστηκαν στοιχεία και από Αυστραλιική Στατιστική Υπηρεσία, τον τομέα εργαζομένων, από τις βιομηχανικές εγγραφές και από κυβερνητικές εκθέσεις.

Η δεύτερη πηγή δεδομένων είναι από μια εκ βάθους έρευνα σε μεγάλο τοπικό νοσοκομείο και η τρίτη πηγή αφορά ερευνητική εργασία που επίσης βασίστηκε παρασκηνιακές πληροφορίες, όπως ισολογισμοί, κυβερνητικά έγγραφα και άλλα.

Τα αποτελέσματα των προαναφερόμενων εργασιών κάνουν λόγο για το ότι η θεωρία «one-size-fits-all» δεν αποτελεί προσέγγιση ιδανική για μεταβαλλόμενες συνθήκες. Αντιθέτως, υπάρχουν διαφορετικές τακτικές για κάθε δεδομένη κατάσταση, ώστε η διοίκηση να λειτουργεί σωστά ως προς τον ανταγωνισμό, τη μείωση του κόστους και ούτω καθ'εξής.

- Το 2004 το περιοδικό *Research in Nursing & Health* φιλοξένησε μελέτη των June H. Larrabee, C. Lynne Ostrow, Mary Lynne Withrow, Michelle A. Janney, Gerald R. Hobbs Jr. και Christopher Burant. Η μελέτη αυτή είχε ως αντικείμενο την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα των νοσοκόμων και συμμετείχαν σε αυτή 362 ασθενείς και 90 νοσοκόμες. Κατόπιν χρήσης αιτιολογικού μοντέλου, συμπεραίνεται ότι η φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποτελεί σημαντικό μέρος της γενικής τους ικανοποίησης από το όλο πακέτο προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Η συνεργασία νοσοκόμων και ιατρών φαίνεται να έχει σοβαρό αντίκτυπο και στους ασθενείς, αλλά και στο βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Το 2004 έγινε δημοσίευση στο περιοδικό *Surgery* από τους Kenneth H. Cohn, Sandra L. Gill και Richard W. Schwartz. Η έρευνα αυτή διαπραγματεύτηκε τον τρόπο βελτίωσης των σχέσεων μεταξύ των ιατρών και των μάντζερ ενός νοσοκομείου προκειμένου να κεντρίσουν την προσοχή των διοικητών του νοσοκομείου. Οι δυο πλευρές εκδηλώνουν διαφορετικές προοπτικές και συμπεριφορά που βασίζονται στην εκπαίδευση, αλλά και τα διαφορετικά τους επαγγελματικά ενδιαφέροντα. Οι ραγδαίες αλλαγές στο κλινικό και οικονομικό περιβάλλον και η ανάγκη να μελετηθούν τα συμφέροντα από διαφορετικές συνιστώσες, καθιστά αναπόφευκτη τη διαμάχη ανάμεσα στις δυο πλευρές.
- Στο *International Journal of Health Care Quality Assurance* το 2005, οι Nilubon Sivabornvatana, Sununta Siengthai, Donyaprueth Krairit και Himangshu Paul έκαναν λόγο για το πως η χρήση της τεχνολογίας σε συνδυασμό με την ποιοτική διοίκηση μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Εξάλλου, οι Kunst και Lemmink (2000) υπογραμμίζουν ότι στον τομέα της υγείας η τεχνολογική ανάπτυξη έχει σημαντική θέση ως προς την ιατρική φροντίδα, τις τεχνικές χειρουργικών επεμβάσεων, το φαρμακευτικό υλικό, τον εξοπλισμό και επομένως την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ακόμη, αν η τεχνολογία χρησιμοποιείται αποτελεσματικά, τότε πρέπει να δοθεί η ανάλογη προσοχή στο σχεδιασμό, την παραγωγή, καθώς και τη διοίκηση της τεχνολογίας (Mels et al., 1997).

Αναλύεται το QMS (Quality Management System) ως μια διαδικασία διοίκησης κατευθυνόμενη από τους ίδιους τους καταναλωτές. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία της Ταϊλάνδης και βασίζεται σε εκ βάθους συνεντεύξεις στους εκπροσώπους των νοσοκομείων αυτών. Από την εξέταση προέκυψαν κάποια κριτήρια τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν σε πέντε SERVQUAL διαστάσεις. Από την άλλη, συνεντεύξεις 20 ασθενών τονίζουν τους εξής έξι παράγοντες κλειδιά της ποιότητας:

- Ανθρώπινες υπηρεσίες
- Μείωση του χρόνου αναμονής
- Καθαριότητα
- Ειδική ιατρική αγωγή
- Γρήγορη ανάρρωση
- Επιθυμία να προάγει το προσωπικό ποιοτικές υπηρεσίες

Στα εν λόγω νοσοκομεία υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της τεχνολογίας, του συστήματος ποιοτικής διοίκησης και της τελικής ποιότητας των υπηρεσιών. Τα συμπεράσματα της προαναφερόμενης έρευνας υπογραμμίζουν το γεγονός ότι όσα θεωρούνται ως σημαντικά από την πλευρά όσων ενασχολούνται με την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, δεν θεωρούνται πάντα σημαντικά από την πλευρά των ασθενών που εστιάζουν την προσοχή τους σε άλλα, διαφορετικά σημεία.

- Το 2005 στο Measuring Business Excellence οι Ignacio Urrutia και Scott D. Eriksen έκαναν λόγο για την εξισορροπημένη καρτέλα καταγραφής σκορ, γνωστή ως Balanced Scorecard (BSC). Ο αντικειμενικός σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να δώσει απάντηση στην ερώτηση αν η BSC μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μη κερδοφόρους οργανισμούς και πιο συγκεκριμένα, στο νοσοκομειακό τομέα. Ένας δεύτερος στόχος είναι να διευκρινιστεί αν η BSC μπορεί να χρησιμοποιηθεί υιοθετώντας τις μεθοδολογίες εκείνες που προτείνει η βιβλιογραφία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η BSC είναι εφαρμόσιμη σε κάθε είδος οργανισμού και

με κάποιες ίσως διαφοροποιήσεις. Όσον αφορά τους μη κερδοφόρους οργανισμούς, πρέπει να γίνει τροποποίησή της και να υπάρξει κάποιος στόχος, κάποια συγκεκριμένη προοπτική.

- Το 2005 στο *International Journal of Health Care Quality Assurance* οι O. Groene, S.J. Jorgensen, A.M. Fugleholm, L. Moller και M. Garcia - Barbero παρουσίασαν τα επίπεδα προώθησης της υγείας στα νοσοκομεία, μέσω ανάπτυξης και πειραματικής εφαρμογής σε 36 νοσοκομεία σε εννέα Ευρωπαϊκές χώρες. Αναπτύχθηκε εργαλείο αυτοαξιολόγησης με σκοπό να εκτιμήσει αν οι μάνατζερ των νοσοκομείων διαισθάνονται τα στάνταρντς αυτά. Οι συμμετέχοντες σχολίασαν τις προοπτικές του συστήματος υγείας της χώρας τους.
- Το 2005 στο *Health Policy* Stefan οι Tony Kunkel και Ragnar Westerling έγραψαν για τα διαφορετικά είδη και τις διαφορετικές πλευρές των ποιοτικών συστημάτων, καθώς και τις συνέπειές τους. Έγινε θεματική σύγκριση επτά ποιοτικών συστημάτων σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Σουηδίας.
- Το ίδιο έτος (2005), στο ίδιο περιοδικό, έγινε η δημοσίευση του Carlo De Pietro με αντικείμενο τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε δημόσια νοσοκομεία της Ιταλίας. Πιο συγκεκριμένα, ο ερευνητής εξέτασε το πως τα Ιταλικά δημόσια νοσοκομεία μπορούν να χρησιμοποιήσουν ιδιωτικές ιατρικές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από τους ιατρούς του δημοσίου σαν εργαλείο διοίκησης ανθρωπίνων πόρων. Συμπερασματικά, τα νοσοκομεία δεν χρησιμοποιούν την ιδιωτική λειτουργία του μάνατζμεντ ως εργαλείο για την αντιμετώπιση του ανταγωνισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

« Αξιολόγηση της Αριστείας της διοίκησης »

«Ποτέ δεν περιφρονούμε ότι μας προσέχει και μας
ευχαριστεί.»

Mark Twain

2.1. Εισαγωγή

Ο σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να αξιολογήσει την αριστεία λειτουργίας της διοίκησης των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Ο αρχικός στόχος ήταν η αξιολόγηση όλων των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων Ελλάδος και η συναίνεση αυτών στην έκβαση της παρούσας έρευνας. Η έλλειψη συνεργασίας δεν διευκόλυνε την διεκπεραίωση του συγκεκριμένου σκοπού, επομένως δημιουργήθηκε μία φόρμουλα βάσει της οποίας, με κάποιες παραλλαγές ίσως, μπορεί να γίνει μελλοντική εφαρμογή σε όλα τα εν λόγω νοσοκομεία, αλλά και σε νοσοκομειακές μονάδες άλλων κατηγοριών.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στις Θεωρίες όπου βασίστηκε η ιδέα αυτή και παρουσιάζεται ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε ανώτερους υπαλλήλους της διοικητικής υπηρεσίας των νοσοκομείων. Η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε τρία καίρια σημεία:

- Στη μελέτη σχετικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν κατά τα τελευταία έτη και έχουν ως αντικείμενο τη διοίκηση μονάδων υγείας,
- Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση βασικών εννοιών που αφορούν την επιχειρησιακή αριστεία και τη διοίκηση ολικής ποιότητας και
- Σε σημαντικές πληροφορίες που αποκομίστηκαν από πολύωρες συνεντεύξεις με διοικητικούς υπαλλήλους της ανώτατης διοίκησης νοσοκομείων στην Ελλάδα και την Τσεχία.

Το προαναφερόμενο ερωτηματολόγιο «κρίνεται» σε δύο διαστάσεις. Από τη μια γίνεται αξιολόγησή του και από την άλλη αξιολόγηση των απαντήσεων που δόθηκαν σε αυτό. Η αξιολόγηση του ερωτηματολογίου πραγματοποιείται με το να ορίζεται η χρησιμότητα κάθε ερώτησης, καθώς και η δυσκολία που τυχόν συνάντησε ο ερωτώμενος να δώσει την κάθε απάντηση. Η αξιολόγηση των απαντήσεων, από την άλλη, έχει ως τελικό στόχο να εξαγάγει κάποιο συγκεκριμένο σκορ για την εξεταζόμενη νοσοκομειακή μονάδα, ώστε να την κατατάξει με βάσει τα πρότυπα αριστείας που ορίζονται.

Τέλος, προκύπτουν συμπεράσματα και προτάσεις για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και την καλύτερη αφομοίωση των μεθόδων που προτείνει η οικονομική - διοικητική επιστήμη.

2.2. Θεωρητικό υπόβαθρο

2.2.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) ξεκίνησε να κάνει την εμφάνισή της στην Ιαπωνία το 1950 και εξαπλώθηκε αρκετά χρόνια αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του 1980 άρχισε να γνωστοποιείται στην Ευρώπη. Πρόκειται για μια νέα ουσιαστικά φιλοσοφία διοίκησης που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία των επιχειρήσεων. *«Η ΔΟΤΠ είναι μια διοικητική προσέγγιση, η οποία στοχεύει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ικανότητας ενός οργανισμού να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πελατών, με την ενεργό συμμετοχή όλων των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης²»*. Αποσκοπεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ανταγωνιστικότητας μιας επιχείρησης. Αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσπάθεια απομάκρυνσης από την παραδοσιακή επικέντρωση μόνο στην επιθεώρηση και τον έλεγχο με σκοπό την ανεύρεση και την εξάλειψη των αδυναμιών. Αντίθετα, αφορά την οργάνωση και τη δέσμευση ολόκληρου του οργανισμού για τη βελτίωση της ποιότητας σε κάθε τμήμα, κάθε δραστηριότητα, κάθε άτομο και κάθε επίπεδο.

Ο Atkinson ορίζει την Ολική Ποιότητα σαν μια στρατηγική προσέγγιση στην παραγωγή των καλύτερων δυνατών προϊόντων και υπηρεσιών μέσω της διαρκούς ανάπτυξης καινοτομιών (Atkinson, 1990). Ο Oakland ορίζει τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως την κατανοητή προσέγγιση για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ευελιξίας μέσω σχεδιασμού, οργάνωσης και κατανόησης κάθε δραστηριότητας και της συμμετοχής κάθε ατόμου σε κάθε επίπεδο (Oakland, 1994).

Η νέα αυτή φιλοσοφία διοίκησης μπορεί να λειτουργήσει εποικοδομητικά μόνο όταν έχει γίνει αποδεκτή από όλα τα μέλη της επιχείρησης ή του οργανισμού. Όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από το επίπεδο που βρίσκονται στην ιεραρχία, είναι εξίσου υπεύθυνοι για το κοινό αποτέλεσμα και η εκπαίδευση στη νοοτροπία της ΔΟΤΠ αφορά όμοια όλους τους εργαζομένους. Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΤΠ σε έναν οργανισμό έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό με το ανθρώπινο δυναμικό του. Οι δραστηριότητες, τα μέσα παραγωγής και οι μέθοδοι είναι απλώς εργαλεία για την επίτευξη της ικανοποίησης των πελατών, των προμηθευτών και των εργαζομένων. Τα εργαλεία αυτά εξελίσσονται συνέχεια ώστε να διευκολύνουν περισσότερο την

² Ιωάννης Ν. Πολίτης, «Συνεισφορά Πολυκριτήριας Ανάλυσης στα Συστήματα Ποιότητας», Χανιά, 2005.

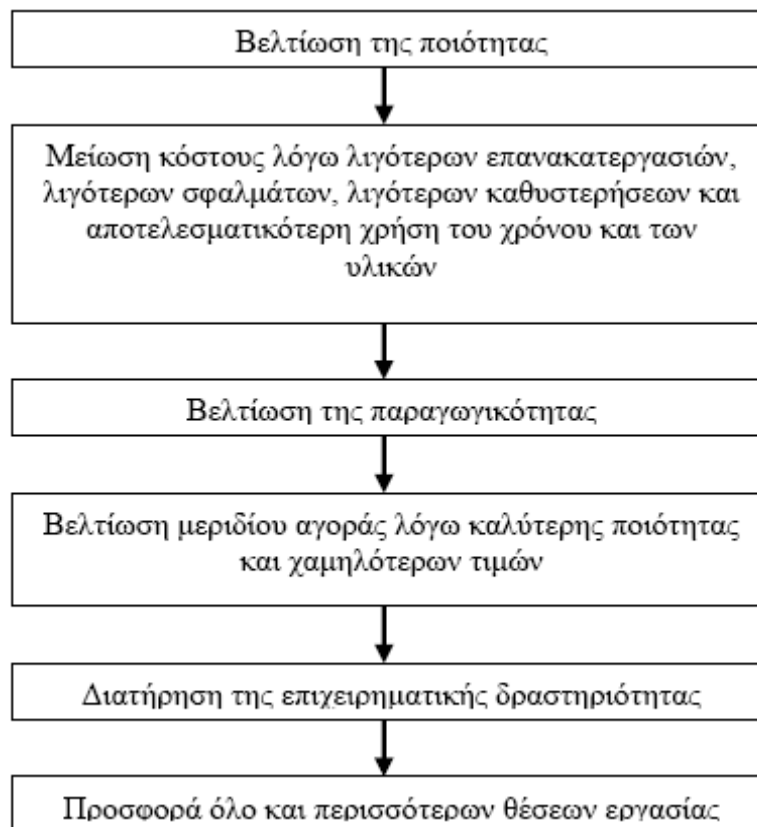
όλη προσπάθεια. Η προσπάθεια είναι ομαδική και η συνεισφορά αλυσιδωτή. Οι πελάτες αποτελούν μια προέκταση της επιχείρησης, με την έννοια ότι οι παρατηρήσεις τους, οι απαιτήσεις τους και γενικότερα οι ιδέες τους λαμβάνονται υπόψη στην προσπάθεια για εξέλιξη του συστήματος. Η επικοινωνία μεταξύ των στελεχών και των εργαζομένων είναι αμφίδρομη, επιτρέποντας τη διάδοση της γνώσης και της απαραίτητης πληροφορίας.

Στη συνέχεια παρατίθενται κάποια στοιχεία για τους εισηγητές και κορυφαίους αναλυτές της έννοιας αυτής: W. Edwards Deming, Joseph M. Juran και Philip B. Crosby.

2.2.1.1. Η προσέγγιση του Deming

Ο Deming θεωρείται ο πατέρας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Γεννήθηκε το 1900 στις Η.Π.Α. και πέθανε το 1993 έχοντας κλεισμένα τα δύο επόμενα χρόνια με συνεντεύξεις, σεμινάρια, διαλέξεις, κλπ. Απέκτησε το διδακτορικό του στη φυσική και εκπαιδεύτηκε στην στατιστική, κατά συνέπεια πολλές από τις απόψεις του έχουν τις ρίζες τους σε αυτές τις επιστήμες. Ο Deming αναγνώρισε τη σημασία της στατιστικής αντιμετώπισης των διαδικασιών μιας επιχείρησης. Κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου έδωσε σεμινάρια για τον έλεγχο της ποιότητας στην προσπάθεια βελτίωσης της Αμερικάνικης εθνικής άμυνας, αλλά συνειδητοποίησε ότι η γνώση στατιστικής μόνο από τους μηχανικούς και τους εργάτες δεν θα έλυne τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετώπιζε η βιομηχανία. Παρά τις μεγάλες του προσπάθειες δεν κατάφερε να μεταδώσει το μήνυμα της ποιότητας στα ανώτερα στελέχη των Η.Π.Α.

Αμέσως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, κλήθηκε στην Ιαπωνία μετά από πρόσκληση της Ιαπωνικής κυβέρνησης για να συμμετάσχει στην ανασυγκρότηση της παραπαίουσας Ιαπωνικής βιομηχανίας. Οι Ιάπωνες είχαν ακούσει για τις θεωρίες του και τη χρησιμότητα τους στις Αμερικάνικές επιχειρήσεις κατά τη διάρκεια του πολέμου. Κατά συνέπεια, σύντομα άρχισε να τους διδάσκει στατιστικό ποιοτικό έλεγχο, ενώ προχώρησε και πέρα από τη στατιστική. Ο Deming δίδαξε τη σημασία της διοίκησης από τα ανώτερα στελέχη, τη συνεργασία πελατών - προμηθευτών και τη συνεχή βελτίωση στην ανάπτυξη των προϊόντων και τις διαδικασίες παραγωγής. Από τότε μέχρι και σήμερα η φιλοσοφία του επηρέασε καταλυτικά στον τρόπο λειτουργίας της βιομηχανίας με αποτέλεσμα να κατακλυστεί η υφήλιος από ποιοτικά και αξιόπιστα Ιαπωνικά προϊόντα. Οι Ιάπωνες εκτίμησαν την προσφορά του θεσπίζοντας το 1951 ετήσιο βραβείο με το όνομα του, το οποίο και απονέμεται σε άτομα ή επιχειρήσεις που έκαναν τις αποτελεσματικότερες προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας.



Σχήμα 2.1. : Η «αλυσιδωτή αντίδραση» του Deming (Evans and Lindsay, 1999)

Τα οφέλη της θεωρίας του διακρίνονται και στην «αλυσιδωτή αντίδραση» (Σχήμα 3.1.) όπου παρουσιάζονται τα θετικά σημεία της βελτίωσης της ποιότητας (Quality Improvement) και πως ωφελούνται όλες οι εμπλεκόμενες πλευρές.

2.2.1.2. Η προσέγγιση του Joseph Juran

Ο Joseph Juran εργάστηκε στην Western Electric τη δεκαετία του 1920, καθώς η τελευταία ήταν πρωτοπόρος στην ανάπτυξη στατιστικών μεθόδων για την ποιότητα. Ασχολήθηκε σε μεγάλο βαθμό με τη συγγραφή βιβλίων και έκδωσε ένα από τα πιο αναλυτικά εγχειρίδια για την ποιότητα το Quality Control Handbook (1988), το οποίο έχει επανεκδοθεί πολλές φορές μέχρι σήμερα.

Ο Juran δίδαξε στους Ιάπωνες τις αρχές της ποιότητας τη δεκαετία του 1950 και βοήθησε σημαντικά στον επαναπροσδιορισμό της ποιότητας για τις Ιαπωνικές επιχειρήσεις. Ο Juran συμφώνησε με το συμπέρασμα του Deming ότι η Αμερικανικές επιχειρήσεις αντιμετώπιζαν σημαντικό πρόβλημα στην ποιότητα των προϊόντων τους λόγω αυξημένου κόστους από την κακή ποιότητα και την αύξηση του μεριδίου αγοράς των ανταγωνιστικών χωρών εις βάρος των εγχώριων πωλήσεων. Τόσο ο Deming όσο και ο Juran πίστευαν

ότι η λύση στο πρόβλημα βρίσκεται στη διαμόρφωση μιας καινούργιας αντίληψης για την ποιότητα, η οποία να περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της διοικητικής ιεραρχίας. Ιδιαίτερα, η ανώτερη διοίκηση, απαιτεί εκπαίδευση και εμπειρία για την αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας.

Η διαφορά από τον Deming έγκειται στο ότι ο Juran δεν πρότεινε κάποια σημαντική αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού, αλλά αναζήτησε τη βελτίωση της ποιότητας δουλεύοντας μέσα στο σύστημα το οποίο εφαρμόζαν οι επιχειρήσεις. Με αυτό τον τρόπο, τα προγράμματα του ήταν σχεδιασμένα έτσι ώστε να ταιριάζουν με τον τρέχοντα στρατηγικό προγραμματισμό της επιχείρησης, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο απόρριψης. Θεώρησε ότι οι υπάλληλοι σε διαφορετικά επίπεδα του οργανισμού μιλάνε τη δική τους "γλώσσα", σε αντίθεση με το Deming, ο οποίος πίστευε ότι η στατιστική θα πρέπει να αποτελεί την κοινή γλώσσα όλων των εργαζομένων.

Βλέπει το σχεδιασμό της ποιότητας σαν μέρος τριών βασικών διαδικασιών, οι οποίες αποτελούν την τριλογία της ποιότητας του Juran:

1. Σχεδιασμός της ποιότητας - η διαδικασία προετοιμασίας για την επίτευξη των ποιοτικών στόχων
2. Έλεγχος της ποιότητας - η διαδικασία επίτευξης των ποιοτικών στόχων κατά τη διάρκεια της λειτουργίας
3. Βελτίωση της ποιότητας - η διαδικασία βελτίωσης της απόδοσης σε επίπεδα που δεν έχουν εμφανιστεί ξανά.

2.2.1.3. Η προσέγγιση του Philip B. Crosby

Ο Philip B. Crosby υπήρξε αντιπρόεδρος της ποιότητας στην ΙΤΤ (International Telephone and Telegraph) για δεκατέσσερα χρόνια. Αφότου έφυγε από την ΙΤΤ ίδρυσε το 1979 το Σύνδεσμο Philip Crosby και παρείχε εκπαιδευτικά προγράμματα. Επίσης, έγραψε και πολλά βιβλία. Το πρώτο του βιβλίο, *Quality is Free* (1979), στο οποίο εκφράζεται η άποψη ότι το κόστος διεξαγωγής ενός προγράμματος ποιότητας μπορεί να υπερκαλυφθεί από τα οικονομικά οφέλη που θα προκύψουν με την ικανοποίηση των πελατών, πούλησε περίπου ένα εκατομμύριο αντίτυπα (Evans and Lindsay, 1999). Βασικά σημεία της φιλοσοφίας του Crosby ενσωματώνονται σε αυτό που ονομάζει "Απόλυτη Διαχείριση της Ποιότητας" και "Βασικά Στοιχεία Βελτίωσης".

Τα βασικά στοιχεία της άποψης του Crosby για τη βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνουν την αποφασιστικότητα, την εκπαίδευση και την εφαρμογή. Η αποφασιστικότητα σημαίνει ότι η ανώτερη διοίκηση θα πρέπει να

πάρει στα σοβαρά τη βελτίωση της ποιότητας. Όλοι θα πρέπει να κατανοήσουν την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την εκπαίδευση. Τέλος, όλα τα στελέχη διαχείρισης της ποιότητας θα πρέπει να έχουν κατανοήσει τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος βελτίωσης.

2.2.2. Στρατηγικός Προγραμματισμός

Ο στρατηγικός προγραμματισμός (Strategy Planning) είναι μια από τις πιο βασικές λειτουργίες για την επίτευξη της επιχειρηματικής αριστείας σε έναν οργανισμό. Μέσω του στρατηγικού προγραμματισμού οι ηγέτες καθορίζουν το μέλλον του οργανισμού και επιτυγχάνουν την αλλαγή σύμφωνα με τους οραματισμούς τους για το πώς θα ήθελαν και πως θα μπορούσε να είναι ο οργανισμός μακροπρόθεσμα.

Για την έννοια αυτή δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Quinn, 1980). Στην πραγματικότητα, ο όρος στρατηγική αντιμετωπίζεται πολλές φορές με αντιφατικό τρόπο (Ghobadian, 1993). Ο όρος στρατηγική έχει διαφορετική έννοια για διαφορετικούς ανθρώπους, ωστόσο οι διαφορετικοί ορισμοί που υπάρχουν δείχνουν το εύρος των αντικειμένων με τα οποία ασχολείται ο στρατηγικός προγραμματισμός.

Η στρατηγική έχει οριστεί ως καθορισμός των μακροπρόθεσμων στόχων από την ηγεσία και θεωρείται σαν ένα σύνολο πολιτικών και σχεδίων τα οποία αναπτύσσονται από τα ανώτερα στελέχη για την επίτευξη των προαποφασισμένων στόχων (Chandler, 1962; Andrews, 1980). Γενικά, οι ορισμοί του στρατηγικού προγραμματισμού περιλαμβάνουν όρους όπως στρατηγική επιβολή, επιχειρησιακός σχεδιασμός ή στρατηγικός στόχος (Mintzberg, 1993a; McDonald, 1996; Chaharbaghi and Willis, 1998). Κοινά στοιχεία των περισσότερων ορισμών αφορούν στους μακροπρόθεσμους στόχους του οργανισμού, την εμπλοκή του οργανισμού σε διαφορετικές επιχειρηματικές δραστηριότητες, την εναρμόνιση των ενεργειών της επιχείρησης με το περιβάλλον ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι και να μεγιστοποιηθούν οι ευκαιρίες, όπως επίσης και την εναρμόνιση των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων με τους διαθέσιμους πόρους (McDonald, 1996). Καθώς το περιβάλλον αλλάζει διαρκώς, είναι απαραίτητη η συνεχή αλλαγή του στρατηγικού προγραμματισμού ώστε να διατηρείται σε ισορροπία με το εξωτερικό περιβάλλον (Wright *et al.*, 1996; Proctor, 1997).

Ακολουθούν οι ορισμοί που έδωσαν κατά καιρούς στον στρατηγικό προγραμματισμό κάποιοι αναλυτές της έννοιας:

“...Είναι μια διαδικασία καθορισμού των μακροπρόθεσμων στόχων του οργανισμού, μια διαδικασία δημιουργίας και αξιολόγησης εναλλακτικών προτάσεων και ένα σύστημα για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των σχεδίων που εφαρμόζονται...”

(Armstrong, 1982)

“...Είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιείται με συστηματικό τρόπο ώστε να πετύχει τη συμμετοχή και τη δέσμευση όλων αυτών στους οποίους υπάρχει άμεσος αντίκτυπος από τα σχέδια...”

(Pearce et al., 1987)

“...Είναι μια συστηματική διαδικασία για τον καθορισμό και την επίτευξη ποιοτικών στόχων σε ολόκληρο τον οργανισμό...”

(Juran, 1989)

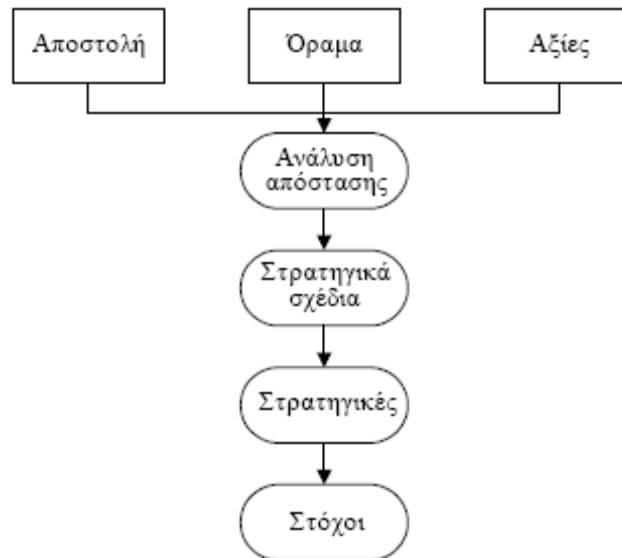
“...Είναι μια διοικητική φιλοσοφία και πρακτικές της επιχείρησης που στοχεύουν στην αποτελεσματική συνεργασία του ανθρώπινου δυναμικού και των υπολοίπων πόρων ενός οργανισμού για την επίτευξη των στόχων του...”

(BSI Standards, 1992)

“...Είναι η κατεύθυνση και ο σκοπός ενός οργανισμού μακροπρόθεσμα, τα οποία επιτυγχάνουν τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας του οργανισμού μέσω της σωστής διαχείρισης των πόρων στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, με σκοπό την ανταπόκριση στις ανάγκες της αγοράς και την ικανοποίηση των προσδοκιών όλων όσων εμπλέκονται με τον οργανισμό ...”

(Johnson and Scholes, 1997)

Οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για το στρατηγικό προγραμματισμό ποικίλουν από εταιρία σε εταιρία, σε γενικές γραμμές, όμως, οι περισσότερες ακολουθούν το βασικό μοντέλο που φαίνεται στο Σχήμα 2.2.. Τα ηγετικά στελέχη του οργανισμού αποφασίζουν πρώτα για την αποστολή, το όραμα και τις αξίες της επιχειρησιακής μονάδας, τα οποία αποτελούν τη βάση για τη δημιουργία του στρατηγικού προγράμματος, και έπειτα ακολουθούν η ανάλυση απόστασης, τα σχέδια, οι στρατηγικές και οι στόχοι.



Σχήμα 2.2.: Διαδικασία στρατηγικού προγραμματισμού (Evans and Lindsay, 1999)

2.2.3. Αξιολόγηση επιδόσεων (Benchmarking)

Η αξιολόγηση επιδόσεων (benchmarking) είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται από πολλές επιχειρήσεις για την παρακολούθηση και τη βελτίωση των διαδικασιών τους. Είναι μια συνεχής διαδικασία μετρήσεων που αφορά προϊόντα, υπηρεσίες και επιχειρηματικές πρακτικές και αναφέρεται στη σύγκριση με τους καλύτερους ανταγωνιστές ή με επιχειρήσεις με ηγετική θέση στον κλάδο τους, με στόχο τη βελτίωση της απόδοσης της επιχείρησης ή του οργανισμού (Camp, 1989). Εναλλακτικοί ορισμοί του benchmarking δίνονται από τους Bogan and English (1994), Swanson (1995), Hayes (1992), Dutka (1995), Hill (1996), Czarnecki (1999), Gerson (1993) και Edosomwan (1993).

Η τεχνική του benchmarking δεν είναι μια απλή αντιγραφή των διαδικασιών και της πρακτικής άλλων επιχειρήσεων, αλλά μια γνήσια προσπάθεια εκμάθησης και προσαρμογής των βέλτιστων αυτών διαδικασιών, σε αρμονία με το εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί και στα εξής σημεία:

1. Οι επιχειρήσεις με τις οποίες γίνεται η σύγκριση κατά τη διαδικασία του benchmarking δεν ανήκουν κατ' ανάγκη στον ίδιο κλάδο με την εταιρεία που εξετάζεται.
2. Το benchmarking είναι ένα εργαλείο μέτρησης της απόδοσης που χρησιμοποιείται πάντοτε σε συνδυασμό με ενέργειες βελτίωσης.

3. Η σχέση του benchmarking με την Ολική Ποιότητα είναι άμεση, δεδομένου ότι υποστηρίζει αλλά και προϋποθέτει διαδικασίες συνεχούς βελτίωσης.
4. Γενικά, το benchmarking μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια συνεχής, χωρίς τέλος, διαδικασία βελτίωσης.

2.2.4. Μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών

Βασικό σημείο της σχέσης μεταξύ ενός οργανισμού και των πελατών του, είναι η αναγνώριση των πελατών, πράγμα αναγκαίο για τον καθορισμό των αναγκών και των προσδοκιών τους. Οι διαφορετικές κατηγορίες πελατών, σε γενικές γραμμές, έχουν διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες. Συνήθως, μια εταιρία δεν μπορεί να ανταποκριθεί ταυτόχρονα στις ανάγκες όλων των πελατών της παρέχοντας το ίδιο προϊόν ή την ίδια υπηρεσία, ιδιαίτερα όταν η εταιρία αυτή δραστηριοποιείται ταυτόχρονα σε πολλές διαφορετικές αγορές. Είναι λοιπόν απαραίτητη η αναγνώριση των διαφορετικών κατηγοριών πελατών ώστε να μπορέσει η εταιρία να ανταποκριθεί στις διαφορετικές τους απαιτήσεις. Ο Juran (1992) προτείνει την **τμηματοποίηση των πελατών σε δύο κατηγορίες: τους «λίγους» αλλά «σημαντικούς» και τους «πολλούς χρήσιμους».**

Η τμηματοποίηση των πελατών μπορεί να βασίζεται στη γεωγραφική περιοχή, τα δημογραφικά στοιχεία, τον τρόπο χρησιμοποίησης των προϊόντων, τον όγκο των πωλήσεων, κλπ. Η τμηματοποίηση αυτή επιτρέπει στην εταιρία να προσαρμόσει τις εσωτερικές της διεργασίες με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες των πελατών που της προσδίδουν μεγαλύτερη αξία.

Γίνεται ολοένα και περισσότερα λόγος για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών από το παρεχόμενο προϊόν ή υπηρεσία. Το σύνολο των επιχειρήσεων και οργανισμών έχουν κατανοήσει τη σπουδαιότητα της μέτρησης της ικανοποίησης πελατών, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως το πλέον αξιόπιστο σύστημα ανάδρασης για την εταιρεία, δεδομένου ότι παρέχει με ουσιαστικό και άμεσο τρόπο την άποψη των πελατών. Με αυτόν τον τρόπο, η μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών παρέχει ένα συνολικό βαθμό απόδοσης για την εταιρεία και προσδιορίζει την πιθανή υπεροχή της σε σχέση με τον ανταγωνισμό (Gerson, 1993).

Ένα αποτελεσματικό σύστημα μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών θα πρέπει να παρέχει αξιόπιστες πληροφορίες για την αξιολόγηση των προϊόντων και των υπηρεσιών της εταιρίας από τους πελάτες, καθώς και για τη συσχέτιση αυτής της αξιολόγησης με τη μελλοντική συμπεριφορά των

καταναλωτών. Η διαδικασία μέτρησης θα πρέπει να περιλαμβάνει το σχεδιασμό της έρευνας ικανοποίησης, την ανάλυση των πληροφοριών των πελατών και τη χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων από τη διοίκηση, για τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων / υπηρεσιών της εταιρίας.

Βασικό σημείο έναρξης μιας έρευνας ικανοποίησης πελατών είναι ο καθορισμός του στόχου της έρευνας. Οι έρευνες θα πρέπει να σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να εξαχθούν ξεκάθαρα συμπεράσματα για τις διαδικασίες που χρειάζονται βελτίωση. Έπειτα πρέπει να επιλεγούν τα άτομα ή η ομάδα που θα αναλάβει τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι ανεξάρτητοι οργανισμοί εκτός εταιρίας είναι πολλές φορές περισσότερο αντικειμενικοί και παρέχουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Στη συνέχεια θα πρέπει να καθοριστεί το δείγμα στο οποίο θα βασιστεί η έρευνα. Το δείγμα που θα επιλεχθεί θα πρέπει να περιέχει ικανοποιητικό ποσοστό από όλες τις κατηγορίες πελατών. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, προσωπικών επαφών, ερωτηματολογίων, κλπ. είναι το επόμενο βήμα στο σχεδιασμό της έρευνας της ικανοποίησης. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί, καθώς η κάθε μέθοδος είναι αποτελεσματική υπό διαφορετικά δεδομένα. Αναλυτική περιγραφή των μεθόδων συλλογής πληροφοριών από έρευνες ικανοποίησης μπορούν να βρεθούν στους Γρηγορούδη και Σίσκο (2000, p. 170-176). Το τελικό στάδιο αναφέρεται στην ανάλυση των δεδομένων με κατάλληλα εργαλεία και την εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων για τη διενέργεια πιθανών βελτιώσεων. Η διαδικασία μέτρησης της ικανοποίησης θα πρέπει να αναθεωρείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να ενδυναμώνεται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και να γίνεται σταδιακή βελτίωση των αδυναμιών και προβλημάτων υπό τον έλεγχο της έρευνας.

Πέρα από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από οργανωμένες έρευνες, τα παράπονα των πελατών και στη συγκεκριμένη περίπτωση των ασθενών, αποτελούν πολύτιμη πληροφορία και τεραστίας σημασίας ιδέες βελτίωσης της ποιότητας. Τα παράπονα των πελατών μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο για την εταιρία εάν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Έρευνες έδειξαν ότι περισσότεροι από τους μισούς πελάτες που έκαναν κάποιο παράπονο θα εμπιστευόντουσαν ξανά την εταιρία εάν το πρόβλημα τους λυνόταν, ενώ το ποσοστό αυτό θα ανέβαινε στο 95% εάν το πρόβλημα λυνόταν άμεσα (Albrecht and Zemke, 1985). Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα παράπονα των πελατών αυξάνει την καταναλωτική πίστη των πελατών και θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στους πελάτες να παραθέτουν τα προβλήματα χωρίς δυσκολίες. Χρειάζεται μια συστηματική διαδικασία για τη συλλογή και την ανάλυση των παραπόνων των πελατών και τη χρησιμοποίησή τους για τη διενέργεια βελτιώσεων.

2.2.5. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (ΔΑΔ - Human Resources Management) αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή θέματα στη βιβλιογραφία που αφορούν τη διοίκηση (Boxal, 1995; Legge, 1995; Schuler and Jackson, 1999). Σε αυτό συνετέλεσαν τόσο η παγκοσμιοποίηση όσο και η διεθνοποίηση των επιχειρήσεων, η δημιουργία καινούργιων αγορών και η αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των επιχειρήσεων σε τοπικό και σε διεθνές επίπεδο, το οποίο είχε σαν αποτέλεσμα στη δημιουργία όλο και περισσότερων μελετών που αφορούν την αποτελεσματικότερη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Brewster *et al.*, 1996; Clark *et al.*, 1999). Οι παραδοσιακοί μηχανισμοί αύξησης της ανταγωνιστικότητας έγιναν με το πέρασμα του χρόνου όλο και λιγότερο αποτελεσματικές, καθώς ήταν εύκολο από τους ανταγωνιστές να αντιγράψουν επιτυχημένες μεθόδους και πρακτικές άλλων επιχειρήσεων (Ulrich, 1987). Σε απάντηση, οι επιχειρήσεις, αναζήτησαν νέους τρόπους που θα τους πρόσδιναν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, με κυριότερο τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Schuler and MacMillan, 1984). Άλλωστε, τόσο στον ακαδημαϊκό όσο και στον επιχειρηματικό χώρο θεωρείται ότι καθώς αυξάνεται ο ανταγωνισμός, το ανθρώπινο δυναμικό είναι ίσως η μοναδική αξιόπιστη πηγή δημιουργίας ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Prahalad, 1983; Reich, 1990).

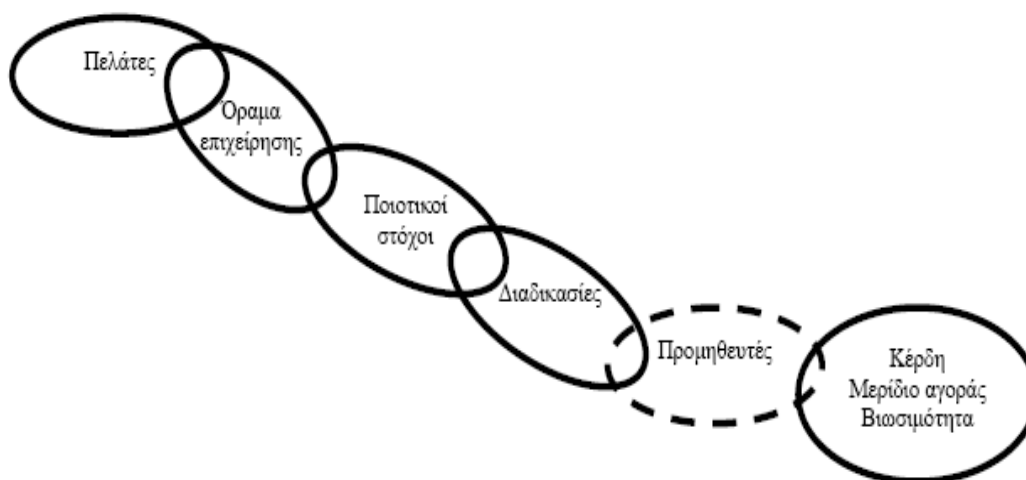
Οι αρχικές μελέτες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό αφορούσαν τη συσχέτιση μεταξύ αυτόνομων πρακτικών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού όσον αφορά τα οικονομικά μεγέθη, την παραγωγικότητα, την ποιότητα των προϊόντων, τη δημιουργία καινοτομιών, κλπ. Οι πρακτικές αυτές διαχείρισης, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνουν πρακτικές πρόσληψης (Terpstra and Rozell, 1993), συστήματα εξέλιξης (Ferris *et al.*, 1992), μεθόδους θέσπισης στόχων (Terpstra and Rozell, 1994), πρακτικές εκπαίδευσης (Russell *et al.*, 1985), συστήματα ανταμοιβής (Gerhart and Milkovich, 1990), συστήματα συνταξιοδότησης (Davidson, 1996), συστήματα αξιολόγησης (Borman, 1991) και τη δημιουργία ομάδων εργασίας (Banker *et al.*, 1996). Η τάση αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη διεξαγωγή μεγάλου αριθμού ερευνών, ιδίως όσον αφορά τη θεωρία της ανάλυσης χρησιμότητας (Boudreau, 1983; Schmidt *et al.*, 1979). Ωστόσο, καθώς όλες οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι στην πραγματικότητα αυτόνομες αλλά επηρεάζουν η μία την άλλη, η σύγχρονη έρευνα έχει επικεντρωθεί στη σύνθεση τους σε ένα μοναδικό δείκτη (Ferris *et al.*, 1998, p. 237).

2.2.6. Συνεργασίες (Προμηθευτές – Εξωτερικοί συνεργάτες – Εσωτερικοί συνεργάτες)

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία μιας επιχείρησης αποτελεί η αποτελεσματική διαχείριση των συνεργατών της. Οι επιχειρήσεις που εφαρμόζουν τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχουν κατανοήσει ότι για να πετύχουν στο έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον που δραστηριοποιούνται θα πρέπει να βελτιώσουν όλες τις διαδικασίες λειτουργίας τους και να εμπλέξουν στη διαδικασία βελτίωσης όλους τους άμεσα ή έμμεσα συνεργαζόμενους με τον οργανισμό. Οι συνεργάτες του οργανισμού μπορούν να αφορούν τους εξωτερικούς προμηθευτές των προϊόντων / υπηρεσιών ή άλλους εξωτερικούς και εσωτερικούς συνεργάτες.

Οι προμηθευτές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ποιότητα και το κόστος των προϊόντων του οργανισμού καθώς και την επίτευξη των στρατηγικών του στόχων (Σχήμα 2.3.). Με τη συνεργασία με τους προμηθευτές, ο οργανισμός μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις των πελατών του, βελτιώνοντας τον τρόπο παραγωγής και την ποιότητα των προϊόντων του. Οι εξωτερικές συνεργασίες μπορούν να αφορούν συνεργασία με πελάτες ή εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η αποτελεσματική διαχείριση τέτοιου είδους συνεργασιών απαιτεί την κατανόηση των σημαντικότερων παραγόντων επιτυχίας, την τακτική επικοινωνία, την αξιολόγηση της προόδου και τη χρησιμοποίηση κατάλληλων μέσων για την προσαρμογή στις αλλαγές των συνθηκών λειτουργίας.

Πέρα από τις εξωτερικές συνεργασίες, σε κάθε οργανισμό λαμβάνουν χώρα συνεργασίες μεταξύ των υπαλλήλων του ίδιου τμήματος, αλλά και μεταξύ διαφορετικών τμημάτων. Οι εσωτερικές συνεργασίες μπορούν να αφορούν συμφωνίες με σωματεία, ή τη συνεργασία με διαφορετικές μονάδες του οργανισμού για τη βελτίωση της ευελιξίας και την ανταλλαγή τεχνογνωσίας. Η σπουδαιότητα των συνεργασιών αυτών είναι μεγάλη και μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην επιτυχή διεκπεραίωση του τελικού στόχου που είναι η βελτίωση της ποιότητας (Quality Improvement) με όλα τα θετικά σημεία που αυτό συνεπάγεται για την κάθε εξεταζόμενη επιχείρηση.



Σχήμα 2.3.: Η συμβολή των προμηθευτών για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης (Fernandez, 1997)

2.2.7. Εταιρεία & περιβάλλον

Από τον προηγούμενο κιάλας αιώνα, γίνεται λόγος για τα έντονα περιβαλλοντικά προβλήματα που βιώνει ο πλανήτης Γη. Εκατοντάδες χιλιάδες οι περιβαλλοντικές οργανώσεις ανά τον κόσμο, κάνουν ιδιαίτερη προσπάθεια και επιτελούν αγώνα για να προλάβουν χειρότερη επιδείνωση των καταστροφών. Σε αυτή την περιβαλλοντική καταστροφή συντελούν πολλοί παράγοντες, ένας εκ των οποίων η ανάπτυξη της βιομηχανίας.

Για την αποφυγή όλων αυτών των αρνητικών παραμέτρων, έχουν θεσπιστεί ειδικές νομοθετικές διατάξεις που οριοθετούν τον τρόπο αποβολής απορριμμάτων κάθε είδους, καθώς και κάθε άλλη πράξη βλαβερή για τη δημόσια υγεία και το περιβάλλον γενικότερα.

Οι νοσοκομειακές μονάδες παράγουν βάσει της λειτουργίας τους, διαφόρων ειδών απόβλητα. Αναλογιζόμενος κανείς το αντικείμενο των νοσοκομείων, που έχει να κάνει με την αντιμετώπιση της αρρώστιας και διαφόρων μορφών μικροβίων, μπορεί να κατανοήσει πόσο επιβλαβής θα ήταν η έλλειψη καλού διαχειρισμού αυτής της λειτουργίας. Επομένως, κρίνεται απαραίτητο η διοίκηση να χειρίζεται το συγκεκριμένο θέμα με το πλέον προσεκτικό τρόπο.

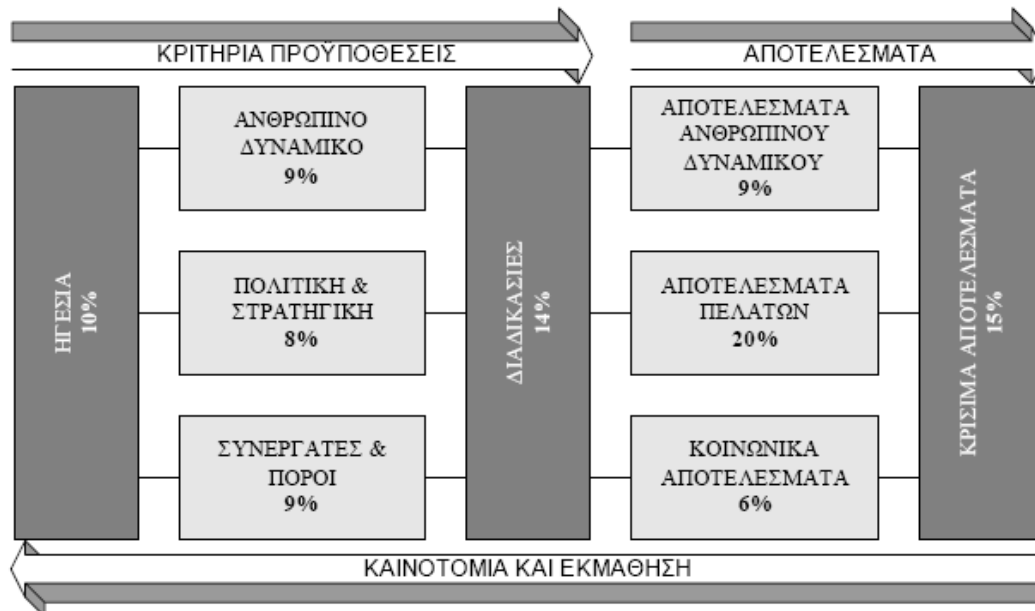
3.3. Αριστεία της διοικητικής λειτουργίας

2.3.1. Μοντέλα αξιολόγησης

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα εσωτερικής αξιολόγησης που εφαρμόζονται τις τελευταίες δεκαετίες. Τα πιο γνωστά σε παγκόσμιο επίπεδο είναι τα εξής:

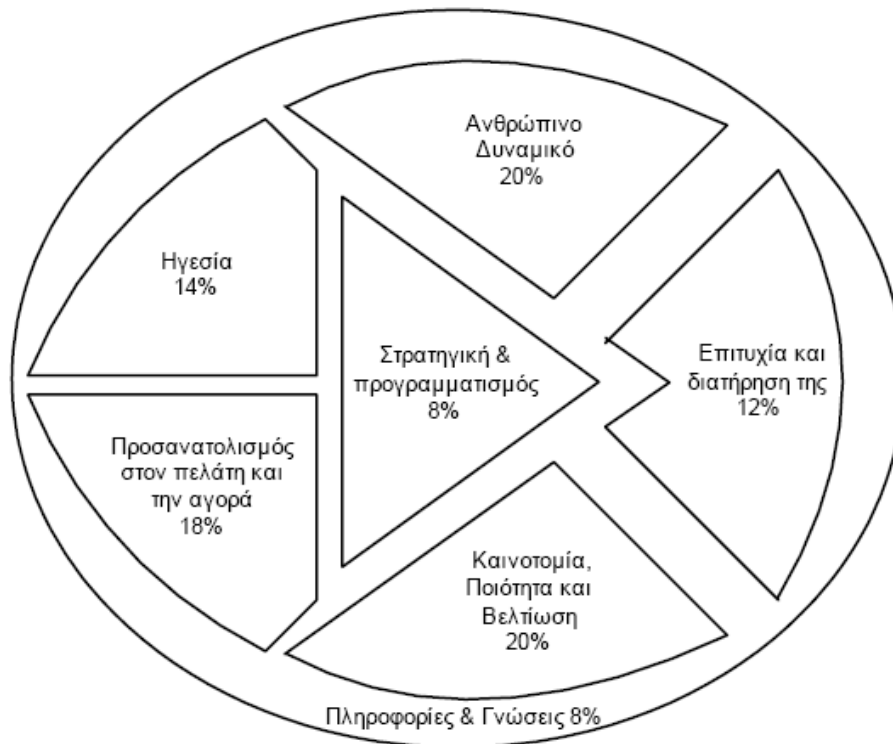
- Το βραβείο ποιότητας του Deming που δημιουργήθηκε το 1951 από το Σύλλογο των Ιαπώνων Επιστημόνων και Μηχανικών (Union of Japanese Scientists and Engineers) σε αναγνώριση και εκτίμηση των επιτευγμάτων του W. Edwards Deming στο στατιστικό ποιοτικό έλεγχο. Τα κριτήρια αξιολόγησης του βραβείου Deming χωρίζονται σε δέκα βασικές κατηγορίες. Κάθε βασική κατηγορία διαιρείται σε επιμέρους υποκατηγορίες. Κάθε κατηγορία έχει την ίδια σημαντικότητα.
- Το Βραβείο Ποιότητας του Malcolm Baldrige, το καθιέρωσε το Υπουργείο Εμπορίου των ΗΠΑ το 1987. Το βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige National Quality Award - MBNQA) επιθυμούσε να ηγηθεί μιας εθνικής προσπάθειας αναβάθμισης της ποιότητας των αμερικανικών προϊόντων και υπηρεσιών. Ο κύριος λόγος της θέσπισης του βραβείου αυτού, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ως η απάντηση των ΗΠΑ στην καθιέρωση του Ιαπωνικού βραβείου ποιότητας Deming, ήταν η μείωση του επιπέδου ποιότητας των αμερικανικών προϊόντων.
- Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας : Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διοίκηση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management - EFQM) ιδρύθηκε το 1988 από τις δεκατέσσερις πιο επιφανείς επιχειρήσεις της Δυτικής Ευρώπης, όταν πολλές από τις σημαντικότερες επιχειρήσεις της Ευρώπης συνειδητοποίησαν ότι ο μόνος τρόπος επιβίωσης τους ήταν ο μεγαλύτερος προσανατολισμός στην ποιότητα και την ικανοποίηση των πελατών. Στα πλαίσια αυτά, το EFQM με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Οργάνωσης για την Ποιότητα (European Organization for Quality - EOQ) και την Ευρωπαϊκή Ένωση ανέπτυξε και εποπτεύει από το 1991 και μετά το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award - EQA), το οποίο αποτελεί ένα πρότυπο αυτοαξιολόγησης των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων και οργανισμών. Ο στόχος του EQA είναι να ενισχυθεί η θέση των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων στην παγκόσμια αγορά με την αποδοχή της ποιότητας ως ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και με την τόνωση και

την ενίσχυση της ανάπτυξης των δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας (Bohoris, 1995). Για την εφαρμογή του βραβείου στις ευρωπαϊκές χώρες έχει καθοριστεί ένας εθνικός εκπρόσωπος, τον οποίο για την Ελλάδα αντιπροσωπεύει η Ελληνική Εταιρία Διοίκησης Επιχειρήσεων - ΕΕΔΕ.



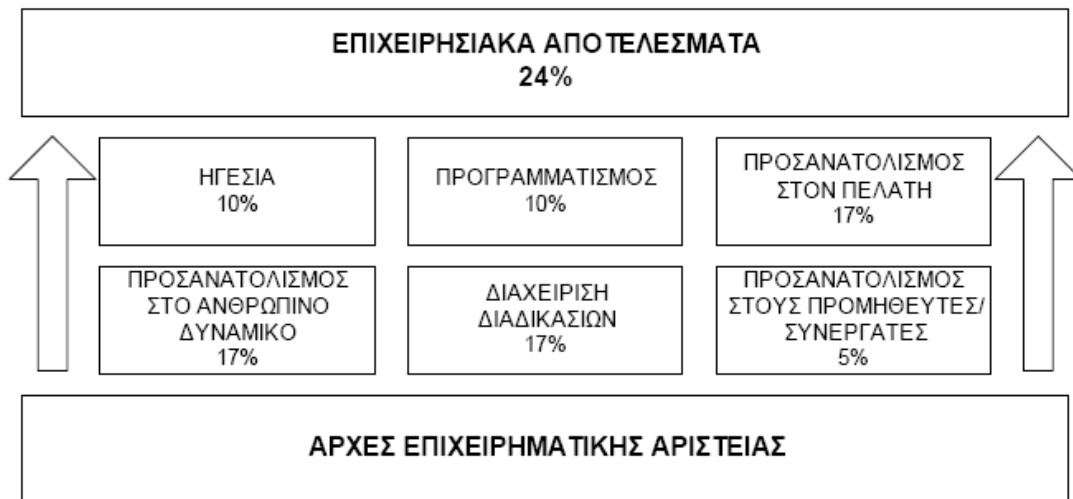
Σχήμα 2.4.: Το Ευρωπαϊκό βραβείο ποιότητας (Ττολίτης, 2005)

- Άλλα δύο σημαντικά βραβεία αποτελούν το βραβείο ποιότητας της Αυστραλίας και το βραβείο ποιότητας του Καναδά. Το βραβείο ποιότητας της Αυστραλίας (Σχήμα 2.5.) αναπτύχθηκε ανεξάρτητα από το βραβείο Malcolm Baldrige το 1988. Την εποπτεία του βραβείου την έχει το Ίδρυμα Βραβείων Ποιότητας της Αυστραλίας (Australian Quality Awards Foundation), ένας θυγατρικός οργανισμός του Συμβουλίου Ποιότητας της Αυστραλίας (Australian Quality Council - AQC). Το βραβείο αναθεωρείται και ανανεώνεται κάθε χρόνο από μια επιτροπή ειδικών σε θέματα διοίκησης και ηγεσίας ώστε να είναι πάντα ενημερωμένο σύμφωνα με τις σύγχρονες διοικητικές πρακτικές.



Σχήμα 2.5.: Το Βραβείο Ποιότητας της Αυστραλίας (AQC, 2004)

- Το Υπουργείο Βιομηχανίας του Καναδά (Σχήμα 2.6.) εισήγαγε το 1984 το Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας του Καναδά. Το πρόγραμμα αναθεωρήθηκε το 1989, ενσωματώνοντας τις αρχές του Βραβείου Malcolm Baldrige και ονομάστηκε Βραβείο Ποιότητας του Καναδά (Vokurka *et al.*, 2000). Το βραβείο εποπτεύεται από το Εθνικό Ίδρυμα Ποιότητας του Καναδά (National Quality Institute - NQI), το οποίο επιβραβεύει τους οργανισμούς του Καναδά που επιδεικνύουν συνεχή βελτίωση στην ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών τους.
- Τέλος, μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές στις επιστήμες που ασχολούνται με την ποιότητα και την αξιολόγηση υπηρεσιών και επιχειρήσεων αποτελεί η μοντελοποίηση των δομημένων εξισώσεων. Η μοντελοποίηση των δομημένων εξισώσεων δεν αποτελεί μια καινούργια μεθοδολογία, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί από τις αρχές του 1920, στην αρχική της μορφή, στη ψυχολογία και τη γενετική (Wright, 1918).



Σχήμα 2.6.: Το Βραβείο Ποιότητας του Καναδά (NQI, 2004)

2.4. Μεθοδολογία αξιολόγησης της διοίκησης μέσω ερωτηματολογίου

Μια από τις τρεις διαστάσεις αξιολόγησης του συστήματος υγείας σε επίπεδο πανεπιστημιακών νοσοκομείων, είναι εκείνη που αξιολογεί την αριστεία της διοίκησης και του τρόπου που αυτή λειτουργεί και αποδίδει. Στη συνέχεια, ακολουθεί η διαδικασία που εφαρμόστηκε για να εξεταστεί η διάσταση «management» της προτεινόμενης μεθοδολογίας.

2.4.1. Λογική δόμησης του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οκτώ ενότητες: 1. την οργάνωση και λειτουργία της επιχείρησης, 2. το προσωπικό, 3. την απόδοση της επιχειρησιακής μονάδας, 4. το στρατηγικό σχεδιασμό, 5. τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, 6. τις εσωτερικές & εξωτερικές συνεργασίες, 7. τη σχέση της εταιρείας με το περιβάλλον και 8. την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών.

Την κάθε ερώτηση την ακολουθεί ένας πίνακας της μορφής:

	<u>Καθόλου</u>	<u>Μικρή</u>	<u>Μεσαία</u>	<u>Υψηλή</u>	<u>Πολύ υψηλή</u>
<u>Δυσκολία</u>	5	4	3	2	1
<u>Χρησιμότητα</u>	1	2	3	4	5

Χρησιμότητα: ως χρησιμότητα ορίζεται η σημασία και το όφελος κάθε ερώτησης στη γενικότερη λειτουργία και εξέλιξη της επιχειρησιακής μονάδας. Η χρησιμότητα βαθμολογείται με 5 όταν είναι πολύ υψηλή και με 1 όταν είναι μηδαμινή. Το βαθμό χρησιμότητας τον ορίζει ο ίδιος ο υπάλληλος.

Δυσκολία: ως δυσκολία ορίζεται ο βαθμός δυσκολίας που συναντά ο ερωτώμενος στο να δώσει την απάντηση σε αυτό που ρωτάται. Η δυσκολία βαθμολογείται με 1 όταν είναι πολύ υψηλή και με 5 όταν δεν παρουσιάζεται καμία δυσκολία απάντησης. Το βαθμό δυσκολίας τον ορίζει ο ίδιος ο υπάλληλος.

Ο καλύτερος συνδυασμός είναι εκείνος που χαρακτηρίζεται από μηδαμινή δυσκολία και πολύ υψηλή χρησιμότητα. Ο χειρότερος συνδυασμός απαρτίζεται από πολύ υψηλή δυσκολία (1) και καθόλου χρησιμότητα (1). Αποφασίστηκε να μην συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις που ανήκουν σε ότι προαναφέρθηκε ως «κακός» συνδυασμός και να γίνονται αποδεκτές εκείνες των οποίων οι δύο εν λόγοι παράμετροι είναι τουλάχιστον μεσαίας κατάστασης. Η μηδαμινή δυσκολία απάντησης μαρτυρεί το γεγονός ότι ο υπάλληλος γνωρίζει καλά και δίνει τη σωστή απάντηση επί του θέματος που ερωτάται. Η υψηλή δυσκολία απάντησης συνεπάγεται και αποκόμιση λάθος απάντησης ή δυσκατανόηση της ερώτησης. Για το λόγο αυτό, οι ερωτήσεις που αρχικά θεωρείται ότι δεν πρέπει να συμπεριληφθούν στο τελικό ερωτηματολόγιο, επανεξετάζονται εις βάθος σε συνεργασία με υπάλληλο της ανώτατης διοίκησης, ώστε να αποφευχθεί περίπτωση απώλειας κάποιας σημαντικής ερώτησης.

Με τον τρόπο αυτό καθορίζεται η χρησιμότητα της κάθε ερώτησης για την εταιρεία και η δυσκολία που τυχόν συνάντησε ο υπάλληλος της εταιρείας να απαντήσει στο παρόν ερωτηματολόγιο. Στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί παρουσιάζεται η χρησιμότητα και η δυσκολία βάσει του εξεταζόμενου Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.

Για την κατάληξη σε αυτή τη μορφή ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ειδική φόρμουλα. Η φόρμουλα αυτή δημιουργήθηκε με σκοπό να βοηθήσει στη δημιουργία ενός άρτιου ερωτηματολογίου και είναι η εξής:

Θέτουμε ως:

- α= χρησιμότητα
- β= δυσκολία
- S= score

Ο γενικός τύπος που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή των ερωτήσεων εκείνων που πρέπει να συμπεριληφθούν είναι ο εξής:

$$S(a,b) = a \times b$$

Ο γενικός τύπος που ορίζει την καλύτερη δυνατή ερώτηση είναι ο εξής:

$$\begin{aligned} S_{\max} &= 5 \times 5 \Rightarrow \\ S_{\max} &= 25 \end{aligned}$$

Εκτός αυτού, μπορεί να συναντήσουμε και τις χειρότερες περιπτώσεις ερωτήσεων:

$$\begin{aligned} S_{\min} &= 1 \times 1 \Rightarrow \\ S_{\min} &= 1 \end{aligned}$$

Επόμενο βήμα αποτελεί ο προσδιορισμός του σημείου εκείνου που θα αποτελεί σταθμό στην αποδοχή ερωτήσεων βάσει του σκορ τους. Το σκορ αυτό που θα αποτελεί σταθμό για την αποδοχή ή όχι κάποιας ερώτησης ορίστηκε ως κρίσιμο σημείο και προσδιορίζεται βάσει του τύπου:

$$\begin{aligned} S_{crucial} &= 3 \times 3 \Rightarrow \\ S_{crucial} &= 9 \end{aligned}$$

Θεωρήθηκε, δηλαδή, ότι από το σημείο όπου η χρησιμότητα θα είναι μεσαία (3) και η δυσκολία απάντησης μεσαία (3), θα γίνονται οι ερωτήσεις αυτές δεκτές, με $a \geq 3$ και $b \geq 3$ πάντα.

Αποδεκτά, λοιπόν, σκορ θα είναι εκείνα που θα ισχύει:

$$\begin{aligned} S_{accept} &\geq S_{crucial} \Rightarrow \\ S_{accept} &\geq 9 \end{aligned}$$

Όσον αφορά το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, κάποιες ερωτήσεις θεωρήθηκαν μη αποδεκτές και δεν συμπεριλήφθηκαν για τους λόγους που προαναφέρθηκαν και βάσει της λογικής αυτής.

2.4.2. Ερωτηματολόγιο με θέμα: «Η Λειτουργία της Διοίκησης στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Ελλάδος »

1. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Όνομα εταιρείας:
 Περιφέρεια στην οποία βρίσκεται:
 Διεύθυνση στο διαδίκτυο:
 Ταχυδρομική διεύθυνση:
 Τηλέφωνο Διοίκησης:
 Υπογραφή (με σφραγίδα ή άλλο μηχανικό μέσο):
 Ονοματεπώνυμο και ιδιότητα ερωτώμενου:

2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

1. Ποιες είναι οι κύριες υπηρεσίες σας;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Ο διοικητικός υπάλληλος λόγω της θέσης που κατέχει μέσα στην εταιρία, δε συνάντησε καμία δυσκολία στο να απαντήσει στην ερώτηση αυτή. Επιπλέον η χρησιμότητα της απάντησης είναι πολύ μεγάλη δεδομένου ότι προσδιορίζοντας τις υπηρεσίες που προσφέρονται από την εταιρία, μπορούμε να σχηματίσουμε μια πρώτη άποψη για τη δυναμική, το μέγεθος, τους στόχους αλλά και την ταυτότητα της εταιρίας.

2. Ποιο είναι το οργανόγραμμα της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου σας;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Υψηλή θεωρείται η χρησιμότητα της παραπάνω ερώτησης, διότι αναφέρεται στο σκελετό, στη δομή της λειτουργίας της επιχείρησης και η δυσκολία απάντησής της είναι μικρή.

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

1. Από πόσους υπαλλήλους απαρτίζεται το Νοσοκομείο;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Μικρή κρίθηκε η δυσκολία στο να δοθεί απάντηση στην παρούσα ερώτηση. Η χρησιμότητά της είναι πολύ υψηλή μιας και το εργατικό δυναμικό αποτελεί την ψυχή της κάθε επιχειρησιακής μονάδας και δηλώνει το μέγεθός της.

2. Κάθε πότε πραγματοποιούνται προσλήψεις;

Σπάνια πραγματοποιούνται προσλήψεις	Όποτε το ορίζει σχετικός κανονισμός	Αναλόγως τις εκάστοτε ανάγκες
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η προαναφερθείσα ερώτηση χαρακτηρίζεται από τη μικρή δυσκολία απάντησής της και την υψηλή της χρησιμότητα.

3. Σε ποιο ταμείο ασφαρίζεται το προσωπικό σας;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η προαναφερθείσα ερώτηση δεν παρουσιάζει καμία απολύτως δυσκολία απάντησης και όσο για τη χρησιμότητά της, αυτή κρίνεται ως υψηλή.

4. Διαθεσιμότητα προσωπικού

Μικρή	Μεσαία	Μεγάλη
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Όσον αφορά την ερώτηση αυτή, η δυσκολία του ερωτώμενου ήταν μικρή. Η χρησιμότητά της είναι πολύ υψηλή καθώς έχει να κάνει με τις δυνατότητες εξυπηρέτησης της μονάδας και κατ'επέκταση την ικανοποίηση του ασθενή.

5. Θέτετε συγκεκριμένους στόχους στο προσωπικό σας;

Ποτέ	Κάποιες φορές	Πάντα
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή έχει μικρή δυσκολία στην εύρεση της απάντησης που δόθηκε. Η χρησιμότητά της, όμως, παραμένει πολύ υψηλή μιας και οι στόχοι κινούν τα νήματα για μια σωστή ή μη λειτουργία μιας νοσοκομειακής μονάδας.

6. Αν ναι, γίνονται έλεγχοι για την επίτευξή τους;

Ποτέ	Κάποιες φορές	Πάντα
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση που αναφέρθηκε είναι μηδαμινής δυσκολίας και η χρησιμότητά της είναι πολύ υψηλή. Η χρησιμότητα αυτή οφείλεται στο ότι η ύπαρξη ελέγχου αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη σωστή έκβαση των στόχων που θέτει η διοίκηση.

7. Πόσο πρόθυμο κρίνετε εσείς να είναι το προσωπικό σας στο να βοηθήσει τους πελάτες-ασθενείς;

Καθόλου	Αρκετά	Πολύ πρόθυμο
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Υψηλής χρησιμότητας χαρακτηρίζεται η προαναφερόμενη ερώτηση, εφόσον η διοίκηση πρέπει να γνωρίζει και να έχει άποψη σχετικά με τη σχέση προσωπικού - ασθενή. Η δυσκολία να δοθεί απάντηση σε μια τέτοια ερώτηση είναι μικρή.

8. Ανεβαίνει κάποιος υπάλληλος εύκολα στην ιεραρχία;

Όχι	Ναι	Εξαρτάται από τις ικανότητες και το ζήλο που παρουσιάζει
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή κρίνεται ως μεσαίας χρησιμότητας, καθώς και μικρής δυσκολίας.

9. Πραγματοποιείτε επιβραβεύσεις διαφόρων τύπων για τους υπαλλήλους σας;

Όχι	Κάποιες φορές	Ναι
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Οι επιβραβεύσεις θεωρούνται μια πολύ καλή τακτική παρακίνησης των υπαλλήλων. Επομένως η χρησιμότητά τους είναι υψηλή. Η δυσκολία απάντησης θεωρήθηκε αμελητέα.

10. Πραγματοποιείτε εκδηλώσεις για τις οικογένειές τους;

Όχι	Κάποιες φορές	Ναι
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή κινείται στην ίδια λογική με την αμέσως προηγούμενη. Επομένως, εμφανίζει μηδαμινή δυσκολία και υψηλή χρησιμότητα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν.

11. Εκδηλώνουν οι εργαζόμενοι παράπονα για τις συνθήκες εργασίας, τη μισθοδοσία κλπ. ;

Ναι	Κάποιες φορές	Όχι
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Πολύ υψηλή κρίνεται η χρησιμότητα της ερώτησης αυτής. Μια τέτοιου είδους ερώτηση μαρτυρεί τις συνθήκες εργασίας, επομένως και το πόσο αποδοτικό και κατ'επέκταση παραγωγικό μπορεί να είναι το εργατικό δυναμικό. Φανερώνει την ικανοποίησή τους από τις συνθήκες υπό τις οποίες εργάζονται με τις όποιες επιπτώσεις μπορεί αυτές να έχουν. Μικρή θεωρείται η δυσκολία απάντησης.

12. Πραγματοποιούνται βελτιώσεις στο γενικότερο περιβάλλον εργασίας κατόπιν παραπόνων του προσωπικού;

Όχι	Κάποιες φορές	Ναι
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή κρίθηκε ως πολύ υψηλής χρησιμότητας και καμίας απολύτως δυσκολίας. Οι ουσιαστικές βελτιώσεις στο εργασιακό περιβάλλον είναι μια επένδυση που οδηγεί όχι μόνο σε ευχαριστημένο εργατικό δυναμικό αλλά και σε αύξηση της απόδοσης και θετική αντιμετώπιση της όλης διαδικασίας που λέγεται εργασία.

13. Προβλέπεται κάτι τέτοιο στις αρμοδιότητες της διοίκησης;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η χρησιμότητα της απάντησης είναι υψηλή ενώ η δυσκολία για την απάντηση της ερώτησης αυτής είναι μηδαμινή.

3.1. ΓΝΩΣΕΙΣ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

14. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο των υπαλλήλων που στελεχώνουν τη διοίκηση; Απόφοιτοι:

Δημοτικού	Γυμνασίου	Λυκείου	Ι.Ε.Κ.	Ανώτατες σπουδές
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η χρησιμότητα της προαναφερθείσας ερώτησης είναι υψηλή, ενώ η δυσκολία που συνάντησε ο υπάλληλος για να απαντήσει κρίθηκε ως μικρή. Είναι συχνό το φαινόμενο να συναντά κανείς σε υψηλές βαθμίδες άτομα τα οποία δεν διαθέτουν το ανάλογο μορφωτικό υπόβαθρο. Αν και τα τελευταία χρόνια κυριαρχεί η τάση αποφοίτησης από ανώτατα ιδρύματα εκατοντάδων χιλιάδων ατόμων, η μονιμοποίηση στο δημόσιο τομέα δεν ευνοεί την αντικατάσταση κάποιων υπαλλήλων και το διορισμό ατόμων με καλύτερα μορφωτικά προσόντα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην ευνοείται η εισαγωγή νέων επιστημονικών ιδεών και εφαρμογών στο σύστημα λειτουργίας της υγείας και όχι μόνο.

15. Προσφέρεται εκπαίδευση του προσωπικού στην πρόσληψη ή κατά τη διάρκεια απασχόλησης;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Καμία δυσκολία δεν φέρνει η απάντηση της ερώτησης αυτής. Η χρησιμότητά της θεωρήθηκε υψηλή μιας και η επιμόρφωση του προσωπικού βοηθά στο όλο χαρακτήρα της επιχείρησης καθώς και στις σχέσεις μεταξύ υπαλλήλων, αλλά και ανάμεσα σε υπαλλήλους και πελάτες.

16. Σε περίπτωση παραπόνων για την συμπεριφορά του προσωπικού, προσφέρεται ειδική εκπαίδευση;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Το πως κινητοποιείται η διοίκηση σε περίπτωση δυσλειτουργιών όπως η μη πρόπυσα συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς, έχει υψηλή σημασία. Η δυσκολία μιας τέτοιας ερώτησης κρίνεται ως αμελητέα.

4. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

1. Ισολογισμοί των τελευταίων τριών ή πέντε ετών

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η χρησιμότητα της απάντησης είναι πολύ υψηλή ενώ η δυσκολία που συνάντησε ο υπάλληλος για να απαντήσει κρίθηκε ως μεσαία. Μέσω των

ισολογισμών μπορεί κανείς να ενημερωθεί για την περιουσιακή δθναμική κάθε επιχείρησης, καθώς και τον τρόπο χειρισμού αυτής.

5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

1. Ακολουθείτε κάποιο Στρατηγικό Σχεδιασμό;

Όχι	Κάποιες φορές	Ναι
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι ύψιστης χρησιμότητας λόγω του ότι καθορίζει το που θα βαδίζει η επιχείρηση. Σε αυτό οφείλονται οι επιτυχίες, καθώς και οι αποτυχίες πολλών επιχειρήσεων. Μέσω του σχεδιασμού ορίζονται οι λεπτομέρειες πάνω στις οποίες θα βασίζεται η κάθε κίνηση, μικρή ή μεγάλη. Η δυσκολία απάντησης αυτής της ερώτησης κρίνεται ως μηδαμινή.

2. Αν ναι, ποια είναι τα στοιχεία στρατηγικής της εταιρείας και για ποιους επιχειρηματικούς στόχους σχεδιάστηκαν;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Πολύ υψηλή η χρησιμότητα της ερώτησης αυτής, για λόγους που προαναφέρθηκαν. Η δυσκολία απάντησης κρίνεται ως μεσαία.

5.1. Ανταγωνισμός

1. Θεωρείτε ότι έχετε ανταγωνιστές;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Ο ανταγωνισμός μπορεί να προκαλέσει πολλά δεινά σε μια επιχείρηση. Μπορεί, όμως, να αποτελέσει και μια φοβερά δυνατή αιτία προόδου και εξέλιξης. Την ερώτηση αυτή τη χαρακτηρίζει η πολύ υψηλή χρησιμότητα σε συνδυασμό με την ανύπαρκτη δυσκολία.

2. Λαμβάνετε υπόψην τον ανταγωνισμό;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Για του λόγους που αναφέρθηκαν μόλις παραπάνω, η χρησιμότητα της ερώτησης που σχετίζεται με τον ανταγωνισμό παραμένει πολύ υψηλή και δεν παρουσιάζει ουδεμία δυσκολία στην απάντηση. Οι οικονομικές θεωρίες ισχυρίζονται πως ο ανταγωνισμός ωφελεί την κάθε επιχείρηση εφόσον γίνεται σωστή και επιστημονική αντιμετώπιση των συνθηκών που δημιουργεί το φαινόμενο αυτό. Οι περιπτώσεις επιχειρήσεων που αμέλησαν τον ανταγωνισμό και για αυτό οδηγήθηκαν στη διάλυση, είναι πολλές.

3. Σε τι βαθμό;

Λίγο	Μέτρια	Πολύ
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Το ίδιο ισχύει και στην παρούσα περίπτωση. Υψηλή είναι η χρησιμότητα και η ερώτηση αυτή δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία στην απάντησή της.

4. Πιστεύετε στη βελτίωση που επέρχεται από την τακτική παρακολούθηση των κινήσεων των ανταγωνιστών;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Ο ανταγωνισμός μπορεί να δώσει πολύ σημαντική πληροφορία για άλλους τρόπους έκβασης και λειτουργίας της επιχείρησης. Αρκεί όμως αυτό να γίνει κατανοητό από τους διοικούντες κάθε επιχείρησης. Νέες ιδέες μπορούν να εφαρμοστούν και να επιφέρουν σημαντικά αποτελέσματα και τεράστια μελλοντική εξέλιξη της επιχείρησης. Η παρούσα ερώτηση κρίνεται ως μικρής δυσκολίας, όμως πολύ υψηλής χρησιμότητας.

5.2. Πελάτες – Δίκτυο ενημέρωσης Πελατών

1. Υπάρχει ιστοσελίδα που να προσφέρει ενημέρωση στους πελάτες - ασθενείς σας;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Οι πελάτες ακόμα και στην περίπτωση του τομέα της υγείας έχουν πολύ σημαντική θέση στην όλη λειτουργία της επιχείρησης. Η σωστή ενημέρωσή τους επιβάλλεται στο να υπάρξει αρμονική έκβαση της διαδικασίας περίθαλψης. Επομένως, υψηλή είναι η χρησιμότητα μιας τέτοιας ερώτησης και μηδαμινή η δυσκολία απάντησης αυτής.

2. Αν ναι, πραγματοποιείται καταγραφή παραπόνων μέσω της ιστοσελίδας αυτής:

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η δυνατότητα έκφρασης παραπόνων μέσω της ιστοσελίδας διευκολύνει τον πελάτη - ασθενή μιας και η τεχνολογία έχει προχωρήσει σε τέτοιο επίπεδο, ώστε σε κάθε σχεδόν οικία να υπάρχουν πλέον ηλεκτρονικοί υπολογιστές. Ακόμα και στην αντίθετη περίπτωση η πρόσβαση σε αυτά είναι εύκολη και έχει ελάχιστο κόστος. Άρα, πολύ υψηλή φαίνεται να είναι η χρησιμότητα της ερώτησης αυτής και η δυσκολία που συνάντησε ο ερωτώμενος προκειμένου να την απαντήσει είναι μηδαμινή.

3. Είναι στις αρμοδιότητες της διοίκησης η παρακολούθηση των παραπόνων αυτών:

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Για καλύτερη οργάνωση της μονάδας θα πρέπει να οριστεί ποιος θα ευθύνεται για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των παραπόνων που εκφράζονται από την πλευρά των ασθενών. Θα πρέπει να ανατεθεί, δηλαδή, κάπου η αρμοδιότητα αυτή. Η διοίκηση είναι υπεύθυνη να ρυθμίσει

το προαναφερθέν θέμα. Υψηλή είναι η χρησιμότητα της ερώτησης αυτής και μικρή η δυσκολία απάντησής της.

6. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η σχέση της διοίκησης με τους ασθενείς έχει τη δική της ιδιαίτερη σημασία στη σύνθεση και ομαλή λειτουργία μιας επιχειρησιακής μονάδας. Ο σωστός ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται, η μέτρηση και ο έλεγχος βελτίωσης, συνθέτουν την πρόοδο κάθε επιχείρησης και την αρμονικότερη σχέση μεταξύ ασθενών και διοίκησης.

1. Κάθε πότε επικοινωνεί η διοίκηση με τους ασθενείς :

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η διοίκηση θα πρέπει να έρχεται σε επικοινωνία με τους ασθενείς. Ο τρόπος και η συχνότητα της επικοινωνίας αυτής ορίζεται από όσους υπηρετούν στον τομέα της διοίκησης και μπορεί να διαφέρει στην κάθε περίπτωση. Η ερώτηση αυτή κρίθηκε υψηλής χρησιμότητας και μικρής δυσκολίας.

2. Έχετε ποτέ μετρήσει την ικανοποίηση των ασθενών σας;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προσφέρει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη σε κάθε είδος επιχείρησης. Ακόμα και στον τομέα της υγείας, το όφελος είναι πολύ μεγάλο, αρκεί να γίνεται τακτικά μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και να εφαρμόζονται μέθοδοι

άλλων, αξιόπιστων επιστημών προκειμένου να ευρεθούν αποτελέσματα. Πολύ υψηλή είναι η χρησιμότητα αυτής της ερώτησης και δεν υπήρξε καμία δυσκολία για την απάντησή της.

3. Με ποιο τρόπο;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Ο τρόπος μέτρησης της ικανοποίησης, δηλαδή οι μέθοδοι που έχουν εφαρμογή σε μια τέτοια μέτρηση, έχουν τεράστια σημασία και συνδέονται άμεσα με το πώς θα αξιοποιηθούν τα δεδομένα και με το τι είδους λύσεις θα προκύψουν. Μικρή η δυσκολία απάντησης αλλά η χρησιμότητά της κρίνεται ως υψηλή.

4. Αξιοποιήθηκαν οι απαντήσεις που δόθηκαν;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Το ζητούμενο δεν είναι απλά να γίνει μια έρευνα ικανοποίησης και να προκύψουν από αυτήν διάφορα αποτελέσματα. Το βασικότερο είναι να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα καταλλήλως και με τρόπο τέτοιο, ώστε να επέλθει η καλύτερη δυνατή βελτίωση. Για το λόγο αυτό η ερώτηση που μόλις αναφέρθηκε είναι πολύ υψηλής χρησιμότητας. Τα στοιχεία που συνθέτουν την ορθότητα της ερώτησης είναι το γεγονός ότι δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία στο να απαντηθεί.

5. Αν όχι, σκέφτεστε να πράξετε έτσι στο μέλλον;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή κατέχει κυρίως τη θέση ελέγχου της αμέσως προηγούμενης ερώτησης. Πολλές φορές πραγματοποιούνται αλλαγές όσον αφορά την μελλοντική τακτική των μονάδων. Οπότε ρωτάται κάτι που αφορά μελλοντικό τρόπο αξιοποίησης της πληροφορίας που προκύπτει από τις έρευνες που προαναφέρθηκαν. Η χρησιμότητα της ερώτησης είναι πολύ υψηλή και η δυσκολία της μικρή.

6. Πως μπορεί επίσημα και ουσιαστικά να παραπονεθεί ένας δυσαρεστημένος ασθενής;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Ποιοί είναι οι τρόποι εκείνοι που δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τα όποια παράπονά τους; Θα πρέπει να υπάρχει κάποια δυνατότητα έκφρασης της δυσαρέσκειας ή και της ικανοποίησής τους. Μονάχα εφόσον υπάρχει συγκεκριμένη διαδικασία θα μπορεί να τηρείται αυτή η υπηρεσία. Χωρίς δυσκολία κρίθηκε η ερώτηση αυτή, η χρησιμότητα της οποίας είναι πολύ υψηλή.

7. Έχουν τοποθετηθεί κουτιά παραπόνων σε σημεία όπου έχουν εύκολη πρόσβαση οι ασθενείς;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Μηδαμινή είναι η δυσκολία μιας τέτοιας ερώτησης. Όσο για τη χρησιμότητα αυτής, είναι υψηλή. Τα κουτιά παραπόνων είναι ευκόλως προσβάσιμα και διευκολύνουν τους ασθενείς.

8. Τι θέση έχουν στο πλήθος των καθημερινών σας δραστηριοτήτων τα παράπονα των ασθενών σας;

Αδιάφορη	Μέτρια	Σημαντική
1	3	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Η ερώτηση αυτή τίθεται με σκοπό να γίνει γνωστό το πόση μεγάλη ή μικρή σημασία έχει η δυσαρέσκεια των ασθενών για το εμπλεκόμενο προσωπικό. Η ερώτηση αυτή έχει υψηλή σημασία και καμία δυσκολία απάντησης.

9. Ενημερώνεστε για τη συμπεριφορά των ιατρών και νοσοκόμων προς τους ασθενείς;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Η ενημέρωση αυτή δεν μπορεί να γίνει από τους ίδιους τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Εκτός αυτού, δεν μπορούν τα άτομα που απαρτίζουν τη διοίκηση να κάνουν καθημερινώς ή ανά τακτά διαστήματα ελέγχους για να επιβλέψουν τη συμπεριφορά των υπαλλήλων που έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς. Τα προαναφερόμενα θα ήταν άσκοπα και χρονοβόρα. Επομένως μία τέτοια πληροφορία μπορεί να αντληθεί από

ερωτήσεις προς τους ασθενείς και να αποτελέσει μέρος της έρευνας που αφορά τη γενικότερη ικανοποίησή τους. Γίνεται λόγος για έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης. Μικρή ήταν η δυσκολία απάντησης που ο ερωτώμενος συνάντησε και η χρησιμότητα και εδώ παρουσιάζεται να είναι πολύ υψηλή.

10. Με ποιο τρόπο γίνεται αυτό;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Υψηλής χρησιμότητας ερώτηση με ανύπαρκτη δυσκολία απάντησης.

6.1. Υπηρεσίες Εντός Νοσοκομείων

1. Υπάρχει κλιματισμός σε όλους τους χώρους;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Το γενικότερο περιβάλλον έχει τη δική του σημασία στο σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται. Ο κλιματισμός παίζει το δικό του σημαντικό ρόλο από τη στιγμή που στους χώρους τους νοσοκομειακούς κυκλοφορούν κυρίως ευπαθή άτομα και ευαίσθητα σε μη κατάλληλες θερμοκρασίες. Η ερώτηση αυτή δεν δυσκολεύει την απάντηση και έχει υψηλή χρησιμότητα.

2. Υπάρχουν κάδοι απορριμμάτων;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η λογική της ερώτησης αυτής είναι ίδια με εκείνη της προηγούμενης. Τα απορρίμματα αποτελούν ευαίσθητο θέμα και χρειάζεται πολύ προσεκτική αντιμετώπιση για την αποφυγή προβλημάτων. Καμία δυσκολία δεν παρουσίασε στον ερωτώμενο η ερώτηση αυτή και η χρησιμότητά της παραμένει υψηλή.

3. Υπάρχουν παντού οδηγίες συμπεριφοράς όπως πινακίδες απαγόρευσης καπνίσματος, τήρησης ησυχίας κλπ;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η συγκεκριμένη ερώτηση έχει υψηλή χρησιμότητα εφόσον γίνεται λόγος για χώρους όπου στεγάζονται άνθρωποι με προβλήματα υγείας. Η δυσκολία απάντησης είναι αμεληταία.

4. Είναι εμφανείς οι έξοδοι κινδύνου σε όλα τα σημεία, προς όλους τους παρευρισκόμενους στο Νοσοκομείο;

Όχι	Ναι
1	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Οι έξοδοι κινδύνου δεν χρησιμοποιούνται συχνά, αλλά ακόμα και στις σπάνιες περιπτώσεις κινδύνου πρέπει να έχουν ληφθεί τα μέτρα αυτά. Υψηλή είναι η χρησιμότητα της ερώτησης παρόλο που δεν μιλάμε για ένα συχνό γεγονός και στην ουσία γίνεται λόγος για πρόβλεψη και αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. Η δυσκολία απάντησής της θεωρήθηκε ανύπαρκτη.

5. Ακολουθούνται πιστά οι κανόνες υγιεινής;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Το θέμα της υγιεινής στα νοσοκομεία είναι πολύ κρίσιμο, μιας και λάθη σε αυτό τον τομέα συνεπάγονται και μεγάλη ζημιά και επικινδυνότητα για όσους συναναστρέφονται στους νοσοκομειακούς χώρους. Η διαδικασία τήρησης των κανόνων υγιεινής έτσι όπως ορίζεται από τις σχετικές νομοθετικές διατάξεις, είναι απολύτως αυστηρή και αποτελεσματική. Ορίζεται ειδικός έλεγχος και τακτική παρακολούθηση του επιπέδου μικροβίων στους διάφορους χώρους και σε ακολουθία η απολύμανσή τους. Επομένως, το μόνο που απομένει είναι η τήρηση αυτών. Πολύ υψηλή η χρησιμότητα της ερώτησης και μηδαμινή η δυσκολία απάντησής της.

7. ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ & ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ

- Υπάρχει συνεργασία με τις διοικητικές αρχές των άλλων υπηρεσιών; (Ιατρική Υπηρεσία, Νοσηλευτική Υπηρεσία, Τεχνική Υπηρεσία);

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Πολύ σημαντική θεωρείται η ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των βασικών τμημάτων ενός νοσοκομείου. Η διοικητική υπηρεσία έχει παρόμοιο σκεπτικό λειτουργίας, οπότε σε περίπτωση συνεργασίας των διοικητικών τμημάτων όλων των παραπάνω υπηρεσιών, μπορεί να γίνουν ανταλλαγές ιδεών και να επέλθει ομαδική αποτελεσματικότητα. Η απάντηση αυτής της ερώτησης δεν συντρέχει καμία δυσκολία.

2. Έχετε εξωτερικούς συνεργάτες;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Μεσαίας χρησιμότητας κρίνεται η παραπάνω ερώτηση και δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία η απάντησή της.

3. Αν ναι, είναι στις αρμοδιότητες της διοίκησης να εποπτεύεται τα αποτελέσματα της συνεργασίας τους;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η συγκεκριμένη ερώτηση έχει σκοπό να ανιχνεύσει το εύρος των αρμοδιοτήτων της διοικητικής υπηρεσίας. Είναι υψηλής χρησιμότητας και δεν έχει καθόλου δυσκολία στο να απαντηθεί.

8. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

1. Τηρούνται μέθοδοι ανακύκλωσης διαφόρων υλικών;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Το θέμα αυτό είναι πιο περιβαλλοντολογικό. Όταν γίνεται λόγος για τόσο μεγάλες μονάδες με τεράστια κατανάλωση ημερησίως, το θέμα της ανακύκλωσης είναι φυσικό ακόλουθο. Η εφαρμογή μιας τέτοιας ερώτησης δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία στο να απαντηθεί, καθώς και έχει υψηλή χρησιμότητα.

2. Τρόπος αποβολής απορριμμάτων, αποβλήτων.

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η αποβολή απορριμμάτων και αποβλήτων αποτελεί λεπτό θέμα, ειδικά όταν πρόκειται για νοσοκομειακή μονάδα. Πολύ υψηλή είναι η χρησιμότητα της ερώτησης και δεν παρουσιάζει δυσκολία στο να απαντηθεί.

3. Πληρούνται όλοι οι περιβαλλοντικοί περιορισμοί;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση είναι ίδιας κατηγορίας με την προηγούμενη. Η τήρηση των περιορισμών αυτών δεν έχει σχέση μόνο με το περιβάλλον, αλλά και με τη δημόσια υγεία. Υψηλή θεωρείται η σημασία της παρούσας ερώτησης και δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία απάντησης.

4. Έχετε παραβιάσεις στο ενεργητικό σας;

Όχι	Ναι
5	1

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή είχε μια σχετικά μικρή δυσκολία απάντησης, όμως η χρησιμότητά της είναι υψηλή για λόγους που προαναφέρθηκαν.

9. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

1. Πως ορίζετε εσείς μια υπηρεσία ως νέα;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η ερώτηση αυτή έχει μικρή δυσκολία αλλά υψηλή χρησιμότητα.

2. Από τι εξαρτάται η εισαγωγή μιας νέας υπηρεσίας;

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
<u>Χρησιμότητα</u>				
1	2	3	4	5
<u>Δυσκολία</u>				
5	4	3	2	1

Η προαναφερθείσα ερώτηση έχει ως σκοπό να γίνει αντιληπτό κατά πόσο μπορεί η διοίκηση να συνεισφέρει στην ανάπτυξη μιας νέας υπηρεσίας. Ορίζεται από το νόμο το «τι» και «πως» ή η πρωτοβουλία αυτή είναι υπόθεση της διοίκησης κατά αποκλειστικότητα; Υψηλή είναι η χρησιμότητά της και μικρή η δυσκολία απάντησης.

3. Επηρεάζεστε από υπηρεσίες άλλων Νοσοκομείων ίδιας κατηγορίας και μη;

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Καθόλου	Μικρή	Μεσαία	Υψηλή	Πολύ υψηλή
---------	-------	--------	-------	------------

Χρησιμότητα

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Δυσκολία

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Η ερώτηση αυτή μαρτυρεί μια βασική αλήθεια όσον αφορά το πως αντιλαμβάνεται η διοίκηση την αίσθηση του ανταγωνισμού και του συναγωνισμού. Η γνώση των όσων συμβαίνουν στην αγορά ή η άγνοια αυτών μπορεί να σκιαγραφήσει τη λογική λειτουργίας της διοίκησης. Ως πολύ υψηλή κρίνεται η χρησιμότητα της ερώτησης αυτής και μικρή η δυσκολία απάντησης.

2.4.3. Αξιολόγηση της αριστείας βάσει των απαντήσεων

Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται το σχέδιο αξιολόγησης της αριστείας της εταιρείας. Σκοπός είναι η εύρεση μιας φόρμουλας η οποία θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γίνει αξιολόγηση οποιασδήποτε εταιρείας του ιδίου κλάδου. Η φόρμουλα αυτή έχει τη δυνατότητα να βγάλει κάποιο τελικό σκορ για την εταιρεία στην οποία εφαρμόζεται και να γίνει έτσι μια κατάταξη της εταιρείας σε σχέση με τις υπόλοιπες του ιδίου κλάδου.

Ο έντονος ανταγωνισμός κρίνει απαραίτητη την αξιολόγηση για να μπορούν όλες οι σύγχρονες επιχειρήσεις, σε όποιο τομέα και αν δραστηριοποιούνται, να επιβιώσουν και να μετατρέπουν τις πιθανότητες σε βεβαιότητα.

2.4.3.1. Λογική δόμησης της μεθοδολογίας ανάλυσης

Οι ενότητες του ερωτηματολογίου καθώς και ο αριθμός των κλειστών³ ερωτήσεων που θα εξεταστούν είναι οι εξής:

1. Οργάνωση & λειτουργία της επιχείρησης (0 ερωτήσεις)
2. Προσωπικό εταιρείας (14 ερωτήσεις)
3. Απόδοση της επιχειρησιακής μονάδας (0 ερωτήσεις)
4. Στρατηγικός σχεδιασμός (8 ερωτήσεις)
5. Μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών (11 ερωτήσεις)
6. Εσωτερικές & εξωτερικές συνεργασίες της εταιρείας (1 ερώτηση)
7. Εταιρεία & περιβάλλον (3 ερωτήσεις)
8. Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών (1 ερώτηση)

Στη συνέχεια εφαρμόζεται η μέθοδος του Σταθμισμένου Μέσου Όρου. Ορίστηκε κάποιος συντελεστής βαρύτητας για κάθε ενότητα βάσει της χρησιμότητας που έχει η κάθε ενότητα για την επιχείρηση που εξετάζεται. Αυτό έγινε σε συνεργασία με τον διοικητικό υπάλληλο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η βαρύτητα κάθε ενότητας στο τελικό σκορ θα διαμορφωθεί ως εξής:

1. Οργάνωση & λειτουργία της επιχείρησης (5%)
2. Προσωπικό εταιρείας (5%)
3. Απόδοση της επιχειρησιακής μονάδας (30%)
4. Στρατηγικός σχεδιασμός (20%)
5. Μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών (20%)
6. Εσωτερικές & εξωτερικές συνεργασίες της εταιρείας (10%)
7. Εταιρεία & περιβάλλον (6%)
8. Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών (4%)

2.4.4. Τρόπος κωδικοποίησης των απαντήσεων

Κωδικοποιήθηκαν όλες οι απαντήσεις από 1 έως πέντε θεωρώντας το 5 ως τη καλύτερη δυνατή περίπτωση απάντησης και το 1 ως τη χειρότερη. Η επιλογή αυτή έγινε χάριν ευκολίας. Πιο συγκεκριμένα:

- Όλες οι απαντήσεις τύπου «ναι» ή «όχι» βαθμολογήθηκαν με 1 και 5. Με τον αριθμό 1 βαθμολογήθηκε η απάντηση που είναι

³ Κλειστές είναι οι ερωτήσεις εκείνες που δίνουν επιλογές συγκεκριμένων απαντήσεων. Στις ανοικτές ερωτήσεις υπάρχει δυνατότητα οποιασδήποτε απάντησης, χωρίς περιορισμό επιλογών.

αρνητική για την επιχείρηση και με το 5 η θετική. Άρα το «όχι»=1 και το «ναι»=5, εκτός 2-3 περιπτώσεων όπου αν δοθεί απάντηση «ναι», είναι αρνητική και βαθμολογείται με 1. Αυτό είναι φανερό επί του ερωτηματολογίου.

➤ Κάποιες άλλες απαντήσεις έχουν τη μορφή :

Ποτέ	Σπανίως	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

Όπου και εδώ το «πάντα» αριθμείται με το 5 που δηλώνει την καλύτερη δυνατή απάντηση και το «ποτέ» αριθμείται με το 1 που δηλώνει το αντίθετο.

➤ Μερικές, τέλος, ερωτήσεις έχουν απαντήσεις της μορφής που ακολουθούν. Το σκεπτικό της αρίθμησης παραμένει ίδιο.

Αδιάφορη	Μέτρια	Σημαντική
1	3	5

Λίγο	Μέτρια	Πολύ
1	3	5

Όχι	Κάποιες φορές	Ναι
1	3	5

Μικρή	Μεσαία	Μεγάλη
1	3	5

Όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου από την πρώτη έως την όγδοη ενότητα αριθμήθηκαν από το 1 μέχρι τον αριθμό των ερωτήσεων της κάθε ενότητας:

$$ε_1 \dots ε_x$$

και όπου $x = 1 \text{ ή } 3 \text{ ή } 8 \text{ ή } 11 \text{ ή } 14$

Όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν αριθμήθηκαν από 1 έως και 5:

$$α_1 \dots α_5$$

Οι ενότητες είναι οκτώ και αριθμήθηκαν από το 1 μέχρι το 8:

$$κ_1 \rightarrow κ_8$$

2.4.5. Τρόπος προσδιορισμού του σκορ

Ο γενικός τύπος για τον προσδιορισμό του τελικού σκορ της εταιρείας θα είναι ο ακόλουθος:

$$S = S_{k1} + S_{k2} + \dots + S_{k8}$$

Όπου κάθε επιμέρους προσθετέος αναφέρεται σε κάποια από τις οκτώ ενότητες της εταιρείας.

Ακολουθεί ο προσδιορισμός του σκορ της ενότητας, k_2 διότι ο ίδιος ακριβώς τρόπος ακολουθείται και με τις επόμενες ενότητες. Πιο συγκεκριμένα:

$$S_{k2} = \left[\frac{\sum_{\varepsilon=1}^{14} \alpha}{14} \right] \times p \%$$

Όπου το $p = 5\%$

Επομένως, το σκορ αυτής της ενότητας προσδιορίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων που δόθηκε για τις δεκατέσσερις πρώτες ερωτήσεις που ανήκουν στην παρούσα ενότητα, διαιρεμένο με τον αριθμό των ερωτήσεων και πολλαπλασιασμένο επί του συντελεστή βαρύτητας που έχει οριστεί για την ενότητα αυτή. Στην προκειμένη ο συντελεστής βαρύτητας είναι 5%. Στη συνέχεια θα ορίσουμε το καλύτερο δυνατό σκορ και το χειρότερο δυνατό βάσει της απάντησης που δόθηκε στην κάθε ερώτηση. Μετά από αυτό θα πρέπει να αξιολογηθεί αυτό το σκορ. Για το λόγο αυτό ορίσαμε ένα σημείο ως **κρίσιμο σημείο** για το αποδεκτό ως θετικό σκορ ή το απορριπτό ως αρνητικό.

$$S_{k2} = \left[\frac{\sum_{\varepsilon=1}^{14} \alpha}{14} \right] \times 5 \%$$

Το σκορ αυτό είναι το καλύτερο δυνατό και αθροίζει τις απαντήσεις των 14 ερωτήσεων δίνοντας την καλύτερη δυνατή απάντηση για κάθε ερώτηση που ορίζεται με τον αριθμό 5. Έπειτα διαιρείται με το 14 και πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή βαρύτητας που είναι το 5%. Με τον τρόπο αυτό προκύπτει το μέγιστο σκορ. Ας δούμε στη συνέχεια τον τρόπο προσδιορισμού του χειρότερου δυνατού σκορ.

$$S_{k2} = \left[\frac{\sum_{\varepsilon=1}^{14} \times 1}{14} \right] \times 5 \%$$

Ως το ελάχιστο (minimum) σκορ ορίστηκε εκείνο που οι απαντήσεις του ήταν οι χειρότερες δυνατές. Οι απαντήσεις αυτές στην κωδικοποίηση τέθηκαν με τον αριθμό 1, οπότε πολλαπλασιάζονται με το συντελεστή βαρύτητας το διαιρεμένο άθροισμα των δεκατεσσάρων απαντήσεων που κρίθηκαν με τον αριθμό 1. Επόμενο βήμα είναι η εύρεση του σημείου εκείνου που θα οριστεί ως κρίσιμο σημείο. Αυτό σημαίνει πως από το σημείο εκείνο και πάνω τα σκορ είναι αποδεκτά και προσδιορίζουν μια «καλή» επιχείρηση. Όσο πιο κοντά στο μέγιστο σκορ βρίσκεται το σκορ αυτό, τόσο το καλύτερο. Το κρίσιμο σημείο βρίσκεται ως εξής:

$$S_{k2} = \left[\frac{\sum_{\varepsilon=1}^{14} \times 3}{14} \right] \times p \%$$

Ορίστηκε ως **κρίσιμο σημείο** το σημείο εκείνο όπου όλες οι απαντήσεις είναι απαντημένες με τον αριθμό τρία, δηλαδή οι απαντήσεις και των δεκατεσσάρων ερωτήσεων δηλώνουν μια μέτρια κατάσταση της εταιρείας. Βάσει αυτής της λογικής γίνονται αποδεκτές όσες βρίσκονται από το κρίσιμο σημείο μέχρι το μέγιστο δυνατό σκορ. Δηλαδή:

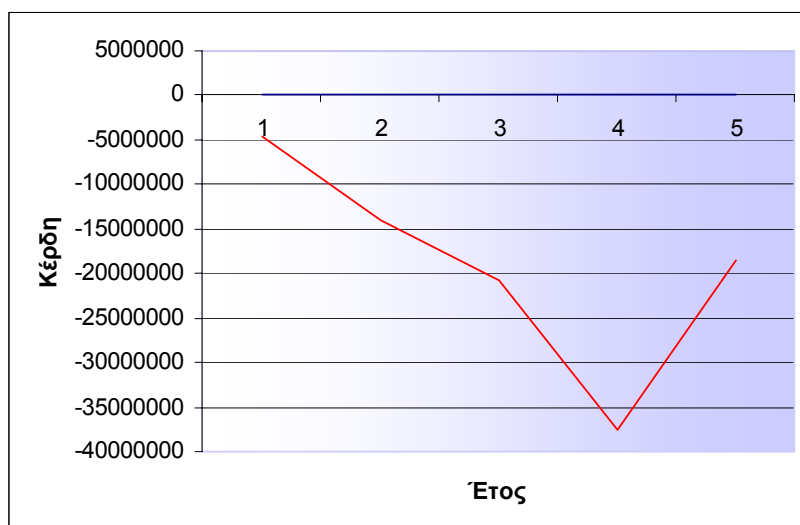
$$S_{k2accept} \geq S_{k2crucial}$$

2.4.6. Προσδιορισμός του σκορ του Πε.Πα.Γ.Ν.Η.

Το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης είναι διαχωρισμένο σε τέσσερα τμήματα: το νοσηλευτικό, το διοικητικό, το ιατρικό και το τεχνικό. Προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες και συνεργάζεται με το τμήμα ιατρικής όπου προσφέρεται εκπαίδευση σε φοιτητές του εν λόγω τμήματος.

Η γενική διεύθυνση χωρίζεται στην υποδιεύθυνση οικονομικών και τη διοικητική υποδιεύθυνση. Η υποδιεύθυνση οικονομικών απαρτίζεται από τους προϊσταμένους του οικονομικού τμήματος, της πληροφορικής, της επιστάσις, του ιματισμού και της διατροφής. Η διοικητική υποδιεύθυνση αποτελείται από έξη προϊστάμενους τμημάτων: του τμήματος προσωπικού, της κίνησης αρρώστων, της γραμματείας εξωτερικών ιατρείων, της γραμματείας, της κοινωνικής υπηρεσίας και των παραϊατρικών επαγγελματιών.

Ακολουθεί η πορεία των κερδών όπως αυτή σημειώθηκε τα τελευταία πέντε έτη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Στην πραγματικότητα πρόκειται για αρνητικά κέρδη, δηλαδή ζημία η οποία ακολουθεί αυξητική πορεία (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Πορεία ζημίας του Πε.Πα.Γ.Ν.Η. από το 2001 μέχρι το 2005

Το έτος 2001 η ζημία αγγίζει τα 4.690.942,45 ευρώ και το 2005 ανέρχεται στα 18.433.490,13 ευρώ με αισθητή την τεραστία ζημία που παρουσιάστηκε κατά το ολυμπιακό έτος 2004 και αγγίζει τα 37.538.981,98 ευρώ. Η ευθύνη, βεβαίως, δεν βαρύνει τους υπαλλήλους, αλλά τους κυβερνητικούς εκείνους φορείς που ορίζουν τα πλαίσια λειτουργίας και θεσπίζουν τους νομοθετικούς κανόνες στους οποίους οι εργαζόμενοι υπόκεινται.

Η στρατηγική του συγκεκριμένου νοσοκομείου εστιάζεται στη βελτίωση των συνθηκών των ασθενών, στη μείωση των εξόδων και στην ανανέωση του εξοπλισμού.

Οι εργαζόμενοι είναι ασφαλισμένοι στο ταμείο του δημοσίου, εκτός των ειδικευόμενων ιατρών που ασφαλίζονται στο ΙΚΑ.

Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής θέλει να παραπονεθεί, αυτό μπορεί να γίνει μονάχα γραπτώς και επωνύμως. Τα παράπονα των ασθενών δεν έχουν κυρίαρχη θέση στο σύνολο των καθημερινών δραστηριοτήτων της διοίκησης, αλλά είναι κάτι το οποίο απασχολεί πολύ λίγο τη διοίκηση. Υπάρχει ειδικό προσωπικό που έχει ως αρμοδιότητα την αντιμετώπιση των παραπόνων.

Το νοσοκομείο έχει εξωτερικούς συνεργάτες και είναι στην αρμοδιότητα της διοίκησης το να εποπτεύεται τα αποτελέσματα της συνεργασίας αυτής.

Η αποβολή των απορριμμάτων και αποβλήτων είναι υπόθεση του δήμου.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι προκαθορισμένες και αποδεκτές, δεν υπάρχει διαδικασία δημιουργίας και ανάπτυξης νέων υπηρεσιών. Η εισαγωγή μιας νέας υπηρεσίας πρέπει να εγκριθεί από το ΔΥΠΕ Κρήτης, το υγειονομικό της περιφέρειας και το υπεύθυνο υπουργείο.

Οι παραπάνω σύντομες, αλλά ουσιαστικές πληροφορίες αποκομίστηκαν από τις ανοικτές ερωτήσεις του προαναφερόμενου ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια ακολουθεί το σκορ του νοσοκομείου, όπως αυτό προκύπτει από τις απαντήσεις που δόθηκαν στις κλειστές ερωτήσεις και βάσει της φόρμας που αναλύθηκε προηγουμένως.

$$S = S_{k1} + S_{k2} + \dots + S_{k8}$$

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου βάσει της αρίθμησης αυτού ανά ενότητα, είχαν ως εξής:

- Ενότητα 2^η: 5,1,5,3,5,1,3,3,1,3,5,3,5,1
- Ενότητα 4^η: 5,5,2,1,2,5,1,5,
- Ενότητα 5^η: 4,1,1,1,5,5,5,5,5,4
- Ενότητα 6^η: 5
- Ενότητα 7^η: 2,5,5
- Ενότητα 8^η: 2

$$= (44/14)*5\%+(26/8)*20\%+(41/11)*20\%+5*10\%+(12/3)*6\%+2*4\%$$

$$= 0,16+0,65+0,74+0,5+0,24+0,08= \mathbf{2,37}$$

Το τέλειο σκορ των ενότητων που υπολογίστηκαν⁴ (2^η, 4^η, 5^η, 6^η, 7^η, 8^η), είναι το εξής:

$$0,25+1+1+0,5+0,3+0,2 = \mathbf{3,25} \quad S_{\max}$$

Στον παρακάτω πίνακα (1) γίνεται πιο εύκολα αντιληπτό σε ποιες ενότητες παρουσιάζεται πιο έντονο πρόβλημα. Στην περίπτωση σύγκρισης μονάχα των τελικών σκορ (του πραγματικού και του άριστου), χάνεται ο εντοπισμός τις λεπτομερειακής ανάλυσης ανά ενότητα.

Ενότητες Ερωτηματολ./Βαρύτητα ανά ενότητα	2 ^η 5%	4 ^η 20%	5 ^η 20%	6 ^η 10%	7 ^η 6%	8 ^η 4%
Σκορ Πε.Πα.Γ.Ν.Η.	0,16	0,65	0,74	0,5	0,24	0,08
Άριστο σκορ	0,25	1	1	0,5	0,3	0,2

Πίνακας 1: Παρουσίαση του πραγματικού και άριστου σκορ

Όπως γίνεται αντιληπτό στο παραπάνω πίνακα, στην έκτη ενότητα που αφορά τις εξωτερικές και εσωτερικές συνεργασίες της εταιρείας, το σκορ είναι άριστο, παρά το χαμηλότερο γενικό σκορ. Όσον αφορά την εταιρεία και το περιβάλλον (7^η ενότητα), παρατηρείται ότι πλησιάζει στην άριστη δυνατή θέση. Ακόμα, ο στρατηγικός σχεδιασμός και η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών δείχνουν πορεία προς τη βέλτιστη κατάσταση, αν και απέχουν από αυτήν. Σε χειρότερη μοίρα βρίσκεται η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών. Θα μπορούσε και εδώ να οριστεί ένα $S_{crucial}$

Στην προκειμένη, το κρίσιμο σημείο θα είναι: **1,95**

$$S_{\text{πραγματικό}} \geq S_{\text{crucial}}$$

⁴ Υπολογίστηκαν οι ενότητες που περιείχαν κλειστές ερωτήσεις και δεν υπολογίστηκαν όσες είχαν μόνο ανοικτές.

2.5. Συμπεράσματα

Η μέθοδος αξιολόγησης της διοίκησης που μόλις παρουσιάστηκε, μπορεί να βοηθήσει τους διοικητές να ξεκινήσουν να εφαρμόζουν κάποιο σύστημα αξιολόγησης. Τα οφέλη μιας τέτοιας εφαρμογής είναι πολλά και βασικότερο όλων είναι το να μνηθούν οι νοσοκομειακές μονάδες σε τέτοια φιλοσοφία διοίκησης και βελτίωσης. Η προσεκτική δομή του κατάλληλου κάθε φορά ερωτηματολογίου και ο προσδιορισμός του σκορ που προκύπτει από τις απαντήσεις που δίνονται, αποτελεί σημαντική πληροφορία για το που βρίσκεται η επιχείρηση και μπούσουλα για το προς τα που πρέπει να κινηθεί για να είναι ωφελιμότερο για αυτήν.

Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου βάσει του σκορ του κατατάσσεται σε καλά σχετικά επίπεδα αν αναλογιστεί κανείς την κρίση που επικρατεί στο δημόσιο σύστημα διοίκησης και αν επικαλεστεί τις πενιχρές δαπάνες που αφορούν τον τομέα της υγείας. Είναι σημαντικό η σύγκριση της μονάδας αυτής με άλλες του ίδιου κλάδου να μην επικεντρωθεί μονάχα στο τελικό σκορ αυτών, αλλά και στα σκορ των επιμέρους ενοτήτων, ώστε να επιτευχθεί μια πιο συγκροτημένη εικόνα.

Η μέθοδος αυτή αποτελεί ένα ακόμη εργαλείο στα χέρια των μάνατζερ και μια ακόμη αφορμή για τους διοικούντες τα οικονομικά της χώρας να προτραπούν στο να αυξήσουν τις δαπάνες για την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

« Αξιολόγηση μέσω Χρηματοοικονομικών Δεικτών »

«Γατούλα, είπε η Alice, «μου λες σε παρακαλώ που να πάω από εδώ;» «Εξαρτάται από το που θέλετε να πάτε», απάντησε η γάτα.

Lewis Carroll

3.1.Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο σκοπεύει να αναλύσει το δεύτερο κριτήριο της μεθοδολογίας που εφαρμόζεται, δηλαδή τους χρηματοοικονομικούς δείκτες (Financial ratios). Βάσει αυτού, μπορεί ο οργανισμός να αξιολογηθεί σε οικονομικό επίπεδο, να ενημερωθούν οι υπεύθυνοι φορείς για την πορεία της παραγωγικότητας, την αποδοτικότητα και άλλα οικονομικά σημεία, καθώς και να γίνουν συγκρίσεις με προηγούμενα έτη και με άλλους οργανισμούς ίδιας δυναμικότητας που δραστηριοποιούνται στον ίδιο κλάδο.

Η έλλειψη τήρησης μηχανογραφικού συστήματος στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία Ελλάδος, δεν ευνόησε την εφαρμογή ανάλυσης χρηματοοικονομικών δεικτών σε αυτά, για αυτό και επιλέχτηκαν τρία μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία αυτά είναι τα : ΙΑΣΩ, Υγεία και Ιατρικό Αθηνών.

Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση των βασικών δεικτών των προαναφερόμενων νοσοκομειακών μονάδων για τα έτη 2000, 2001, 2002, 2003 και 2004.

3.2. Θεωρητικό υπόβαθρο

Παρακάτω θα αναλυθούν τα στοιχεία του Ενεργητικού, του Παθητικού, τα Αποτελέσματα Χρήσεως, το Κεφάλαιο Κίνησης, οι ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης, το Ταμειακό Αποτέλεσμα και οι Χρηματοοικονομικοί Δείκτες.

3.2.1. Ισολογισμός

Ο Ισολογισμός είναι η κατάσταση στην οποία παρουσιάζεται η περιουσιακή κατάσταση μιας επιχείρησης σε μια δεδομένη ημερομηνία. Η περιουσιακή κατάσταση της επιχείρησης δεν παραμένει η ίδια, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με το μέγεθος της συναλλαγής που επιφέρει την μεταβολή στην περιουσία της επιχείρησης. Ο Ισολογισμός αποτελεί μια στατική κατάσταση, επειδή εμφανίζει την περιουσιακή κατάσταση μιας επιχείρησης σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και δεν παρουσιάζει τίποτε περισσότερο όσον αφορά την Κερδοσκοπική Ικανότητα της επιχείρησης, την αποδοτικότητα αυτής και την αποτελεσματικότητά της. Με λίγα λόγια, ο Ισολογισμός παρουσιάζει την στατική εικόνα της επιχείρησης και όχι την δυναμική της μορφή. Γενικά, ο Ισολογισμός πληροφορεί μόνο για το τι συμβαίνει, τι υπάρχει και ποια είναι η κατάσταση σε μια ορισμένη χρονική στιγμή, ενώ δεν δίνει καμία πληροφορία σχετικά με το πως εξελίχθηκε η επιχείρηση στην περίοδο αυτή. Επειδή παρουσιάζει την τρέχουσα οικονομική κατάσταση της επιχείρησης ονομάζεται και κατάσταση της οικονομικής θέσεως μιας επιχείρησης και περιλαμβάνει τρεις γενικές κατηγορίες στοιχείων ή λογαριασμών:

- a. Ενεργητικό ή στοιχεία ενεργητικού
- b. Παθητικό ή στοιχεία παθητικού
- c. Κεφάλαιο ή Καθαρά Περιουσία ή Καθαρή Θέση

Πριν γίνει ανάλυση των παραπάνω κατηγοριών θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Ισολογισμός ακολουθεί την βασική λογιστική εξίσωση που είναι η εξής:

$$\text{Ενεργητικό (Ε)} = \text{Παθητικό (Π)} + \text{Καθαρά Περιουσία (ΚΠ)}$$

ή

$$Ε = Π + ΚΠ$$

3.2.2. Ενεργητικό – Παθητικό

Το **Ενεργητικό** είναι τα περιουσιακά εκείνα στοιχεία (υλικά, άυλα ή δικαιώματα) τα οποία έχουν κάποια αξία εκφρασμένη σε χρήμα και τα οποία χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της επιχείρησης. Αυτό σημαίνει ότι τα ενεργητικά στοιχεία είναι εκείνα τα οποία δίνουν τη δυνατότητα παροχής στην επιχείρηση μελλοντικών οικονομικών ωφελειών ή υπηρεσιών και γι' αυτό η έννοια «Ενεργητικό» σημαίνει την μελλοντική ωφέλεια ή το κέρδος καθώς και το δικαίωμα της επιχείρησης να καρπωθεί τις μελλοντικές αυτές προσόδους.

Το **Παθητικό** είναι οι βραχυπρόθεσμες και οι μακροπρόθεσμες οικονομικές υποχρεώσεις της επιχείρησης, οι οποίες πρέπει να εξοφληθούν θυσιάζοντας κάποια περιουσιακά στοιχεία ή παρέχοντας νέες υποχρεώσεις. Οι υποχρεώσεις αυτές προέρχονται από συναλλαγές του παρελθόντος και του παρόντος και απαιτούν τακτοποίηση στο μέλλον.

3.2.3. Ανάλυση των στοιχείων ενεργητικού και παθητικού

Ακολουθούν οι πίνακες του **Ενεργητικού** και του **Παθητικού** για κάθε επιχείρηση για τις χρονιές 2000 μέχρι και 2004, παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα μόνο των επιμέρους κατηγοριών του ενεργητικού και του παθητικού. Παρουσιάζονται ακόμα κάποιες πρόσθετες χρηματοοικονομικές πληροφορίες που προκύπτουν από την σύγκριση των Ισολογισμών για τη περίοδο αυτή και αφορούν:

- Το μέσου ανά τριετία και διετία για κάθε στοιχείο του ενεργητικού ή του παθητικού, και
- Τη μέση ποσοστιαία μεταβολή

3.2.3.1. Ιατρικό Αθηνών

Το Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ ιδρύθηκε το 1983 και απαρτίζεται από 2554 υπαλλήλους. Είναι γενική κλινική, διαγνωστικό κέντρο και απασχολεί επιλεγμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, παραϊατρικό και τεχνικό-βοηθητικό προσωπικό. Η εταιρία, για να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών της, ενισχύει σταδιακά το ανθρώπινο δυναμικό της ενώ παράλληλα έχει αναπτύξει δομή διαρκούς επαγγελματικής κατάρτισης του προσωπικού.

Έτσι, η εταιρία μετά την ουσιαστική επένδυση που έχει κάνει σε προσωπικό, αναγνωρίζοντας την προστιθέμενη αξία του, διαθέτει τέτοια οργανωτική δομή που της επιτρέπει την καλύτερη αντιμετώπιση των μελλοντικών εξελίξεων και προκλήσεων και την ομαλή μετάβαση από το μοντέλο της οικογενειακής επιχείρησης στην εταιρία με σωστές και ολοκληρωμένες δομές και πρακτικές. Επιπλέον, έχει δημιουργηθεί η διοικητική ομάδα που είναι ικανή να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της διεθνοποιημένης πλέον αγοράς της υγείας. Η αριθμητική εξέλιξη του προσωπικού της Εταιρίας κατά τα τρία τελευταία χρόνια είναι ως ακολούθως:

Πίνακας Προσωπικού	2003	2004	2005
Νοσηλευτικό	1082	1109	1150
Ιατρικό(έμμισθο)	491	493	504
Παραϊατρικό	161	166	169
Διοικητικό	391	396	403
Τεχνικό Βοηθητικό	385	369	371
Σύνολο	2510	2533	2597

Ακολουθούν οι πίνακες ενεργητικού και παθητικού του νοσοκομείου αυτού κατά τα έτη 2001-2004.

Όλοι οι πίνακες που ακολουθούν αναλύονται σε βάση τριετίας (2000-2002) και διετίας (2003-2004). Ο λόγος για τον οποίο έγινε διαχωρισμός της ανάλυσης είναι διότι παρουσιάστηκαν σημαντικές αλλαγές κατά τα πέντε έτη και οι αλλαγές αυτές δεν ήταν εμφανείς κατά την ανάλυση των μεταβολών σε πενταετές επίπεδο. Μέσω του διαχωρισμού αυτού οι μεταβολές σε ετήσια βάση είναι πιο διακριτές.

Πίνακας 1: Πίνακας Ενεργητικού του Νοσοκομείου Ιατρικό Αθηνών για τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσος όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ					
Έξοδα εγκατάστασης	9357910,864	16934076,41	18.964.614	15.085.534	0,465
Πάγιο Ενεργητικό	0	0			
Ασώματες Ακίνητοποιήσεις	3465669,376	25143064,99	397.558	9.668.764	2,635
Ενσώματες Ακίνητοποιήσεις	121471396,1	160117022,9	179.110.034	153.566.151	0,218
Σύνολο Ακίνητοποιήσεων	124937065,5	185260087,9	179.507.593	163.234.915	0,226
Συμμετοχές και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις	10775711,32	15330420,06	15.583.686	13.896.606	0,220
Σύνολο Πάγιου Ενεργητικού	135712776,8	200590507,9	195.091.279	177.131.521	0,225
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	0	0			
Αποθέματα	5152628,722	5297928,499	5.626.864	5.359.140	0,045
Απαιτήσεις	32744371,91	55145966,52	52.599.997	46.830.112	0,319
Χρεόγραφα	0	454303,7711	178.622	210.975	#DIV/0!
Διαθέσιμα	2685689,614	5031994,879	5.131.499	4.283.061	0,447
Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	40582690,25	65930193,66	63.536.983	56.683.289	0,294
Μεταβατικοί λογαριασμοί Ενεργητικού	1100703,833	968291,5334	594.870	887.955	-0,253
Γενικό σύνολο Ενεργητικού	186754081,7	284423069,5	278.187.746	249.788.299	0,251
Λογαριασμοί τάξεως χρεωστικοί	6914727,434	7729145,209	3.680.283	6.108.052	-0,203

Πίνακας 2: Πίνακας Ενεργητικού του Νοσοκομείου Ιατρικό Αθηνών για τα έτη 2003,2004

Έτη	2003	2004	Μέσος όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ				
Έξοδα εγκατάστασης	16.574.528	12.171.073	14.372.801	-0,266
Πάγιο Ενεργητικό			0	#DIV/0!
Ασώματες Ακινήτοποιήσεις	397.558	397.558	397.558	0,000
Ενσώματες Ακινήτοποιήσεις	183.240.581	179.744.100	181.492.341	-0,019
Σύνολο Ακινήτοποιήσεων	183.638.139	180.141.659	181.889.899	-0,019
Συμμετοχές και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις	12.284.630	11.789.550	12.037.090	-0,040
Σύνολο Πάγιου Ενεργητικού	195.922.770	191.931.209	193.926.990	-0,020
Κυκλοφορούν Ενεργητικό			0	#DIV/0!
Αποθέματα	5.304.287	5.197.473	5.250.880	-0,020
Απαιτήσεις	58.141.634	78.290.804	68.216.219	0,347
Χρεόγραφα	222.681	0	111.341	-1,000
Διαθέσιμα	6.183.618	6.405.535	6.294.577	0,036
Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	69.852.220	89.893.812	79.873.016	0,287
Μεταβατικοί λογαριασμοί Ενεργητικού	698.165	1.090.108	894.137	0,561
Γενικό σύνολο Ενεργητικού	283.047.683	295.086.201	289.066.942	0,043
Λογαριασμοί τάξεως χρεωστικοί	3.679.601	11.583.341	7.631.471	2,148

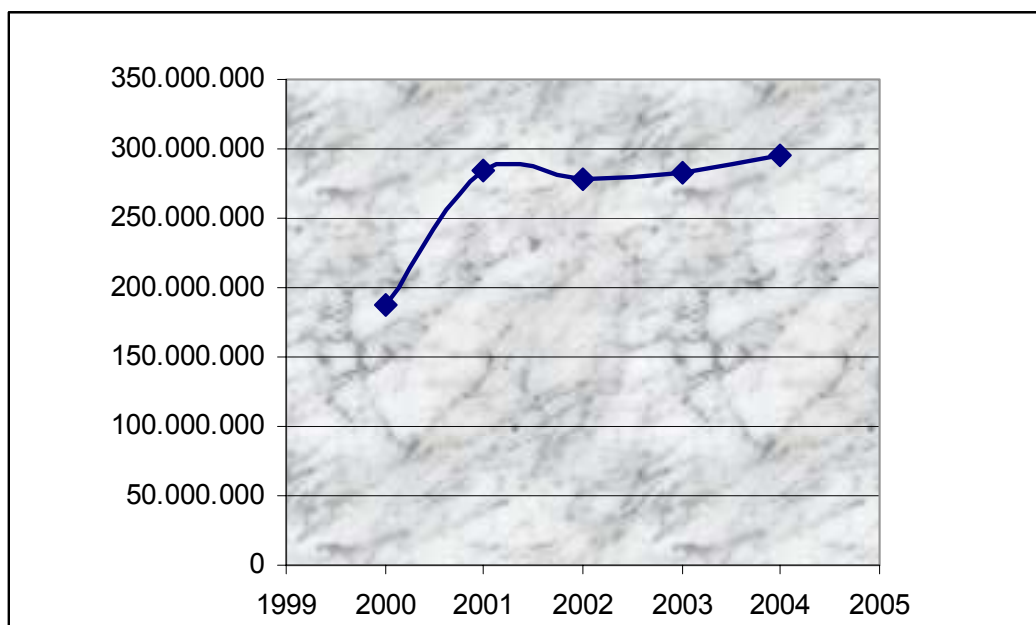
Πίνακας 3: Πίνακας παθητικού του Νοσοκομείου Ιατρικό Αθηνών για τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσο όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΠΑΘΗΤΙΚΟ					
Ίδια κεφάλαια					
Μετοχικό Κεφάλαιο	21990022,01	24647389,58	26.035.654	24.224.355	0,089
Διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο	39618488,63	39618488,63	15.267.412	31.501.463	-0,307
Διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων	1953637,758	1968309,714	165.210	1.362.386	-0,454
Αποθεματικά Κεφάλαια	45910776,77	73150470,38	73.037.236	64.032.828	0,296
Αποτελέσματα εις νέο	217615,4835	386136,854	3.198	202.317	-0,109
Ποσά προορισμένα για αύξηση κεφαλαίου	0	0		0	#DIV/0!
Σύνολο ίδιων κεφαλαίων	109690540,6	139770795,2	114.508.710	121.323.349	0,047
Προβλέψεις για κινδύνους και έξοδα	99077,68158	2121,443874	0	33.733	-0,989
Υποχρεώσεις	0	0			
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	0	71000000	102.700.000	57.900.000	#DIV/0!
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	76583064,52	72994163,25	60.513.822	70.030.350	-0,109
Σύνολο υποχρεώσεων	76583064,52	143994163,3	163.213.822	127.930.350	0,507
Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού	381398,8936	655989,7227	465.214	500.868	0,215
Σύνολο Παθητικού	186754081,7	284423069,5	278.187.746	249.788.299	0,251
Λογαριασμοί τάξεως πιστωτικοί	6914727,434	7729145,209	3.680.283	6.108.052	-0,203

Πίνακας 4: Πίνακας παθητικού του Νοσοκομείου Ιατρικό Αθηνών για τα έτη 2003,2004

Έτη	2003	2004	Μέσο όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΠΑΘΗΤΙΚΟ				
Ίδια κεφάλαια				
Μετοχικό Κεφάλαιο	26.035.654	26.035.654	26.035.654	0,000
Διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο	15.267.412	15.267.412	15.267.412	0,000
Διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων	117.579	575.616	346.598	3,896
Αποθεματικά Κεφάλαια	68.877.815	73.569.333	71.223.574	0,068
Αποτελέσματα εις νέο	0	10.832	5.416	#DIV/0!
Ποσά προορισμένα για αύξηση κεφαλαίου			0	#DIV/0!
Σύνολο ίδιων κεφαλαίων	110.298.460	115.458.846	112.878.653	0,047
Προβλέψεις για κινδύνους και έξοδα			0	#DIV/0!
Υποχρεώσεις			0	#DIV/0!
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	93.139.528	68.466.667	80.803.098	-0,265
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	79.266.352	110.775.325	95.020.839	0,398
Σύνολο υποχρεώσεων	172.405.880	179.241.991	175.823.936	0,040
Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού	343.343	385.364	364.354	0,122
Σύνολο Παθητικού	283.047.683	295.086.201	289.066.942	0,043
Λογαριασμοί τάξεως πιστωτικοί	3.679.601	11.583.341	7.631.471	2,148

Εν συνεχεία παρουσιάζεται το διάγραμμα που απεικονίζει τη γενική μεταβολή του συνόλου του Ενεργητικού και του Παθητικού για την πενταετία 2000-2004.



Γενική μεταβολή του συνόλου του Ενεργητικού και του Παθητικού

Τα αποκτηθέντα αποτελέσματα από την ανάλυση των Ισολογισμών της επιχείρησης κατά τα έτη αυτά, έχουν ως εξής:

Όσον αφορά το Ενεργητικό, παρουσιάζει αυξήσεις κατά την πρώτη τριετία, με μείωση μόνο στους μεταβατικούς λογαριασμούς κατά 25,3 % και στους λογαριασμούς τάξεως χρεωστικούς κατά 20,3 %. Ιδιαίτερη αύξηση παρουσιάζουν τα διαθέσιμα, οι απαιτήσεις και τα έξοδα εγκατάστασης. Κατά την τελευταία διετία, τα έξοδα εγκατάστασης παρουσιάζουν μείωση που αυτή τη φορά αγγίζει το 26,6%. Τη διετία αυτή είναι φανερό οι μειώσεις σε πολλά στοιχεία του ενεργητικού, όπως στο σύνολο του πάγιου ενεργητικού, στα αποθέματα και στα χρεόγραφα.

Το Παθητικό παρουσιάζει σημαντική αύξηση στο σύνολο των υποχρεώσεων (50,7%) κατά την πρώτη τριετία 2000-2002. Κατά 30,7% μειώθηκε η διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο και κατά 45,4% οι διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων. Το σύνολο του παθητικού αυξήθηκε κατά 25,1%.

Όσον αφορά την τελευταία διετία 2003, 2004, μηδαμινή είναι η μεταβολή του μετοχικού κεφαλαίου και των ιδίων κεφαλαίων. Κατά 389,6% αυξήθηκαν οι διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων. Τέλος, σημειώθηκε μείωση των μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων και αύξηση των βραχυπρόθεσμων.

3.2.3.2. Ιασώ

Το 1976 έγινε σύσταση της Εταιρίας με την επωνυμία ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ Α.Ε. Η Εταιρία ήταν από την ίδρυσή της πολυμετοχική. Τον Απρίλιο του 1993 γίνεται οριστικοποίηση της άδειας ιδρύσεως της Κλινικής. Το 1994 ο αριθμός των μετόχων ξεπερνά τους 600, ενώ η εταιρία αγοράζει οικόπεδα που αυξάνουν κατά 50% την έκταση των διαθέσιμων για ανεγέρσεις κτηρίων. Το 1995 τροποποιείται ο καταστατικός σκοπός της εταιρίας, ώστε να λειτουργεί και ως Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο. Εγκρίνεται η αλλαγή της επωνυμίας της σε "ΙΑΣΩ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Α.Ε." Το 1996 έως το 1996 τίθενται σε λειτουργία: 7 νοσηλευτικές μονάδες, 286 κλινών, υπερσύγχρονες αίθουσες τοκετών, 6 χειρουργικές αίθουσες εξοπλισμένες με σύστημα transfer ασθενών, τμήματα ενδοσκοπικής χειρουργικής και λαπαροσκοπήσεων, μονάδα εντατικής θεραπείας ενηλίκων, μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, εργαστήρια, καθώς και ένα από τα καλύτερα διαγνωστικά κέντρα στην Ευρώπη. Το 1999 το ΙΑΣΩ αποκτά τον έλεγχο του μαιευτηρίου "ΙΑΣΩ GENERAL ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε. (πρώην ΗΡΑ Α.Ε.)", το οποίο διαθέτει άδεια λειτουργίας Γενικής Κλινικής. Η εξαγορά αυτή επιτρέπει στο ΙΑΣΩ να διευρύνει τις δραστηριότητές του και να προσφέρει επί πλέον υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς. Το 1999 χορηγήθηκε στο ΙΑΣΩ άδεια λειτουργίας Γενικής Κλινικής, συνολικής δυναμικότητας 350 κλινών, βάσει της υπ' αριθμ. ΔΥ/22300/28.7.1999 απόφασης της Δ/νσης Υγείας, Τμήμα Υπηρεσιών Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Αθηνών-Πειραιώς. Δεκέμβριος 1999. Το έτος 2000 το ΙΑΣΩ, κατόπιν εγκρίσεως από το Δ.Σ. του Χ.Α.Α. στις 25-05-2000, εισάγεται στην Κύρια Αγορά του Χρηματιστηρίου Αξιών Αθηνών με Δημόσια Εγγραφή (που έλαβε χώρα στις 04-09/05/2000), με τη διαδικασία του book building, και έναρξη διαπραγμάτευσης των μετοχών του στις 09-06-2000. Από την εισαγωγή του, άντλησε κεφάλαια ύψους 105,29 εκατ. Ευρώ για την περάτωση μέρους ενός μακράς πνοής επενδυτικού προγράμματος. Το επενδυτικό πρόγραμμα της Εταιρίας κατά την περίοδο 01-01-2000 έως 31-12-2000 ανήλθε σε ύψος 38,79 εκατ. Ευρώ, τα οποία και διετέθησαν για κατασκευαστικά έργα, αγορές παγίων στοιχείων και την ολοκλήρωση συμμετοχών της. Αξίζει να σημειωθεί η επιτυχία της Έκδοσης, που υπερκαλύφθηκε περισσότερο από 13 φορές. Παράλληλα, η Εταιρία συμπεριλήφθηκε πολύ σύντομα και στο δείκτη FTSE ASE 40, στον οποίο συμμετέχουν επιλεγμένες εισηγμένες εταιρίες που πληρούν πολύ αυστηρά ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια σε σχέση με τα χρηματιστηριακά τους μεγέθη και τη γενικότερη πορεία τους στην αγορά (ύψος Ιδίων Κεφαλαίων - Κεφαλαιοποίηση - Εμπορευσιμότητα κ.λπ.).

Όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν, η αύξηση των εξόδων εγκατάστασης κατά την τριετία 2000-2002 είναι τεράστια για το συγκεκριμένο νοσοκομείο (429,5%). Τη διετία 2003, 2004 παρουσιάζουν μείωση ύψους 27,2%. Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η αύξηση που παρουσιάζουν οι ασώματες ακινητοποιήσεις κατά την ίδια τριετία, καθώς, και τα αποθέματα. Κατά τη διετία 2003,2004 σημειώθηκε αύξηση στο σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού (84,8%) και του γενικού συνόλου ενεργητικού (11,1%).

Όσο για τα στοιχεία του παθητικού, παρουσιάστηκε αύξηση στο σύνολο του παθητικού την πρώτη τριετία κατά 43%. Το μετοχικό κεφάλαιο, δηλαδή το σύνολο των κεφαλαίων που έχουν δώσει οι μέτοχοι της εταιρείας, παρουσιάζει αύξηση ύψους 16,5%. Τεράστια είναι και η αύξηση των υποχρεώσεων κατά το διάστημα αυτό. Την τελευταία διετία δεν είναι τόσο έντονες οι μεταβολές, με εξαίρεση τη μείωση που σημειώθηκε στο σύνολο των ιδίων κεφαλαίων και στις προβλέψεις για έξοδα και κινδύνους.

Πίνακας 5: Πίνακας Ενεργητικού του Νοσοκομείου Ιασώ για τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσος όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ					
Έξοδα εγκατάστασης	914.263	786.884	7.655.817	3.118.988	4,295
Πάγιο Ενεργητικό					
Ασώματες Ακίνητοποιήσεις	131.475	111.753	245.477	162.902	0,523
Ενσώματες Ακίνητοποιήσεις	11.684.601	22.186.708	54.616.685	29.495.998	1,180
Σύνολο Ακίνητοποιήσεων	11.816.076	22.298.461	54.862.162	29.658.900	1,174
Συμμετοχές και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις	4.065	4.945	10.518	6.509	0,672
Σύνολο Πάγιου Ενεργητικού	11.820.141	22.303.406	54.872.680	29.665.409	1,174
Κυκλοφορούν Ενεργητικό					
Αποθέματα	282.454	415.595	580.877	426.309	0,435
Απαιτήσεις	1.069.783	1.148.465	808.038	1.008.762	-0,111
Χρεόγραφα		1.200	74.200	25.133	#DIV/0!
Διαθέσιμα	21.549.986	10.260.297	1.732.907	11.181.063	-0,677
Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	22.902.222	11.825.558	3.196.021	12.641.267	-0,607
Μεταβατικοί λογαριασμοί Ενεργητικού	85.769	26.859	19.503	44.044	-0,480
Γενικό σύνολο Ενεργητικού	35.722.395	34.942.707	65.744.021	45.469.708	0,430
Λογαριασμοί τάξεως χρεωστικοί	47.249	7.242.286	10.379.419	5.889.651	76,356

Πίνακας 6: Πίνακας Ενεργητικού του Νοσοκομείου Ιασώ για τα έτη 2003,2004

Έτη	2003	2004	Μέσος όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ				
Έξοδα εγκατάστασης	6.443.897	4.691.773	5.567.835	-0,272
Πάγιο Ενεργητικό			0	#DIV/0!
Ασώματες Ακινήτοποιήσεις	493.491	691.682	592.587	0,402
Ενσώματες Ακινήτοποιήσεις	58.360.155	62.415.851	60.388.003	0,069
Σύνολο Ακινήτοποιήσεων	58.853.646	63.107.533	60.980.590	0,072
Συμμετοχές και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις	17.233	41.953	29.593	1,434
Σύνολο Πάγιου Ενεργητικού	58.870.879	63.149.486	61.010.183	0,073
Κυκλοφορούν Ενεργητικό			0	#DIV/0!
Αποθέματα	1.722.100	2.175.906	1.949.003	0,264
Απαιτήσεις	2.923.016	6.933.503	4.928.260	1,372
Χρεόγραφα	77.800	79.000	78.400	0,015
Διαθέσιμα	1.725.036	2.725.804	2.225.420	0,580
Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	6.447.952	11.914.213	9.181.083	0,848
Μεταβατικοί λογαριασμοί Ενεργητικού	43.696	49.980	46.838	0,144
Γενικό σύνολο Ενεργητικού	71.806.424	79.805.452	75.805.938	0,111
Λογαριασμοί τάξεως χρεωστικοί	7.962.984	4.158.360	6.060.672	-0,478

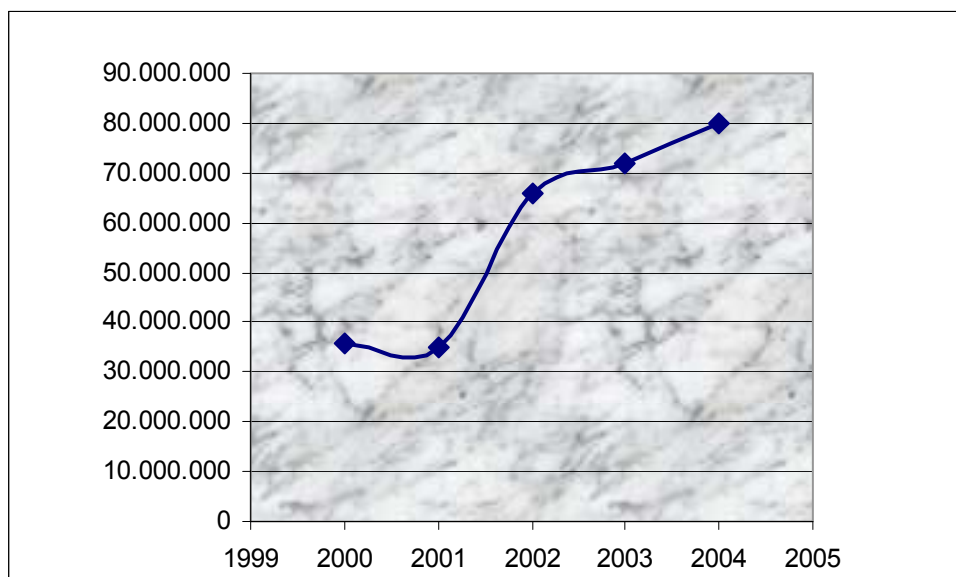
Πίνακας 7: Πίνακας Παθητικού του Νοσοκομείου Ιασώ για τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσο όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΠΑΘΗΤΙΚΟ					
Ίδια κεφάλαια					
Μετοχικό Κεφάλαιο	4.954.700	5.172.291	6.656.800	5.594.597	0,165
Διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο	26.511.403	26.490.591	39.711.122	30.904.372	0,249
Διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων	196.781	0		65.594	#DIV/0!
Αποθεματικά Κεφάλαια	1.390.965	1.390.965	1.390.965	1.390.965	0,000
Αποτελέσματα εις νέο	187.020	-224.176	-1.729.538	-588.898	2,258
Ποσά προορισμένα για αύξηση κεφαλαίου				0	#DIV/0!
Σύνολο ίδιων κεφαλαίων	33.240.868	32.829.671	46.029.349	37.366.629	0,195
Προβλέψεις για κινδύνους και έξοδα				0	#DIV/0!
Υποχρεώσεις					#DIV/0!
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις				0	#DIV/0!
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	2.460.098	2.080.321	19.694.844	8.078.421	4,156
Σύνολο υποχρεώσεων	2.460.098	2.080.321	19.694.844	8.078.421	4,156
Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού	21.429	32.715	19.827	24.657	0,066
Σύνολο Παθητικού	35.722.395	34.942.707	65.744.021	45.469.708	0,430
Λογαριασμοί τάξεως πιστωτικοί	47.249	7.242.286	10.379.419	5.889.651	76,356

Πίνακας 8: Πίνακας Παθητικού του Νοσοκομείου Ιασώ για τα έτη 2000-2002

Έτη	2003	2004	Μέσο όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΠΑΘΗΤΙΚΟ				
Ίδια κεφάλαια				
Μετοχικό Κεφάλαιο	6.656.800	6.795.819	6.726.310	0,021
Διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο	39.711.122	39.711.122	39.711.122	0,000
Διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων			0	#DIV/0!
Αποθεματικά Κεφάλαια	1.390.965	1.390.965	1.390.965	0,000
Αποτελέσματα εις νέο	-20.519.680	-36.368.709	-28.444.195	0,772
Ποσά προορισμένα για αύξηση κεφαλαίου			0	#DIV/0!
Σύνολο ίδιων κεφαλαίων	27.239.207	11.529.197	19.384.202	-0,577
Προβλέψεις για κινδύνους και έξοδα	1.813	550	1.182	-0,697
Υποχρεώσεις			0	#DIV/0!
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	7.700	8.047	7.874	0,045
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	44.442.658	67.340.804	55.891.731	0,515
Σύνολο υποχρεώσεων	44.450.358	67.348.850	55.899.604	0,515
Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού	115.046	926.854	520.950	7,056
Σύνολο Παθητικού	71.806.424	79.805.452	75.805.938	0,111
Λογαριασμοί τάξεως πιστωτικοί	7.962.984	4.158.360	6.060.672	-0,478

Εν συνεχεία παρουσιάζεται το διάγραμμα που απεικονίζει τη γενική μεταβολή του συνόλου του Ενεργητικού και του Παθητικού για την πενταετία 2000-2004.



Γενική μεταβολή του συνόλου του Ενεργητικού

3.2.3.3. Υγεία

Το ΥΓΕΙΑ ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών, υπό τον Ν. Χρηστέα, με στόχο τη δημιουργία ενός προτύπου για τη χώρα μας ιδιωτικού νοσοκομείου. Πρώτο έτος λειτουργίας του ήταν το 1974. Η λειτουργία του ΥΓΕΙΑ διαχρονικά συμπλήρωσε τις ελλείψεις του νοσηλευτικού συστήματος. Το Νοσοκομείο εξελίχθηκε ως ένα από τα κορυφαία στη Νοσοκομειακή αγορά της χώρας μας αλλά και διεθνώς. Κύριος στόχος του Νοσοκομείου είναι η παροχή υπηρεσιών σε υψηλά ποιοτικά επίπεδα (standards) που θα ικανοποιούν τους ασθενείς - πελάτες μας.

Το ΥΓΕΙΑ είναι από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες της χώρας. Δέχεται περίπου 120.000 εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς ετησίως με μέση διάρκεια της νοσηλείας 3,6 ημέρες. Ο εργαστηριακός τομέας διεκπεραιώνει περί τις 870.000 εξετάσεις ετησίως. Διαθέτει επίσης 16 χειρουργικές αίθουσες, όπου γίνονται 11.000 επεμβάσεις ετησίως, καθώς επίσης και 27 κλίνες μονάδας εντατικής θεραπείας, σε 3 χώρους, καθώς και Μονάδα Μεταμόσχευσης Ρευστών Οργάνων (2 κλίνες). Το σύνολο των κλινών του ανέρχεται σε 300 και το νοσοκομείο εκτείνεται σε 17 ορόφους. Κάποια ενδεικτικά οικονομικά στοιχεία είναι τα εξής:

Κέρδη προ φόρων (Ευρώ)		Κύκλος εργασιών (Ευρώ)	
2001	14.884.184	2001	74.538.319
2002	8.368.199	2002	73.869.604

Ακολουθούν τα στοιχεία του Ενεργητικού και του Παθητικού του νοσοκομείου αυτού κατά την εξεταζόμενη πενταετία.

Πίνακας 9: Πίνακας Ενεργητικού του Νοσοκομείου Υγεία για τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσος όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ					
Έξοδα εγκατάστασης	1579265,318	1.310.133	768.545	1.219.314	-0,292
Πάγιο Ενεργητικό					
Ασώματες Ακίνητοποιήσεις				21.267.489	#DIV/0!
Ενσώματες Ακίνητοποιήσεις	50890894,69	55.451.233	63.802.467	56.714.865	0,120
Σύνολο Ακίνητοποιήσεων	50890894,69	55.451.233	63.802.467	56.714.865	0,120
Συμμετοχές και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις	202298,6618	218.871	607.548	342.906	0,929
Σύνολο Πάγιου Ενεργητικού	51093193,35	55.670.104	64.410.015	57.057.771	0,123
Κυκλοφορούν Ενεργητικό					
Αποθέματα	1461025,864	1.792.936	1.764.703	1.672.888	0,106
Απαιτήσεις	25586914,33	24.796.340	24.458.894	24.947.383	-0,022
Χρεόγραφα	108038,5943	112.524	0	73.521	-0,479
Διαθέσιμα	1276601,156	640.434	9.993.122	3.970.052	7,053
Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	28432579,94	27.342.234	36.216.719	30.663.844	0,143
Μεταβατικοί λογαριασμοί Ενεργητικού	595857,5701	499.885	982.386	692.710	0,402
Γενικό σύνολο Ενεργητικού	82844685,47	85.966.145	102.377.665	90.396.165	0,114
Λογαριασμοί τάξεως χρεωστικοί	7536819,357	7.525.766	9.032.463	8.031.683	0,099

Πίνακας 10: Πίνακας Ενεργητικού του Νοσοκομείου Υγεία για τα έτη 2003, 2004

Έτη	2003	2004	Μέσος όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ				
Έξοδα εγκατάστασης	636.292	5.497.600	3.066.946	7,640
Πάγιο Ενεργητικό			0	#DIV/0!
Ασώματες Ακίνητοποιήσεις			0	#DIV/0!
Ενσώματες Ακίνητοποιήσεις	75.564.761	75.867.634	75.716.198	0,004
Σύνολο Ακίνητοποιήσεων	75.564.761	75.867.634	75.716.198	0,004
Συμμετοχές και άλλες μακροπρόθεσμες χρηματοοικονομικές απαιτήσεις	1.059.695	1.102.025	1.080.860	0,040
Σύνολο Πάγιου Ενεργητικού	76.624.456	76.969.659	76.797.058	0,005
Κυκλοφορούν Ενεργητικό			0	#DIV/0!
Αποθέματα	1.783.819	2.253.736	2.018.778	0,263
Απαιτήσεις	24.802.381	32.682.213	28.742.297	0,318
Χρεόγραφα			0	#DIV/0!
Διαθέσιμα	703.388	562.638	633.013	-0,200
Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού	27.289.587	35.498.587	31.394.087	0,301
Μεταβατικοί λογαριασμοί Ενεργητικού	399.132	618.153	508.643	0,549
Γενικό σύνολο Ενεργητικού	104.949.468	118.583.999	111.766.734	0,130
Λογαριασμοί τάξεως χρεωστικοί	10.260.472	10.813.273	10.536.873	0,054

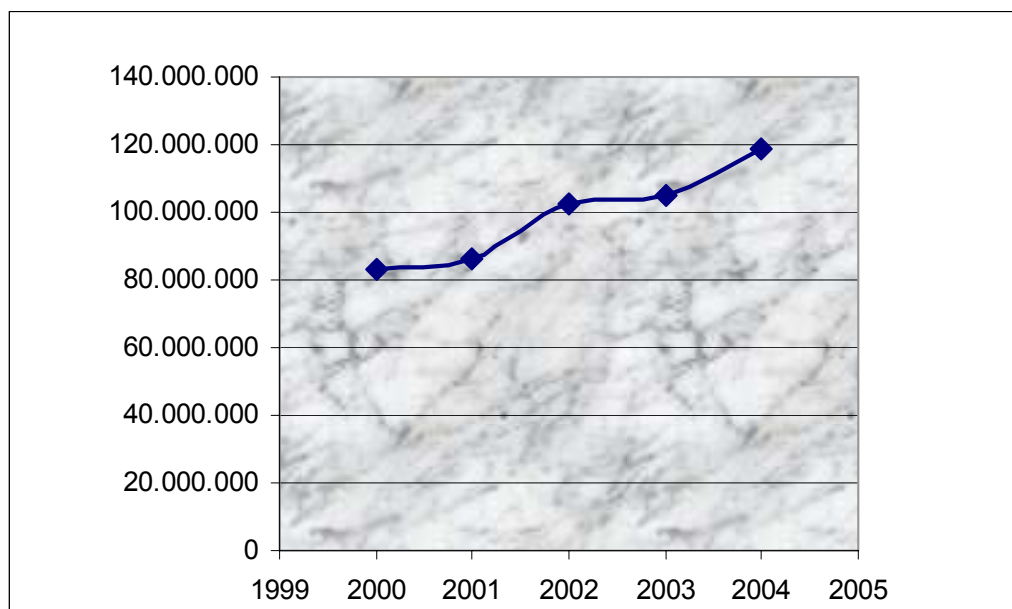
Πίνακας 11: Πίνακας Παθητικού του Νοσοκομείου Υγεία για τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσο όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΠΑΘΗΤΙΚΟ					
Ίδια κεφάλαια					
Μετοχικό Κεφάλαιο	12560528,25	17.093.830	17.548.000	15.734.119	0,194
Διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο			15.293.551	5.097.850	#DIV/0!
Διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων	4560346,497	27.045	27.045	1.538.145	-0,497
Αποθεματικά Κεφάλαια	2918199,346	3.390.121	3.669.473	3.325.931	0,122
Αποτελέσματα εις νέο	4505198,533	5.709.450	8.449.124	6.221.258	0,374
Ποσά προορισμένα για αύξηση κεφαλαίου				0	#DIV/0!
Σύνολο ίδιων κεφαλαίων	24544272,62	26.220.446	44.987.194	31.917.304	0,392
Προβλέψεις για κινδύνους και έξοδα	258215,1548	310.569	303.213	290.666	0,090
Υποχρεώσεις					
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	14846247,55	14.717.570	14.717.570	14.760.463	-0,004
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	42934332,41	44.489.222	41.987.105	43.136.886	-0,010
Σύνολο υποχρεώσεων	57780579,96	59.206.792	56.704.675	57.897.349	-0,009
Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού	261617,7315	228.339	382.584	290.847	0,274
Σύνολο Παθητικού	82844685,47	85.966.145	102.377.665	90.396.165	0,114
Λογαριασμοί τάξεως πιστωτικοί	7536819,357	7.525.766	9.032.463	8.031.683	0,099

Πίνακας 12: Πίνακας Παθητικού του Νοσοκομείου Υγεία για τα έτη 2003,2004

Έτη	2003	2004	Μέσο όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
ΠΑΘΗΤΙΚΟ				
Ίδια κεφάλαια				
Μετοχικό Κεφάλαιο	17.548.000	17.548.000	17.548.000	0,000
Διαφορά από έκδοση μετοχών υπέρ το άρτιο	15.293.551	15.293.551	15.293.551	0,000
Διαφορές αναπροσαρμογής επιχειρησιακών επενδύσεων	27.045	5.478.807	2.752.926	201,581
Αποθεματικά Κεφάλαια	3.697.273	3.773.024	3.735.149	0,020
Αποτελέσματα εις νέο	7.581.541	1.625.881	4.603.711	-0,786
Ποσά προορισμένα για αύξηση κεφαλαίου			0	#DIV/0!
Σύνολο ίδιων κεφαλαίων	44.147.410	43.719.263	43.933.337	-0,010
Προβλέψεις για κινδύνους και έξοδα	310.831	306.369	308.600	-0,014
Υποχρεώσεις			0	#DIV/0!
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	20.000.000	20.000.000	20.000.000	0,000
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	39.502.192	53.628.356	46.565.274	0,358
Σύνολο υποχρεώσεων	59.502.192	73.628.356	66.565.274	0,237
Μεταβατικοί Λογαριασμοί Παθητικού	989.035	930.011	959.523	-0,060
Σύνολο Παθητικού	104.949.468	118.583.999	111.766.734	0,130
Λογαριασμοί τάξεως πιστωτικοί	10.260.472	10.813.273	10.536.873	0,054

Εν συνεχεία παρουσιάζεται το διάγραμμα που απεικονίζει τη γενική μεταβολή του συνόλου του Ενεργητικού και του Παθητικού για την πενταετία 2000-2004.



Γενική μεταβολή του συνόλου του Ενεργητικού

Στο νοσοκομείο Υγεία, κατά την τριετία 2000-2002, παρουσιάστηκε μείωση στα έξοδα εγκατάστασης κατά 29,2%. Το πάγιο ενεργητικό παρουσίασε μικροαυξήσεις, ενώ το κυκλοφορούν ενεργητικό μικρές αυξομειώσεις με εξαίρεση τα διαθέσιμα που αυξήθηκαν κατά 705%. Την επόμενη διετία, τα έξοδα εγκατάστασης παρουσίασαν αλματώδη αύξηση. Μικρές οι αυξήσεις που παρουσιάζονται σε στοιχεία του πάγιου ενεργητικού, ενώ στο κυκλοφορούν ενεργητικό παρουσιάζεται αύξηση στα αποθέματα και στις απαιτήσεις.

Το παθητικό παρουσιάζει αύξηση του μετοχικού κεφαλαίου κατά 19,4 την πρώτη τριετία και μηδαμινή αύξηση τη διετία 2003, 2004. το σύνολο ιδίων κεφαλαίων αυξήθηκε κατά 39,2% και σημειώθηκε μικρή μείωση των υποχρεώσεων. Την τελευταία διετία είναι διακριτή η αύξηση των υποχρεώσεων και σε γενικές γραμμές παρουσιάζονται μικρομεταβολές αρνητικές και μη.

* * *

Οι πρόσθετες χρηματοοικονομικές πληροφορίες, δηλαδή ο μέσος όρος και η μέση ποσοστιαία μεταβολή που παρουσιάζονται στους πίνακες του ενεργητικού και του παθητικού υπολογίζονται ως εξής:

Για τον υπολογισμό του μέσου όρου τριετίας για κάθε στοιχείο του ενεργητικού και του παθητικού, αθροίζονται οι τιμές του αντίστοιχου στοιχείου για κάθε χρονολογία και το άθροισμά τους διαιρείται με τον αριθμό των χρονολογιών.

$$\text{Μέσος Όρος} = \sum \left[\frac{\text{τιμή}_{2000} + \text{τιμή}_{2001} + \text{τιμή}_{2002}}{3} \right]$$

Για τον υπολογισμό της μέσης ποσοστιαίας μεταβολής για κάθε στοιχείο του ενεργητικού και του παθητικού, υπολογίζεται αρχικά η μέση ποσοστιαία μεταβολή για τα έτη 2000-2001 και 2001-2002. Έτσι γίνονται και οι υπόλοιποι υπολογισμοί. Η σχέση αυτή δίνεται ενδεικτικά από τους τύπους:

$$\text{Ποσοστιαία Μεταβολή} = \frac{\text{τιμή}_{2001} - \text{τιμή}_{2000}}{\text{τιμή}_{2000}}$$

και

$$\text{Ποσοστιαία Μεταβολή} = \frac{\text{τιμή}_{2002} - \text{τιμή}_{2001}}{\text{τιμή}_{2001}}$$

Εν συνεχεία, για να υπολογιστεί η μέση ποσοστιαία μεταβολή αθροίζονται για κάθε στοιχείο του ενεργητικού και του παθητικού οι ποσοστιαίες μεταβολές για τα έτη 2000-2001 και 2001-2002 και διαιρούνται δια δύο.

Ακολουθεί η μέση ποσοστιαία μεταβολή της τριετίας.

$$\sum \left[\frac{\text{ποσοστιαία μεταβολή}_{2000-2001} + \text{ποσοστιαία μεταβολή}_{2001-2002}}{2} \right]$$

3.2.4. Λογαριασμός Αποτελεσμάτων Χρήσης

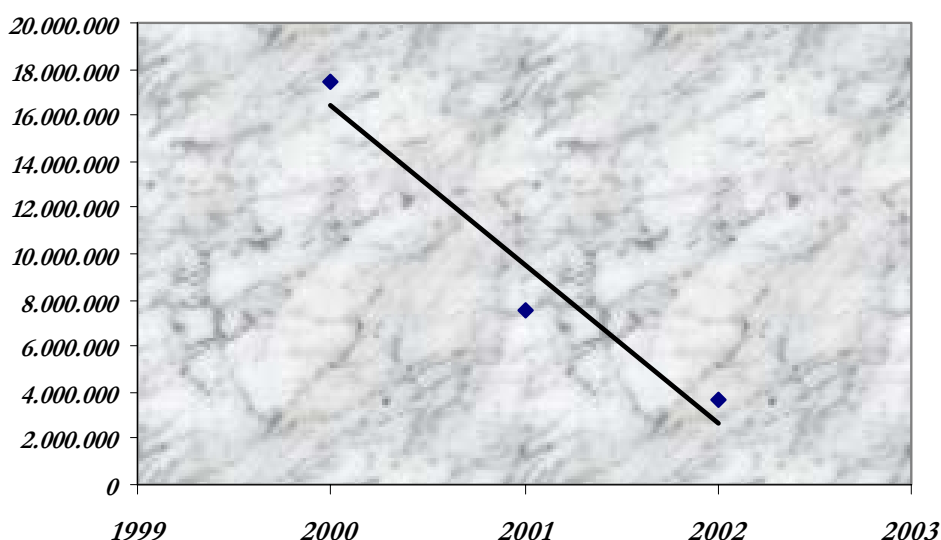
Ο λογαριασμός Αποτελεσμάτων Χρήσεως αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες και ίσως τη πιο σπουδαία χρηματοοικονομική κατάσταση που συντάσσει μία επιχείρηση. Ο λογαριασμός αυτός αντικατοπτρίζει την ικανότητα της επιχείρησης να πραγματοποιεί κέρδη, δηλαδή παρουσιάζει τα έσοδα, τα έξοδα και το καθαρό κέρδος της επιχείρησης. Μετρά την επιτυχία της επιχείρησης σε ορισμένη χρονική περίοδο και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο ο επιχειρηματικός κόσμος, οι τράπεζες, οι προμηθευτές, οι επενδυτές και οι χρηματοδότες χρησιμοποιούν αυτόν τον λογαριασμό για να ενημερωθούν και να εκτιμήσουν την επενδυτική αξία, την αξιοπιστία δανειοδοτήσεως και την αποδοτικότητα της επιχείρησης. Ο λογαριασμός αποτελεσμάτων χρήσεως παρουσιάζει τη δυναμική μορφή της επιχείρησης και δίνει πληροφορίες για ολόκληρη την διαχειριστική της χρήση.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο λογαριασμός Αποτελεσμάτων Χρήσεως των τριών εταιρειών για τα έτη 2000-2004 ο οποίος δημιουργήθηκε με βάση τις χρηματοοικονομικές καταστάσεις του λογαριασμού αποτελεσμάτων χρήσεως και του πίνακα διάθεσης αποτελεσμάτων για τις ίδιες χρονιές.

3.2.4.1. Ιατρικό Αθηνών

Τα καθαρά κέρδη μετά φόρων για το νοσοκομείο αυτό έχουν ως εξής για τα έτη 2000-2002.

Σύγκριση Καθαρών Κερδών μετά φόρων



Πίνακας 13: Πίνακας αποτελεσμάτων χρήσης για το Νοσοκομείο Ιατρικό Αθηνών κατά τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσο όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως					
Πωλήσεις	85886418,99	125137533,6	148.586.435	119.870.129	0,322198463
Μείον:	0	0			
Κόστος πωλήσεων	61884643,55	95066510,09	122.773.749	93.241.634	0,413820061
Μικτά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	24001775,44	30071023,47	25.812.686	26.628.495	0,055628649
Άλλα έσοδα εκμετάλλευσης	1967487,178	1815049,341	2.545.539	2.109.359	0,16249213
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού	0	0		0	#DIV/0!
Σύνολο	25969262,62	31886072,81	28.358.225	28.737.853	0,058599916
Μείον:	0	0			
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	13134479,9	18173450,66	16.861.319	16.056.417	0,155722007
Έξοδα λειτουργίας ερευνών-ανάπτυξης	0	0	29.290	9.763	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργίας διαθέσεως	378392,8305	509076,4285	402.641	430.037	0,068144675
Έξοδα λειτουργία παραγ.μη κοστολογηθέντα	0	0		0	#DIV/0!
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού	0	0		0	#DIV/0!
Μερικά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (ζημιές-κέρδη)	12456389,89	13203545,73	11.064.974	12.241.637	-0,050993885
Πλέον:	0	0			
Έσοδα συμμετοχών	886307,6654	2049690,219	988.159	1.308.052	0,397359341
Έσοδα χρεογράφων	0	273176,8775	55.911	109.696	#DIV/0!
Κέρδη πωλήσεως συμμετοχών και χρεογράφων	8570462,844	739206,0337		3.103.223	-0,956874789
Πιστωτικοί τόκοι και συναφή έσοδα	647838,2509	77915,30154	47.411	257.722	-0,635618116
Μείον:	0	0			
Προβλέψεις υποτιμήσεως συμμετοχών και χρεογράφων	0	173379,6625		57.793	0
Έξοδα & ζημιές συμμετοχών & χρεογράφων	0	0		0	0

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Χρεωστικοί τόκοι και συναφή έξοδα	1290536,725	2795472	4.183.488	2.756.499	0,831327127
Ολικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	21270461,93	13374682,5	7.972.967	14.206.037	-0,387542408
Πλέον: Έκτακτα αποτελέσματα	0	0			
Έκτακτα και ανόργανα έσοδα	291487,6361	749678,5796	129.379	390.182	0,372242269
Έκτακτα κέρδη	24556,47542	33436,08511	64.766	40.920	0,649304292
Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	81694,92003	97071,33089	13.097	63.954	-0,338430566
Έσοδα από προβλέψεις προηγούμενων χρήσεων	0	0	0	0	#DIV/0!
Μείον:					
Έκτακτα και ανόργανα έξοδα	1627437,564	1374967,158	366.889	1.123.098	-0,44414948
Έκτακτες ζημίες	366509,8283	288969,215	521.700	392.393	0,296908865
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	607698,8173	30916,55172	24.031	220.882	-0,585919649
Προβλέψεις για έκτακτους κινδύνους	0	0		0	#DIV/0!
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα (κέρδη)	19066554,75	12560015,04	7.267.589	12.964.720	-0,381312541
Μείον: Σύνολο αποσβέσεων πάγιων στοιχείων	6238926,703	9384148,766	11.207.247	8.943.441	0,349201467
μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	5069310,509	7146837,262	8.956.873	7.057.674	0,331544102
Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων (κέρδη)	17896938,56	10322703,54	5.017.214	11.078.952	-0,468588592
Πλέον:	0	0			
Υπόλοιπο αποτ/των (κερδών) προηγ. χρ.	2092385,787	326116,8892	386.137	934.880	-0,330048174
Αποθεματικά προς διάθεση	1533976,96	0	0	511.326	#DIV/0!
Μείον: Διαφορές φορολ. ελέγχου προηγ. χρήσεων	862039,5363	97256,10858	0	319.765	-0,943589531
Σύνολο	20661261,77	10551564,32	5.403.351	12.205.392	-0,488608418
Μείον:	0	0			
Φόρος εισοδήματος	3195235,307	2863692,437	1.665.507	2.574.812	0
Φόρος αφορολογήτων αποθεματικών	0	0		0	0
Λοιποί μη ενσωματωμένοι στο λειτουργικό κόστος φόροι	41900,00587	97492,02054	102.759	80.717	0,690401465
Κέρδη προς διάθεση(ΚΚΜΞ)	17424126,45	7590379,859	3.635.085	9.549.864	-0,542734219

Πίνακας 14: Πίνακας αποτελεσμάτων χρήσης για το Νοσοκομείο Ιατρικό Αθηνών κατά τα έτη 2003,2004

Έτη	2003	2004	Μέσο όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως				
Πωλήσεις	162.354.446	182.014.254	172.184.350	0,121091898
Μείον:			0	#DIV/0!
Κόστος πωλήσεων	138.171.227	151.670.846	144.921.037	0,0977021
Μικτά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	24.183.219	30.343.408	27.263.314	0,254729902
Άλλα έσοδα εκμετάλλευσης	2.914.108	2.151.697	2.532.903	-0,261627572
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού			0	#DIV/0!
Σύνολο	27.097.327	32.495.104	29.796.216	0,199199611
Μείον:			0	#DIV/0!
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	17.295.095	18.802.361	18.048.728	0,087149912
Έξοδα λειτουργίας ερευνών-ανάπτυξης	33.175	8.634	20.905	-0,739743783
Έξοδα λειτουργίας διαθέσεως	353.382	1.130.806	742.094	2,199953591
Έξοδα λειτουργία παραγ.μη κοστολογηθέντα			0	#DIV/0!
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού			0	#DIV/0!
Μερικά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (ζημίες-κέρδη)	9.415.674	12.553.305	10.984.490	0,33323488
Πλέον:			0	#DIV/0!
Έσοδα συμμετοχών	843.215	949.340	896.278	0,125857581
Έσοδα χρεογράφων	4.776	5.970	5.373	0,25
Κέρδη πωλήσεως συμμετοχών και χρεογράφων			0	#DIV/0!
Πιστωτικοί τόκοι και συναφή έσοδα	37.220	20.000	28.610	-0,462654487
Μείον:			0	#DIV/0!
Προβλέψεις υποτιμήσεως συμμετοχών και χρεογράφων			0	#DIV/0!
Έξοδα & ζημίες συμμετοχών & χρεογράφων	0	261.573	130.787	#DIV/0!
Χρεωστικοί τόκοι και συναφή έξοδα	4.566.411	5.879.651	5.223.031	0,287586904

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Ολικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	5.734.474	7.387.390	6.560.932	0,288241956
Πλέον: Έκτακτα αποτελέσματα			0	#DIV/0!
Έκτακτα και ανόργανα έσοδα	191.991	354.078	273.035	0,844242699
Έκτακτα κέρδη	27.658	5.013.261	2.520.460	180,2589847
Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	23.802	26.091	24.947	0,096168389
Έσοδα από προβλέψεις προηγούμενων χρήσεων	44.059	28.013	36.036	-0,364193468
Μείον:			0	#DIV/0!
Έκτακτα και ανόργανα έξοδα	138.086	52.547	95.317	-0,619461785
Έκτακτες ζημίες	814.176	1.464.512	1.139.344	0,798765869
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	194.031	56.966	125.499	-0,706407739
Προβλέψεις για έκτακτους κινδύνους			0	#DIV/0!
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα (κέρδη)	4.875.690	11.234.809	8.055.250	1,304250065
Μείον: Σύνολο αποσβέσεων πάγιων στοιχείων	10.289.906	14.732.915	12.511.411	0,431783245
μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	8.039.531	12.482.540	10.261.036	0,552645297
Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων (κέρδη)	2.625.316	8.984.434	5.804.875	2,422229553
Πλέον:			0	#DIV/0!
Υπόλοιπο αποτ/των (κερδών) προηγ. χρ.	3.198	0	1.599	-1
Αποθεματικά προς διάθεση	922.692	691.169	806.931	-0,250921217
Μείον: Διαφορές φορολ. ελέγχου προηγ. χρήσεων	-2.503.401	0	-1.251.701	-1
Σύνολο	1.047.805	9.675.603	5.361.704	8,2341638
Μείον:			0	#DIV/0!
Φόρος εισοδήματος	948.899	1.672.347	1.310.623	0,762407801
Φόρος αφορολογήτων αποθεματικών			0	#DIV/0!
Λοιποί μη ενσωματωμένοι στο λειτουργικό κόστος φόροι	98.906	99.138	99.022	0,002345662
Κέρδη προς διάθεση(ΚΚΜΞ)	0	7.904.118	3.952.059	#DIV/0!

Τα αποκτηθέντα αποτελέσματα από την ανάλυση του πίνακα αποτελεσμάτων χρήσεως οδηγούν στις ακόλουθες παρατηρήσεις και συμπεράσματα για κάθε επιχείρηση.

Οι πωλήσεις στο Ιατρικό Αθηνών κατά την διάρκεια της τριετίας 2000-2002 αυξήθηκαν κατά ένα ποσοστό της τάξεως των 32%. Το κόστος πωλήσεων για την ίδια περίοδο αυξήθηκε με ένα ετήσιο ρυθμό 41%. Αυτές οι δύο μεταβολές είχαν ως αποτέλεσμα μια μέση ετήσια αύξηση των μικτών κερδών σε ποσοστό 5%. Η αύξηση των μικτών κερδών και οι μικραιοξήσεις σε πολλά λειτουργικά έξοδα της επιχείρησης, απέφεραν μια μέση ετήσια μείωση των κερδών προ τόκων και φόρων της τάξεως του 95,6%. Τα ολικά αποτελέσματα εκμετάλλευσης μειώθηκαν επίσης με μέσο ετήσιο ρυθμό 38,7%. Παρατηρείται ότι τα ολικά αποτελέσματα εκμετάλλευσης σημειώνουν μικρότερη μείωση σε σχέση με τα κέρδη προ τόκων και φόρων. Η μείωση αυτή προέρχεται από το γεγονός ότι οι χρεωστικοί τόκοι και τα συναφή έξοδα της επιχείρησης αυξήθηκαν σημαντικά με μέσο ετήσιο ρυθμό 83%. Τα καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων μειώθηκαν με μέσο ετήσιο ρυθμό 46,8%. Η μείωση αυτή οφείλεται στη μέση ετήσια αύξηση των εξόδων διοικητικής λειτουργίας που είναι της τάξεως του 15,5%. Με βάση τα παραπάνω, τα καθαρά κέρδη μετά φόρων παρουσίασαν όπως ήταν αναμενόμενο μια μέση ετήσια μείωση της τάξεως του 54,2%.

Κατά την τριετία 2003-2004, οι πωλήσεις και το κόστος πωλήσεων παρουσίασαν πολύ μικρή αύξηση, και το αποτέλεσμα αυτού ήταν η αύξηση των μικτών κερδών κατά 25,4%. Η αύξηση των εξόδων λειτουργίας διαθέσεως κατά 219,9% είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των αποτελεσμάτων εκμεταλλεύσεως κατά 33%. Τα οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα αυξήθηκαν κατά 130,4% και αυτό είχε ως επακόλουθο την αύξηση των κερδών προ φόρων, κατά 242,2%.

3.2.4.2. Ιασώ

Στη διάρκεια της τριετίας 2000-2002 παρουσιάζεται ετήσια μείωση κατά 42,8% στις πωλήσεις και κατά 32,4% στο κόστος πωλήσεων, με αποτέλεσμα τα μικτά κέρδη να παρουσιάσουν ρυθμό μείωσης 497,4%. Εντυπωσιακή είναι η αύξηση που σημειώθηκε στα μερικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (202,2%). Οι πιστωτικοί τόκοι και τα συναφή έσοδα αυξήθηκαν κατά 1317,4% με αλματώδη ρυθμό αύξησης το έτος 2001. Τα έκτακτα και ανόργανα έσοδα σημείωσαν επίσης αύξηση ύψους 1696,9% με απώτερη αύξηση των καθαρών κερδών προ φόρων (58,9%). Το αποτέλεσμα αυτών των τεραστίων αυξήσεων είναι να αυξηθούν εξίσου σημαντικά τα κέρδη

μετά φόρων που η ετήσια αύξηση της μεταβολής τους κατά την τριετία αγγίζει το 273,5%.

Κατά τη διετία 2003-2004 οι πωλήσεις παρουσίασαν εκπληκτική αύξηση ύψους 166,3%. Το κόστος πωλήσεων είχε θετική μεταβολή κατά 54,1%, με αποτέλεσμα τα μικτά κέρδη να σημειώσουν μείωση 23,3%. Τα μερικά αποτελέσματα μειώθηκαν κατά 14,3% και τα κέρδη μετά φόρων αυξήθηκαν με ετήσιο ρυθμό 80,9%.

Ακολουθούν οι πίνακες αποτελεσμάτων χρήσης του ΙΑΣΩ κατά τα έτη 2000-2004.

Πίνακας 15: Πίνακας αποτελεσμάτων χρήσης για το Νοσοκομείο Ιασώ κατά τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσο όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως					
Πωλήσεις	8.555.983	8.899.799	916.044	6.123.942	-0,428443553
Μείον:					
Κόστος πωλήσεων	7.830.542	8.761.677	2.040.420	6.210.880	-0,324104627
Μικτά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	725.441	138.123	-1.124.376	-86.937	-4,974998968
Άλλα έσοδα εκμετάλλευσης	151.725	104.988	10.428	89.047	-0,604355965
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού				0	#DIV/0!
Σύνολο	877.167	243.110	-1.113.948	2.110	-3,152460175
Μείον:					
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	1.151.091	1.624.030	235.263	1.003.461	-0,222137387
Έξοδα λειτουργίας ερευνών-ανάπτυξης		0	37.891	12.630	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργίας διαθέσεως				0	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργία παραγ.μη κοστολογηθέντα				0	#DIV/0!
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού				0	#DIV/0!
Μερικά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (ζημίες-κέρδη)	-273.924	-1.380.919	-1.387.101	-1.013.981	2,022862698
Πλέον:					
Έσοδα συμμετοχών				0	#DIV/0!
Έσοδα χρεογράφων	1.036.643	5.344	3.877	348.621	-0,634679186
Κέρδη πωλήσεως συμμετοχών και χρεογράφων				0	#DIV/0!
Πιστωτικοί τόκοι και συναφή έσοδα	34.516	975.073	96.078	368.556	13,17420914
Μείον:					
Προβλέψεις υποτιμήσεως συμμετοχών και χρεογράφων				0	0

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Έξοδα & ζημιές συμμετοχών & χρεογράφων				0	0
Χρεωστικοί τόκοι και συναφή έξοδα	4.539	5.819	141.207	50.522	11,77427054
Ολικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	792.699	-406.322	-1.428.353	-347.325	0,501371193
Πλέον: Έκτακτα αποτελέσματα					
Έκτακτα και ανόργανα έσοδα	53	73	2.523	883	16,96950116
Έκτακτα κέρδη	8.234	18.082	35.612	20.643	1,08274446
Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	1.940	115	497	851	1,19050874
Έσοδα από προβλέψεις προηγούμενων χρήσεων				0	#DIV/0!
Μείον:					
Έκτακτα και ανόργανα έξοδα	10.691	208	473	3.791	0,146747039
Έκτακτες ζημιές	30	0	51.511	17.180	#DIV/0!
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	60.460	6.302	25.653	30.805	1,087423354
Προβλέψεις για έκτακτους κινδύνους				0	#DIV/0!
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα (κέρδη)	731.742	-394.562	-1.467.359	-376.726	0,589873771
Μείον: Σύνολο αποσβέσεων πάγιων στοιχείων	517.903	968.313	475.866	654.027	0,180559216
μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	517.903	968.313	475.866	654.027	0,180559216
Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων (κέρδη)	731.742	-394.562	-1.467.359	-376.726	0,589873771
Πλέον:					
Υπόλοιπο αποτ/των (κερδών) προηγ. Χρ.	187.020	187.020	-224.176	49.955	-1,099336969
Αποθεματικά προς διάθεση				0	#DIV/0!
Μείον: Διαφορές φορολ. Ελέγχου προηγ. Χρήσεων				0	#DIV/0!
Σύνολο	918.762	-207.541	-1.691.535	-326.771	2,962236727
Μείον:					
Φόρος εισοδήματος				0	0
Φόρος αφορολογήτων αποθεματικών				0	0
Λοιποί μη ενσωματωμένοι στο λειτουργικό κόστος φόροι	0	16.635	38.004	18.213	#DIV/0!
Κέρδη προς διάθεση(ΚΚΜΦ)	918.762	-224.176	-1.729.539	-344.984	2,735548244

Πίνακας 16: Πίνακας αποτελεσμάτων χρήσης για το Νοσοκομείο Ιασώ κατά τα έτη 2003,2004

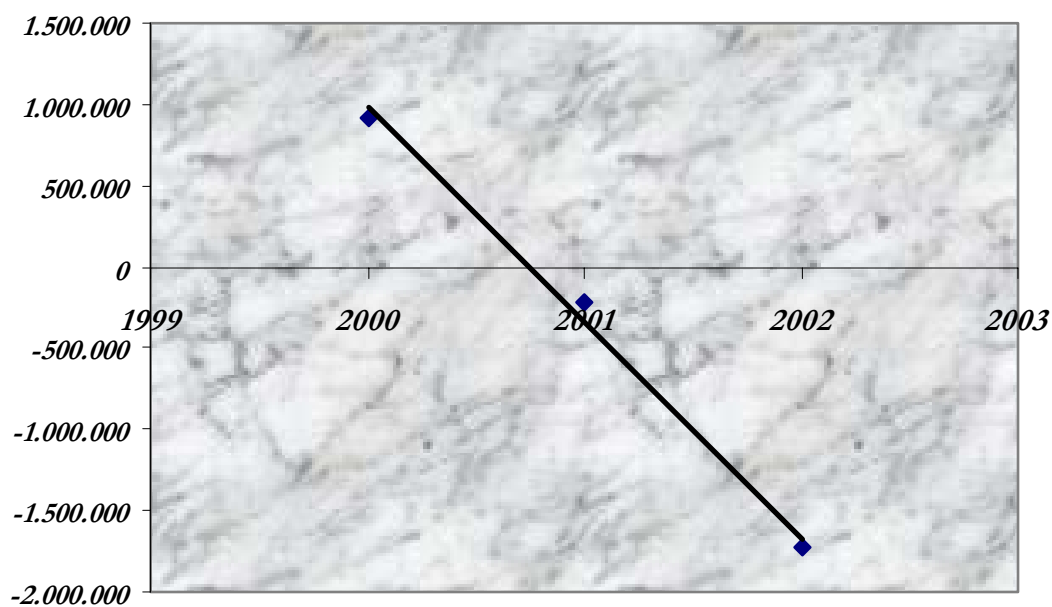
Έτη	2003	2004	Μέσο όρος διетίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως				
Πωλήσεις	8.910.302	23.734.151	16.322.227	1,66367526
Μείον:			0	#DIV/0!
Κόστος πωλήσεων	21.806.565	33.618.636	27.712.601	0,541674996
Μικτά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	-12.896.263	-9.884.485	-11.390.374	-0,233538817
Άλλα έσοδα εκμετάλλευσης	71.901	158.087	114.994	1,198675957
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού			0	#DIV/0!
Σύνολο	-12.824.362	-9.726.399	-11.275.381	-0,241568586
Μείον:			0	#DIV/0!
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	3.767.723	4.417.090	4.092.407	0,172349984
Έξοδα λειτουργίας ερευνών-ανάπτυξης	73.014	138.314	105.664	0,894349029
Έξοδα λειτουργίας διαθέσεως			0	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργία παραγ.μη κοστολογηθέντα			0	#DIV/0!
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού			0	#DIV/0!
Μερικά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (ζημιές-κέρδη)	-16.665.099	-14.281.802	-15.473.451	-0,143011272
Πλέον:			0	#DIV/0!
Έσοδα συμμετοχών			0	#DIV/0!
Έσοδα χρεογράφων	2.643	2.243	2.443	-0,151343171
Κέρδη πωλήσεως συμμετοχών και χρεογράφων			0	#DIV/0!
Πιστωτικοί τόκοι και συναφή έσοδα	34.861	33.102	33.982	-0,050457531
Μείον:			0	#DIV/0!
Προβλέψεις υποτιμήσεως συμμετοχών και χρεογράφων			0	#DIV/0!
Έξοδα & ζημιές συμμετοχών & χρεογράφων			0	#DIV/0!

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Χρεωστικοί τόκοι και συναφή έξοδα	1.411.422	2.209.022	1.810.222	0,565103846
Ολικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	-18.039.018	-16.455.479	-17.247.249	-0,087784102
Πλέον: Έκτακτα αποτελέσματα			0	#DIV/0!
Έκτακτα και ανόργανα έσοδα	11.015	10.731	10.873	-0,025783023
Έκτακτα κέρδη	4.365	6.307	5.336	0,444902635
Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	654	3.724	2.189	4,694189602
Έσοδα από προβλέψεις προηγούμενων χρήσεων			0	#DIV/0!
Μείον:			0	#DIV/0!
Έκτακτα και ανόργανα έξοδα	1.293	1.903	1.598	0,471771075
Έκτακτες ζημίες	1.008	972	990	-0,035714286
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	21.323	136.296	78.810	5,391971111
Προβλέψεις για έκτακτους κινδύνους			0	#DIV/0!
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα (κέρδη)	-18.046.608	-16.573.888	-17.310.248	-0,081606471
Μείον: Σύνολο αποσβέσεων πάγιων στοιχείων	9.616.647	8.419.126	9.017.887	-0,124525835
μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	9.616.647	8.419.126	9.017.887	-0,124525835
Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων (κέρδη)	-18.046.608	-16.573.888	-17.310.248	-0,081606471
Πλέον:			0	#DIV/0!
Υπόλοιπο αποτ/των (κερδών) προηγ. Χρ.	-1.729.538	-20.519.680	-11.124.609	10,86425508
Αποθεματικά προς διάθεση			0	#DIV/0!
Μείον: Διαφορές φορολ. Ελέγχου προηγ. Χρήσεων	707.065	0	353.533	-1
Σύνολο	-20.483.211	-37.093.568	-28.788.390	0,810925445
Μείον:			0	#DIV/0!
Φόρος εισοδήματος			0	#DIV/0!
Φόρος αφορολογήτων αποθεματικών			0	#DIV/0!
Λοιποί μη ενσωματωμένοι στο λειτουργικό κόστος φόροι	36.469	36.469	36.469	0
Κέρδη προς διάθεση(ΚΚΜΦ)	-20.519.680	-37.130.037	-28.824.859	0,809484212

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγράμματα που απεικονίζουν τη μεταβολή των Καθαρών Κερδών μετά φόρων κατά την διάρκεια της τριετίας 2000-2002.

Σύγκριση Καθαρών Κερδών μετά φόρων



3.2.4.3. Υγεία

Πίνακας 17: Πίνακας αποτελεσμάτων χρήσης για το Νοσοκομείο Υγεία κατά τα έτη 2000-2002

Έτη	2000	2001	2002	Μέσο όρος τριετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως					
Πωλήσεις	70662975,27	74.538.319	73.869.604	73.023.633	0,022935604
Μείον:					
Κόστος πωλήσεων	56326088,08	58.070.239	62.899.775	59.098.701	0,057066193
Μικτά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	14336887,18	16.468.079	10.969.829	13.924.932	-0,092611121
Άλλα έσοδα εκμετάλλευσης	3289098,11	2.641.001	2.908.376	2.946.158	-0,047901998
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού				0	#DIV/0!
Σύνολο	17625985,29	19.109.081	13.878.205	16.871.090	-0,094797568
Μείον:					
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	4723050,072	4.648.833	4.998.766	4.790.216	0,029779749
Έξοδα λειτουργίας ερευνών-ανάπτυξης				0	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργίας διαθέσεως				0	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργία παραγ.μη κοστολογηθέντα				0	#DIV/0!
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού				0	#DIV/0!
Μερικά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (ζημιές-κέρδη)	12902935,22	14.460.248	8.879.439	12.080.874	-0,132623493
Πλέον:					
Έσοδα συμμετοχών	39538,07777	23.836	607.707	223.694	12,04910253
Έσοδα χρεογράφων				0	#DIV/0!
Κέρδη πωλήσεως συμμετοχών και χρεογράφων				0	#DIV/0!
Πιστωτικοί τόκοι και συναφή έσοδα	146663,6742	130.800	367.049	214.838	0,849010697
Μείον:					
Προβλέψεις υποτιμήσεως συμμετοχών και χρεογράφων				0	0

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Έξοδα & ζημιές συμμετοχών & χρεογράφων				0	0
Χρεωστικοί τόκοι και συναφή έξοδα	1066502,767	1.583.203	1.214.055	1.287.920	0,125657806
Ολικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	12022634,21	13.031.681	8.640.140	11.231.485	-0,126530338
Πλέον: Έκτακτα αποτελέσματα					
Έκτακτα και ανόργανα έσοδα	21327,70653	143	0	7.157	-0,996647553
Έκτακτα κέρδη	9534,811445	1.643.161	34.016	562.237	85,17676369
Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	90554,94057	228.261	79.975	132.930	0,435528602
Έσοδα από προβλέψεις προηγούμενων χρήσεων				0	#DIV/0!
Μείον:					
Έκτακτα και ανόργανα έξοδα	213109,2561	10.010	31.628	84.916	0,603305786
Έκτακτες ζημιές	90277,13573			30.092	#DIV/0!
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	5909,881145	9.041	354.304	123.085	19,35919807
Προβλέψεις για έκτακτους κινδύνους				0	#DIV/0!
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα (κέρδη)	11834755,39	14.884.194	8.368.199	11.695.716	-0,090055714
Μείον: Σύνολο αποσβέσεων πάγιων στοιχείων	4395015,31	4.885.511	5.541.484	4.940.670	0,122935896
μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	4395015,31	4.885.511	5.541.484	4.940.670	0,122935896
Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων (κέρδη)	11834755,39	14.884.194	8.368.199	11.695.716	-0,090055714
Πλέον:					
Υπόλοιπο αποτ/των (κερδών) προηγ. χρ.	2628753,429	4.505.199	5.709.450	4.281.134	0,490559124
Αποθεματικά προς διάθεση				0	#DIV/0!
Μείον: Διαφορές φορολ. ελέγχου προηγ. χρήσεων		-1.019.972	186.815	-277.719	#DIV/0!
Σύνολο	14463508,82	18.369.421	14.264.464	15.699.131	0,023293004
Μείον:					
Φόρος εισοδήματος	4814885,949	5.682.137	2.857.180	4.451.401	0
Φόρος αφορολογήτων αποθεματικών				0	0
Λοιποί μη ενσωματωμένοι στο λειτουργικό κόστος φόροι	321939,9677	85.913	110.807	172.887	-0,221690722
Κέρδη προς διάθεση(ΚΚΜΦ)	9326682,905	12.601.371	11.296.477	11.074.844	0,123778936

Πίνακας 18: Πίνακας αποτελεσμάτων χρήσης για το Νοσοκομείο Υγεία κατά τα έτη 2003,2004

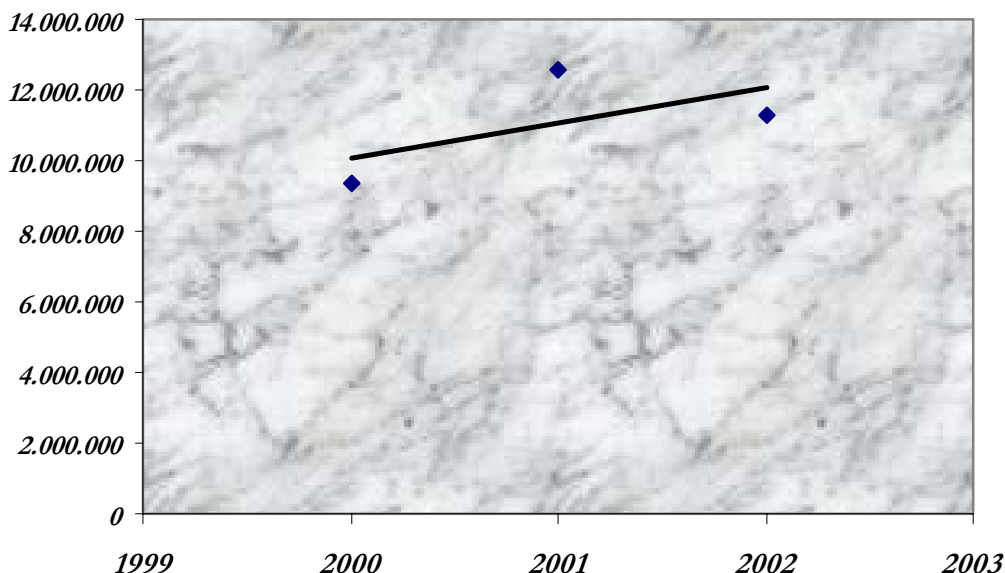
Έτη	2003	2004	Μέσο όρος διετίας	Μέση ποσοστιαία μεταβολή
Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως				
Πωλήσεις	68.801.682	71.836.884	70.319.283	0,04411523
Μείον:			0	#DIV/0!
Κόστος πωλήσεων	62.814.786	65.710.388	64.262.587	0,046097459
Μικτά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	5.986.896	6.126.496	6.056.696	0,023317592
Άλλα έσοδα εκμετάλλευσης	2.672.491	2.771.448	2.721.970	0,037028001
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού			0	#DIV/0!
Σύνολο	8.659.388	8.897.943	8.778.666	0,027548714
Μείον:			0	#DIV/0!
Έξοδα διοικητικής λειτουργίας	5.058.618	4.974.970	5.016.794	-0,016535742
Έξοδα λειτουργίας ερευνών-ανάπτυξης			0	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργίας διαθέσεως			0	#DIV/0!
Έξοδα λειτουργία παραγ.μη κοστολογηθέντα			0	#DIV/0!
Διαφορές ενσωματώσεως και καταλογισμού			0	#DIV/0!
Μερικά Αποτελέσματα Εκμεταλλεύσεως (ζημιές-κέρδη)	3.600.770	3.922.973	3.761.872	0,089481694
Πλέον:			0	#DIV/0!
Έσοδα συμμετοχών	4.400	218.600	111.500	48,68181818
Έσοδα χρεογράφων			0	#DIV/0!
Κέρδη πωλήσεως συμμετοχών και χρεογράφων			0	#DIV/0!
Πιστωτικοί τόκοι και συναφή έσοδα	162.275	108.981	135.628	-0,328417809
Μείον:			0	#DIV/0!
Προβλέψεις υποτιμήσεως συμμετοχών και χρεογράφων			0	#DIV/0!
Έξοδα & ζημιές συμμετοχών & χρεογράφων			0	#DIV/0!
Χρεωστικοί τόκοι και συναφή έξοδα	1.431.585	1.890.992	1.661.289	0,320907945

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Ολικά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως (κέρδη)	2.335.860	2.359.562	2.347.711	0,010147012
Πλέον: Έκτακτα αποτελέσματα			0	#DIV/0!
Έκτακτα και ανόργανα έσοδα		2.088	1.044	#DIV/0!
Έκτακτα κέρδη	49.120	5.995	27.558	-0,877951954
Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	65.809	221.665	143.737	2,368308286
Έσοδα από προβλέψεις προηγούμενων χρήσεων				
Μείον:				
Έκτακτα και ανόργανα έξοδα	207.541	32.635	120.088	-0,842753962
Έκτακτες ζημίες	139	4.000	2.070	27,77697842
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	0	1.915	958	#DIV/0!
Προβλέψεις για έκτακτους κινδύνους			0	#DIV/0!
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα (κέρδη)	2.243.109	2.550.760	2.396.935	0,137153834
Μείον: Σύνολο αποσβέσεων πάγιων στοιχείων	4.561.812	4.896.993	4.729.403	0,073475408
μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	4.561.812	4.896.993	4.729.403	0,073475408
Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως προ φόρων (κέρδη)	2.243.109	2.550.760	2.396.935	0,137153834
Πλέον:			0	#DIV/0!
Υπόλοιπο αποτ/των (κερδών) προηγ. χρ.	8.449.124	7.581.541	8.015.333	-0,102683189
Αποθεματικά προς διάθεση			0	#DIV/0!
Μείον: Διαφορές φορολ. ελέγχου προηγ. χρήσεων	-794.650	0	-397.325	-1
Σύνολο	9.897.583	10.132.301	10.014.942	0,023714679
Μείον:			0	#DIV/0!
Φόρος εισοδήματος	893.301	934.693	913.997	0,046336005
Φόρος αφορολογήτων αποθεματικών			0	#DIV/0!
Λοιποί μη ενσωματωμένοι στο λειτουργικό κόστος φόροι	110.941	219.977	165.459	0,982828711
Κέρδη προς διάθεση(ΚΚΜΞ)	8.893.341	8.977.631	8.935.486	0,009477878

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγράμματα που απεικονίζουν τη μεταβολή των Καθαρών Κερδών μετά φόρων κατά την διάρκεια της τριετίας 2000-2002.

Σύγκριση Καθαρών Κερδών μετά φόρων



Το Θεραπευτήριο Υγεία σημειώνει πωλήσεις (2000-2002) με ετήσιο ρυθμό αύξησης 2,2%. Το κόστος πωλήσεων παρουσιάζει πολύ μικρή αύξηση και ως ακόλουθο, τα μικτά κέρδη σημειώνουν μικρή μείωση. Τα έσοδα συμμετοχών, καθώς και οι πιστωτικοί τόκοι και τα συναφή έσοδα, σημειώνουν πολύ υψηλή ετήσια μεταβολή και αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση των κερδών μετά φόρων, κατά 12,3%. Να σημειωθεί η ιδιαίτερα υψηλή αύξηση στα έκτακτα κέρδη και τα έξοδα προηγούμενων χρήσεων.

Την επόμενη διετία τα καθαρά κέρδη μετά φόρων σημειώνουν αισθητά μικρότερη αύξηση σε σχέση με τα έτη 2000-2002. Κατά το ίδιο αυτό διάστημα, οι πωλήσεις και το κόστος πωλήσεων παρουσίασαν μια πολύ μικρή αύξηση ύψους 4,4% και 4,6% αντίστοιχα. Τα έσοδα προηγούμενων χρήσεων είχαν ετήσιο ρυθμό αύξησης 236,8% και οι έκτακτες ζημιές αυξήθηκαν με ετήσιο ρυθμό που άγγιξε το 2777,6%.

3.2.5. Κεφάλαιο Κίνησης

Όσον αφορά την έννοια του Κεφαλαίου Κίνησης οι απόψεις και αντιλήψεις των μελετητών διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους. Οι κυριότερες απόψεις που διατυπώθηκαν επί του θέματος είναι οι ακόλουθες:

- Κεφάλαιο Κινήσεως θεωρείται ίσο προς το Κυκλοφορούν Ενεργητικό και ονομάζεται είτε Συνολικό κεφάλαιο κινήσεως, ή Μικτό. Επομένως, το κεφάλαιο κινήσεως περιλαμβάνει κατά την άποψη αυτή, το σύνολο των ρευστοποιήσιμων και διαθέσιμων αξιών (αποθέματα, προϊόντα, απαιτήσεις, γραμμάτια εισπρακτέα, ταμείο, Τράπεζες, κ.α.). Κατά την ίδια άποψη, η επιχείρηση έχει πάντοτε ένα κεφάλαιο κινήσεως από την στιγμή κατά την οποία ο ισολογισμός της περιλαμβάνει στοιχεία που ανήκουν στο κυκλοφορούν ενεργητικό της.
- Ίδιο Κεφάλαιο Κινήσεως, από άλλη άποψη θεωρείται το κεφάλαιο κινήσεως που προέρχεται από ίδια κεφάλαια της επιχείρησης. Το ίδιο κεφάλαιο κινήσεως υπολογίζεται εάν από το συνολικό ίδιο κεφάλαιο της επιχείρησης αφαιρεθεί το πάγιο ενεργητικό. Αν από την αφαίρεση αυτή προκύπτει θετική διαφορά σημαίνει ότι ένα τμήμα των ιδίων κεφαλαίων έχει τοποθετηθεί σε στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού, δηλαδή του συνολικού κεφαλαίου κινήσεως. Έτσι:

$$\text{Ίδιο Κεφάλαιο Κινήσεως} = \text{Ίδιο Κεφάλαιο} - \text{Πάγιο Ενεργητικό}$$

Ξένο Κεφάλαιο Κινήσεως, θεωρείται το τμήμα του κεφαλαίου κινήσεως που χρηματοδοτείται από ξένα κεφάλαια και υπολογίζεται από το συνολικό κεφάλαιο κινήσεως εάν αφαιρεθεί το ίδιο κεφάλαιο.

$$\text{Ξένο Κεφάλαιο Κινήσεως} = \text{Συνολικό Κεφάλαιο Κινήσεως} - \text{Ίδιο Κεφάλαιο Κινήσεως}$$

Συνηθέστερη έννοια, με την οποία χρησιμοποιείται ο όρος Κεφάλαιο Κινήσεως και η οποία ακολουθείται και στην παρούσα εργασία είναι η ακόλουθη:

$$\text{Κεφάλαιο Κινήσεως} = \text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό} - \text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}$$

ή

$$\text{Κεφάλαιο Κινήσεως} = \text{Ίδια Κεφάλαια} + \text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις} - \text{Καθαρό Πάγιο Ενεργητικό}$$

Για τον καθορισμό του κεφαλαίου κινήσεως δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι λογαριασμοί, Επισφαλείς πελάτες, Γραμματεία καθυστερούμενα, Γραμματεία διαμαρτυρηθέντα, Προπληρωτέα έξοδα, Προεισπρακτέα έσοδα, Ζημίες «εις νέον». Ειδικά, για τον λογαριασμό Ζημίες «εις νέον» παρατηρείται ότι παρόλο που τοποθετείται στο τέλος των διαθεσίμων, δεν είναι διαθέσιμο στοιχείο, αλλά αρνητικό στοιχείο της καθαρής περιουσίας και επομένως, δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τον καθορισμό του κεφαλαίου

κινήσεως. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, το κεφάλαιο κινήσεως, το οποίο ονομάζεται και Καθαρό, εκφράζει το μέρος εκείνο του συνολικού κεφαλαίου κινήσεως το οποίο δεν εξαλείφεται από τις υποχρεώσεις μέσης και βραχείας ληκτότητας. Είναι το τμήμα εκείνο του κεφαλαίου το οποίο είναι διαθέσιμο για την αντιμετώπιση τόσο των λειτουργικών αναγκών, όσο και των διαφόρων διακυμάνσεων (τακτικών ή εκτάκτων) που οφείλονται στις μεταβολές των τιμών ή των συνθηκών της αγοράς.

Οι δυνατές περιπτώσεις σχετικά με το κεφάλαιο κινήσεως είναι οι ακόλουθες:

1^η περίπτωση: Κεφάλαιο Κινήσεως = 0 ή Κυκλοφορούν Ενεργητικό = Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Η επιχείρηση δεν διαθέτει αρκετά Διαρκή κεφάλαια για να χρηματοδοτήσει τις τρέχουσες ανάγκες της. Η χρηματοδότηση αυτών των αναγκών γίνεται με βραχυπρόθεσμα κεφάλαια τρίτων και κατά συνέπεια, η επιχείρηση μπορεί να αντιμετωπίζει πρόβλημα της μη πληρωμής για μια βραχυπρόθεσμη υποχρέωση που λήγει, λόγω έλλειψης των αναγκαίων ταμειακών διαθεσίμων και εφόσον ταυτόχρονα ή στο παρελθόν δεν έχει ρευστοποιηθεί κάποιο από τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού. Επομένως στην περίπτωση αυτή η επιχείρηση κινεί τα κυκλοφοριακά της στοιχεία αποκλειστικά με βραχυπρόθεσμα ξένα κεφάλαια και υπάρχει κίνδυνος πτώχευσης της επιχείρησης εάν δεν εξευρεθούν τα μέσα για την κάλυψη των τρεχουσών αναγκών

2^η περίπτωση: Κεφάλαιο Κινήσεως > 0 ή Κυκλοφορούν Ενεργητικό > Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Η επιχείρηση έχει ένα πλεόνασμα Διαρκών Κεφαλαίων πάνω στο Καθαρό Πάγιο Ενεργητικό, το οποίο και χρησιμοποιεί για την χρηματοδότηση του Κυκλοφορούντος Ενεργητικού της. Στην περίπτωση αυτή η επιχείρηση εμφανίζεται να μην έχει πρόβλημα στην αντιμετώπιση των τρεχουσών υποχρεώσεων της, δηλαδή να μην έχει άμεσο πρόβλημα ρευστότητας. Έτσι, αυτή κινεί τα κυκλοφοριακά και διαθέσιμα στοιχεία της και με βραχυπρόθεσμα κεφάλαια, αλλά και με μακροπρόθεσμα κεφάλαια. Υπάρχει όμως, μια περίπτωση κατά την οποία τα κυκλοφορούντα και διαθέσιμα στοιχεία να υπολείπονται των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων, τότε η επιχείρηση ενδέχεται να αντιμετωπίζει κίνδυνο να κηρυχθεί σε κατάσταση πτωχεύσεως, εφόσον αδυνατεί να εκπληρώσει τις βραχυπρόθεσμες αλλά και τις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις της. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το κεφάλαιο κινήσεως είναι δυνατόν να επανεξετασθούν με βάση

συγκρίσεως την ταχύτητα του κυκλοφορούντος ενεργητικού και της κυκλοφοριακής ταχύτητας του ξένου βραχυπρόθεσμου κεφαλαίου. Έτσι, η αναλογία του κεφαλαίου κινήσεως μπορεί να είναι μικρή όταν έχουμε μεγάλη ταχύτητα του κυκλοφορούντος ενεργητικού σε σχέση με την ταχύτητα των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Αντιθέτως, όταν η κυκλοφοριακή ταχύτητα των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων είναι μεγάλη, σε σχέση με αυτή του κυκλοφορούντος ενεργητικού, η αναλογία του κεφαλαίου κινήσεως θα είναι υψηλή.

3^η περίπτωση: Κεφάλαιο Κινήσεως < 0 ή Κυκλοφορούν Ενεργητικό < Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις

Τα Διαρκή κεφάλαια δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών σε επενδύσεις πάγιων στοιχείων του ενεργητικού. Η επιχείρηση παρουσιάζει έντονο πρόβλημα ρευστότητας, διότι εάν ρευστοποιηθούν τα στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού της δεν θα μπορέσει να εκπληρώσει τις βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της. Αυτό σημαίνει ότι τα Βραχυπρόθεσμα ξένα κεφάλαια χρηματοδοτούν τις μακροπρόθεσμες ανάγκες σε επενδύσεις πάγιων στοιχείων του Ενεργητικού.

Το κεφάλαιο κινήσεως αυξάνεται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Με την σύναψη μακροπρόθεσμου δανείου (π.χ. ομολογιακού και γενικά, με κάθε δάνειο μεγαλύτερο του έτους).
- Με την πώληση παγίου περιουσιακού στοιχείου και με σκοπό να αυξηθεί το κεφάλαιο κινήσεως, συνήθως τούτο επιτυγχάνεται με την πώληση στοιχείων του παγίου ενεργητικού τα οποία είναι άχρηστα για την οικονομική μονάδα.
- Όταν τα κέρδη δεν διανέμονται αλλά γίνεται κεφαλαιοποίηση αυτών.

Οι παράγοντες που επιδρούν στον προσδιορισμό του μεγέθους του αναγκαίου ποσού κεφαλαίου κινήσεως είναι:

- Ο όγκος των πωλήσεων.
- Η κατανομή των πωλήσεων σε όλη την διάρκεια του έτους.
- Η ανάγκη εξασφάλισης αποθεμάτων πριν από την βιομηχανοποίηση ή την πώληση.
- Η περίοδος βιομηχανοποίησης.

- Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της βιομηχανοποίησης και πωλήσεως.
- Ο όγκος των πωλήσεων με πίστωση.
- Οι προθεσμίες πωλήσεως.
- Η πολιτική των εισπράξεων.
- Τα γραμμάτια πληρωτέα και οι υποχρεώσεις στους εμπόρους.
- Τα γραμμάτια πληρωτέα στις Τράπεζες.
- Τέλος, θα μπορούσε να θεωρεί ως κεφάλαιο κινήσεως το τμήμα των αξιών που μπορεί να ρευστοποιηθεί και το οποίο δεν μπορεί να συμπιεστεί. Ως ρευστοποιήσιμες αξίες θεωρούνται τα αποθέματα υπό κατεργασία, τα ημικατεργασμένα και τα έτοιμα προϊόντα, οι πελάτες, τα εισπρακτέα γραμμάτια και όλα γενικώς τα περιουσιακά στοιχεία, τα οποία είναι απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία της επιχείρησης. Βεβαίως, η επιχείρηση πάντοτε χρειάζεται να έχει στην διάθεση της ένα ελαχίστου ύψους απόθεμα.

3.2.6. Η έννοια των Αναγκών σε Κεφάλαιο Κίνησης

Οι Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κινήσεως είναι οι ανάγκες χρηματοδότησης του κύκλου εκμετάλλευσης που πρέπει βασικά να καλυφθούν από τα Διαρκή Κεφάλαια. Οι ανάγκες του κύκλου εκμετάλλευσης προκύπτουν, καθώς η επιχείρηση έχει αποθέματα πρώτων και βοηθητικών υλών, ημιτελών προϊόντων κ.α., που πρέπει να χρηματοδοτήσει για να τα φέρει στη φάση της πώλησης. Επίσης, έχει απαιτήσεις προς πελάτες και διάφορους χρεώστες που πρέπει επίσης, να χρηματοδοτήσει εάν επιθυμεί να ακολουθήσει μια πιστωτική πολιτική ευνοϊκή για την αύξηση των πωλήσεων της. Βέβαια, οι ανάγκες αυτές καλύπτονται μερικώς (σπάνια εξ'ολοκλήρου) από την πίστωση των προμηθευτών και διαφόρων άλλων πιστωτών. Το υπόλοιπο των αναγκών αυτών χρηματοδοτείται είτε από Διαρκή Κεφάλαια, δηλαδή το Κεφάλαιο Κινήσεως, είτε από Βραχυπρόθεσμες Τραπεζικές Πιστώσεις. Οι Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κινήσεως υπολογίζονται από τις παρακάτω σχέσεις:

$$\text{Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κινήσεως} = \text{Κυκλοφορούν Ενεργητικό} - \text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}$$

ή

$$\text{Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κινήσεως} = \text{Αποθέματα} + \text{Απαιτήσεις} + \text{Μεταβατικοί Λογαριασμοί Ενεργητικού} - (\text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις} + \text{Μεταβατικοί}$$

Λογαριασμοί Παθητικού) – Τραπεζικοί Λογαριασμοί Βραχυπρόθεσμων
Υποχρεώσεων

3.2.7. Η έννοια του Ταμειακού Αποτελέσματος

Για να εκτιμηθεί η συνολική ρευστότητα της επιχείρησης δια μέσου του Ισολογισμού της πρέπει να θεωρηθούν τα χρηματοοικονομικά ποσά του κυκλοφορούντος ενεργητικού (Χρεόγραφα και διαθέσιμα) και το ποσό που αναφέρεται στις Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις του Παθητικού. Άρα, το Ταμειακό Αποτέλεσμα ορίζεται από την σχέση:

$$\text{Ταμειακό Αποτέλεσμα} = \text{Χρεόγραφα} + \text{Διαθέσιμα} - \text{Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις}$$

ή

$$\text{Ταμειακό Αποτέλεσμα} = \text{Κεφάλαιο Κίνησης} - \text{Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης}$$

Οι τιμές του κεφαλαίου κίνησης, των αναγκών σε κεφάλαιο κίνησης και του ταμειακού αποτελέσματος υπολογίστηκαν βάσει των στοιχείων του ενεργητικού, του παθητικού και των αποτελεσμάτων χρήσεως και παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν:

3.2.7.1. Ιατρικό Αθηνών

Έτη	2000	2001	2002
Κεφάλαιο Κίνησης	-35.281.069	-6.751.668	3.152.817
Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης	-37.966.759	-12.237.966	-2.157.305
Ταμειακό Αποτέλεσμα	2.685.690	5.486.299	5.310.122

Έτη	2003	2004
Κεφάλαιο Κίνησης	-9.059.310	-20.176.769
Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης	-15.465.609	-26.582.304
Ταμειακό Αποτέλεσμα	6.406.299	6.405.535

3.2.7.2. ΙΑΣΩ

Έτη	2000	2001	2002
Κεφάλαιο Κίνησης	20.506.464	9.739.381	-16.499.147
Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης	-1.043.521	-522.117	-18.306.253
Ταμειακό Αποτέλεσμα	21.549.985	10.261.498	1.807.106

Έτη	2003	2004
Κεφάλαιο Κίνησης	-38.066.056	-56.303.465
Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης	-39.868.892	-59.108.269
Ταμειακό Αποτέλεσμα	1.802.836	2.804.804

3.2.7.3. Υγεία

Έτη	2000	2001	2002
Κεφάλαιο Κίνησης	-13.023.723	-15.731.652	-5.170.584
Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης	-15.552.152	-17.628.400	-15.163.706
Ταμειακό Αποτέλεσμα	2.528.429	1.896.748	9.993.122

Έτη	2003	2004
Κεφάλαιο Κίνησης	-12.802.507	-18.441.627
Ανάγκες σε Κεφάλαιο Κίνησης	-13.505.895	-19.004.265
Ταμειακό Αποτέλεσμα	703.388	562.638

Κατόπιν αναλύσεως των ισολογισμών και προσδιορισμού των παραπάνω τιμών, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

Από την ανάλυση των ισολογισμών και τον υπολογισμό του Κεφαλαίου Κινήσεως των τριών εταιρειών, παρατηρείται ότι και οι τρεις εταιρείες δεν παρουσιάζουν αρκετό πλεόνασμα Διарκών Κεφαλαίων έτσι ώστε να μπορούν να χρηματοδοτήσουν όλες τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις τους, με μικρή εξαίρεση το νοσοκομείο ΙΑΣΩ κατά τα έτη 2000 και 2001. Από την ανάλυση των ισολογισμών και τον υπολογισμό του Ταμειακού Αποτελέσματος των τριών εταιρειών διαπιστώνεται ότι και οι τρεις καλύπτουν εξ'ολοκλήρου και για τα πέντε έτη τις ανάγκες χρηματοδότησης του κύκλου εκμετάλλευσης. Στην περίπτωση μη κάλυψης των αναγκών, οι Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις έρχονται να καλύψουν την διαφορά, πράγμα που σημαίνει ότι η χρηματοδότηση των εταιρειών για τα συγκεκριμένα έτη γίνονταν από ξένα κεφάλαια, εξωτερική χρηματοδότηση.

3.3. Αριθμοδείκτες

Οι αριθμοδείκτες είναι για την επιχείρηση το αναλυτικό μέσο και ο γνώμονας για την λήψη οποιασδήποτε απόφασης, αλλά πέρα αυτού οι αριθμοδείκτες προειδοποιούν για τυχόν ανωμαλίες σχετικές με την διαχείριση και γενικά με όλα τα ευπαθή της σημεία. Επομένως κρίνεται ουσιαστική και απαραίτητη η ανάλυσή τους, καθώς και η χρήση τους ως κριτήριο για την αξιολόγηση της γενικότερης αριστείας ενός οργανισμού.

Η χρησιμοποίηση των αριθμοδεικτών θα πρέπει να γίνεται με σύνεση και κριτικό πνεύμα και δεν πρέπει να επιδιώκουμε αποτελέσματα και συμπεράσματα περισσότερα από εκείνα που μπορούν να δώσουν, ούτε πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνον εκείνοι που τυχόν εξυπηρετούν κάποιες σκοπιμότητες αγνοώντας άλλους. Η επιλογή μιας ομάδας αριθμοδεικτών εξαρτάται και από τα στοιχεία τα οποία διαθέτει μια επιχείρηση, αλλά βασικά εξαρτάται απ' τον επιδιωκόμενο σκοπό εκείνου που θα τους χρησιμοποιήσει. Βέβαια, ο βασικός σκοπός του διευθυντή μιας επιχειρήσεως είναι να γνωρίζει αν πράγματι πέτυχε στον τομέα της παραγωγής, η οποία αποτελεί και την κυριότερη πηγή προσόδου.

Για την κατάρτιση των αριθμοδεικτών τα λογιστικά μεγέθη λαμβάνονται από τον Ισολογισμό, το Λογαριασμό Γενικής Εκμεταλλεύσεως, το Λογαριασμό Αποτελεσμάτων Χρήσεως, τους Λογαριασμούς της Γενικής Λογιστικής, τους Λογαριασμούς της Αναλυτικής Λογιστικής και τα Λογιστικά και Εξωλογιστικά Έντυπα και Στατιστικά στοιχεία της οικονομικής μονάδας.

Γενικότερα, οι αριθμοδείκτες διακρίνονται σε αριθμοδείκτες χρηματοοικονομικούς, οι οποίοι αναφέρονται στην οικονομική διαχείριση της επιχειρήσεως, αριθμοδείκτες εκμεταλλεύσεως, οι οποίοι αναφέρονται στο κόστος παραγωγής, κατασκευής και αριθμοδείκτες τεχνικούς, οι οποίοι δείχνουν την επίδραση που ασκούν οι παράγοντες παραγωγής. Οι αριθμοδείκτες αυτοί αναφέρονται επίσης στην διαρθρωτική οργάνωση και χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού της επιχειρήσεως.

3.4. Ανάλυση δεικτών ανά κατηγορία

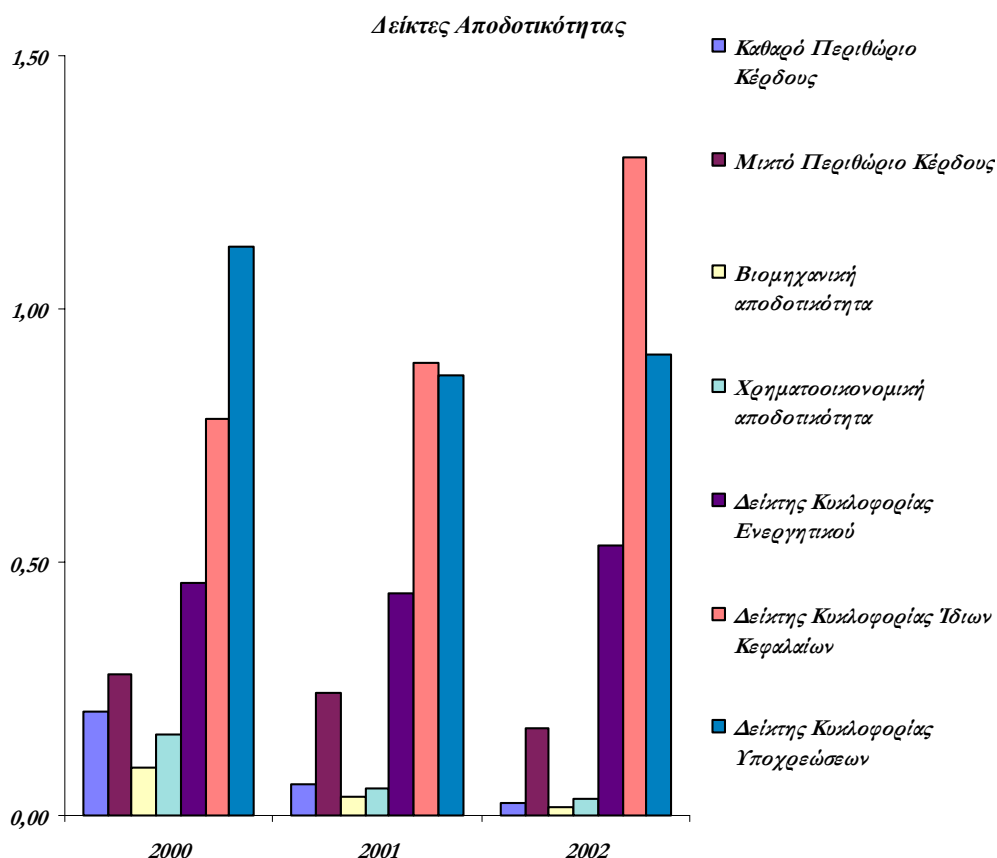
3.4.1. Δείκτες αποδοτικότητας

Ιατρικό Αθηνών

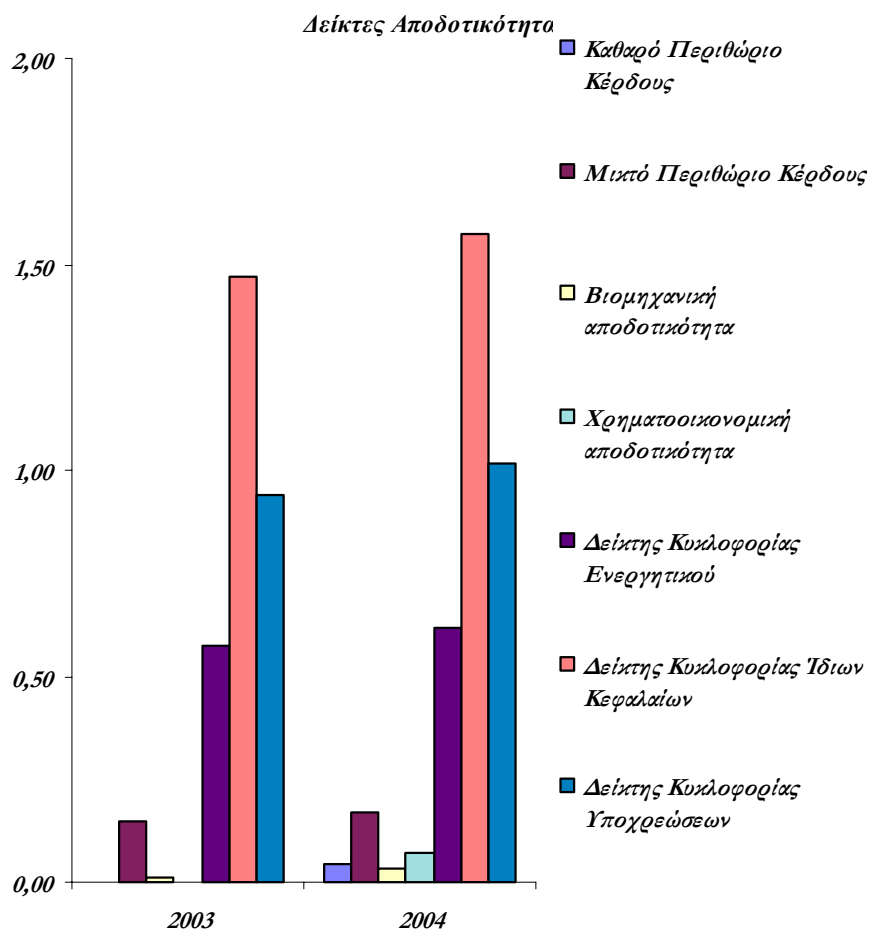
Δείκτες Αποδοτικότητας	2000	2001	2002
Περιθώριο Κέρδους			
Καθαρό Περιθώριο Κέρδους	20,29%	6,07%	2,45%
Μικτό Περιθώριο Κέρδους	27,95%	24,03%	17,37%
Απόδοση Επενδύσεων			
Βιομηχανική αποδοτικότητα	9,58%	3,63%	1,80%
Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα	15,88%	5,43%	3,17%
Ανακύκλωση Κεφαλαίου			
Δείκτης Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,459890452	0,439969703	0,534122862
Δείκτης Κυκλοφορίας Ίδιων Κεφαλαίων	0,782988382	0,895305299	1,297599414
Δείκτης Κυκλοφορίας Υποχρεώσεων	1,121480572	0,869045875	0,910378994

Δείκτες Αποδοτικότητας	2003	2004
Περιθώριο Κέρδους		
Καθαρό Περιθώριο Κέρδους	0,00%	4,34%
Μικτό Περιθώριο Κέρδους	14,90%	16,67%
Απόδοση Επενδύσεων		
Βιομηχανική αποδοτικότητα	0,93%	3,04%
Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα	0,00%	6,85%
Ανακύκλωση Κεφαλαίου		
Δείκτης Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,573593976	0,616817233
Δείκτης Κυκλοφορίας Ίδιων Κεφαλαίων	1,471955692	1,576442692
Δείκτης Κυκλοφορίας Υποχρεώσεων	0,941699007	1,015466593

Ακολουθούν οι δείκτες αποδοτικότητας για το Ιατρικό Αθηνών κατά το 2000-2004.



Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα



ΙΑΣΩ

Δείκτες Αποδοτικότητας	2000	2001	2002
Περιθώριο Κέρδους			
Καθαρό Περιθώριο Κέρδους	10,74%	-2,52%	-188,81%
Μικτό Περιθώριο Κέρδους	8,48%	1,55%	-122,74%
Απόδοση Επενδύσεων			
Βιομηχανική αποδοτικότητα	2,05%	-1,13%	-2,23%
Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα	2,76%	-0,68%	-3,76%
Ανακύκλωση Κεφαλαίου			
Δείκτης Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,23951314	0,254696896	0,013933495
Δείκτης Κυκλοφορίας Ίδιων Κεφαλαίων	0,257393489	0,271090106	0,019901303
Δείκτης Κυκλοφορίας Υποχρεώσεων	3,477903319	4,278089295	0,046511869

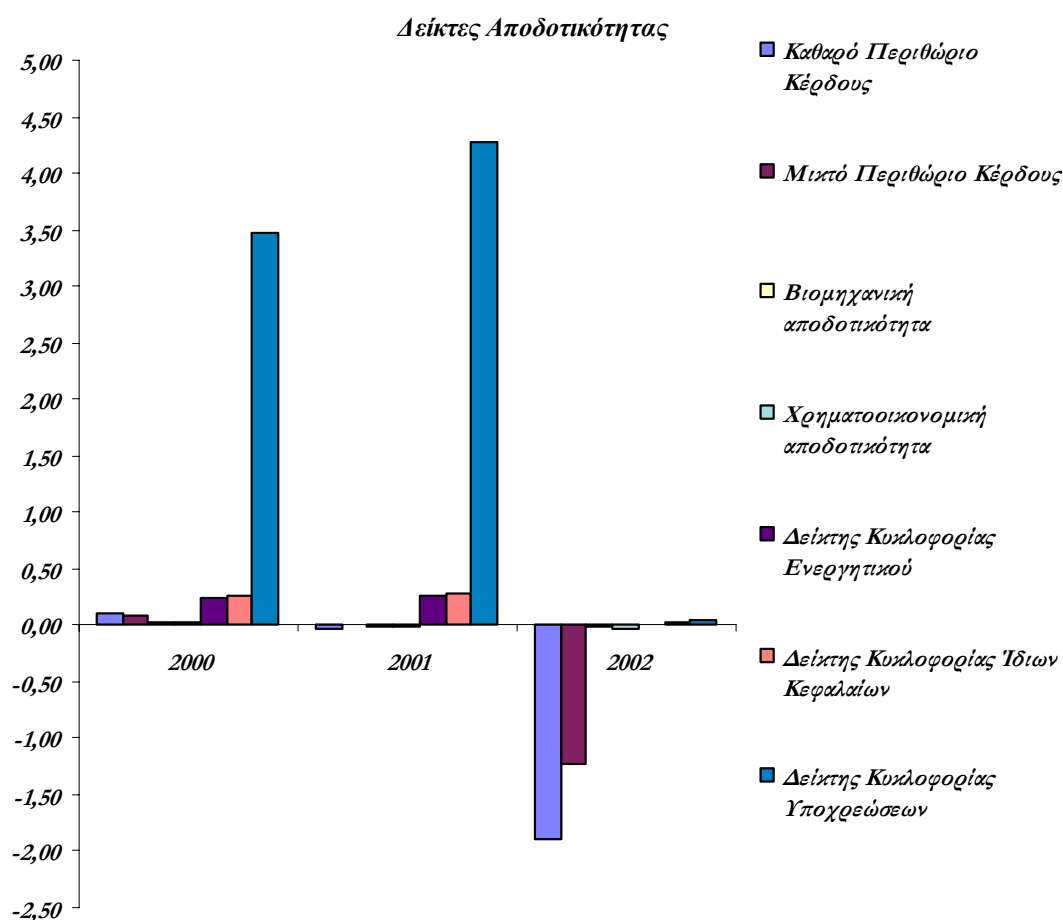
Δείκτες Αποδοτικότητας	2003	2004
Περιθώριο Κέρδους		
Καθαρό Περιθώριο Κέρδους	-230,29%	-156,44%
Μικτό Περιθώριο Κέρδους	-144,73%	-41,65%
Απόδοση Επενδύσεων		
Βιομηχανική αποδοτικότητα	-25,13%	-20,77%

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

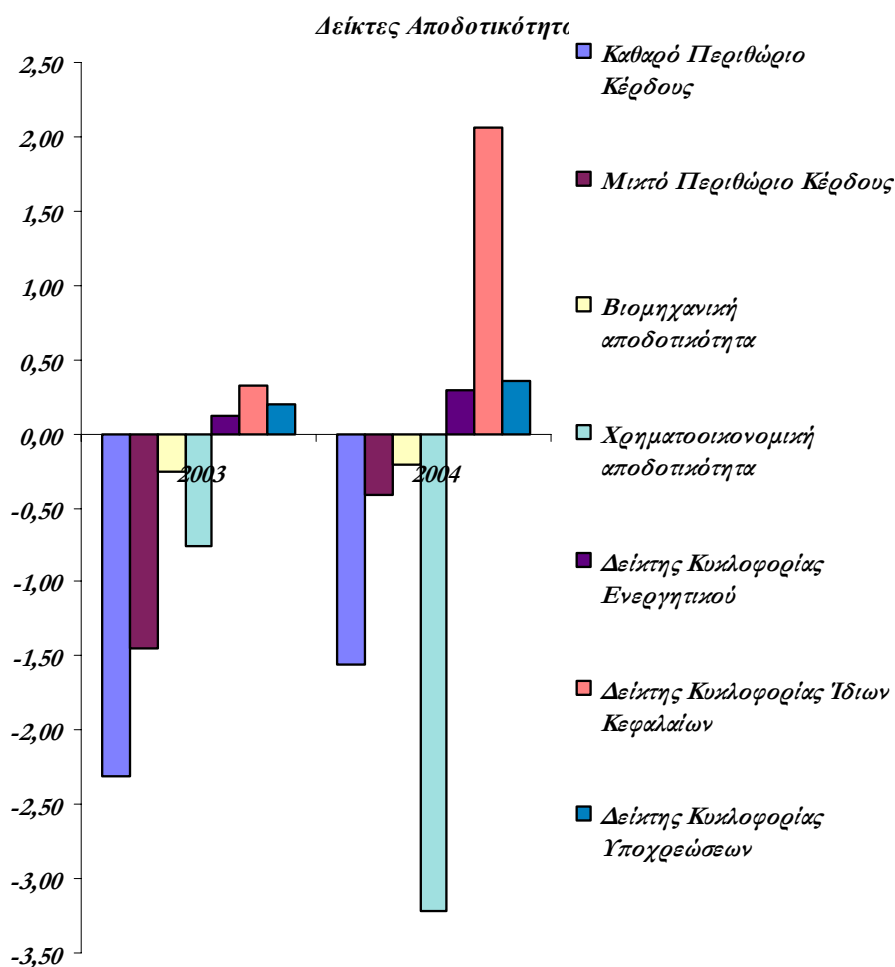
Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα	-75,33%	-322,05%
Ανακύκλωση Κεφαλαίου		
Δείκτης Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,124087811	0,29740012
Δείκτης Κυκλοφορίας Ίδιων Κεφαλαίων	0,32711312	2,058612668
Δείκτης Κυκλοφορίας Υποχρεώσεων	0,200455123	0,352406181

Ακολουθούν οι δείκτες αποδοτικότητας του ΙΑΣΩ σε διαγράμματα:

Έτη 2000-2002:



Έτη 2003-2004:



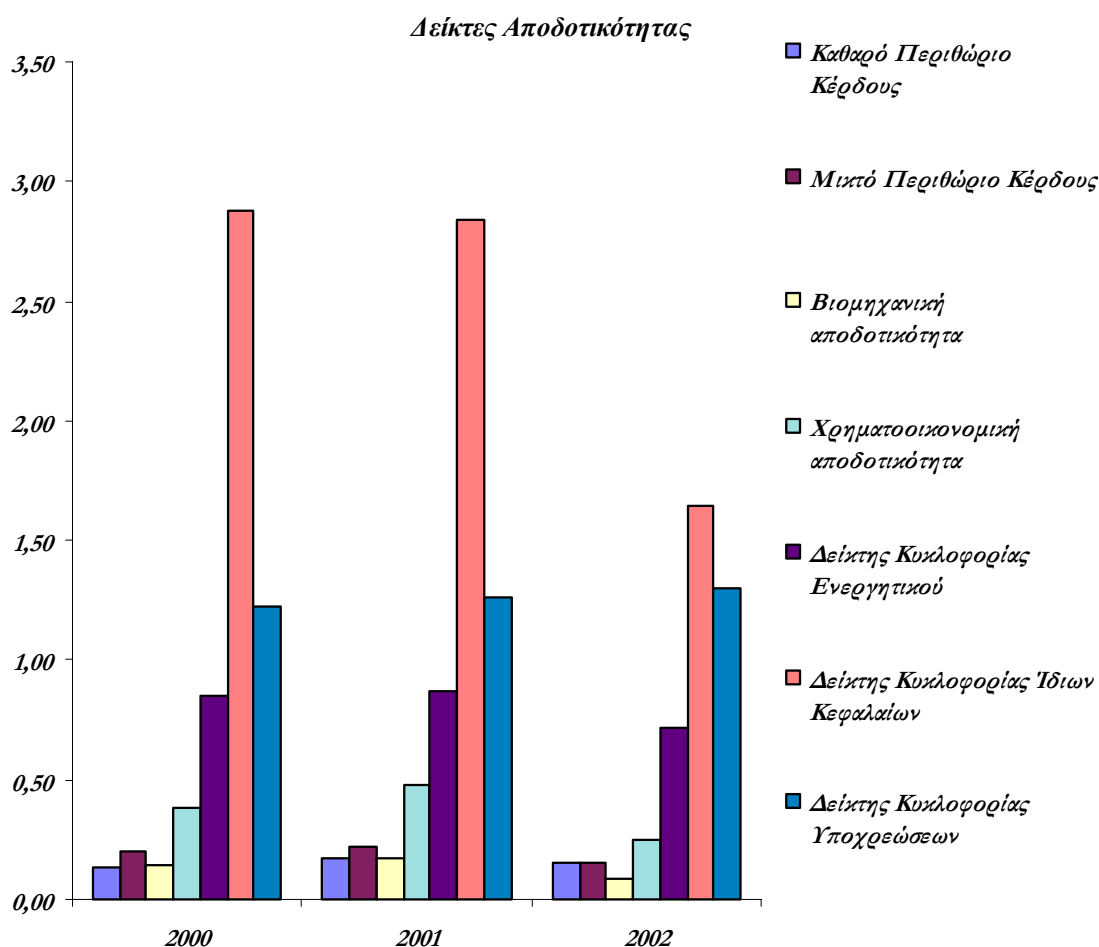
Υγεία

Δείκτες Αποδοτικότητας	2000	2001	2002
Περιθώριο Κέρδους			
Καθαρό Περιθώριο Κέρδους	13,20%	16,91%	15,29%
Μικτό Περιθώριο Κέρδους	20,29%	22,09%	14,85%
Απόδοση Επενδύσεων			
Βιομηχανική αποδοτικότητα	14,29%	17,31%	8,17%
Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα	38,00%	48,06%	25,11%
Ανακύκλωση Κεφαλαίου			
Δείκτης Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,852957252	0,867065971	0,72154023
Δείκτης Κυκλοφορίας Ίδιων Κεφαλαίων	2,879000586	2,842755573	1,642014036
Δείκτης Κυκλοφορίας Υποχρεώσεων	1,222953721	1,258948787	1,302707475

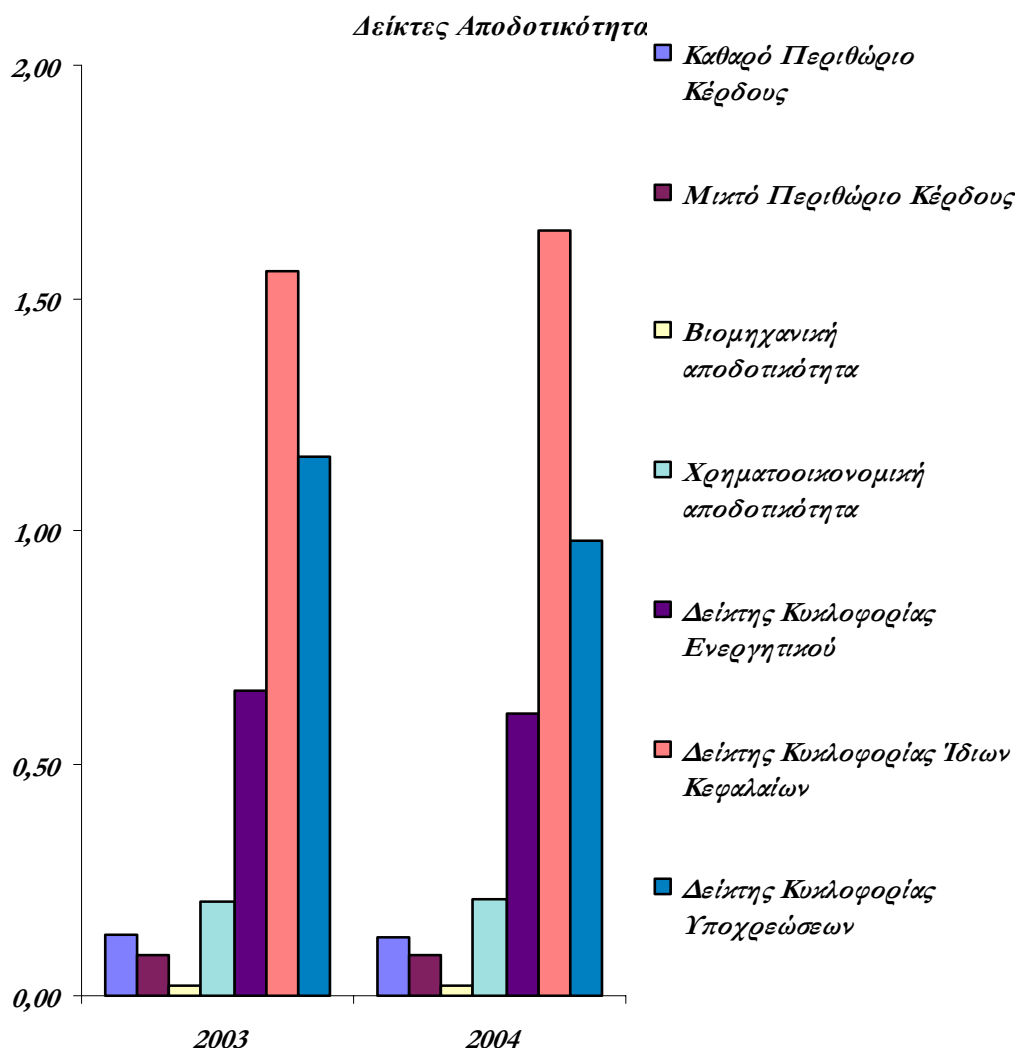
Δείκτες Αποδοτικότητας	2003	2004
Περιθώριο Κέρδους		
Καθαρό Περιθώριο Κέρδους	12,93%	12,50%
Μικτό Περιθώριο Κέρδους	8,70%	8,53%
Απόδοση Επενδύσεων		
Βιομηχανική αποδοτικότητα	2,14%	2,15%
Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα	20,14%	20,53%
Ανακύκλωση Κεφαλαίου		
Δείκτης Κυκλοφορίας Ενεργητικού	0,655569612	0,605789015
Δείκτης Κυκλοφορίας Ίδιων Κεφαλαίων	1,558453418	1,643140325
Δείκτης Κυκλοφορίας Υποχρεώσεων	1,156288192	0,975668722

Ακολουθούν οι δείκτες αποδοτικότητας του νοσοκομείου Υγεία σε διαγράμματα.

Έτη 2000-2002:



Έτη 2003-2004:



Δείκτες Περιθωρίου Κέρδους: Οι συγκεκριμένοι δείκτες εκφράζουν τις σχέσεις των κερδών και είναι:

- **Μικτό Περιθώριο κέρδους** = $\frac{\text{Μικτά Κέρδη ή (Πωλήσεις - Κόστος Πωλήσεων)}}{\text{Πωλήσεις}}$
- **Καθαρό Περιθώριο Κέρδους** = $\frac{\text{Κέρδη μετά από φόρους}}{\text{Πωλήσεις}}$

Όπως φαίνεται στους παραπάνω πίνακες, οι δείκτες που αναφέρονται στο περιθώριο κέρδους κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα για το νοσοκομείο ΙΑΣΩ μιας και σημειώνονται αρνητικές τιμές από το 2001 μέχρι το 2004. Σε καλύτερα επίπεδα παρουσιάζονται οι δείκτες αυτοί για το νοσοκομείο Υγεία και Ιατρικό Αθηνών, αν και το τελευταίο σημειώνει χαμηλά επίπεδα κατά τα έτη 2003 και 2004. Αυτό ίσως να οφείλεται, όπως παρουσιάζεται στη συνέχεια, στις μικρές τιμές τις κυκλοφοριακής ταχύτητας.

Δείκτες Απόδοσης Επενδύσεων: Συνιστά το πραγματικό μέτρο κρίσεως για την ικανότητα του οργανισμού να επιφέρει οικονομικό αποτέλεσμα και συνεπώς είναι η μόνη μορφή αποδοτικότητας η οποία δύναται να αποτελέσει τη βάση για την σύγκριση ομοειδών επιχειρήσεων ή της μέσης αποδοτικότητας τούτων προς ετέρους κλάδους της οικονομίας. Οι δείκτες αυτοί φανερώνουν σε ποσοστό το μέγεθος της αποδόσεως όλου του κεφαλαίου που απασχολείται από την επιχείρηση. Είναι δηλαδή το επιτόκιο του ετήσιου τοκισμού του συνολικού κεφαλαίου. Οι συγκεκριμένοι δείκτες είναι:

- **Χρηματοοικονομική αποδοτικότητα = Καθαρά κέρδη μετά από φόρους / Ίδια κεφάλαια:** εκφράζει την αποδοτικότητα των ίδιων κεφαλαίων
- **Βιομηχανική αποδοτικότητα = Κέρδη πριν από τόκους και φόρους / Σύνολο ενεργητικού:** εκφράζει την αποδοτικότητα των περιουσιακών στοιχείων

Από τις τιμές που αναγράφονται στους παραπάνω πίνακες για τους συγκεκριμένους δείκτες διαπιστώνεται ότι τα ποσοστά είναι θετικά για το νοσοκομείο Υγεία, αλλά και Ιατρικό Αθηνών, γεγονός που φανερώνει την καλή αποδοτικότητα των εταιρειών αυτών, σε αντίθεση βέβαια με το νοσοκομείο ΙΑΣΩ στο οποίο οι δείκτες αποδοτικότητας παρουσιάζουν αρνητικές τιμές και άρα, μειωμένη αποδοτικότητα.

Δείκτες Ανακύκλωσης Κεφαλαίου: Οι συγκεκριμένοι δείκτες είναι γνωστοί και ως αριθμοδείκτες του κύκλου εργασιών, δεδομένου ότι Κύκλος Εργασιών το σύνολο των πωλήσεων. Ο κύκλος εργασιών διακρίνεται σε κύκλο εργασιών σε τιμές πωλήσεως και κύκλο εργασιών στο κόστος και εκφράζεται με βάση την εξίσωση:

$$\text{Μικτό Κέρδος} = \text{Κύκλος εργασιών σε τιμές πωλήσεως} - \text{Κύκλος εργασιών στο κόστος}$$

Ο Κύκλος εργασιών σε τιμές πωλήσεως είναι δυνατόν να διακριθεί σε *μικτό*, που είναι το σύνολο των τιμολογήσεων και το *καθαρό* που προκύπτει αν από το μικτό αφαιρεθούν οι επιστροφές και οι εκπτώσεις επί των πωλήσεων.

Οι αντίστοιχοι δείκτες είναι:

- **Ο δείκτης κυκλοφορίας ενεργητικού = Πωλήσεις / Σύνολο ενεργητικού:** εκφράζει την ταχύτητα ή την ροή των κεφαλαίων.
- **Ο δείκτης κυκλοφορίας Ίδιων κεφαλαίων = Πωλήσεις / Ίδια κεφάλαια:** δείχνει πόσες φορές ρευστοποιείται ή κυκλοφορεί το ίδιο κεφάλαιο εντός μιας χρήσεως.

- Ο Δείκτης κυκλοφορίας υποχρεώσεων = Πωλήσεις / Υποχρεώσεις: δείχνει το πώς καλύπτονται οι υποχρεώσεις σε σχέση με το σύνολο των πωλήσεων.

Ο δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας των συνολικών κεφαλαίων πρέπει να είναι τουλάχιστον 2 και ανάλογη να είναι η κυκλοφοριακή ταχύτητα των άλλων στοιχείων. Όπως φαίνεται, ο δείκτης αυτός είναι ικανοποιητικός μονάχα για τα νοσοκομεία ΙΑΣΩ και Υγεία και μόνο για τα έτη 2000 και 2001. Τα υπόλοιπα έτη ο δείκτης αυτός είναι σε ανησυχητικά επίπεδα.

3.4.2. Δείκτες φερεγγυότητας

Οι δείκτες φερεγγυότητας που υπολογίστηκαν για κάθε εταιρεία παραθέτονται στους παρακάτω πίνακες:

Ιατρικό Αθηνών

Δείκτες Φερεγγυότητας	2000	2001	2002
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	0,529917293	0,903225556	1,04995819
Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας	0,462635724	0,830645389	0,956973417
Δείκτης Μόχλευσης	1,432308061	0,970669866	0,701587087
Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης ή Συνολικής ικανότητας δανεισμού	41,01%	50,63%	58,67%
Δείκτης Μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού	1	0,663141186	0,527182865
Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διάρκη Κεφάλαια	0,9292620	0,5516985	-1,4614609
Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων	3,236398279	8,482955046	10,99650796
Δείκτης Κεφαλαίου Κινήσεως	0,801752431	1,045703763	1,109985102

Δείκτες Φερεγγυότητας	2003	2004
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	0,881234196	0,811496712
Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας	0,814316937	0,764577662
Δείκτης Μόχλευσης	0,63976043	0,644150656
Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης ή Συνολικής ικανότητας δανεισμού	60,91%	60,74%
Δείκτης Μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού	0,542172389	0,627747854
Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διάρκη Κεφάλαια	0,585771307	0,759030105
Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων	16,75485471	7,918086747
Δείκτης Κεφαλαίου Κινήσεως	1,034671044	0,952876687

ΙΑΣΩ

Δείκτες Φερεγγυότητας	2000	2001	2002
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	9,309475476	5,684487154	0,162277041
Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας	9,194661351	5,484712696	0,132783179
Δείκτης Μόχλευσης	13,51200968	15,78106023	2,337126864

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης ή Συνολικής ικανότητας δανεισμού	6,89%	5,95%	29,96%
Δείκτης Μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού	1	1	1
Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διάρκη Κεφάλαια	-19,651223	-18,653637	0,9012847
Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων	1,7123671	2,7956155	-15,709713
Δείκτης Κεφαλαίου Κινήσεως	2,791963655	1,470187255	0,838541054

Δείκτες Ψερεγγυότητας	2003	2004
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	0,145084752	0,176924128
Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας	0,106335944	0,144612277
Δείκτης Μόχλευσης	0,612800621	0,171186249
Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης ή Συνολικής ικανότητας δανεισμού	61,90%	84,39%
Δείκτης Μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού	0,999717399	0,99930252
Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διάρκη Κεφάλαια	0,954780885	0,952548027
Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων	-4,076880075	-2,345758029
Δείκτης Κεφαλαίου Κινήσεως	0,462481602	0,182552872

Υγεία

Δείκτες Ψερεγγυότητας	2000	2001	2002
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	0,662234122	0,614581078	0,862567662
Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας	0,628204809	0,57428062	0,82053802
Δείκτης Μόχλευσης	0,424784117	0,44286213	0,793359525
Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης ή Συνολικής ικανότητας δανεισμού	69,75%	68,87%	55,39%
Δείκτης Μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού	0,623101003	0,640491371	0,75349421
Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διάρκη Κεφάλαια	0,837422565	0,892403848	0,340984189
Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων	4,210891323	3,38578324	3,367668746
Δείκτης Κεφαλαίου Κινήσεως	0,762067004	0,728823643	0,913022967

Δείκτες Ψερεγγυότητας	2003	2004
Δείκτης Γενικής Ρευστότητας	0,690837283	0,661936887
Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας	0,645679814	0,619911806
Δείκτης Μόχλευσης	0,741945944	0,593782958
Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης ή Συνολικής ικανότητας δανεισμού	56,70%	62,09%
Δείκτης Μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού	0,688218121	0,686123174
Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διάρκη Κεφάλαια	0,947919927	0,970394119
Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων	4,422260527	5,306691987
Δείκτης Κεφαλαίου Κινήσεως	0,83282812	0,821253511

- Δείκτης Γενικής Ρευστότητας = Κυκλοφορούν Ενεργητικό / Σύνολο Ενεργητικού: αν η τιμή του είναι μεγαλύτερη της μονάδας σημαίνει ότι η επιχείρηση έχει την δυνατότητα για ρευστοποίηση των κεφαλαίων της σε περίπτωση που πρέπει να εξοφλήσει τους δανειστές της. Στην προκείμενη περίπτωση έχουμε: Ρευστότητα > Τρέχουσες Υποχρεώσεις. Από τους παραπάνω πίνακες διαπιστώνεται ότι μονάχα το Ιατρικό Αθηνών κατά το έτος 2002 πληροί τις προϋποθέσεις αυτές. Οι άλλες δύο νοσοκομειακές μονάδες δεν έχουν τη δυνατότητα ρευστοποίησης των κεφαλαίων στην περίπτωση εξόφλησης δανειστών.
- Δείκτης Άμεσης Ρευστότητας = (Κυκλοφορούν Ενεργητικό - Αποθέματα)/ Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις: ο δείκτης αυτός είναι σε χαμηλά επίπεδα και για τους τρεις οργανισμούς κατά την εξεταζόμενη πενταετία, πράγμα που σημαίνει ότι τα κεφάλαιά της εταιρείας δεν μπορούν να καλύψουν στο μέγιστο τις τρέχουσες υποχρεώσεις της και ίσως να οφείλεται στο ότι η επιχείρηση ίσως προηγούμενο έτος να δανείστηκε μεγάλα ποσά χρημάτων.
- Δείκτης Μόχλευσης = Ίδια Κεφάλαια / Σύνολο Υποχρεώσεων

Ο δείκτης μόχλευσης εντάσσεται στους αριθμοδείκτες ισορροπίας, οι οποίοι και επιτρέπουν την εξέταση της δομής του παθητικού. Τα ίδια κεφάλαια αποτελούν ένα περιθώριο ασφαλείας για τους πιστωτές της επιχείρησης. Σε περίπτωση δε ανεπαρκείας των κεφαλαίων αυτών, οι διευθύνοντες στην επιχείρηση, αναλαμβάνουν το βάρος των κινδύνων. Η ισορροπία των ιδίων και ξένων κεφαλαίων, προέρχεται από ένα διαρκή συμβιβασμό μεταξύ των απαιτήσεων ασφαλείας, ανεξαρτησίας και αποδοτικότητας των ιδίων κεφαλαίων. Υποκειμενικοί παράγοντες, όπως η προτίμηση των διευθυνόντων για ασφάλεια και ανεξαρτησία και αντικειμενικοί, όπως η αξία των πάγιων στοιχείων, η ταχύτητα κυκλοφορούντος ενεργητικού και ιδίως των αποθεμάτων, το επίπεδο σταθερότητας των κερδών, η αποδοτικότητα των πραγματοποιήσιμων επενδύσεων και ιδίως η φύση των εργασιών της επιχείρησης, προσδιορίζουν τη χρηματοοικονομική τους δομή.

Με βάση τις τιμές των παραπάνω πινάκων διαπιστώνεται ότι ο δείκτης μόχλευσης κυμαίνεται σε καλά επίπεδα μονάχα για την εταιρεία Ιατρικό Αθηνών κατά το έτος 2000 και για την εταιρεία ΙΑΣΩ κατά τα έτη 2000-2002, γεγονός που σημαίνει ότι οι εταιρείες δεν έχουν όλα τα έτη της προοπτικές επεκτάσεως και εξελίξεως και άριστες προϋποθέσεις δανεισμού. Στην περίπτωση αυτή σημαντικότερο ρόλο παίζει η κυκλοφοριακή ταχύτητα των αποθεμάτων. Όσο η ταχύτητα κυκλοφορίας των αποθεμάτων μειώνεται, τόσο ο δείκτης μόχλευσης πρέπει να αυξάνεται και το αντίθετο. Για τις άλλες

εταιρείες του κλάδου κατά τα υπόλοιπα έτη, ο δείκτης αυτός είναι σε χαμηλά επίπεδα.

- Δέκτης συνολικής ικανότητας δανεισμού = $\text{Σύνολο Υποχρεώσεων} / \text{Σύνολο Ενεργητικού}$: Βάσει των τιμών του συγκεκριμένου δείκτη και του δείκτη μόχλευσης διαπιστώνουμε αν οι τρεις εταιρείες, έχουν την ικανότητα κάλυψης των υποχρεώσεων τους με ίδια κεφάλαια. Αν υποθέσουμε ότι ο ιδανικός δείκτης είναι 30-50%, η επιχείρηση έχει μια πιστοληπτική ικανότητα και μπορεί να αυξήσει τον κύκλο εργασιών της. Βάσει των παραπάνω δεδομένων, το Ιατρικό Αθηνών είχε καλές επιδόσεις τα έτη 2000 έως 2002. Κατά τα έτη 2003 και 2004 ο δείκτης είναι σε υψηλά επίπεδα. Όσο για το ΙΑΣΩ, σταδιακά αυξάνει το δανεισμό φθάνοντας από πολύ χαμηλά ποσοστά σε πολύ υψηλά. Το Υγεία είχε καλές επιδόσεις κατά τα έτη 2002-2003, ενώ τα υπόλοιπα τρία εξεταζόμενα έτη ο δείκτης ήταν πολύ υψηλός.
- Δείκτης μακροπρόθεσμης ικανότητας δανεισμού = $\text{Ίδια Κεφάλαια} / (\text{Ίδια Κεφάλαια} + \text{Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις})$: Οι τιμές του δείκτη αυτού είναι καλές και υποδηλώνουν ότι τα κεφάλαια των παραπάνω επιχειρήσεων υπερκαλύπτονται από τα διαρκή κεφάλαια (Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις + Ίδια κεφάλαια). Αυτό σημαίνει ότι οι εταιρείες έχουν την δυνατότητα να προβούν σε μακροπρόθεσμα δάνεια, βελτιώνοντας έτσι την αποδοτικότητά τους. Σε καλύτερη θέση από τα άλλα δυο νοσοκομεία βρίσκεται το ΙΑΣΩ κατά τη διάρκεια όλης της πενταετίας.
- Δείκτης κάλυψης αναγκών σε Κεφάλαιο Κινήσεως από Διαρκή Κεφάλαια = $\text{Κεφάλαιο Κινήσεως} / \text{Ανάγκες σε κεφάλαιο κίνησης}$: Και ο δείκτης αυτός απεικονίζει το πλεόνασμα σε διαρκή κεφάλαια. Συνεπώς, και για τις τρεις εταιρείες δεν παρατηρείται ιδιαίτερο έλλειμμα διαρκών κεφαλαίων, αν εξαιρέσει κανείς το Ιατρικό Αθηνών κατά το έτος 2002 και το ΙΑΣΩ κατά τη διετία 2001-2002.
- Δείκτης ικανότητας αποπληρωμής υποχρεώσεων = $\text{Σύνολο Υποχρεώσεων} / \text{Περιθώριο αυτοχρηματοδότησεως}$: ο δείκτης αυτός εκφράζει την ικανότητα κάλυψης τρεχουσών υποχρεώσεων από κέρδη που η επιχείρηση έχει πραγματοποιήσει και δεν έχουν αποσυρθεί από αυτή, αλλά παραμένουν στην εταιρεία υπό μορφή αποθεματικών κεφαλαίων. Το μειονέκτημα της αυτοχρηματοδότησεως είναι ότι θυσιάζουν οι φορείς της επιχειρήσεως σημερινά οφέλη, με την προσδοκία να καρπωθούν στο μέλλον πολύ μεγαλύτερα. Όπως φαίνεται από τον αντίστοιχο πίνακα, ο συγκεκριμένος δείκτης έχει ικανοποιητικές τιμές για το νοσοκομείο Ιατρικό Αθηνών και Υγεία κατά

τα πέντε εξεταζόμενα έτη. Η νοσοκομειακή μονάδα ΙΑΣΩ παρουσιάζει πρόβλημα ως προς αυτό κατά τη διετία 2003-2004.

- Όπου: Περιθώριο αυτοχρηματοδότησεως = Καθαρά κεφάλαια μετά από φόρους + Αποσβέσεις
- Δείκτης κεφαλαίου κίνησης = Διαρκή κεφάλαια / Καθαρό πάγιο ενεργητικό: Ονομάζεται και αριθμοδείκτης διαρκούς χρηματοδότησης. Ως διαρκή ή μόνιμα κεφάλαια θεωρούμε το ίδιο κεφάλαιο, τα αποθεματικά, το υπόλοιπο κερδών εις νέο, τις προβλέψεις για ζημίες και δαπάνες και τα χρέη τα οποία λήγουν μετά ένα χρόνο. Οι τιμές του δείκτη αυτού δεν είναι σε γενικές γραμμές ικανοποιητικές, μιας και το Ιατρικό κατά τα έτη 2000, 2004, το ΙΑΣΩ την τριετία 2002-20004 και το Υγεία κατά όλη την πενταετία, παρουσιάζουν χαμηλό αποτέλεσμα, κάτι το οποίο δηλώνει ότι τα πάγια στοιχεία των συγκεκριμένων εταιρειών δεν υπερκαλύπτονται από τα διαρκή κεφάλαια (Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις + Ίδια κεφάλαια).

3.4.3. Δείκτες Επίδοσης Διαχείρισης

Ιατρικό Αθηνών

Επίδοση της Διαχείρισης	2000	2001	2002
Ταχύτητα Κυκλοφορίας Αποθεμάτων	29,9742591	20,06231488	16,49921955
Μέση περίοδος είσπραξης Απαιτήσεων	137,2507322	158,6458306	127,4409667
Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων	0,015026086	0,022339197	0,028155248
Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων	0,152928485	0,145227816	0,113478185
Δείκτης σημασίας εξόδων λειτουργίας διάθεσης	0,004405735	0,004068135	0,00270981
Δείκτες δομής ενεργητικών και παθητικών στοιχείων:			
Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-2,1706559	-21,327199	51,767616
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-2,1706559	-10,811278	19,193572
Λογαριασμός Κυκλοφορούντος Ενεργητικού/Σύνολο Κυκλοφορ.Ενεργητ.	0,0271224	0,0146866	0,0093625
Πάγιο Ενεργητικό/Σύνολο Ενεργητικού	0,7266924	0,7052540	0,7012935

Επίδοση της Διαχείρισης	2003	2004
Ταχύτητα Κυκλοφορίας Αποθεμάτων	13,820122	12,336519
Μέση περίοδος είσπραξης Απαιτήσεων	128,92155	154,84880
Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων	0,0281261	0,0323032
Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων	0,1065267	0,1033015
Δείκτης σημασίας εξόδων λειτουργίας διάθεσης	0,0021766	0,0062127
Δείκτες δομής ενεργητικών και παθητικών στοιχείων:		
Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-19,030795	-8,883582
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-8,7497118	-5,49024
Λογαριασμός Κυκλοφορούντος Ενεργητικού/Σύνολο Κυκλοφορ.Ενεργητ.	0,0099948	0,0121266

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

Πάγιο Ενεργητικό/Σύνολο Ενεργητικού	0,692189	0,6504242
-------------------------------------	----------	-----------

ΙΑΣΩ

Επίδοση της Διαχείρισης	2000	2001	2002
Ταχύτητα Κυκλοφορίας Αποθεμάτων	12,98549194	17,07597758	102,4866057
Μέση περίοδος είσπραξης Απαιτήσεων	45,01199687	46,45581322	317,554266
Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων	0,000530506	0,000653835	0,154148709
Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων	0,134536382	0,182479402	0,256825
Δείκτες δομής ενεργητικών και παθητικών στοιχείων:			
Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	0,1199669	0,2135988	-1,1936886
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	0,1199669	0,2135988	-1,1936886
Λογαριασμός Κυκλοφορούντος Ενεργητικού/Σύνολο Κυκλοφορ.Ενεργητ.	0,0037450	0,0022712	0,0061022
Πάγιο Ενεργητικό/Σύνολο Ενεργητικού	0,3308888	0,6382850	0,8346413

Επίδοση της Διαχείρισης	2003	2004
Ταχύτητα Κυκλοφορίας Αποθεμάτων	28,42978708	23,3003552
Μέση περίοδος είσπραξης Απαιτήσεων	118,0976537	105,1674897
Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων	0,158403385	0,093073563
Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων	0,422850202	0,186106931
Δείκτες δομής ενεργητικών και παθητικών στοιχείων:		
Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-1,167716403	-1,196175937
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-1,1675141	-1,1960330
Λογαριασμός Κυκλοφορούντος Ενεργητικού/Σύνολο Κυκλοφορ.Ενεργητ.	0,006776725	0,00419499
Πάγιο Ενεργητικό/Σύνολο Ενεργητικού	0,819855324	0,791292881

Υγεία

Επίδοση της Διαχείρισης	2000	2001	2002
Ταχύτητα Κυκλοφορίας Αποθεμάτων	9,337934318	11,11510769	10,1000851
Μέση περίοδος είσπραξης Απαιτήσεων	130,3552408	119,759642	119,199256
Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων	0,015092809	0,021240122	0,016435109
Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων	0,066839106	0,062368364	0,067670134
Δείκτες δομής ενεργητικών και παθητικών στοιχείων:			
Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-4,4365638	-3,7635457	-10,966783
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-3,2966250	-2,8280070	-8,1203796
Λογαριασμός Κυκλοφορούντος Ενεργητικού/Σύνολο Κυκλοφορ.Ενεργητ.	0,020956859	0,018282522	0,027125207
Πάγιο Ενεργητικό/Σύνολο Ενεργητικού	0,616734713	0,64758172	0,629141278

Επίδοση της Διαχείρισης	2000	2001
Ταχύτητα Κυκλοφορίας Αποθεμάτων	10,22330698	12,34728609
Μέση περίοδος είσπραξης Απαιτήσεων	129,7767278	163,7821134
Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων	0,020807413	0,026323413

Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων	0,073524627	0,0692537
Δείκτες δομής ενεργητικών και παθητικών στοιχείων:		
Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-4,6476984	-3,9925086
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις/Κεφάλαιο Κινήσεως	-3,0855044	-2,9080056
Λογαριασμός Κυκλοφορούντος Ενεργητικού/Σύνολο Κυκλοφορ.Ενεργητ.	0,0146257	0,0174134
Πάγιο Ενεργητικό/Σύνολο Ενεργητικού	0,7301080	0,6490728

- Ταχύτητα κυκλοφορίας αποθεμάτων = $\text{Κόστος Πωλήσεων} / \text{Μέσο επίπεδο αποθεμάτων}$: Ο αριθμοδείκτης αυτός, ο οποίος καλείται και δείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας αποθεμάτων, απεικονίζει τον βαθμό ανακυκλώσεως των αποθεμάτων κατά την διάρκεια της χρήσεως, δηλαδή πόσες φορές κινούνται ή ανανεώνονται τα αποθέματα των εμπορευμάτων σε ορισμένο χρονικό διάστημα χρήσεως.
- Μέση περίοδος είσπραξης των απαιτήσεων = $(\text{Απαιτήσεις} * 360) / \text{Ετήσιες πιστωτικές πωλήσεις}$: Εκφράζει την περίοδο πώλησης - είσπραξης, δηλαδή τον αριθμό των ημερών που πρέπει να περάσουν για να εισπράξει η επιχείρηση τα λεφτά που της χρωστάνε.

Όπου: Ετήσιες πιστωτικές πωλήσεις = το τμήμα των πωλήσεων που δοθήκανε με πίστωση και δεν πληρώθηκαν της μετρητοίς.

- Δείκτης σημασίας χρηματοοικονομικών εξόδων = $\text{Χρηματοοικονομικά έξοδα} / \text{Πωλήσεις}$: Οι τιμές του συγκεκριμένου δείκτη είναι ικανοποιητικές, εφόσον κυμαίνονται σε ποσοστό κάτω από 5% και ο δείκτης αυτός εκφράζει το κατά πόσο η επιχείρηση έχει καταφέρει να ελέγξει χρηματοοικονομικές δαπάνες ή ζημίες. Σε πολύ χαμηλά επίπεδα είναι ο δείκτης αυτός και για τα τρία νοσοκομεία που εξετάζονται στη διάρκεια και των πέντε ετών, επομένως τα αποτελέσματα είναι σε γενικά επίπεδα θετικά.
- Δείκτης σημασίας γενικών και διοικητικών εξόδων = $\text{Γενικά και διοικητικά έξοδα} / \text{Πωλήσεις}$: Οι τιμές του συγκεκριμένου δείκτη είναι, επίσης, ικανοποιητικές εφόσον κυμαίνονται σε ποσοστό κάτω από 10% στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και εκφράζουν το κατά πόσο η επιχείρηση έχει καταφέρει να ελέγξει διοικητικές και λειτουργικές δαπάνες. Αρνητικά είναι τα αποτελέσματα ως προς το δείκτη αυτό για το Ιατρικό Αθηνών κατά το έτος 2000, καθώς και για το ΙΑΣΩ τη διετία 2002 (25%) -2003 (42%).
- Δείκτης σημασίας εξόδων λειτουργίας διάθεσης = $\text{Έξοδα λειτουργίας διάθεσης} / \text{Πωλήσεις}$: Οι τιμές του συγκεκριμένου δείκτη είναι, επίσης, ικανοποιητικές εφόσον κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά ποσοστά για το

Ιατρικό και είναι μηδέν για το Υγεία και το ΙΑΣΩ. Ο δείκτης αυτός εκφράζει το κατά πόσο η επιχείρηση έχει καταφέρει να ελέγξει τα έξοδα διάθεσης.

3.5. Συμπεράσματα

Με τη χρήση των χρηματοοικονομικών δεικτών μπορούν οι οργανισμοί να ελέγξουν την οικονομική κατάσταση σε σχέση με προηγούμενα έτη αλλά και σε σύγκριση με άλλες επιχειρήσεις του ιδίου κλάδου. Αν και αρχικός σκοπός ήταν η εφαρμογή των δεικτών για την αξιολόγηση δημοσίων μονάδων υγείας και για την ακρίβεια πανεπιστημιακών νοσοκομείων, κάτι τέτοιο δεν τελεσφόρησε λόγω του ότι δεν υπάρχει σύστημα μηχανογράφησης στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Το προαναφερθέν πρόβλημα σε συνδυασμό με την έλλειψη συνεργασίας από πλευράς των νοσοκομείων αυτών, οδήγησε στη χρήση δεδομένων από τον χώρο της ιδιωτικής υγείας.

Παρόλο που δεν έγινε εφαρμογή στα δημόσια νοσοκομεία, προτείνεται ακριβώς η χρήση των δεικτών στα νοσοκομεία αυτά από τη στιγμή που θα μηχανογραφηθεί το λογιστικό τους σύστημα. Θεωρείται ότι η ανάλυση των χρηματοοικονομικών δεικτών αποτελεί βασικό παράγοντα, σημαντική διάσταση στην αξιολόγηση της αριστείας.

Από τα τρία εξεταζόμενα ιδιωτικά νοσοκομεία συμπεραίνεται πως βρίσκονται σε αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα, όμως παρουσιάζουν πολλές δυσλειτουργίες. Το Υγεία υπερτερεί σε πολλά σημεία έναντι των άλλων δύο και το ΙΑΣΩ παρουσιάζει αδυναμίες οι οποίες βελτιώνονται αλματωδώς κατά την τελευταία διετία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

« Μέτρηση της ικανοποίησης των
πελατών/ασθενών - Σχετική
μελέτη»

«Το άριστο μίγμα του μάρκετινγκ των υπηρεσιών
είναι: οι άνθρωποι, οι άνθρωποι και οι άνθρωποι.»

Richard Dow

4.1. Εισαγωγή

Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να επισημάνει την τεράστια σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης του πελάτη. Πρόκειται για την αξιολόγηση της τρίτης διάστασης της προτεινόμενης μεθοδολογίας και εστιάζεται αυτή τη φορά στους πελάτες. Η πληροφορία που δίνει ο ασθενής είναι πολύτιμη και με τη βοήθεια της σωστής επεξεργασίας γίνεται ευκολότερη και ουσιαστικότερη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Σχήμα 5.1.).



Σχήμα 4.1.: Διαδικασία αξιοποίησης της πληροφορίας του πελάτη

Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναλύεται έρευνα ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Η έρευνα βασίζεται σε ερωτηματολόγια και το δείγμα της αποτελείται από 109 ασθενείς (N=109). Τα συμπεράσματα αυτής είναι σπουδαία και φανερώνουν τα κακώς κείμενα και τις όποιες δυσλειτουργίες στον κλάδο της υγείας. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS.

4.2. Διαχείριση – Ικανοποίηση Πελατών

Η διαχείριση και ικανοποίηση των πελατών ενός οργανισμού (Customer management and Satisfaction) αποτελεί τη σημαντικότερη διάσταση στο σύγχρονο τρόπο διοίκησης των επιχειρήσεων. Οι ανάγκες των πελατών είναι αυτές που καθορίζουν την πολιτική και τη στρατηγική της επιχείρησης. Κάθε οργανισμός για να επιβιώσει στο έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται, θα πρέπει να πετύχει τους παρακάτω στόχους:

- Να ικανοποιήσει τους πελάτες του με την ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών που προσφέρει.
- Να επιτύχει μεγαλύτερη ικανοποίηση των πελατών του από ότι οι ανταγωνιστές του.
- Να διατηρήσει μακροχρόνια τους πελάτες του.
- Να αυξήσει το μερίδιο αγοράς του.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, η επιχείρηση θα πρέπει να παρέχει ολοένα και καλύτερες, αλλά και περισσότερες υπηρεσίες, στην ίδια τιμή. Οι καταναλωτές έχουν πάψει να επιλέγουν το που θα εξυπηρετηθούν, μόνο βάσει της τιμής ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, γίνεται σύγκριση του όλου πακέτου προσφοράς με την τιμή στην οποία αυτό προσφέρεται και στη συνέχεια γίνονται συγκρίσεις με ανταγωνιστικά πακέτα. Το συνολικό πακέτο προσφοράς προϊόντων και υπηρεσιών επηρεάζει τη συνολική αντίληψη που έχουν οι πελάτες και περιλαμβάνει διαστάσεις όπως είναι η ευκολία παραγγελίας, η ακριβής και μη χρονοβόρα παράδοση του προϊόντος, η ύπαρξη εγγυήσεων, η τεχνική υποστήριξη που προσφέρεται μετά την αγορά του προϊόντος, κλπ. Εάν οι ανταγωνιστές προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες με την ίδια τιμή, είναι αυτονόητο ότι οι πελάτες θα επιλέξουν τα προϊόντα που τους προσδίνουν μεγαλύτερη συνολική αξία. Η προσφορά παρόμοιων προϊόντων σε χαμηλότερη τιμή είναι ένα κίνητρο για τους πελάτες, ωστόσο αυτό προϋποθέτει τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών της επιχείρησης ώστε να μειωθεί το κόστος παραγωγής του προϊόντος.

Η ικανοποίηση των πελατών λαμβάνει χώρα όταν τα προϊόντα και οι υπηρεσίες που παρέχονται ικανοποιούν ή ξεπερνούν τις προσδοκίες των πελατών. Η ικανοποίηση των πελατών έχει άμεσο αντίκτυπο στην κερδοφορία της επιχείρησης. Οι πιστοί πελάτες μιας επιχείρησης ξοδεύουν περισσότερα, διαφημίζουν το προϊόν σε νέους πελάτες και κοστίζουν λιγότερο στην επιχείρηση. Μελέτες έχουν δείξει ότι κοστίζει περίπου πέντε φορές περισσότερο η προσέλκυση νέων πελατών από τη διατήρηση των υπαρχόντων

και ότι οι ικανοποιημένοι πελάτες κάνουν περισσότερες αγορές και είναι πρόθυμοι να αγοράσουν σε μεγαλύτερες τιμές (Evans and Lindsay, 1999, p. 174). Από την άλλη, τα χαμηλής ποιότητας προϊόντα οδηγούν στη δυσaréσκεια των πελατών με τη μορφή παραπόνων, επιστροφής των προϊόντων και αρνητικής διαφήμισης της επιχείρησης. Οι δυσαρεστημένοι πελάτες κάνουν τις αγορές τους από τις ανταγωνιστικές επιχειρήσεις. Μια μελέτη έδειξε ότι οι πελάτες απευθύνονται σε ανταγωνιστική επιχείρηση πέντε φορές περισσότερο όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα που έχουν να κάνουν με την κακή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από όταν τα προβλήματα αυτά αφορούν την τιμή ή την ποιότητα του προϊόντος. Μελέτες επίσης έδειξαν ότι οι δυσαρεστημένοι πελάτες διαδίδουν τουλάχιστον σε διπλάσιο αριθμό ατόμων τις αρνητικές τους εμπειρίες από ότι τις θετικές τους από τη χρησιμοποίηση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας (Evans and Lindsay, 1999, p. 174).

Η ικανοποίηση των πελατών μέσω της προσφοράς ανώτερων προϊόντων και υπηρεσιών αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο για τη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Ωστόσο, η εστίαση και η προσοχή της επιχείρησης θα πρέπει να αναφέρεται σε όλους όσους εμπλέκονται σε αυτή, όπως είναι οι πελάτες, οι εργαζόμενοι, οι προμηθευτές, οι μέτοχοι, η κοινωνία, κλπ.

Η διατήρηση της πελατείας μιας επιχείρησης αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών και είναι στενά συνδεδεμένη με την ποιότητα και την ικανοποίηση των πελατών. Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την πρόθεση αγοράς ενός προϊόντος. Ωστόσο, το πλήθος των επαναλαμβανόμενων αγορών καθορίζεται από την ποιότητα του προϊόντος και την υποστήριξη που παρέχεται καθ' όλη τη διάρκεια χρησιμοποίησης του (Juran, 1992).

4.2.1. Βαρόμετρα ικανοποίησης

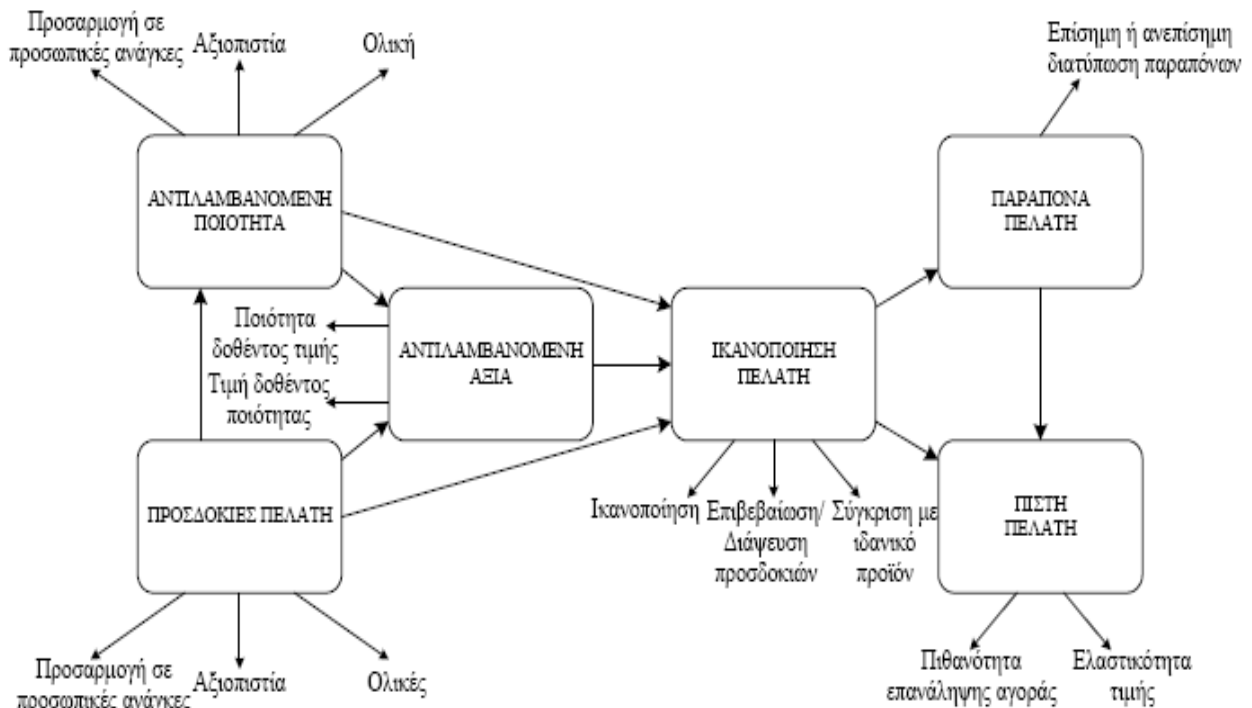
Η σημασία που δίνεται στην ικανοποίηση των πελατών φαίνεται και από τις σημαντικές προσπάθειες ανάπτυξης γενικών βαρομέτρων ικανοποίησης για επιχειρήσεις, κλάδους επιχειρήσεων ή το σύνολο εθνικών οικονομιών που έχουν καταγραφεί τα τελευταία χρόνια.

Η πρώτη χώρα που ανέπτυξε εθνικό βαρόμετρο ικανοποίησης ήταν η Σουηδία το 1989. Βασισμένος στο εθνικό βαρόμετρο ικανοποίησης της Σουηδίας, εγκαθιδρύθηκε το 1994 από το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Ποιότητας (National Quality Research Center - University of Michigan, Business School), την εταιρία Arthur Andersen και την Αμερικανική Εταιρία Ποιότητας (American Society for Quality) ο Αμερικανικός Δείκτης Ικανοποίησης πελατών (ACSI) (Fornell *et al.*, 1996; Fornell, 1995; American Society for Quality, 1995; National Economic Research Associates, 1991).

Ο ACSI βασίζεται στις εκτιμήσεις των πελατών για την ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχονται στις Η.Π.Α. και παράγονται τόσο από εγχώριες όσο και ξένες επιχειρήσεις. Ο δείκτης αυτός παρέχει ένα μέτρο σύγκρισης για τα επίπεδα ικανοποίησης των πελατών σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και δείχνει τις μεταβολές της ικανοποίησης των πελατών τόσο για το σύνολο των προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχονται στις Η.Π.Α. όσο και για συγκεκριμένες επιχειρήσεις και κλάδους επιχειρήσεων. Οι εταιρίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις πληροφορίες αυτές για να εκτιμήσουν την καταναλωτική πίστη των πελατών, να αναγνωρίσουν πιθανά προβλήματα που υπάρχουν σε συγκεκριμένες αγορές και να εντοπίσουν τομείς στους οποίους δεν ικανοποιούνται οι προσδοκίες των πελατών.

Ο δείκτης βασίζεται σε ένα οικονομετρικό μοντέλο το οποίο συσχετίζει διάφορα μέτρα της ικανοποίησης των πελατών (π.χ. προσδοκίες, πίστη, διατύπωση παραπόνων, κλπ) με συγκεκριμένες και προκαθορισμένες σχέσεις για να παράγει τέσσερα επίπεδα δεικτών: έναν εθνικό δείκτη ικανοποίησης πελατών και δείκτες για επτά βιομηχανικούς κλάδους, 40 συγκεκριμένες επιχειρήσεις και 203 εταιρίες και αντιπροσωπίες των επιχειρήσεων αυτών. Τα δεδομένα του μοντέλου συλλέγονται με δημοσκοπήσεις ευρείας κλίμακας στο σύνολο των τελικών καταναλωτών των προϊόντων ή υπηρεσιών, ενώ για τον υπολογισμό των δεικτών χρησιμοποιείται το μοντέλο του Fornell που εφαρμόστηκε και στο Σουηδικό Βαρόμετρο Ικανοποίησης. Το μοντέλο του Fornell, με βάση τις καθορισμένες σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές που περιλαμβάνει δημιουργεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα «αιτίου-αποτελέσματος» (cause and effect system). Η ικανοποίηση του πελάτη θεωρείται ως μια λανθάνουσα μεταβλητή (latent variable), η οποία εκτιμάται με βάση ένα σύνολο παραμέτρων. Το μοντέλο του Fornell παρουσιάζεται αναλυτικά στο

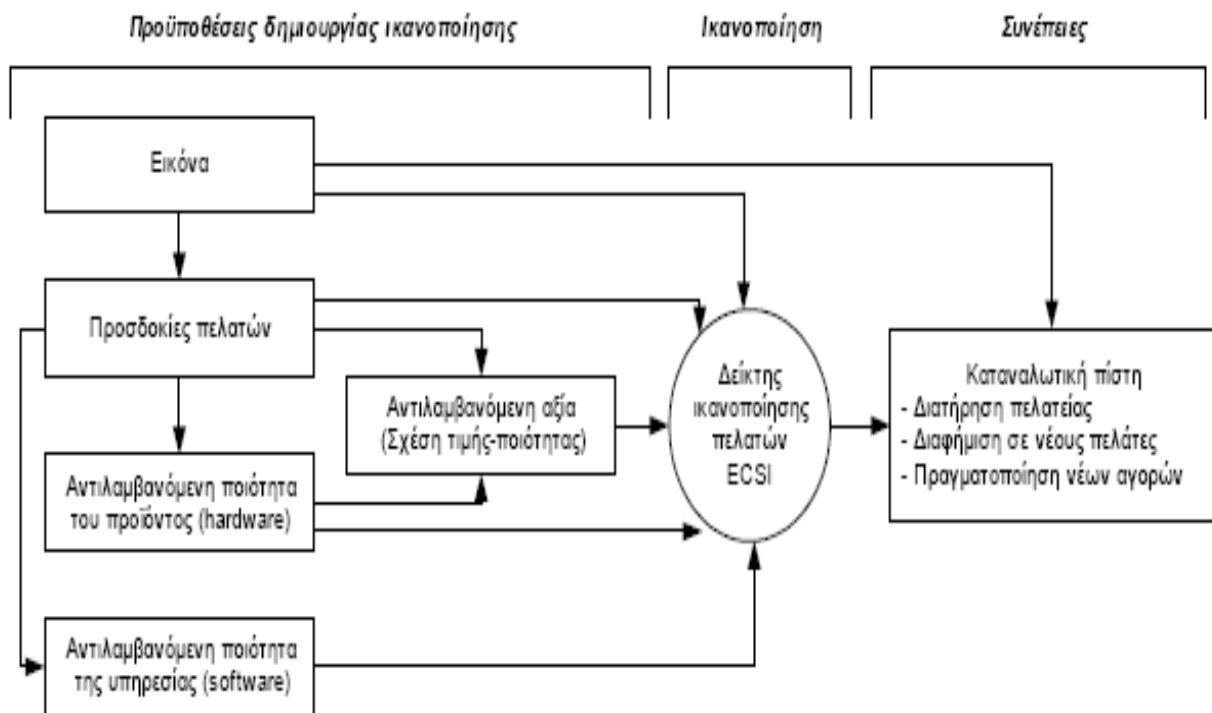
Σχήμα 4.2., όπου σημειώνονται τόσο οι βασικές παράμετροι, όσο και οι μεταξύ τους σχέσεις.



Σχήμα 4.2.: Το μοντέλο ικανοποίησης του Fornell (Vavra, 1997)

Μια από τις βασικές παραμέτρους του μοντέλου είναι ότι η ικανοποίηση εξαρτάται τόσο από τις προσδοκίες του πελάτη, όσο και από την ποιότητα και την αξία του προϊόντος ή της υπηρεσίας (όπως τις αντιλαμβάνεται ο πελάτης). Για την εκτίμηση της ικανοποίησης του πελάτη χρησιμοποιείται ένα σύνολο πρόσθετων παραμέτρων όπως ο βαθμός διάψευσης ή επιβεβαίωσης των προσδοκιών και η συγκριτική αξιολόγηση με ένα "ιδανικό" προϊόν ή υπηρεσία. Οι παράμετροι αυτοί σταθμίζονται με ένα σύνολο βαρών, ενώ ταυτόχρονα, το μοντέλο υποθέτει θετική συσχέτιση με τις μεταβλητές που εκφράζουν τα αίτια της ικανοποίησης. Το πλέον άμεσο αποτέλεσμα της ικανοποίησης είναι η συμπεριφορά του πελάτη που σχετίζεται με τη διατύπωση παραπόνων. Έτσι, η αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης πρέπει να οδηγεί σε μείωση του αριθμού των παραπόνων των πελατών. Όμοια, το μοντέλο υποθέτει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση και την πίστη του πελάτη. Η καταναλωτική πίστη αποτελεί τη θεμελιώδη εξαρτημένη μεταβλητή του μοντέλου του Fornell.

Για να μπορέσει να βελτιώσει την ανταγωνιστικότητα της σε μικροοικονομικό και μακροοικονομικό επίπεδο, η Ευρωπαϊκή Ένωση ακολούθησε τις πρακτικές που εφαρμόστηκαν στις Η.Π.Α. για τη θέσπιση του δικού της βαρομέτρου ικανοποίησης. Έτσι, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Ποιότητας (European Organization for Quality, EOQ) με τη συνεργασία του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM) δημιούργησαν το 1997 τον Ευρωπαϊκό Δείκτη Ικανοποίησης Πελατών (European Customer Satisfaction Index, ECSI) (ECSI Technical Committee, 1998; Eklof, 2000). Ο ECSI (Σχήμα 4.3.), σχεδιάστηκε για να αποτελέσει ένα πρακτικό εργαλείο της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, όσον αφορά στην ικανοποίηση των πελατών τους.



Σχήμα 4.3.: Το Ευρωπαϊκό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται αναλυτική μελέτη η οποία έχει ως αντικείμενο τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Γίνεται μια σύγκριση ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση πραγματοποιείται μέσω συνεντεύξεων και βασίζεται σε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο.

4.3. Έρευνα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Ο τομέας της υγείας κατέχει κυρίαρχη θέση για τον κάθε πολίτη προσωπικά, αλλά και για την πολιτεία. Κάτι τέτοιο είναι λογικό να συμβαίνει αν αναλογιστεί κανείς ότι ο κλάδος αυτός έχει να κάνει με την ίδια μας τη ζωή. Είναι ένα αγαθό που το παρέχει ή πρέπει να το παρέχει το κράτος δωρεάν προς όλους τους πολίτες. Πέρα από το κράτος, η υπηρεσία αυτή προσφέρεται πλέον και από τον ιδιωτικό τομέα. Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότεροι είναι οι Έλληνες εκείνοι που επιλέγουν να χρησιμοποιούν την ιδιωτική περίθαλψη.

Η μελέτη που ακολουθεί έχει σκοπό να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημόσιας υγείας και να γίνει κάποια σύγκριση με την περίθαλψη που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Συνεχώς γίνεται λόγος για την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων στον κλάδο της υγείας. Που εστιάζονται, όμως, τα προβλήματα αυτά; Τι λένε πάνω σε αυτό οι ερωτώμενοι και ποιες είναι οι λύσεις που μπορεί να δοθούν; Το ερωτηματολόγιο αυτό, δημιουργήθηκε με σκοπό να φανούν επιτέλους σε μια έρευνα αυτά που καθημερινώς ακούγονται αλλά δεν έχουν εξεταστεί με τρόπο επιστημονικό ούτως ώστε να δοθούν και οι κατάλληλες λύσεις.

Οι απόψεις των ερωτώμενων μέσα από τη διαδικασία της προσωπικής συνέντευξης, προσφέρουν πολλά περισσότερα από όσα ένα ερωτηματολόγιο και ένα πρόγραμμα επεξεργασίας μπορούν να σου δώσουν. Προτείνουν λύσεις και υπογραμμίζουν προβλήματα που αν οι υπεύθυνοι τα λάμβαναν υπόψη τους το σύστημα υγείας θα λειτουργούσε σαφώς καλύτερα.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης. Στην πόλη αυτή δραστηριοποιούνται δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία: το Βενιζέλειο και το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων, καθώς και ιδιωτικά νοσοκομεία, ιατρεία και κλινικές.

Στη δόμησή του το ερωτηματολόγιο ακολουθεί συγκεκριμένη λογική άντλησης πληροφορίας μέσω των απαντήσεων. Αρχικά εξετάζεται το είδος της περίθαλψης που χρησιμοποιούν οι ερωτώμενοι. Στα δύο είδη περίθαλψης υπάρχουν δύο επιλογές, όχι ή ναι, για να μην χαθεί η μερίδα ατόμων που χρησιμοποιεί και τα δύο είδη. Με την είσοδο σε κάποιο νοσοκομείο συναντά κανείς τις «πληροφορίες». Εξετάζεται η χρησιμότητα της υπηρεσίας αυτής έτσι όπως την κρίνουν οι ίδιοι οι ασθενείς βάσει της εμπειρίας τους. Στη συνέχεια εξετάζεται το πολυσυζητημένο θέμα της αναμονής όπως είναι η ώρα αναμονής για τις διάφορες γραφειοκρατικές διαδικασίες, καθώς και πόσο καιρό περιμένουν οι ασθενείς στη λίστα αναμονής για κάποια εξέταση. Οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό, επομένως η συμπεριφορά τους απέναντι στον πελάτη –

ασθενή είναι υψίστης σημασίας και αποτελεί αντικείμενο εξέτασης στην έρευνα που ακολουθεί.

Πέρα από αυτό, τονίζονται θέματα όπως είναι εκείνο των ασφαλιστικών ταμείων, της κατάστασης στην οποία βρίσκονται οι κτιριακές υποδομές, το θέμα του «μέσον» στον τομέα της υγείας και τέλος, το ζήτημα με τα λεγόμενα «φακελάκια». Ακόμη, ερευνάται το θέμα επάρκειας ή όχι του προσωπικού και γίνεται σύγκριση στα βασικότερα αγαθά που προσφέρει το δημόσιο σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, και αντίστροφα.

Οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν την εικόνα που έχουν για το κάθε νοσοκομείο της περιοχής όπου πραγματοποιείται η έρευνα. Κρίνουν το προσωπικό του νοσοκομείου βάσει των προσωπικών εμπειριών τους και ξεχωρίζουν ποιοι λόγοι θα τους έκαναν να καταφύγουν σε ιδιωτικά νοσοκομεία παρά το τίμημα του υψηλού κόστους που θα συναντούσαν εκεί. Τέλος, συνηθίζεται να ακούγεται πως ότι πληρώνει κανείς παίρνει. Είναι μια άποψη που την συμμερίζονται εκατοντάδες χιλιάδες ελλήνων. Στην έρευνα αυτή διαπιστώνεται το αν ισχύει κάτι τέτοιο στον τομέα της υγείας.

Ενώ γίνεται λόγος για υπηρεσίες υγείας πρέπει να τονίσουμε και μια σχετικά πρόσφατη υπηρεσία που είναι η τηλεϊατρική. Θα διαπιστωθεί αν και κατά πόσο η νέα αυτή υπηρεσία είναι γνωστή και το πόσο χρησιμοποιείται από τους ασθενείς για την εξυπηρέτησή τους. Τέλος, παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για στατιστικούς λόγους και παραπέρα πληροφορίες.

Ακολουθεί το ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στο είδος περίθαλψης, η δεύτερη στο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και η τρίτη στα δημογραφικά στοιχεία του κάθε ερωτώμενου.

4.4. Ερωτηματολόγιο

Για την προαναφερόμενη μελέτη δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο σκοπεύει να καλύψει όλες τις πτυχές λειτουργίας της σχέσης μεταξύ του συστήματος που επικρατεί στον Ελλαδικό χώρο υγειονομικής περίθαλψης, και όλων όσων απασχολούν κάθε πελάτη-ασθενή. Έγινε λοιπόν προσπάθεια για τη δημιουργία ενός πλήρους ερωτηματολογίου βάσει των χαρακτηριστικών και αναγκών του δείγματος όπου απευθύνεται (Βλέπε Κεφάλαιο 3^ο Παραρτήματος). Στη συνέχεια ακολουθεί η επεξεργασία του ερωτηματολογίου.

4.5. Επεξεργασία του ερωτηματολογίου στο πρόγραμμα SPSS και τα αποτελέσματα της ανάλυσης

4.5.1. Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων

Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Το πλήθος είναι 109 ερωτώμενοι (N= 109) και απαρτίζεται από κατοίκους του Ηρακλείου Κρήτης. Αποτελείται από άντρες και γυναίκες από 15 ετών και άνω.

Φύλο

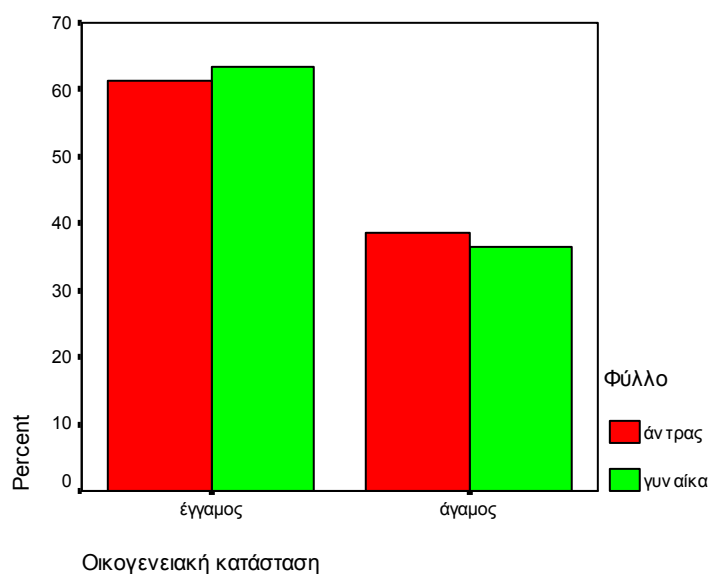
Φύλλο	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Άντρας	57	52,3	52,3
Γυναίκα	52	47,7	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Παρατηρείται πως οι 57 από τους 109 είναι άντρες και οι 52 γυναίκες, άρα το 52,3% του δείγματος είναι άντρες και το 47,7% γυναίκες. Είναι πολύ κοντά ο αριθμός των γυναικών με αυτό των αντρών που συμμετείχαν. Δεν υπάρχει σημαντική απόκλιση μεταξύ των δυο φύλλων.

Οικογενειακή κατάσταση

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
έγγαμος	68	62,4	62,4
άγαμος	41	37,6	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Οι 68 από τους 109 ερωτώμενους είναι έγγαμοι και οι 41 άγαμοι. Το ποσοστό αυτών είναι 62.4 % και 37,6 % αντίστοιχα.



Οι έγγαμοι άντρες αγγίζουν το 60 %, ενώ οι έγγαμες γυναίκες το 65 %. Αυτά είναι τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση φύλλου και ηλικίας.

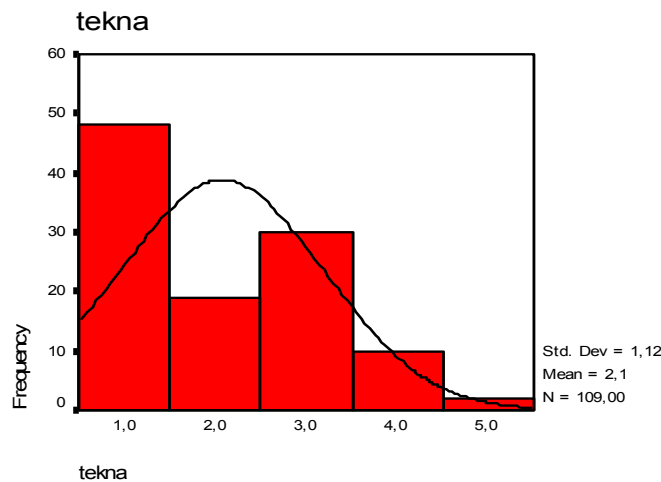
Ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
15-20 χρόνων	11	10,1	10,1
20-30 χρόνων	29	26,6	36,7
30-40 χρόνων	27	24,8	61,5
40-50 χρόνων	17	15,6	77,1
50-60 χρόνων	6	5,5	82,6
60 και άνω	19	17,4	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Όπως παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα, το δείγμα καλύπτει όλο το ηλικιακό εύρος. Πιο συγκεκριμένα, όμως, το 26.6% είναι ασθενείς ηλικίας 20-30 ετών, το 24.8 % είναι άτομα ηλικίας από 30-40, το 17.4 % είναι 60 και άνω ετών, το 15.6 % είναι πολίτες 40-50 ετών, περίπου 10 % είναι το ποσοστό των ατόμων 15-20 ετών και τέλος, το 5.5.% αντιπροσωπεύει άτομα ηλικίας 50-60 χρονών.

Όσον αφορά τα τέκνα, το 30 % δηλώνει να έχει δυο παιδιά.

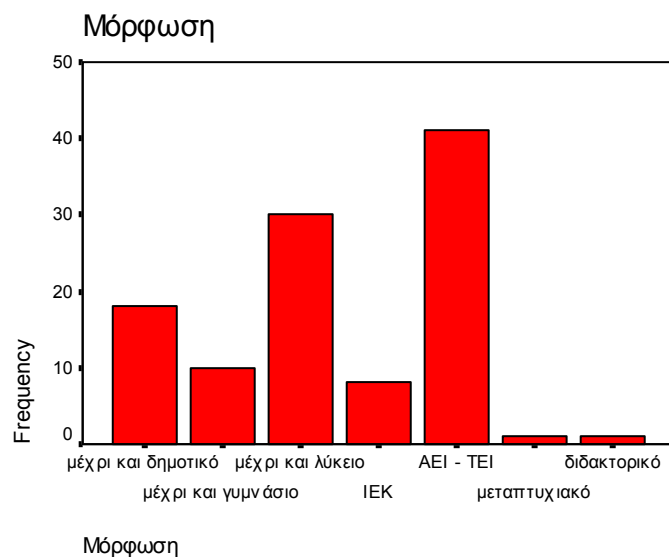
Τέκνα



Οι 18 - 20 % έχουν ένα παιδί, κάπου στο 10 % ανέρχονται οι έχοντες τρία παιδιά και οι λιγότεροι έχουν τέσσερα παιδιά. Άρα το μέγιστο του πληθυσμού δεν έχουν παιδί και το ελάχιστο έχουν τέσσερα παιδιά.

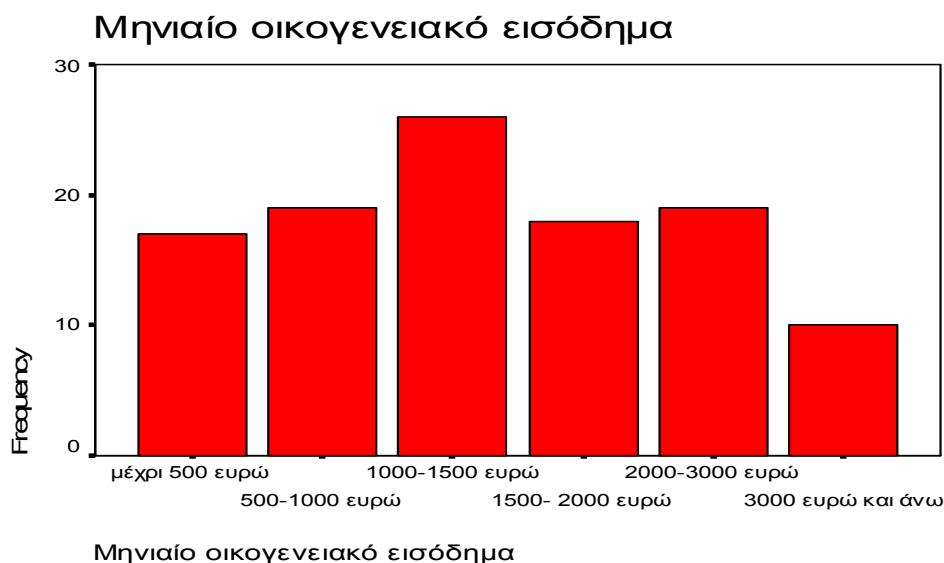
Ακολουθεί η παρουσίαση του μορφωτικού επιπέδου του δείγματος.

Μόρφωση



Είναι φανερό ότι με ποσοστό 37.6% προηγούνται οι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΙ και ακολουθούν όσοι έχουν τελειώσει το Λύκειο. Με πολύ μικρότερα ποσοστά ιεραρχούνται όσοι έχουν Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό δίπλωμα (0.9%), ενώ οι απόφοιτοι Δημοτικού αγγίζουν το 16.5%. Τέλος, σχεδόν 10% των ερωτώμενων έχει πτυχίο Γυμνασίου.

Εν συνεχεία ακολουθούν τα στοιχεία εκείνα που αφορούν την οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων.



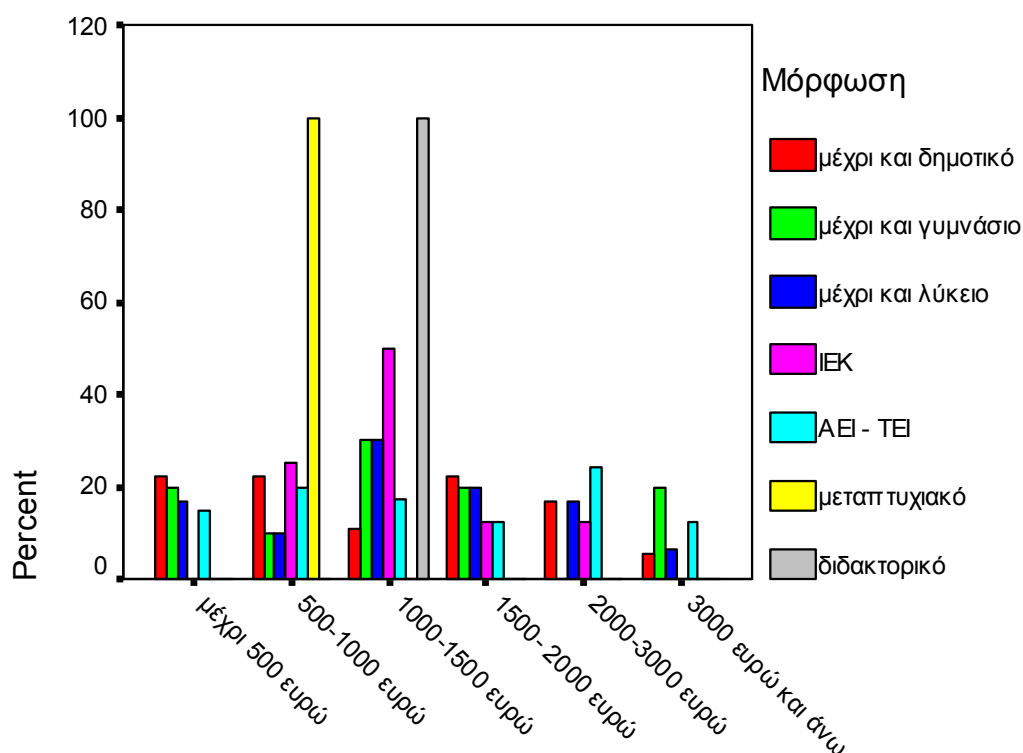
Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι η το 23.9 % του δείγματος έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα που κυμαίνεται από 1000-1500 ευρώ. Ένα μικρό ποσοστό ύψους 9.2% είναι σε πολύ καλή οικονομική κατάσταση μιας και το μηνιαίο τους εισόδημα ξεπερνά τα 3000 ευρώ. Καθόλου αμελητέοι είναι εκείνοι των οποίων το εισόδημα φτάνει μέχρι 500 ευρώ. Σε αυτή την περίπτωση μιλάμε κυρίως για συνταξιούχους διαφόρων κατηγοριών. Σε γενικές γραμμές, αρκετοί είναι και εκείνοι των οποίων το εισόδημα είναι στα 2000-3000 ευρώ διότι καλύπτουν σχεδόν το 1/5 του δείγματος όπως και εκείνοι με εισόδημα 500-1000 ευρώ.

Σε σχετική ερώτηση που αφορούσε την προσωπική γνώμη του καθενός για τον αυτοχαρακτηρισμό της οικονομικής του κατάστασης, κάνει εντύπωση το γεγονός, ότι οι περισσότεροι θεωρούν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους μέση, είτε έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 500-1000 ευρώ, είτε 3000 ευρώ και άνω. Όπως φανερώνει και ανάλυση που ακολουθεί, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, δυσανάλογο των διακυμάνσεων του μηνιαίου εισοδήματος, θεωρεί ότι ανήκει σε μέτρια οικονομικά επίπεδα.

Στην Ελλάδα γίνεται συχνά λόγος για το κατά πόσο το υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχει σχέση με το πόσο αμείβεται κανείς μηνιαίως. Ας το εξετάσουμε αυτό στο δείγμα των 109 τυχαίων κατοίκων Ηρακλείου Κρήτης.

Τοποθετώντας στο SPSS τις δύο ποιοτικές μεταβλητές που στην προκειμένη είναι το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, προκύπτει το αποτέλεσμα σε Ραβδόγραμμα (Bar). Για κάθε κατηγορία της μεταβλητής στον οριζόντιο άξονα, παρουσιάζεται το ραβδόγραμμα της άλλης μεταβλητής.

Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου – Εισοδήματος



Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι άτομα με μεταπτυχιακό πτυχίο έχουν εισόδημα 500-1000 ευρώ και το υψηλό εισόδημα των 3000 ευρώ και άνω, ανήκει κυρίως σε άτομα που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο. Οι ερωτώμενοι που έχουν διδακτορικό δίπλωμα έχουν εισόδημα 1000-1500 ευρώ μηνιαίως και ακολουθούν στα ίδια επίπεδα εισοδήματος άτομα που έχουν τελειώσει κάποιο ΙΕΚ.

Ακολουθεί η περιγραφική ανάλυση της οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων όπως οι ίδιοι την ορίζουν βάσει των αμοιβών και του τρόπου ζωής τους.

Οικονομική κατάσταση οικογένειας

Οικονομική κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
χαμηλή	15	13,8	13,8
μέση	90	82,6	96,3
υψηλή	4	3,7	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το 82.6 % θεωρεί ότι είναι μεσαίας οικονομικής κατάστασης. Μόλις το 13.8% ισχυρίζεται ότι είναι χαμηλής οικονομικής κατάστασης και το 3.7 % υψηλής. Να σημειωθεί εδώ πως το 15.6% έχουν μέχρι 500 ευρώ εισόδημα και κάποιοι από αυτούς θεωρούνται μέση κατάσταση, όπως επίσης και το υπόλοιπο 6% περίπου από όσους έχουν εισόδημα άνω των 3000 ευρώ μηνιαίως, θεωρούν ότι είναι επίσης μέσης οικονομικής κατάστασης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο, όσον αφορά το είδος της περίθαλψης και το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

4.5.2. Το είδος περίθαλψης

Δημόσια περίθαλψη

Δημόσια περίθαλψη	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	16	14,7	14,7
ναι	93	85,3	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Ιδιωτική περίθαλψη

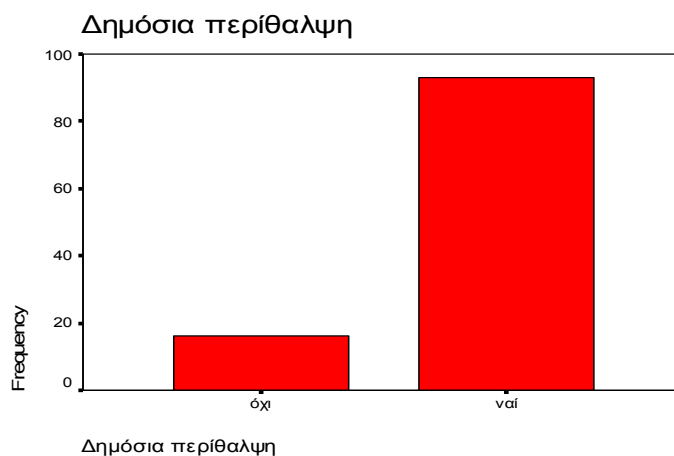
Ιδιωτική περίθαλψη	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	30	27,5	27,5
ναι	79	72,5	100,0
Σύνολο	109	100,0	

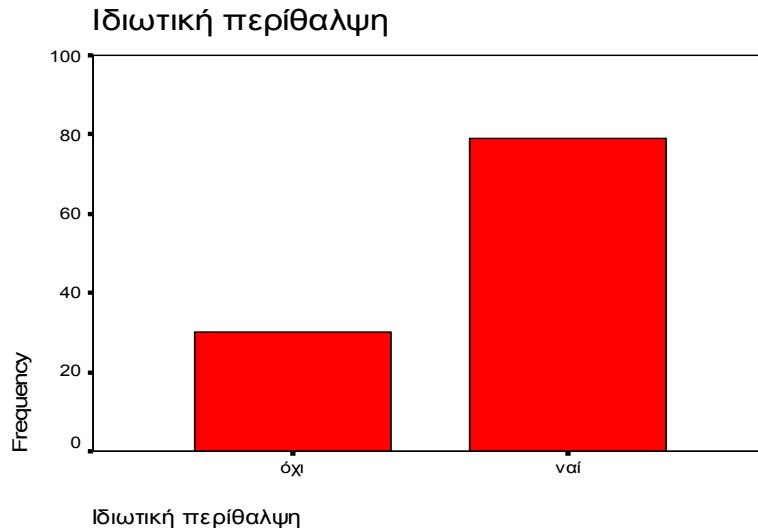
Με το πέρασμα των χρόνων, οι Έλληνες, λόγω δυσαρέσκειας από το δημόσιο σύστημα υγείας και επειδή φαίνεται να δίνουν όπως είναι και λογικό, ύψιστη σημασία στην υγεία τους, δεν χρησιμοποιούν μόνο δημόσια, αλλά και ιδιωτική περίθαλψη. Πολλοί επιλέγουν για την εξυπηρέτησή τους κάποιες ειδικότητες γιατρών από το δημόσιο και κάποιες άλλες από τον ιδιωτικό τομέα, ανάλογα με το που είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που ζητάνε. Σε κάθε ερώτηση η απάντηση ναι ή όχι έχει σκοπό να καλύψει και το ποσοστό πληθυσμού εκείνο, που χρησιμοποιεί και τα δύο είδη περίθαλψης. Έτσι καλύπτονται όλες τις πιθανές περιπτώσεις.

Το 85.3 % απάντησε ναι στη δημόσια περίθαλψη και το 14.7% όχι. Άρα το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιεί δημόσια περίθαλψη. Στην ερώτηση αν χρησιμοποιούν ιδιωτική περίθαλψη απάντησαν ναι το 72.5% και όχι το 27.5%. Αυτό σημαίνει πως και η ιδιωτική περίθαλψη έχει μεγάλη ζήτηση και δεν διαφέρει κατά πολύ σε σύγκριση με τη ζήτηση της αντίστοιχης δημόσιας.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων έχουν δημόσια περίθαλψη, παράλληλα, όμως, χρησιμοποιούν και ιδιωτική περίθαλψη. Αμέσως γίνεται αντιληπτή η τάση προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Παρακάτω προκύπτουν οι λόγοι που οδηγούν σε αυτό το φαινόμενο. Η δωρεάν περίθαλψη δεν φαίνεται να ικανοποιεί τους πολίτες και τους αναγκάζει να αναζητήσουν κάτι παραπάνω. Αυτό το «παραπάνω» έρχεται να το προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας που σκοπό δεν έχει μόνο να προσφέρει, αλλά και να κερδίσει. Επομένως, ο ιδιωτικός τομέας δραστηριοποιείται υπό εντελώς διαφορετική λογική και πορεύεται ακολουθώντας άλλες στρατηγικές. Να διευκρινιστεί πως λέγοντας ιδιωτική περίθαλψη δεν εννοείται μόνο η νοσοκομειακή, αλλά και η περίθαλψη που προσφέρεται στα μικρά ιδιωτικά ιατρεία. Το ίδιο συμβαίνει και με την δημόσια περίθαλψη, που περιλαμβάνει νοσοκομεία, ιατρικά κέντρα, ασφαλιστικά ταμεία κλπ..

Ακολουθούν τα διαγράμματα bar charts για τη δημόσια και ιδιωτική περίθαλψη.





4.5.3. Τα Νοσοκομεία συνεργασίας

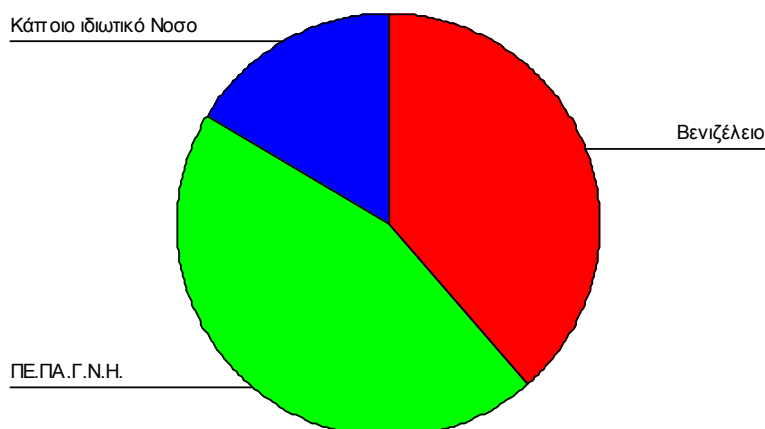
Τα δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης είναι το Βενιζέλειο και το ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.. Ο τρόπος λειτουργίας τους είναι τη μια μέρα να εφημερεύει το ένα και την άλλη το άλλο, με αποτέλεσμα ο περισσότερος κόσμος να πηγαίνει σε όποιο εφημερεύει χωρίς να έχει μεγάλες δυνατότητες επιλογής. Επειδή είναι και τα δύο δημόσια, δεν αξίζει να γίνει κάποια σύγκριση μεταξύ τους. Επομένως, η σύγκριση θα εστιαστεί μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ο λόγος για τον οποίο η έρευνα αυτή πραγματοποιείται κυρίως σε νοσοκομεία, έγκειται στο ότι είναι οι μεγαλύτερες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

Νοσοκομείο συνεργασίας

Νοσοκομείο συνεργασίας	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Βενιζέλειο	42	38,5	38,5
ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.	49	45,0	83,5
Κάποιο ιδιωτικό Νοσοκομείο	18	16,5	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το 16.5 % συνεργάζεται με κάποιο Ιδιωτικό Νοσοκομείο. Οι υπόλοιποι μοιράζονται στα δύο κρατικά νοσοκομεία και πιο συγκεκριμένα το 38.5 % έχει επισκεφτεί το Βενιζέλειο και το 45% το ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.. Υπάρχει μια μεγαλύτερη προτίμηση του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. και οι λόγοι θα φανούν παρακάτω, από τις απαντήσεις που δόθηκαν σε ερωτήσεις που αφορούν την εικόνα των νοσοκομείων αυτών. Ακολουθεί σχετική γραφική πίτα.

Νοσοκομείο συνεργασίας



4.5.4. Το είδος ασφάλισης

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α., ακολουθούν όσοι έχουν Τ.Ε.Β.Ε., Δημόσιο και Ο.Γ.Α.. Τα ακριβή ποσοστά φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Είδος ασφάλειας

Είδος ασφάλειας	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΙΚΑ	58	53,2	53,2
ΟΓΑ	9	8,3	61,5
Δημόσιο	12	11,0	72,5
ΤΕΒΕ	19	17,4	89,9
ΤΣΑ	2	1,8	91,7
ΤΑΠΟΤΕ	1	,9	92,7
ΤΑΞΥ	2	1,8	94,5

ΤΑΕ	2	1,8	96,3
ΔΕΗ	2	1,8	98,2
ΤΥΔΚΗ	1	,9	99,1
ΤΣΜΕΔΕ	1	,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Από εδώ και πέρα όταν θα γίνεται λόγος για ασφάλεια, θα αναφερόμαστε στην εκάστοτε προαναφερόμενη ασφάλεια του κάθε ασθενή. Η έντονη δυσaréσκεια που παρουσιάζεται στο σύστημα λειτουργίας του ασφαλιστικού ταμείου, αναφέρεται κυρίως στο ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), μιας και η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαθέτουν την ασφάλεια αυτή.

4.5.5. Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Με την είσοδό τους οι ασθενείς στα νοσοκομεία συναντάνε την υπηρεσία που λέγεται «πληροφορίες». Με σχετική ερώτηση θα διαπιστωθεί αν τελικά ο κόσμος διευκολύνεται από την υπηρεσία αυτή ή αν τελικά δεν ωφελεί η ύπαρξή της.

Η υπηρεσία "πληροφορίες" σας διευκολύνει;

Διευκόλυνση από τις «πληροφορίες»	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	34	31,2	31,2
ναι	75	68,8	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Όπως γίνεται εμφανές από την περιγραφική ανάλυση στο SPSS, το 68.8 % διευκολύνεται από την προσφερόμενη υπηρεσία πληροφόρησης. Υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης των 31.2 % που δεν εξυπηρετείται και δεν το διευκολύνει η ύπαρξη αυτής της υπηρεσίας.

Αναμονή στην ουρά

Χρόνος	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
0-5 λεπτά	5	4,6	4,6
5-15 λεπτά	15	13,8	18,3
15-30 λεπτά	40	36,7	55,0
30-60 λεπτά	33	30,3	85,3
Πάνω απο 1 ώρα	16	14,7	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Λίστα αναμονής

Χρόνος αναμονής	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
1-5 μέρες	19	17,4	17,4
5-10 μέρες	4	3,7	21,1
10-15 μέρες	15	13,8	34,9
15-30 μέρες	26	23,9	58,7
1 μήνα	20	18,3	77,1
Πάνω απο 1 μήνα	25	22,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Ένα από τα πολύ σημαντικά και πολυσυζητημένα θέματα είναι εκείνο της αναμονής στην ουρά μέχρι ο ασθενής να εξυπηρετηθεί. Επιπρόσθετα, βασικό ζήτημα που απασχολεί την κοινή γνώμη είναι και η λίστα αναμονής για κάποια εξέταση, χειρουργική επέμβαση κλπ..

Όσον αφορά τις διάφορες γραφειοκρατικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής από τη στιγμή που θα μπει στο νοσοκομείο για μια απλή ή επείγουσα εξέταση, μέχρι να έρθει η σειρά του και να ανοίξει την πόρτα του γιατρού για να εξυπηρετηθεί, οι απαντήσεις των ερωτώμενων είναι απογοητευτικές. Το 30.3%, δηλαδή για το 1/3 των ασθενών, περιμένουν μισή

έως μια ώρα. Σχεδόν το 37 % περιμένει 15 λεπτά έως μισή ώρα και περίπου το 15%, πάνω από μια ώρα.

Από την άλλη πλευρά, για να κλείσει κανείς ραντεβού πρέπει να γνωρίζει ότι έχει να περιμένει εξίσου πολύ. Το 22.9 % περιμένει πάνω από 1 μήνα για να εξεταστεί με ραντεβού. Εδώ υπάγονται και οι χειρουργικές επεμβάσεις κάθε είδους, χημειοθεραπείες, κλπ.. Άρα μπορεί να αντιληφθεί κανείς τη σοβαρότητα του θέματος. Το 17.4 % περιμένει από μια έως πέντε μέρες και αυτό συνήθως αφορά απλές εξετάσεις ρουτίνας. Το 23.9 % περιμένει από 15 έως 30 μέρες και το 18.3% έναν ολόκληρο μήνα. Να υπογραμμιστεί εδώ το γεγονός ότι οι περισσότεροι ισχυρίζονται το εξής: για σοβαρά θέματα και κυρίως για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, η κατάσταση είναι πολύ χειρότερη από κάθε άλλη περίπτωση.

Στη συνέχεια αναλύεται το τι πιστεύουν οι ερωτώμενοι για τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι.

Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι;

Ευγένεια διοικ. υπαλλήλων	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	59	54,1	54,1
ναι	50	45,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Λέγοντας διοικητικούς υπαλλήλους εννοούμε αυτούς που είναι στο γραφείο κινήσεως, όσους φτιάχνουν τα διαδικαστικά κάθε ταμείου κλπ.. Οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά τους μιας και θεωρούν ότι δεν είναι ευγενικοί. Το 54.1% αποτελεί την πλειοψηφία και απαντάει όχι στο ερώτημα αν είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι.

Διαφορετική άποψη έχουν οι ερωτώμενοι για την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού όπως εμφανίζεται στα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης.

Είναι ευγενικοί οι γιατροί;

Ευγένεια ιατρών	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	26	23,9	23,9
ναι	83	76,1	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία που αγγίζει το 76.1 % πιστεύει ότι το ιατρικό προσωπικό, εν αντιθέσει με τους διοικητικούς υπαλλήλους, είναι ευγενικό. Μόνο το 23.9 % πιστεύει ότι δεν είναι ευγενικοί οι ιατροί και παρόλο που αυτοί αποτελούν τη μειοψηφία, δεν μπορεί να θεωρηθεί αμελητέα η άποψή τους και η πληροφορία αυτή δυσαρέσκειας που εκφράζουν. Να επισημανθεί ότι ζητήθηκε από κάθε ερωτώμενο ασθενή να απαντάει βάσει των δικών του εμπειριών, ανεπηρέαστοι από κάποια περιστατικά που έχουν ακούσει να συμβαίνουν σε τρίτα άτομα.

Στη συνέχεια θα δούμε αν είναι ευγενικό μια άλλη κατηγορία προσωπικού, το νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως θα παρατηρεί κανείς, εστιάζομαστε στις συγκεκριμένες τρεις κατηγορίες διότι έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή και συμβάλλουν στην ικανοποίησή του ή μη. Κάποιοι άλλοι υπάλληλοι, όπως είναι αυτοί της τεχνικής υπηρεσίας, έχουν πολύ έμμεση επιρροή για αυτό και δεν αποτέλεσαν αντικείμενο της συγκεκριμένης έρευνας.

Είναι ευγενικό το νοσηλευτικό προσωπικό;

Ευγένεια νοσηλευτικού προσωπικού	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	35	32,1	32,1
ναι	74	67,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Είναι πολύ αισιόδοξο το γεγονός ότι η πλειοψηφία (67.9%) θεωρεί ευγενικό το νοσηλευτικό προσωπικό. Ούτε εδώ είναι μικρό το ποσοστό εκείνο που βάσει των εμπειριών του θεωρεί αγενές το νοσηλευτικό προσωπικό. Παραπάνω από το 1/3 , δηλαδή το 32.1% έδωσε αρνητική απάντηση στην παραπάνω ερώτηση.

Είναι γρήγορη η εξυπηρέτηση για τα διαδικαστικά του ταμείου;

Γρήγορη εξυπηρέτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	60	55,0	55,0
ναι	49	45,0	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Όσον αφορά την εξυπηρέτηση που παρέχεται για τα διαδικαστικά κάθε ασφαλιστικού ταμείου, το 55 % θεωρεί ότι δεν είναι γρήγορη και υπόκεινται σε μεγάλη ταλαιπωρία. Το 45 % πιστεύει, βάσει του τι συνέβη σε αυτούς τους ίδιους, ότι είναι γρήγορη η εξυπηρέτηση και δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα αναμονής. Το ερώτημα αναφέρεται σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία στο σύνολό τους και ο καθένας απαντά βάσει του ταμείου στο οποίο έχει δηλώσει (σε σχετική ερώτηση) να είναι ασφαλισμένος. Άρα παρόλο που η πλειοψηφία δηλώνει ευχαριστημένη, δεν παύει να υπάρχει πρόβλημα το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αναλόγως.

Η ώρα αναμονής μέχρι να εξεταστούν οι ασθενείς είναι σε φυσιολογικά επίπεδα για τους μισούς ερωτώμενους και σε μη φυσιολογικά επίπεδα για τους υπόλοιπους μισούς. Για την ακρίβεια, το 45.9 % θεωρεί πως είναι λογικό να περιμένουν και δεν τους ενοχλεί η αναμονή, αντιθέτως τη θεωρούν πολύ φυσιολογική. Από την άλλη πλευρά το 54.1 %, περισσότεροι δηλαδή από τους μισούς, ισχυρίζονται ότι δεν είναι φυσιολογικό να περιμένουν πολύ ώρα για να εξεταστούν. Γίνεται, λοιπόν, διακριτό άλλο ένα πρόβλημα στο σύστημα δημόσιας υγείας και αυτό είναι η αναμονή.

Η ώρα αναμονής είναι σε φυσιολογικά επίπεδα;

Φυσιολογικότητα αναμονής	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	59	54,1	54,1
ναι	50	45,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Κάθε ασθενής είναι ασφαλισμένος σε κάποιο ταμείο ασφαλίσεων. Βάσει αυτού πραγματοποιούνται κρατήσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και πολλές φορές την στιγμή της εξέτασης πρέπει ο ασθενής να πληρώσει κάποιο ποσό είτε να ανοίξει καρτέλα στο εν λόγω νοσοκομείο ή για κάποια άλλη υπηρεσία. Η γενικότερη αυτή εξυπηρέτηση και παροχή υπηρεσιών αξίζει περισσότερα ή λιγότερα από αυτά που ο κάθε ασθενείς - ασφαλιζόμενος δίνει ως συμμετοχή; Οι περισσότεροι με ποσοστό που αγγίζει το 69.7 % ισχυρίζονται ότι δεν αξίζει η εξυπηρέτηση κάτι περισσότερο, αντιθέτως, πρέπει να γίνονται μικρότερες κρατήσεις αν αναλογιστεί κανείς τις χαμηλής ποιότητας προσφερόμενες υπηρεσίες. Το 1/3 που ανέρχεται στο 30,3 % πιστεύει πως αυτό που τους παρέχεται από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας αξίζει παραπάνω από αυτό που οι ίδιοι πληρώνουν. Άρα, ικανοποιούνται όσον αφορά την οικονομική ανταλλαγή με το κράτος στο θέμα που αφορά την ασφάλιση.

Η γενικότερη εξυπηρέτηση αξίζει περισσότερα από αυτά που δίνετε ως συμμετοχή;

Αξίζει η εξυπηρέτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	76	69,7	69,7
ναι	33	30,3	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το θέμα των χειρουργικών επεμβάσεων και άλλων σοβαρών θεμάτων υγείας είναι πολύ ευαίσθητο από την ίδια του τη φύση. Υπάρχει μια λέξη που αποτελεί το «κοινό μυστικό». Είναι τα λεγόμενα «φακελάκια» ή «γρηγορόσημα» ή «κεράσματα» ή όπως επιθυμεί ο καθένας. Δυστυχώς τα σοβαρά προβλήματα υγείας συνδέονται στενά με αυτή τη λέξη, αυτή τη νοοτροπία τη σιωπηλά επιβαλλόμενη από τους γιατρούς και την αναγκαστικά δεχόμενη από τους ασθενείς. Στον ιερό τομέα της υγείας όπου δεν έπρεπε καμία υπηρεσία να επηρεάζεται από το φιλοδώρημα, δυστυχώς κάτι τέτοιο δε συμβαίνει. Το 78 % του δείγματος σπα τη σιωπή του και αποκαλύπτει τη φρικτική πραγματικότητα. Από προσωπική τους εμπειρία χρειάστηκε να δώσουν φιλοδώρημα σε περιπτώσεις σοβαρών θεμάτων υγείας, για να τους προσφερθούν καλές υπηρεσίες, «να τους προσέξουν περισσότερο», όπως

χαρακτηριστικά αναφέρουν οι ίδιοι. Άνθρωποι κάθε οικονομικής κατάστασης και κάθε μορφωτικού επιπέδου, μπαίνουν στο παιχνίδι αυτό φοβούμενοι να ρισκάρουν την υγεία και πολλές φορές την ίδια την ύπαρξή τους.

Εξαρτώνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες από το ύψος του φιλοδωρήματος;

Εξάρτηση υπηρεσιών από φιλοδώρημα	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	24	22,0	22,0
ναι	85	78,0	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Η ανάλογη σχέση μεταξύ του φιλοδωρήματος και των παρεχόμενων υπηρεσιών και η δυσανάλογη σχέση μεταξύ φιλοδωρήματος και κινδύνου της υγείας, συνθέτουν ένα τρόπο ζωής ριζωμένο και δύσκολα ανατρέσιμο μιας και αυτή την πραγματικότητα δύσκολα θα την παραδεχτούν οι αρμόδιοι φορείς και ακόμη πιο δύσκολα θα ανατραπεί η επικρατούσα κατάσταση.

4.5.5.1. Ο ρόλος του «μέσου» στην υγεία

Η λέξη «μέσον» είναι από τις πιο πολυχρησιμοποιημένες στην Ελλάδα. Ο τρόπος ζωής είναι με τέτοιο τρόπο ρυθμισμένος, που αναγκαίο ρόλο στην εξέλιξη κάθε ανθρώπου σε όλα σχεδόν τα επίπεδα ζωής παίζει η ύπαρξη κάποιου μέσου. Ο ρόλος του είναι να βοηθάει, να ανοίγει δρόμους εκεί όπου η αντικειμενικότητα και η δίκαιη οδός τους κλείνουν. Ο τομέας της υγείας είναι ευαίσθητος από την ίδια τη φύση του αντικειμένου του. Εδώ δε θα ήθελε κανείς να λειτουργεί ο προαναφερόμενος θεσμός του «μέσου». Τι συμβαίνει στην πραγματικότητα; Όποιος γνωρίζει κάποιον που εργάζεται σε νοσοκομείο ή κάποιο άτομο που ασκεί επιρροή στους εκεί εργαζόμενους θα εξυπηρετηθεί καλύτερα και γρηγορότερα ή στον τομέα της υγείας δε συμβαίνει κάτι τέτοιο;

Τις απαντήσεις τις έδωσαν οι 109 ερωτώμενοι. Τα αποτελέσματα δεν αφήνουν περιθώρια αντιρρήσεων. Είναι άκρως αρνητικά για τη λειτουργία του συστήματος υγείας και στον ιδιωτικό τομέα, αλλά κυρίως στο δημόσιο όπως τόνιζαν συνεχώς οι ερωτώμενοι.

Παίζει εδώ ρόλο το "μέσον" στην εξυπηρέτηση;

Παίζει ρόλο το μέσον	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	15	13,8	13,8
ναι	94	86,2	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Με τον όρο «δημόσια υγεία» εννοούνται όχι μόνο τα Νοσοκομεία, αλλά τα ασφαλιστικά ταμεία, τα κέντρα υγείας, όλες τις μονάδες υγείας που ανήκουν στο κράτος. Όλες αυτές οι μονάδες υγείας έχουν υπαλλήλους για να πραγματοποιούν τις απαιτούμενες εργασίες. Το προσωπικό αυτό θεωρείται ότι δεν είναι επαρκές ούτως ώστε να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες. Το 66.1 % ισχυρίζεται την ανεπάρκεια εργατικού δυναμικού. Οι υπόλοιποι ερωτώμενοι θεωρούν ότι οι υπάλληλοι αρκούν για τα δεδομένα του συστήματος. Να σημειωθεί πως εκείνοι που πιστεύουν στην ανεπάρκεια προσωπικού θεωρούν ότι ενώ υπάρχουν υπάλληλοι δεν έχει γίνει η σωστή κατανομή στις διάφορες θέσεις εργασίας. Εντοπίζεται πρόβλημα στον καταμερισμό έργου, με αποτέλεσμα κάποιοι να εργάζονται πάρα πολύ και κάποιοι άλλοι να είναι σε πόστα με πολλούς υπαλλήλους και ελάχιστο φόρτο εργασίας. Άρα το πρόβλημα κατά την άποψη των ερωτώμενων δεν είναι ο μικρός αριθμός υπαλλήλων, αλλά η λάθος διαχείριση του ανθρωπίνου προσωπικού.

Είναι επαρκές το προσωπικό στη δημόσια Υγεία;

Επάρκεια προσωπικού	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	72	66,1	66,1
ναι	37	33,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Κατά καιρούς το Δημόσιο Σύστημα Υγείας έχει δεχτεί καταγγελίες για τις άσχημες συνθήκες των εγκαταστάσεων όπου στεγάζονται οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό έχει αντίκτυπο και στην υγιεινή των χώρων αυτών και κατ'επέκταση στην ίδια την υγεία των ασθενών.

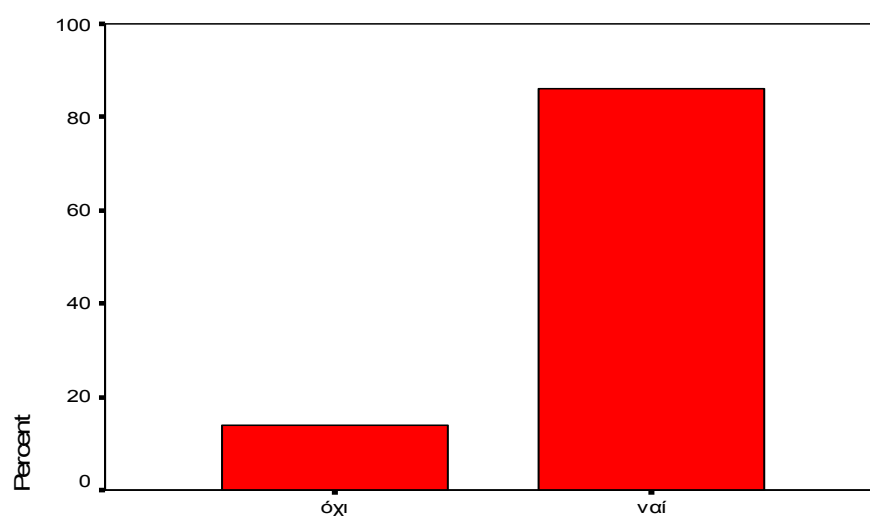
Είναι καλές οι κτιριακές τους υποδομές;

Καλές κτιριακές υποδομές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	40	36,7	36,7
ναι	69	63,3	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το 63.3 % πιστεύουν ότι οι κτιριακές υποδομές είναι καλές και διακρίνουν τα τελευταία χρόνια μια αισθητή βελτίωση σε σχέση με την προηγούμενη δεκαπενταετία. Το 36.7 % έχει αντίθετη γνώμη, επομένως το 1/3 των ασθενών δεν είναι ικανοποιημένοι από τις κτιριακές υποδομές των δημοσίων χώρων υγείας.

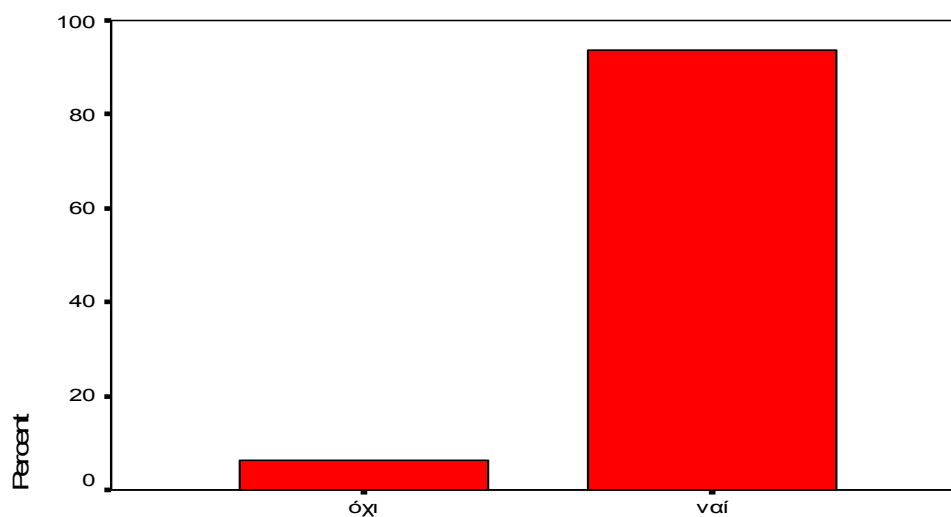
4.5.5.2. Οι υπηρεσίες που κρίνονται υψίστης σημασίας

Ακολουθούν κάποια στοιχεία για το τι είναι σημαντικό για τους πολίτες - ασθενείς από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται και τι δεν είναι και τόσο σημαντικό για αυτούς.



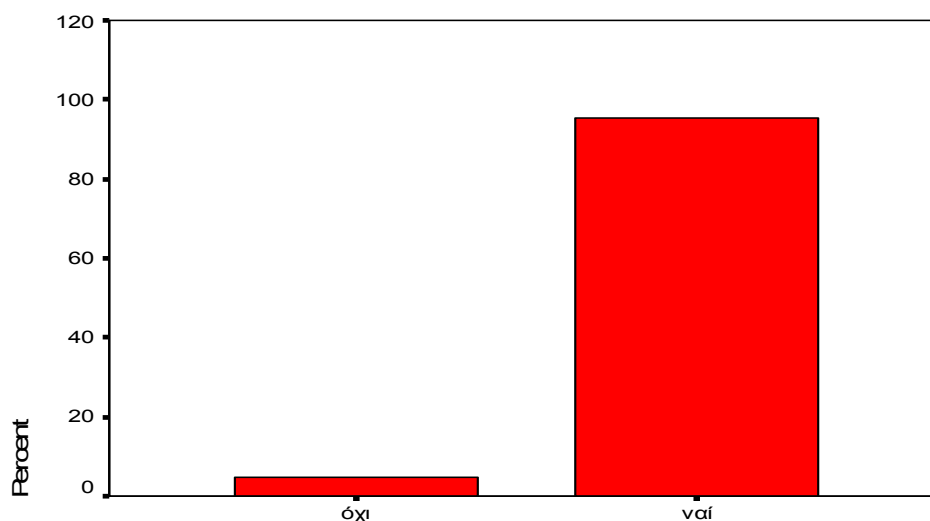
Ταχύτερη εξυπηρέτηση στις γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Σχεδόν το 90 % θεωρεί ότι η γρήγορη εξυπηρέτηση είναι από τις σημαντικότερες υπηρεσίες που προσφέρονται. Είναι κάτι το οποίο ακόμη δεν λειτουργεί σωστά στο Ελληνικό σύστημα υγείας, έτσι όπως προκύπτει από την έρευνα αυτή. Αυτός είναι και ένας λόγος για να εκτιμηθεί το αγαθό αυτό .



Ευγένεια υπαλλήλων

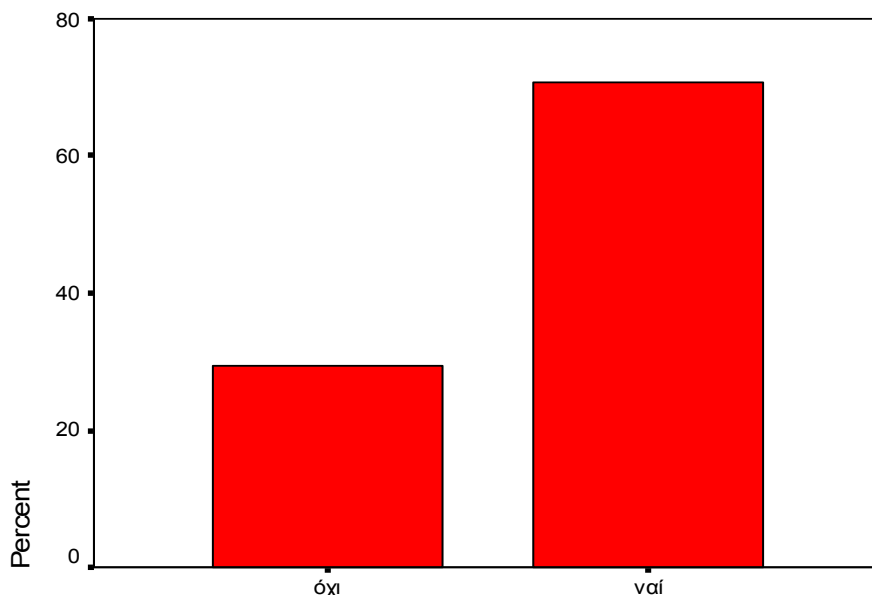
Το 98 % όσων ρωτήθηκαν θεωρεί πολύ σημαντική την ευπρεπή συμπεριφορά των υπαλλήλων προς τους ασθενείς. Παραπάνω παρουσιάζεται αναλυτικά τι πιστεύουν οι ερωτώμενοι για τη συμπεριφορά κάθε κατηγορίας υπαλλήλων με τους οποίους έρχονται σε επαφή κατά την επίσκεψή τους σε μονάδες υγείας. Για ένα πάρα πολύ μικρό ποσοστό πολιτών το φέρσιμο των υπαλλήλων δεν έχει σημασία και δεν θεωρείται σημαντικό μέρος της εξυπηρέτησης τους διότι έχουν άλλες προτεραιότητες.



Οι υπηρεσίες καθαριότητας στους χώρους του νοσοκομείου

Το παραπάνω γράφημα φανερώνει το πόσο σημαντική είναι η καθαριότητα για τους ασθενείς. Σχεδόν όλοι, εκτός ενός πολύ μικρού ποσοστού, πιστεύουν ότι η καθαριότητα είναι υψίστης σημασίας και η έλλειψή

της προκαλεί πάρα πολλά και σημαντικά προβλήματα, όπως είναι οι λοιμώξεις. Σε όλους τους χώρους υγείας και κυρίως στα νοσοκομεία που στεγάζουν μεγάλο αριθμό ασθενών, η καθαριότητα κρίνεται απαραίτητη. Να σημειωθεί πως στο θέμα της καθαριότητας δε χωράνε λάθη.



Μικρότερη συμμετοχή από κάθε ταμείο

Στο παραπάνω γράφημα γίνεται αντιληπτό το γεγονός ότι δεν υπάρχει έντονο πρόβλημα σχετικά με την χρηματική συμμετοχή των ασφαλιζόμενων κάθε ταμείου. Η ερώτηση για το αν θεωρούν σημαντικό να γίνει μείωση του συνεισφερόμενου από αυτούς ποσού, βρήκε σύμφωνη την πλειοψηφία. Αρκετοί όμως είναι εκείνοι που δεν ενδιαφέρονται πολύ για αυτό, διότι είναι για αυτούς προτιμότερο να λάχουν γρήγορης εξυπηρέτησης, πρέπουσας συμπεριφοράς από πλευράς υπαλλήλων και να παρευρίσκονται σε καθαρούς χώρους. Είναι σημαντικό για αυτούς το να δίνουν λιγότερα χρήματα ως συμμετοχή, αλλά δεν είναι αυτό η αρχική τους προτεραιότητα σε αυτά που ζητάνε να τους προσφέρει το εθνικό σύστημα υγείας. Αρκούνται και στο να διορθωθούν ελλείψεις και δυσλειτουργίες μεγαλύτερης σημασίας.

4.5.5.3. Σύγκριση γενικού πακέτου υπηρεσιών

Ακολουθεί αξιολόγηση των ικανοτήτων των ιατρών, της γενικότερης εξυπηρέτησης που παρέχεται, του θέματος της καθαριότητας και άλλων προσφερόμενων υπηρεσιών μέσω σύγκρισης ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Γίνεται συγκεκριμένη αναφορά στα νοσοκομεία διότι εκεί υπάρχουν ιατροί όλων των ειδικοτήτων και αντιμετωπίζονται όλες σχεδόν οι περιπτώσεις ασθενειών. Αυτό βοηθά σε μια πιο εμπεριστατωμένη άποψη.

Ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ κακή	2	1,8	1,8
κακή	1	,9	2,8
μέτρια	40	36,7	39,4
καλή	53	48,6	88,1
πολύ καλή	13	11,9	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
κακή	1	,9	,9
μέτρια	24	22,0	22,9
καλή	50	45,9	68,8
πολύ καλή	34	31,2	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Όσον αφορά τις ικανότητες, τις γνώσεις και την εμπειρία γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία, χαρακτηρίζεται καλή από τους μισούς, σχεδόν ερωτώμενους. Καλά είναι τα παραπάνω χαρακτηριστικά και των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Θα έλεγε κανείς ότι δεν υπάρχει κάποια διαφοροποίηση, όμως δε συμβαίνει κάτι τέτοιο. Ένα ποσοστό ύψους 31,2 % θεωρεί ότι οι ικανότητες, οι γνώσεις και η εμπειρία των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι πολύ καλή. Τον αντίστοιχο χαρακτηρισμό για τους γιατρούς στα δημόσια νοσοκομεία το δίνει μόνο το 11,9 %. Να σημειωθεί πως τα χαρακτηριστικά αυτά των ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία θεωρούνται πολύ κακά από ένα ποσοστό 1,8 % των ερωτώμενων, κάτι το οποίο κανείς δεν ισχυρίστηκε για τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Σε γενικές γραμμές, μέτριο έως καλό είναι ο

χαρακτηρισμός για τους γιατρούς του δημοσίου και καλό έως και πολύ καλό για αυτούς των ιδιωτικών νοσοκομείων.

Ένα άλλο θέμα το οποίο έχει τεράστια σημασία, είναι εκείνο της καθαριότητας. Για άλλη μια φορά την εξετάζουμε σε νοσοκομειακό επίπεδο, διότι είναι ένας χώρος που φιλοξενεί όλα τα περιστατικά προβλημάτων υγείας και προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Όλοι γνωρίζουμε σε γενικές γραμμές ότι η συνύπαρξη τόσων αρρώστων σε ένα χώρο όπως τα νοσοκομεία, είναι άκρως επικίνδυνη. Δεν μπορεί να κατανοήσει εύκολα κανείς ότι η διαχείριση της καθαριότητας είναι ολόκληρη φιλοσοφία και απασχολεί πολλούς συντονιστές και ελεγκτές πέρα από τους καθαριστές. Παλιότερα ανήκε μόνο στο κράτος ο τομέας αυτός. Τα τελευταία χρόνια στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας γίνονται διαγωνισμοί με όρους που καθορίζονται από τις σχετικές προκηρύξεις, και αναλαμβάνουν ιδιωτικά συνεργεία την ευθύνη της καθαριότητας. Πέρα από τα συνεργεία αυτά υπάρχουν και υπάλληλοι καθαριότητας που υπάγονται στο προσωπικό του νοσοκομείου και διοικούνται από προϊσταμένους και διευθυντές, υπεύθυνους για τον τομέα της καθαριότητας. Εκτός αυτών, υπάρχει ειδική επιτροπή λοιμώξεων που παίρνει καθημερινά δείγματα από όλους τους χώρους του νοσοκομείου και εξετάζει την υπάρχουσα κατάσταση.

Όσον αφορά τον τρόπο καθαριότητας, υπάρχουν ειδικές οδηγίες που περιγράφουν το πως πρέπει να γίνεται η καθαριότητα σε κάθε χώρο. Αν και σιγά σιγά θα αναλάβουν οι ιδιώτες το μεγαλύτερο μέρος της καθαριότητας, ευαίσθητοι χώροι του νοσοκομείου όπως είναι οι αίθουσες εντατικής θεραπείας και ανιάτων ασθενειών, θα παραμείνουν υπό την εποπτεία του δημοσίου και θα αναλαμβάνονται από δημόσιους υπαλλήλους καθαριότητας.

Καθαριότητα στα δημόσια νοσοκομεία.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ κακή	3	2,8	2,8
κακή	20	18,3	21,1
μέτρια	47	43,1	64,2
καλή	33	30,3	94,5
πολύ καλή	6	5,5	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Καθαριότητα στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
κακή	2	1,8	1,8
μέτρια	11	10,1	11,9
καλή	52	47,7	59,6
πολύ καλή	44	40,4	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Είναι εμφανείς οι διαφορές των απόψεων. Η καθαριότητα που επικρατεί στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι πολύ πιο καλή σε σχέση με αυτή που συναντά κανείς στα δημόσια. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι τα ιδιωτικά λειτουργούν υπό διαφορετικές συνθήκες και ακολουθούν άλλη λογική πορείας. Στόχο αποτελεί το μεγαλύτερο δυνατό κέρδος και σκοπός είναι η προσέλκυση ολοένα και περισσότερων ασθενών προσφέροντάς τους όσα ο δημόσιος τομέας αδυνατεί να προσφέρει. Ένα ποσοστό της τάξεως του 21 % θεωρεί πολύ κακή έως κακή την καθαριότητα στα δημόσια νοσοκομεία. Για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, από την άλλη, σχεδόν το 90% χαρακτηρίζει την καθαριότητα καλή έως πολύ καλή.

Στη συνέχεια χρησιμοποιείται η μέθοδος της σύγκρισης δυο ποιοτικών μεταβλητών σε δύο συσχετιζόμενα δείγματα. Όταν οι παρατηρήσεις εμφανίζουν κατά ζεύγη αντιστοιχία, τότε εφαρμόζεται χ^2 κατά ζεύγη (test του Mc Nemar) με ένα βαθμό ελευθερίας. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

Γενικότερη εξυπηρέτηση στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

		Γενικότερη εξυπηρέτηση στα ιδ. νοσ.				Σύνολο
		κακή	μέτρια	καλή	πολύ καλή	
Γενικότερη εξυπηρέτηση στα δημ. νοσ.	πολύ κακή	1	1	2	0	4
		0,0	0,5	2,1	1,4	4,0
	κακή	0,0	3	10	5	18
		0,2	2,1	9,6	6,1	18,0
	μέτρια	0	6	36	9	51
		0,5	6,1	27,1	17,3	51,0
	καλή	0	3	10	22	35
		0,3	4,2	18,6	11,9	35,0
	πολύ καλή	0	0	0	1	1
		0,0	0,1	0,5	0,3	1,0
Σύνολο		1	13	58	37	109
		1,0	13,0	58,0	37,0	109,0

Μέτρια θεωρείται η εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία από το 51 % του δείγματος και ακολουθεί το 35 % που τη θεωρεί απλά καλή. Ένα ποσοστό γύρω στα 22 % τη θεωρεί πολύ κακή έως κακή. Όσο για την εξυπηρέτηση στα ιδιωτικά νοσοκομεία, το 58 % τη θεωρεί καλή και το 37 % τη θεωρεί πολύ καλή. Κακή θεωρείται μόλις από το 1 %. Άρα υπάρχει μεγάλη διαφορά στη γενικότερη εξυπηρέτηση που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία από αυτή που προσφέρουν τα ιδιωτικά.

Ο λόγος για τον οποίο κάποιος πολίτης επισκέφτεται τις μονάδες αυτές υγείας, είναι το να επιλύσει κάποιο πρόβλημα που παρουσιάζει. Το τι θεραπεία θα του δοθεί και το αν θα βρύνουν όλα καλά, είναι ένα ακόμα ζήτημα που θα εξεταστεί. Δεδομένου του ότι οι ασθενείς δεν τυγχάνουν πάντα της καλύτερης θεραπείας, έγινε σχετική ερώτηση με σκοπό να διαλευκάνει το παρόν θέμα. Γίνεται σύγκριση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Ικανοποίηση ως προς τη λύση του προβλήματος στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία

		Ιδιωτικά νοσοκομεία.				Σύνολο	
		πολύ κακή	κακή	μέτρια	καλή	πολύ καλή	
Δημόσια νοσοκομεία.	πολύ κακή	0	2	0	0	3	5
		0,0	0,1	0,6	2,7	1,5	5,0
	κακή	1	1	3	10	7	22
		0,2	0,6	2,6	11,9	6,7	22,0
	μέτρια	0	0	8	27	3	38
		0,3	1,0	4,5	20,6	11,5	38,0
	καλή	0	0	2	22	13	37
		0,3	1,0	4,4	20,0	11,2	37,0
	πολύ καλή	0	0	0	0	7	7
		0,1	0,2	0,8	3,8	2,1	7,0
	Σύνολο	1	3	13	59	33	109
		1,0	3,0	13,0	59,0	33,0	109,0
	πολύ καλή	0	0	0	2	4	6
		0,1	0,1	1,5	3,2	1,0	6,0
	Σύνολο	2	2	28	58	19	109
		2,0	2,0	28,0	58,0	19,0	109,0

Η ικανοποίηση που έχουν οι ασθενείς από τη λύση του προβλήματος υγείας, διαφοροποιείται ανάμεσα στα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία. Αρκετά ικανοποιημένη δηλώνει η πλειοψηφία των ασθενών για τη λύση του προβλήματος υγείας από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ένα ποσοστό ύψους 4 % είναι δυσαρεστημένο. Όσο για τη λύση του προβλήματος υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία, το 62 % τη θεωρεί μέτρια και το 30% περίπου, μέτρια.

Και ως προς αυτό, τα ιδιωτικά νοσοκομεία ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς τους σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Εκτός όλων των προαναφερόμενων, η μετά την επίσκεψη συνεργασία με το γιατρό έχει τεράστια σημασία στο να ολοκληρωθεί η καλή εξυπηρέτηση των ασθενών.

Η μετά την επίσκεψη με το γιατρό συνεργασία στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία

Στα δημόσια νοσοκομεία η μετά την επίσκεψη συνεργασία με το γιατρό θεωρείται μέτρια έως καλή. Πολύ κακή έως κακή θεωρείται από το 27% των ερωτώμενων. Όσο για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, το 59% πιστεύει πως είναι καλή η μετά την επίσκεψη συνεργασία και το 33% τι θεωρεί πολύ καλή. Η συνεργασία αυτή θεωρείται κακή από το 4 % των ερωτώμενων. Για άλλη μια φορά διαπιστώνουμε ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι καλύτερες από ότι οι αντίστοιχες των δημόσιων νοσοκομείων.

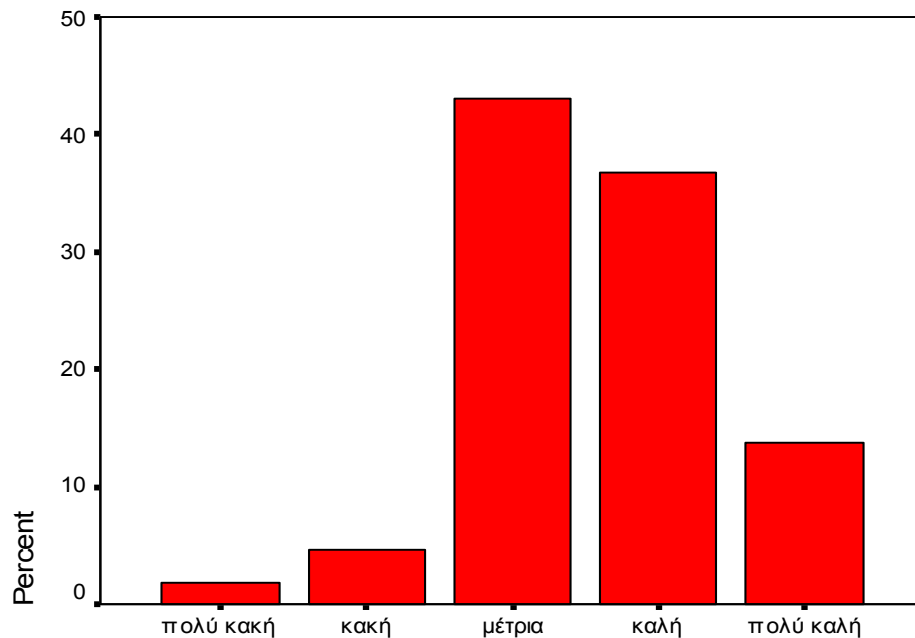
Ας δούμε στις δέκα επισκέψεις σε γιατρό αν οι περισσότερες γίνονται σε δημόσιο ή σε ιδιωτικό νοσοκομείο.



Το 58.7 % πραγματοποιεί σε δημόσιο νοσοκομείο τις περισσότερες επισκέψεις και όχι σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Αντιθέτως, το 41.3 % επισκέπτεται ιδιωτικό νοσοκομείο κατά κύριο λόγο. Βλέπουμε πως ο δημόσιος τομέας δεν ικανοποιεί μεγάλο μέρος των πολιτών με αποτέλεσμα να καταφεύγουν στην ιδιωτική υγεία. Στον ιδιωτικό τομέα σε αντίθεση με το δημόσιο, γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης του τι επιθυμεί ο καταναλωτής -

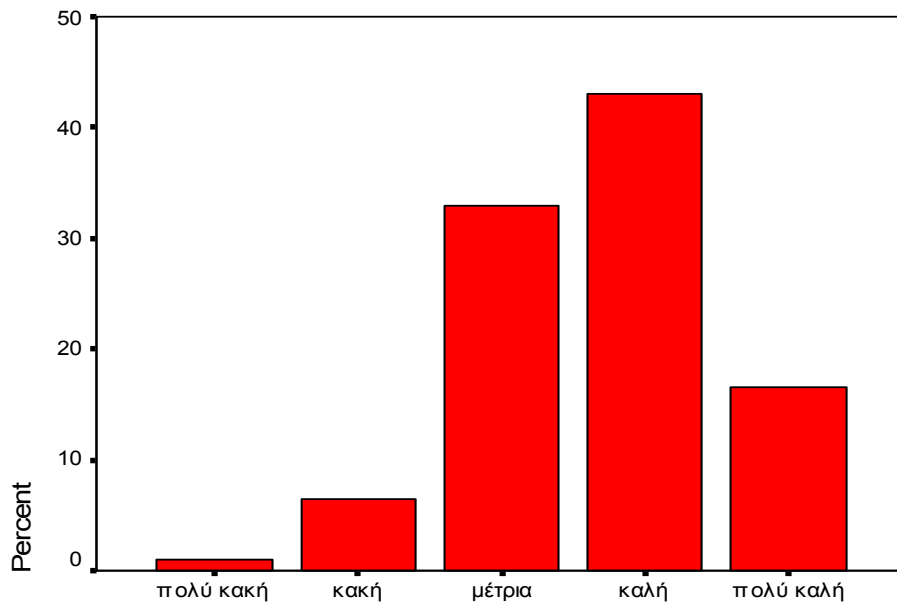
ασθενής και του προσφέρεται ότι ζητείται. Μέσω ερευνών ενημερώνονται για το τι λείπει από τους ασθενείς, και τι θα ήθελαν να τους προσφερθεί.

Οι κάτοικοι του Ηρακλείου Κρήτης έχουν διαμορφώσει μια εικόνα για τα μεγάλα νοσοκομεία της πόλης.

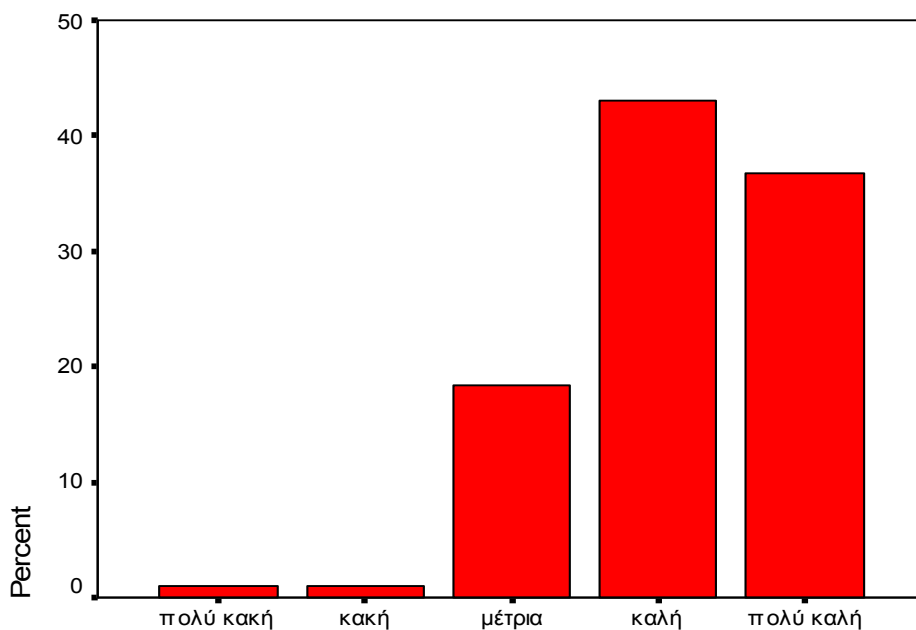


Εικόνα για το Βενιζέλειο

Το μεγαλύτερο ποσοστό των κατοίκων έχει μέτρια εικόνα για το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Αρκετοί είναι αυτοί που το θεωρούν καλό και κάποιοι πολύ καλό. Είναι πάρα πολύ μικρό το ποσοστό εκείνων που το θεωρούν πολύ κακό ή κακό νοσοκομείο. Η συντριπτική πλειοψηφία έχει αντίθετη άποψη.



Εικόνα για το ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.



Εικόνα για την ιδιωτική υγεία

Η εικόνα που έχουν για το ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. είναι καλύτερη από εκείνη του Βενιζελείου Νοσοκομείου. Πολύ υψηλό είναι το ποσοστό εκείνων που θεωρεί ότι είναι καλή έως πολύ καλή η εικόνα του νοσοκομείου αυτού βάσει των εμπειριών τους. Παρόλο, λοιπόν, που είναι και τα δύο δημόσια νοσοκομεία, υπάρχει διαφορά στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, μιας και σημειώνονται διαφορές όπως στην ξενοδοχειακή πλευρά των υπηρεσιών. Ασύγκριτα καλή είναι η εικόνα των ιδιωτικών μονάδων υγείας. Η

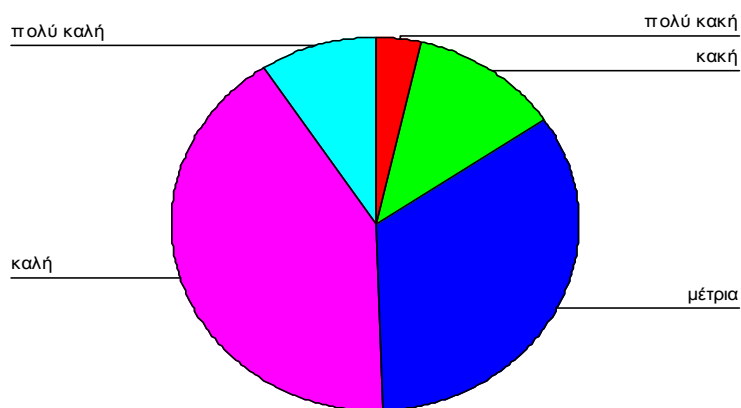
πλειοψηφία έχει καλή και πολύ καλή εικόνα για τις συγκεκριμένες μονάδες παροχής υγείας.

Η συμπεριφορά του προσωπικού θεωρείται πολύ σημαντική όπως φάνηκε και παραπάνω. Κάθε κατηγορία υπαλλήλων που συναναστρέφεται με τους ασθενείς, κρίνεται για τη συμπεριφορά τους. Ακολουθεί η άποψη των ερωτώμενων για τις τρεις βασικές κατηγορίες προσωπικού.

4.5.5.4. Συμπεριφορά προσωπικού

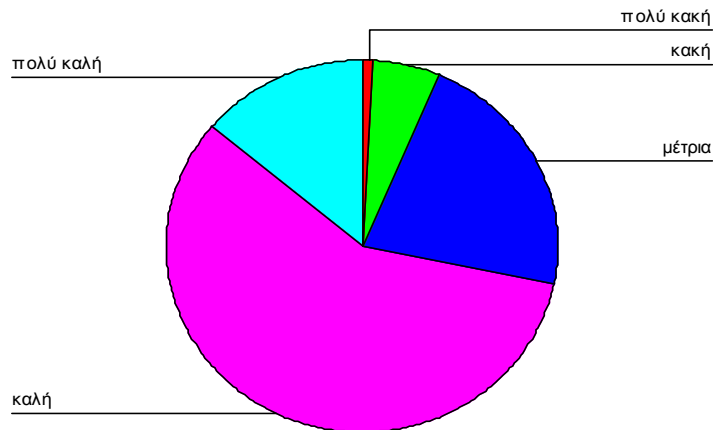
Μέτρια έως καλή θεωρείται η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού από την πλειοψηφία των κατοίκων του Ηρακλείου Κρήτης.

Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού



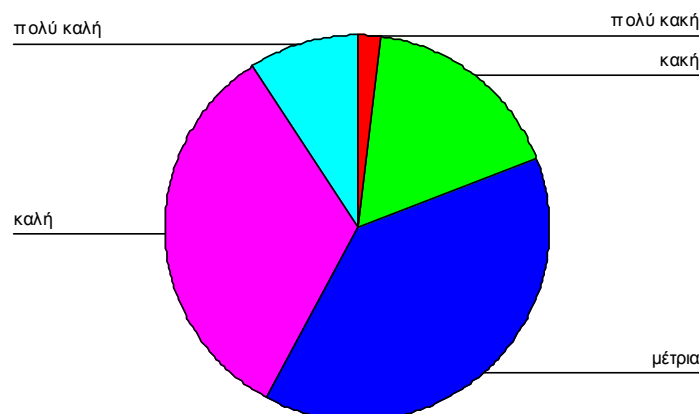
Ένα ποσοστό της τάξεως του 9.2 % κρίνει τη συμπεριφορά τους πολύ καλή και περίπου το 16 % τη θεωρεί πολύ κακή έως κακή. Διαφορετική άποψη έχουν οι ερωτώμενοι για το ιατρικό προσωπικό. Το 72 % περίπου πιστεύει ότι η συμπεριφορά των ιατρών είναι καλή έως πολύ καλή. Πολύ θετικότερη παρουσιάζεται η συμπεριφορά των ιατρών σε σχέση με τους νοσηλευτές. Όπως φαίνεται στα παρακάτω αποτελέσματα που έβγαλε η ανάλυση των δεδομένων στο πρόγραμμα SPSS, το περίπου 15 % χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά των ιατρών από πολύ κακή έως κακή και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ύψους 22%, τη θεωρεί μέτρια.

Συμπεριφορά γιατρικού προσωπικού



Εκτός από τις παραπάνω δύο κατηγορίες προσωπικού, υπάρχει και μια τρίτη, οι διοικητικοί υπάλληλοι. Όπως φαίνεται από την πίτα που ακολουθεί, μέτρια έως καλή θεωρείται από τους περισσότερους η συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων. Υπάρχει και ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό στο περίπου 20 % που βάσει της προσωπικής τους εμπειρίας κρίνουν τη συμπεριφορά αυτής της κατηγορίας προσωπικού ως πολύ κακή έως κακή. Το ένα δέκατο τη θεωρεί πολύ καλή.

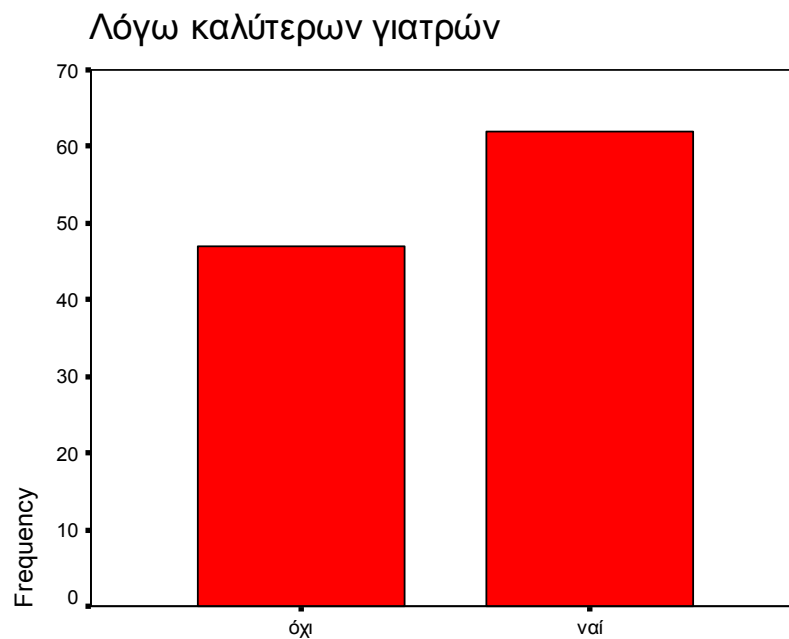
Συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων



Συνεπακόλουθα, ως προς τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς ξεχωρίζουν οι γιατροί. Ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό και τέλος το διοικητικό προσωπικό με τους γιατρούς να ξεχωρίζουν για την καλή τους συμπεριφορά σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού.

4.5.5.5. Λόγοι που οδηγούν ή όχι στην ιδιωτική υγεία

Η έντονη τάση των πολιτών να προτιμούν τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο την ιδιωτική περίθαλψη, κάνει όλο και πιο αναγκαία την ανασυγκρότηση της δημόσιας υγείας. Παραπάνω έγινε φανερό τι είναι σημαντικό για τον ασθενή στον τομέα της υγείας. Στη συνέχεια θα δούμε ποιος από τους λόγους αυτούς θα τους έκανε να επιλέξουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, παρά το τίμημα του υψηλού κόστους που θα συναντήσουν εκεί.



Στην περίπτωση εκείνη που κάποιος ιατρός δείχνει να είναι πολύ καλός όσον αφορά στην ειδικότητά του και δραστηριοποιείται στον ιδιωτικό τομέα, τότε η πλειοψηφία των ασθενών (56.9 %) θα προτιμήσουν να εξυπηρετηθούν από τον «καλόφημο» ιατρό του ιδιωτικού τομέα, κι αν χρειαστεί να πληρώσουν αρκετά περισσότερα σε σχέση με το δημόσιο. Για κάποιους άλλους ερωτώμενους αυτός ο λόγος δεν είναι αρκετός για να δείξουν την προτίμησή τους στον ιδιωτικό και όχι στο δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών. Ακόμη, το γεγονός ότι στον ιδιωτικό τομέα ο κάθε ασθενής - πελάτης - πηγή εσόδων λαμβάνει πολύ καλύτερη φροντίδα, περιποίηση, θα έκανε πολλούς (55%) να επιλέξουν αυτού του είδους την περίθαλψη κι αν χρειαστεί να δαπανήσουν μεγαλύτερα ποσά. Ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό ερωτώμενων που αγγίζει το 45 % δεν θα ξόδευε το παραπάνω αυτό ποσό για να λάχει καλύτερης φροντίδας διότι ιεραρχεί διαφορετικά τις προτεραιότητες του.

Από την άλλη, η καθαριότητα και το ευχάριστο περιβάλλον σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, θα έκαναν το 74.3 % όσων απάντησαν να επιλέξουν την ιδιωτική περίθαλψη έναντι της δημόσιας. Το 25.7 % ισχυρίζεται ότι δεν θα αποτελούσε η καθαριότητα και το ευχάριστο περιβάλλον λόγο να διαλέξουν την ιδιωτική από τη δημόσια περίθαλψη. Αυτή η μερίδα του δείγματος θέτει άλλες προτεραιότητες ως προς το τι ζητά από τις υπηρεσίες υγείας.

Υπάρχουν καθαροί και ευχάριστοι χώροι;

Καθαροί & ευχάριστοι χώροι	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	28	25,7	25,7
ναι	81	74,3	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το να νιώθει ο ασθενής ασφαλής και σίγουρος ότι η υγεία του είναι σε καλά χέρια, είναι λόγος που θα έκανε πολλούς να καταφύγουν στην ιδιωτική περίθαλψη. Σχεδόν το 60 %, όπως φαίνεται στην παρούσα ανάλυση, θεωρούν πολύ σημαντικό το να βρίσκονται σε χώρο όπου θα αισθανθούν ασφαλείς και σίγουροι για το πως θα αντιμετωπιστούν και όχι παραμελημένοι και ανασφαλείς. Θα έδιναν όσα ζητάει ο ιδιώτης προκειμένου να τους προσφερθεί αυτό το αγαθό.

Εμπνέουν ασφάλεια και σιγουριά;

Ασφάλεια & σιγουριά	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	44	40,4	40,4
ναι	65	59,6	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Από όλους τους παραπάνω λόγους, ο σημαντικότερος φαίνεται να είναι εκείνος που αφορά τη γρήγορη εξυπηρέτηση. Είναι σημαντικό πλεονέκτημα στον τομέα της υγείας ο χρόνος αναμονής, διότι μπορεί κάτι να αποβεί μοιραίο λόγω μη έγκαιρης επέμβασης του γιατρού. Η γρήγορη εξυπηρέτηση θεωρείται αγαθό για το οποίο η συντριπτική πλειοψηφία (82.6 %) θα έδινε όσο χρειάζεται προκειμένου να το αποκτήσει. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι δημόσιες μονάδες υγείας δεν προσφέρουν γρήγορη εξυπηρέτηση και οι ασθενείς έχουν έντονα παράπονα πάνω σε αυτό το θέμα, κάνει όλους αυτούς τους πολίτες να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθούν εγκαίρως. Ας μην ξεχνάμε πως γίνεται λόγος για την υγεία που αποτελεί συνώνυμο της ύπαρξης και για το λόγο αυτό κανείς δεν επιθυμεί να ρισκάρει.

Η γρήγορη εξυπηρέτηση

Γρήγορη εξυπηρέτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	19	17,4	17,4
ναι	90	82,6	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Πολλές είναι οι φορές εκείνες που γίνεται λόγος για τον τεχνολογικό εξοπλισμό των επιχειρήσεων. Όπως σε κάθε άλλο είδος επιχείρησης, τα τεχνολογικά μέσα μιας μονάδας υγείας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εξυπηρέτηση των ασθενών και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ορίζουν την ιατρική γνώμатеυση. Επομένως, θα πρέπει να είναι σύγχρονα, να συντηρούνται με τον καλύτερο τρόπο και να τα χειρίζονται ειδικευμένοι εργαζόμενοι. Άρα οι δαπάνες είναι πολύ υψηλές προκειμένου τα προαναφερόμενα να λειτουργήσουν σωστά. Στο δημόσιο τομέα, είναι γνωστό πως υπάρχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα όσων αφορά τον προϋπολογισμό για τον κλάδο της υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες δεν αρκούν για την κάλυψη των αναγκών που παρουσιάζονται. Φαινόμενα όπως η μη χρήση

σύγχρονων μηχανημάτων λόγω έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού ή πεπαλαιωμένα μηχανήματα που πρέπει να αποσυρθούν και παρόλα αυτά χρησιμοποιούνται, είναι καθημερινά και επικίνδυνα συχνά.

Πολλές είναι οι περιπτώσεις εκείνες που οι ασθενείς ενώ επιλέγουν το δημόσιο για την εξυπηρέτησή τους, δεν μπορούν να βοηθηθούν εκεί λόγω μη ύπαρξης κάποιων μηχανημάτων για κάποιες συγκεκριμένες εξετάσεις. Για ποιο λόγο αυτό οι ασθενείς καταφεύγουν σε ιδιωτικές μονάδες υγείας. Στην ερώτηση αν ο καλύτερος τεχνολογικός εξοπλισμός είναι λόγος να καταφύγουν στον ιδιωτικό κλάδο κι αν χρειαστεί να δαπανήσουν πολλά περισσότερα, απάντησαν κατά 72,5 % πως εξυπηρετούνται από τον ιδιωτικό τομέα κάθε φορά που το δημόσιο αδυνατεί να προσφέρει κάποιες υπηρεσίες λόγω ανεπάρκειας τεχνολογικού εξοπλισμού. Ακόμη και σε περίπτωση που δεν υπάρχουν νέα, σύγχρονα μηχανήματα και το πρόβλημα είναι σοβαρό, ο ιδιωτικός μόνο τομέας μπορεί να δώσει λύση και η λύση αυτή προσφέρεται επί πληρωμής. Παρακάτω γίνεται φανερό μέσα από τη ανάλυση των δεδομένων, πως και ο λόγος αυτός είναι σημαντικός και θα τους έκανε ή μάλλον θα τους ανάγκαζε πολλές φορές να προτιμήσουν τον ιδιωτικό κλάδο.

Τα σύγχρονα τεχνολογικά μηχανήματα

Σύγχρονα μηχανήματα	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	30	27,5	27,5
ναι	79	72,5	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Από ότι φαίνεται στον παραπάνω πίνακα που προέκυψε από την ανάλυση στο SPSS, το ένα τρίτο περίπου των ερωτώμενων δεν θα κατέφευγαν στην ιδιωτική περίθαλψη λόγω των σύγχρονων τεχνολογικά μηχανημάτων. Δεν θεωρούν σημαντικό το λόγο αυτό ώστε να μην χρησιμοποιήσουν την δημόσια ασφάλιση τους και να προβούν σε έξοδα για τέτοιο λόγο.

4.5.5.6. Τι παρέχουν τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

Πέρα από το που είναι διατεθειμένοι οι πολίτες να δώσουν τα χρήματά τους και να εμπιστευτούν την υγεία τους, ας εξετάσουμε μια άλλη πτυχή. Για την ακρίβεια, παρατίθενται κάποια βασικά σημεία του πακέτου ιατρικών υπηρεσιών και οι ασθενείς μαρτυρούν το αν τις υπηρεσίες αυτές τις συναντούν στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα.

Ευχάριστο περιβάλλον

Ευχάριστο περιβάλλον	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
δημόσια νοσοκομεία	8	7,3	7,3
ιδιωτικά νοσοκομεία	101	92,7	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Καθαριότητα

Καθαριότητα	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
δημόσια νοσοκομεία	7	6,4	6,4
ιδιωτικά νοσοκομεία	102	93,6	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το ευχάριστο περιβάλλον και η καθαριότητα είναι στοιχεία των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται καλύτερα στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Πάνω από το 90 % των ερωτώμενων ισχυρίζεται κάτι τέτοιο. Οι ίδιοι οι ερωτώμενοι τονίζουν το γεγονός ότι είναι λογικό στο δημόσιο να μη «νοιάζονται» όσο στα ιδιωτικά νοσοκομεία, αφού τα ιδιωτικά στοχεύουν στο κέρδος και προσπαθούν βάσει αυτού να προσφέρουν το καλύτερο για να ικανοποιήσουν τους πελάτες - ασθενείς συμπληρώνοντας τα κενά που αφήνει το δημόσιο σύστημα. Ο περιβάλλον χώρος, λοιπόν καθώς και η καθαριότητα, τυγχάνουν καλύτερης φροντίδας στον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά το επιστημονικό επίπεδο των ιατρών, τα δημόσια νοσοκομεία υπερέχουν των ιδιωτικών μιας και η πλειοψηφία (63.3 %) ισχυρίζεται πως καλύτεροι επιστήμονες υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία λόγω μεγαλύτερης πείρας.

Ένας επιπλέον λόγος είναι το γεγονός ότι οι γιατροί του δημοσίου τομέα εργάζονται και στον ιδιωτικό, άρα ως προς τον επιστημονικό υπόβαθρο των ιατρών οι ασθενείς είναι αισιόδοξοι και ασφαλείς στο δημόσιο χώρο.

Καλύτεροι επιστήμονες

Καλύτεροι επιστήμονες	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
δημόσια νοσοκομεία	69	63,3	63,3
ιδιωτικά νοσοκομεία	40	36,7	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Πολλές φορές οι πολίτες έρχονται αντιμέτωποι με λάθη που γίνονται όσον αφορά τη γνωμάτευση της ασθένειάς τους. Οι περιπτώσεις λαθών είναι πολλές. Ας δούμε σε ποιο τομέα γίνονται περισσότερα λάθη βάσει των απαντήσεων που έδωσαν οι 109 ερωτώμενοι.

Περισσότερα λάθη στη γνωμάτευση

Λάθη στη γνωμάτευση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
δημόσια νοσοκομεία	86	78,9	78,9
ιδιωτικά νοσοκομεία	23	21,1	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Για άλλη μια φορά η εμπειρία του δείγματος των πολιτών μας βεβαιώνει ότι το δημόσιο δυσλειτουργεί σε πιο πολλά σημεία σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Το 78.9 % μας πληροφορεί ότι περισσότερα λάθη έχουν γίνει σε γνωμάτευση που τους είχε κάνει γιατρός ή γιατροί σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Το 21.1 % μετρά περισσότερα λάθη γνωμάτευσης που έγιναν από ιδιωτικό νοσοκομείο.

Εκτός των λαθών, πολλοί ασθενείς δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν λόγω του ότι υπάρχει πολλές φορές έλλειψη μηχανολογικού εξοπλισμού και ιατρικών εργαλείων γενικότερα.

Έλλειψη μηχανημάτων και εργαλείων

Έλλειψη μηχανημάτων & εργαλείων	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
δημόσια νοσοκομεία	79	72,5	72,5
ιδιωτικά νοσοκομεία	30	27,5	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Όπως ήταν αναμενόμενο, το 72.5 % ισχυρίζεται ότι παρουσιάζεται έλλειψη μηχανολογικού εξοπλισμού και άλλων ιατρικών εργαλείων στο δημόσιο τομέα. Οι υπεύθυνοι του ιδιωτικού τομέα φροντίζουν πολύ καλύτερα να αποφεύγονται τέτοιου είδους ελλείψεις, παρόλα αυτά, το ένα τρίτο σχεδόν πιστεύει ότι στον ιδιωτικό τομέα υπάρχουν οι περισσότερες ελλείψεις. Το σίγουρο είναι ότι απόλυτος εξοπλισμός με όλα εκείνα όσα χρειάζονται για την κάθε είδος εξέτασης, δεν προσφέρεται σε κανέναν από τα δύο μέρη.

Ακούγεται πολύ συχνά από τους πολίτες ότι σε πολλούς τομείς ισχύει το ελληνικό ρητό «ότι πληρώνεις, παίρνεις». Αν ίσχυε κάτι τέτοιο στον τομέα της υγείας θα μαρτυρούσε δυσλειτουργία, μιας και το κρατικό σύστημα υγείας έχει σκοπό να προσφέρει ίδιες υπηρεσίες στους ασφαλιζόμενους. Η δωρεάν περίθαλψη σημαίνει ότι όλοι αντιμετωπίζονται με τον ίδιο αντικειμενικό τρόπο και δεν υπάρχουν διακρίσεις ανάμεσα σε αυτούς που πληρώνουν πολλά ή λίγα διότι υπό υγιή συνθήκες δεν υπάρχει τιμοκατάλογος στον τομέα αυτό. Δυστυχώς, όμως, φαίνεται πως και στην υγεία ισχύει το ότι πληρώνεις παίρνεις. Αυτό ισχυρίζονται έχοντας υπόψη τους την προσωπική τους εμπειρία, το 76.1 % του δείγματος. Αντιθέτως, το 23.9 % θεωρεί ότι στην υγεία δεν ισχύει κάτι τέτοιο και τα πράγματα είναι πιο αντικειμενικά.

Ισχύει "ότι πληρώνεις παίρνεις";

«ότι πληρώνεις παίρνεις»	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	26	23,9	23,9
ναι	83	76,1	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Η τηλεϊατρική είναι μια νέα ιατρική υπηρεσία που έχει αρχίσει να εφαρμόζεται για τις απλές περιπτώσεις προβλημάτων υγείας και ενδέχεται, αν χειριστεί σωστά, να φέρει επανάσταση στην εξυπηρέτηση των ανήμπορων και όχι μόνο ασθενών. Όσον αφορά την υπηρεσία αυτή, η πλειοψηφία δεν γνωρίζει για την ύπαρξή της. Αυτό μάλλον οφείλεται κυρίως στην ελλιπή ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς.

Γνωρίζετε για την τηλεϊατρική;

Γνώση για την τηλεϊατρική	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	56	51,4	51,4
ναι	53	48,6	100,0
Σύνολο	109	100,0	

Το 48.6 % ισχυρίστηκε ότι τη γνωρίζει την υπηρεσία αυτή. Από αυτούς το 92 % περίπου δεν την έχει χρησιμοποιήσει, αντιθέτως μόνο το 8.3 % έχει κάνει χρήση αυτής της υπηρεσίας.

Έχεις χρησιμοποιήσει τηλεϊατρική;

Χρήση τηλεϊατρικής	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	100	91,7	91,7
ναι	9	8,3	100,0
Σύνολο	109	100,0	

4.6. Συμπεράσματα

Το σπουδαιότερο ίσως αγαθό του ανθρώπου είναι η υγεία του, εφόσον έχει να κάνει με την ίδια του την ύπαρξη. Αυτός είναι ένας επιπλέον λόγος να κινητοποιηθούν πολύ πιο προσεχτικά όσοι είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των πολιτών. Η υγεία είναι ένα αγαθό αλλά και ένα σύνολο από υπηρεσίες που προσφέρονται για τη διαφύλαξη αυτού του αγαθού. Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι πολύ δύσκολη υπόθεση. Οι «πελάτες» που δέχονται τις υπηρεσίες υγείας, οι ασθενείς είναι βασικό μέτρο εκτίμησης του προϊόντος που προσφέρεται. Πέρα από τις παροχές υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα, έχει ακμάσει και ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας. Το εύφορο έδαφος αποτέλεσε η έντονη δυσάρεσκεια των πολιτών καθώς και οι έρευνες που πραγματοποιούν οι ιδιωτικές «επιχειρήσεις» υγείας, ώστε να προσφέρουν όλες εκείνες τις πτυχές υπηρεσιών που παρουσιάζουν έλλειψη. Το αποτέλεσμα ενός συνόλου δουλειάς φαίνεται στην αρέσκεια ή δυσάρεσκεια των πολιτών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα βασικότερα προβλήματα εστιάζονται στην αγένεια του νοσηλευτικού και διοικητικού κυρίως προσωπικού, καθώς και των γιατρών σε πολύ μικρότερο βαθμό. Το «μέσον» θεωρείται απαραίτητο στον τομέα της υγείας για να εξυπηρετηθεί καλύτερα ο ασθενής. Αίσθηση δημιουργεί το γεγονός ότι το φιλοδώρημα, τα γνωστά ως «φακελάκια» ή και «γρηγορόσημα», απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των ασθενών σε δύσκολες υποθέσεις υγείας. Αυτό έγινε παραδεκτό από τη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων κι ως αποτελεί κοινό μυστικό. Η καθαριότητα θεωρείται βασικό στοιχείο στο σύνολο υπηρεσιών υγείας και η καλύτερη εξυπηρέτηση προσφέρεται από τις ιδιωτικές μονάδες υγείας. Από την άλλη, πιστεύεται ότι το δημόσιο έχει τους καλύτερους γιατρούς, αλλά ασφάλεια εμπνέει ο ιδιωτικός τομέας. Όσο για τη συνεργασία με το γιατρό μετά την επίσκεψη, αυτή είναι καλύτερη στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος υπερτερεί στη ξενοδοχειακή υποδομή. Πολύ καλή είναι η εικόνα που έχουν οι ερωτώμενοι για τις μονάδες ιδιωτικής υγείας. Παρόλα αυτά, οι περισσότερες επισκέψεις γίνονται σε δημόσιες μονάδες υγείας.

Από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι χρησιμοποιούν δημόσια περίθαλψη είναι ο χρόνος αναμονής στην ουρά για τις διάφορες γραφειοκρατικές διαδικασίες καθώς και για να κλείσουν κάποιο ραντεβού. Τα ραντεβού καθυστερούν πάνω από μήνα και πολλές φορές αυτό κινδυνεύει να αποβεί μοιραίο σε περίπτωση σοβαρών ασθενειών.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι χρησιμοποιούν τη δημόσια περίθαλψη, γίνονται αντικείμενο έρευνας για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας οι οποίες προσφέρουν αυτό που αδυνατεί να προσφέρει ο δημόσιος τομέας.

Όσοι είναι υπεύθυνοι να υπηρετούν την υγεία προσφέροντας τις υπηρεσίες τους, πρέπει να αφουγκράζονται τι θέλει ο ασθενής και από την άλλη τι τον δυσαρεστεί. Πρέπει τα σημειώματα παραπόνων να μην αποτελούν πια απλά άψυχα χαρτιά, αλλά την αρχή για μια ριζική βελτίωση της κατάστασης που επικρατεί στον τομέα της υγείας. Μπορεί τα οικονομικά της χώρας να μην αντέχουν μεγάλα βάρη, κάποια σημαντικά προβλήματα, παρόλα αυτά μπορούν να βελτιωθούν.

4.7. Περαιτέρω ερευνητικές προτάσεις

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει και μέσω άλλων μεθοδολογιών. Στην προκειμένη επιλέχτηκε να πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου, λαμβάνοντας υπόψη τα ελληνικά δεδομένα και τον τρόπο λειτουργίας του εδώ συστήματος. Παρόλα αυτά, νέες μεθοδολογίες στατιστικών επιστημών μπορούν να δοκιμαστούν και να γίνει μεταξύ τους σύγκριση και τέλος, επιλογή της αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης μεθοδολογίας. Μια από τις μεθόδους μέτρησης της ποιότητας είναι η που προτείνεται

Μέρος Β'



ΤΣΕΧΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

« Έρευνα Ικανοποίησης Ασθενών σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πράγας »

« Είναι ανώφελο να πεις σε ένα ποτάμι να σταματήσει να ρέει. Το καλύτερο είναι να μάθεις να κολυμπάς προς την κατεύθυνση που ακολουθεί το ρεύμα του...»

1.1. Εισαγωγή

Στο Β' Μέρος της εργασίας γίνεται παρουσίαση της γενικότερης κατάστασης του τομέα της υγείας που επικρατεί στην Τσεχία. Εξετάζεται το μεγαλύτερο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πράγας, το Charles University Hospital του οποίου η ιστορία έχει ως εξής:

Αναδρομικά

Η ιδέα ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της αυτοκρατορίας του Ιωσήφ του 2^{ου}. Όταν ο Ιωσήφ ανέβηκε στο θρόνο το 1781, έθεσε τους κανόνες για το πως θα χτιστεί το ιατρικό ινστιτούτο. Τα γενικά νοσοκομεία έπρεπε να φροντίζουν ανθρώπους φτωχούς, γυναίκες έγκυες και άλλους ασθενείς. Επομένως το νοσοκομείο θα αποτελούσε κέντρο υγείας, ορφανοτροφείο και καταφύγιο για φτωχούς και χρόνια άρρωστους ασθενείς.

Στο ξεκίνημά του στην Πράγα παρουσιάστηκαν προβλήματα οικονομικής και νομικής φύσεως, μιας και έπρεπε να βρεθούν πηγές χρηματοδότησης. Οι διαδικασίες ίδρυσης του νέου ιατρικού ινστιτούτου ξεκίνησαν το 1785. Οι προτάσεις για την τοποθεσία ίδρυσης εστιαζόταν στο μοναστήρι της οδού Charles, τοποθεσία που καθιερώθηκε, μετά και την επίσκεψη του Ιωσήφ του 2^{ου} στην Πράγα το 1786. Στις 18 Σεπτεμβρίου του 1788 εστάλη από τη Βιέννη η ανάλυση του οργανισμού για παροχή φροντίδας υγείας.

Θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς τι είδους ασθενείς περιθάλπει το εν λόγω νοσοκομείο; Παρείχε φροντίδα σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτου θρησκείας, εθνικότητας και κοινωνικής τάξης. Μονάχα οι ασθενείς με ανίατες αρρώστιες αποφασίστηκε να φιλοξενοούνται σε άλλο, ειδικό χώρο. Όσοι ασθενείς πλήρωναν για την παροχή των υπηρεσιών, φιλοξενοούνταν σε δωμάτια πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Οι κάτοικοι της Πράγας είχαν κάποια έκπτωση σε αυτό. Αυτό το πλεονέκτημα καταργήθηκε το 1928 και ο διαχωρισμός σε ασθενείς που πληρώνουν ή όχι, καταργήθηκε δυο δεκαετίες αργότερα, το 1948. Οι κλινικές ξεκίνησαν να λειτουργούν λίγους μήνες μετά την έναρξη των εργασιών του νοσοκομείου. Τότε ξεκίνησε και η εκπαίδευση των φοιτητών της ιατρικής.

Τα ασθενοφόρα άρχισαν να λειτουργούν μετά την έναρξη εργασίας των κλινικών και η ύπαρξή τους δημιούργησε διαμάχες όσον αφορά τη νομική και οικονομική θέση τους.

Το 1882 ορίστηκε ο διαχωρισμός του νοσοκομείου σε δύο μέρη, το Τσέχικο και το Γερμανικό. Το τμήμα ιατρικής άρχισε τις δραστηριότητές του το σχολικό έτος 1883. Το 1892 το Τσέχικο τμήμα κατόρθωσε να αποκτήσει τον ίδιο αριθμό κλινών με εκείνο του Γερμανικού τμήματος. Αυτό επικράτησε μέχρι το κλείσιμο των Πανεπιστημίων στις 17 Νοεμβρίου του 1939.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, οι πρώτες νοσοκόμες προήλθαν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα. Η εργασία τους ήταν πολύ σκληρή και η αμοιβή χαμηλή. Από το 1844 μόνο νοσοκόμες θηλυκού γένους εργαζόντουσαν στα νοσοκομεία. Η πρώτη σχολή για νοσοκόμες ιδρύθηκε το 1916.

Το εν λόγω νοσοκομείο απαρτίζεται στις μέρες μας από χιλιάδες εργαζόμενους που κατόρθωσαν και συνεχίζουν να κατορθώνουν σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο έρευνας, θεραπείας και γενικότερης εξέλιξης στον τομέα της υγείας. Πραγματοποιούνται σημαντικές εγχειρήσεις και ο εξοπλισμός είναι σύγχρονος.

* * *

Το κεφάλαιο αυτό είναι αφιερωμένο σε έρευνα ικανοποίησης ασθενών που έλαβε χώρα στο Charles University Hospital της Πράγας στην Τσεχία. Η έρευνα αυτή ξεκίνησε να εφαρμόζεται το έτος 2005 και την ανέλαβε ειδικό τηλεφωνικό κέντρο που δημιουργήθηκε με σκοπό τη διεξαγωγή ερευνών ικανοποίησης των ασθενών. Η νέα αυτή λειτουργία είναι μέρος της όλης φιλοσοφίας που επικρατεί και εντάσσεται στο γενικότερο κλίμα του ανταγωνισμού.

Σκοπός του κεφαλαίου είναι να αναλύσει το σύστημα υγείας που επικρατεί σε χώρα του εξωτερικού και είναι δομημένο διαφορετικά από εκείνο της Ελλάδος. Αυτό θα επιφέρει πληροφορία σημαντική και νέες ιδέες για όσους ασχολούνται με τον τομέα αυτό στην Ελλάδα, και στη συνέχεια προτείνεται να εξεταστούν κάποια βασικά σημεία με απώτερο σκοπό την εφαρμογή και αφομοίωσή τους στα Ελληνικά δεδομένα.

1.2. Έρευνα ικανοποίησης ασθενών στην Τσεχία το έτος 2006

Το νοσοκομείο έχει αναπτύξει μια νέα υπηρεσία η οποία έχει ως αντικείμενο να πραγματοποιεί έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η μεθοδολογία που επιλέχτηκε για τη διεξαγωγή των ερευνών αυτών είναι εκείνη των τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Ο λόγος για τον οποίο αποφασίστηκε ο συγκεκριμένος τρόπος είναι διότι θεωρείται πως μέσω του τηλεφώνου ο ασθενής μπορεί πιο εύκολα να απαντήσει και να είναι οι απαντήσεις του αυτές πιο αντικειμενικές. Το δείγμα κυμαίνεται στους 110 με 120 ερωτώμενους και κάθε μήνα εξετάζονται ασθενείς από διαφορετικές κλινικές. Οι ερωτήσεις είναι ίδιες κάθε φορά και έχουν σχέση με κάποια δημογραφικά στοιχεία, καθώς και επτά ερωτήσεις ικανοποίησης. Τα προσωπικά στοιχεία που ζητούνται από τους ερωτώμενους έχουν σχέση με τον κωδικό του ασθενή, σε ποια κλινική από τις εξεταζόμενες νοσηλεύτηκε ο ασθενής, το φύλλο του ερωτώμενου, την ηλικία, τη μέθοδο επιλογής, το μορφωτικό επίπεδο, τη διάγνωση, την ημερομηνία και τέλος, τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Οι ερωτήσεις ικανοποίησης είναι οι επτά που ακολουθούν και οι επιλογές απαντήσεων που δίνονται είναι: ναι, όχι και δεν γνωρίζω.

1. Είσαι ικανοποιημένος από τον τρόπο με τον οποίο σε αντιμετώπισαν οι νοσοκόμες;
2. Είσαι ικανοποιημένος με τη φροντίδα που σου παρείχαν οι νοσοκόμες;
3. Ενημερώθηκες με τρόπο κατανοητό από τον ιατρό όσον αφορά τη διάγνωση του προβλήματος και τη θεραπεία;

4. Σου δόθηκε η απαραίτητη πληροφορία κατά τη διάρκεια της παραμονής σου;
5. Σου δόθηκε επαρκή πληροφορία για τη μελλοντική θεραπεία όταν πήρες ελιξίριο από το νοσοκομείο;
6. Θα σύστηνες το νοσοκομείο σε φίλους σου;
7. Τι θα αλλάζατε / βελτιώνατε όσον αφορά το νοσοκομείο;

1.2.1. Ιανουάριος 2006

Το μήνα Ιανουάριο πραγματοποιήθηκαν 115 τηλεφωνήματα που αφορούσαν την καρδιολογική κλινική, τη νευρολογική, την ουρολογική, την κλινική αλλεργιών

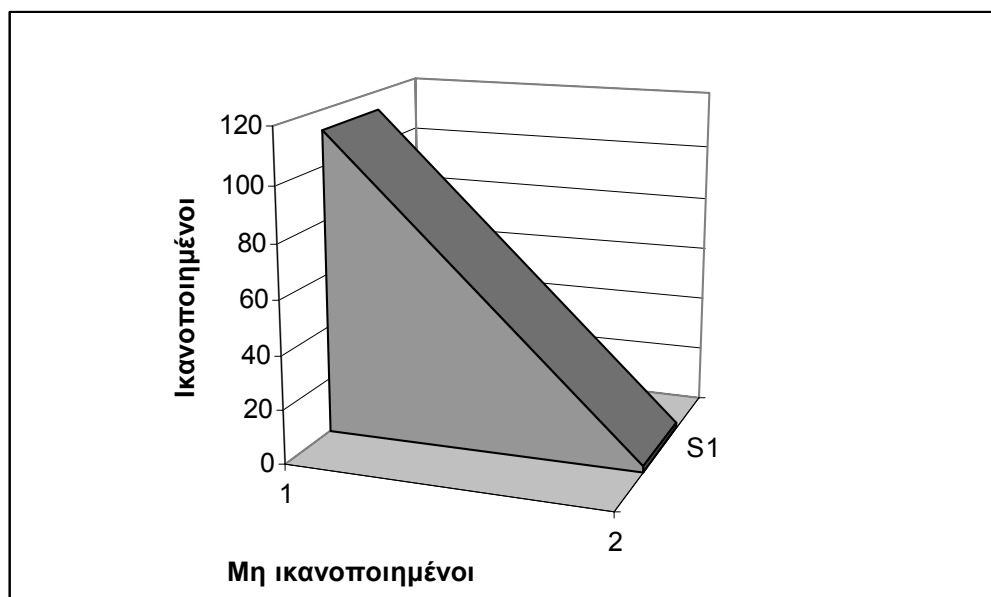
Ακολουθούν οι απαντήσεις που δόθηκαν στις έξη πρώτες κλειστές ερωτήσεις:

Όσον αφορά τις δυο πρώτες ερωτήσεις που αναφέρονται στο βαθμό ικανοποίησης από τη φροντίδα και τη θεραπεία που προσφέρουν οι νοσοκόμες, οι 113 στους 115 που αποτελούν το σύνολο, δηλώνουν ικανοποιημένοι. Μονάχα οι 2 εκ των 115 δηλώνουν δυσαρέσκεια και κανένας δεν επέλεξε την απάντηση «δεν γνωρίζω».

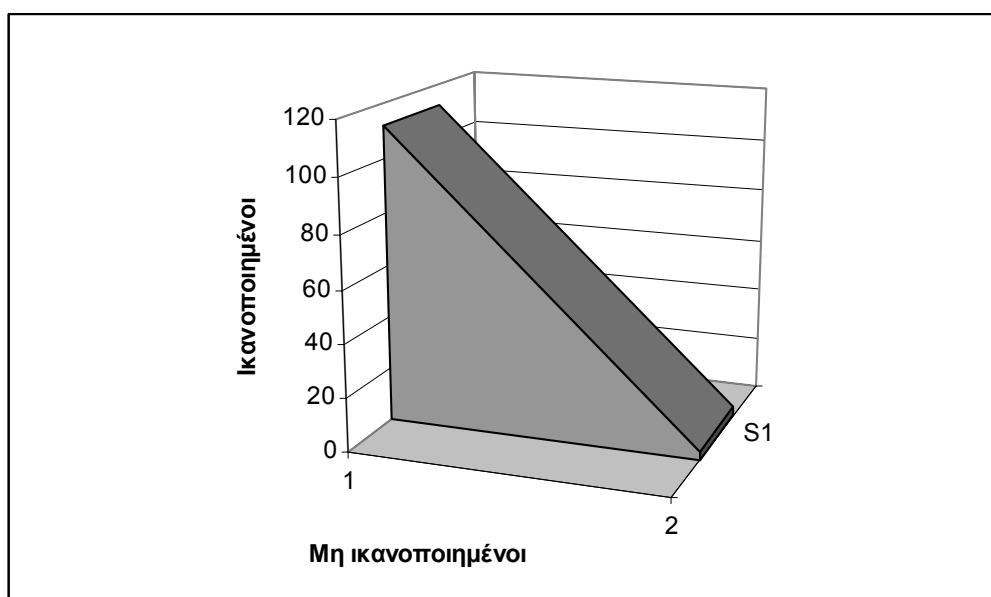
Οι δύο επόμενες ερωτήσεις έχουν να κάνουν με την σωστή ενημέρωση των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία του προβλήματος υγείας. Ικανοποιημένοι δηλώνουν να είναι στο θέμα αυτό οι 112 από τους 115 ερωτώμενους.

Η πέμπτη ερώτηση είναι σχετική με την πληροφορία που αποκόμισε ο ασθενής φεύγοντας από το νοσοκομείο και αφορά τη μελλοντική θεραπεία του προβλήματος που παρουσιάζει. Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι (114 / 115) απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι ως προς την ενημέρωση αυτή.

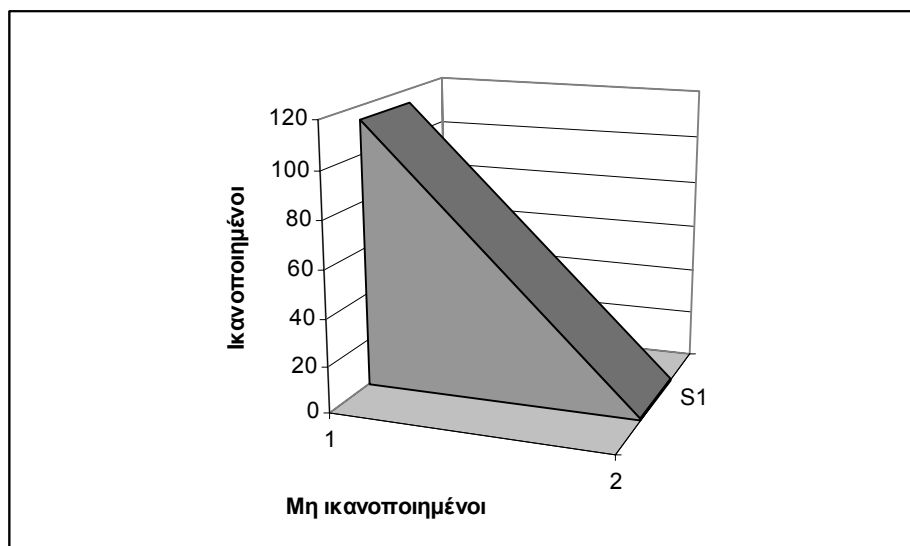
Τέλος, κλήθηκε το δείγμα αυτό των ασθενών να δηλώσει εάν θα σύστηνε το νοσοκομείο σε φίλους. Και στην ερώτηση αυτή οι 114 εκ των 115 απάντησαν θετικά και επομένως αισιόδοξα.



Γράφημα 1: Βαθμός ικανοποίησης όσον αφορά τις δύο πρώτες ερωτήσεις

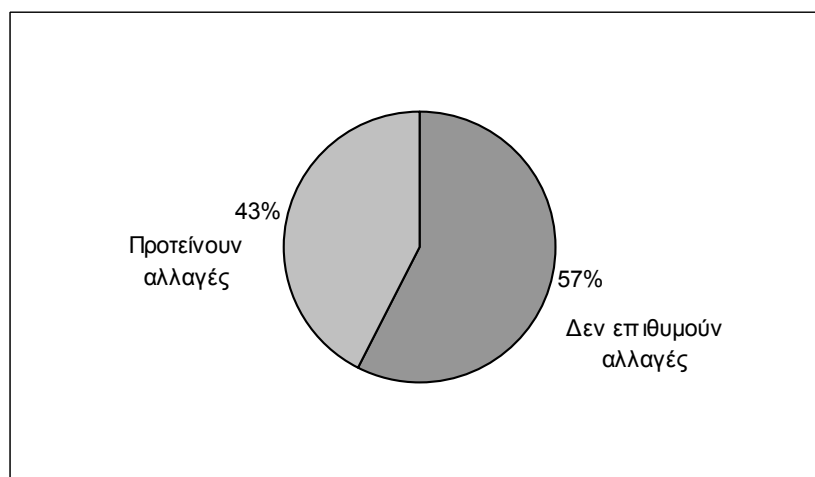


Γράφημα 2: Βαθμός ικανοποίησης όσον αφορά τις ερωτήσεις 3 & 4



Γράφημα 3: Βαθμός ικανοποίησης όσον αφορά τις ερωτήσεις 5 & 6

Η τελευταία ερώτηση είναι ερώτηση ανοικτού τύπου. Οι 66 ασθενείς θεωρούν πως δεν χρειάζεται να αλλάξει κάτι στο όλο σύστημα λειτουργίας του νοσοκομείου. Από την άλλη οι 49 θεωρούν πως χρειάζονται αλλαγές και πρότειναν τις δικές τους ιδέες. Οι αλλαγές αυτές αφορούν καλύτερο τεχνολογικό εξοπλισμό, την βελτίωση της ανεπαρκούς καθαριότητας, το φαγητό (να είναι πιο νόστιμο και να μην σερβίρεται κρύο , αλλά ζεστό), καθώς και τον καλύτερο καταμερισμό θαλάμων ούτως ώστε οι ασθενείς που η αρρώστια τους τους αναγκάζει να θορυβούν από τον πόνο, να μην παρευρίσκονται στον ίδιο θάλαμο με όσους είναι απόλυτα σιωπηλοί.



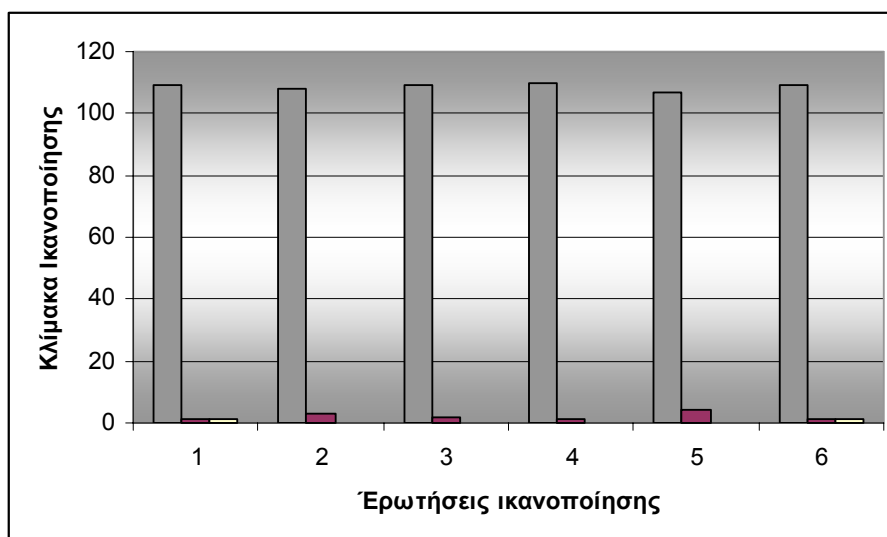
Γράφημα 4: Όσοι προτείνουν αλλαγές στο υπάρχων σύστημα

1.2.2. Φεβρουάριος 2006

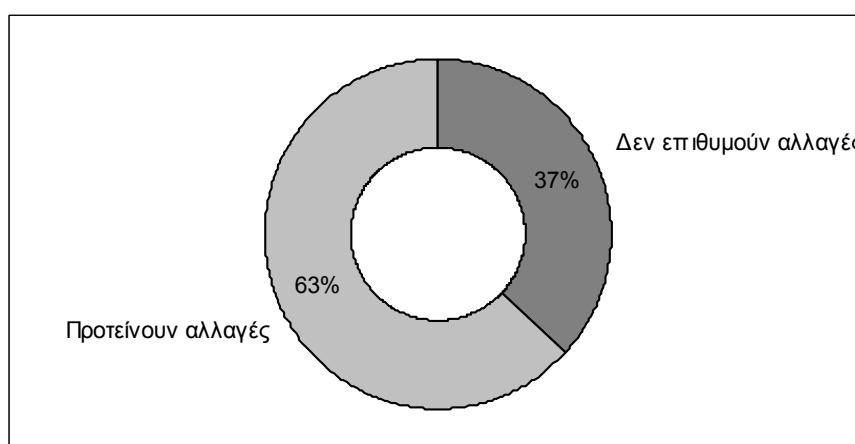
Το μήνα Φεβρουάριο πραγματοποιήθηκαν 111 τηλεφωνήματα σε ασθενείς των κλινικών γυναικολογίας, ωτορινολαρυγγολογίας, αλλεργιών

Και οι απαντήσεις που δόθηκαν έχουν ως εξής:

Όσον αφορά τον τρόπο Θεραπείας από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι 109 δηλώνουν να είναι ικανοποιημένοι, ο ένας μη ικανοποιημένος και ένα άτομο από όσους ερωτήθηκαν δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. Σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι έμειναν από την φροντίδα των νοσοκόμων, οι 108 δηλώνουν ευχαριστημένοι και οι υπόλοιποι 3 μη ευχαριστημένοι. Ακόμη, οι 109 έναντι των 2, δηλώνουν ικανοποίηση πάνω στον τρόπο ενημέρωσής τους από τους γιατρούς για την διάγνωση και θεραπεία της ασθένειάς τους. Οι 110 από τους 111 είχαν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Όσο για τη μελλοντική θεραπεία που θα ακολουθήσει ο κάθε ασθενής, οι 107 από τους 111 ερωτώμενους πήραν την απαραίτητη πληροφορία αφήνοντας το χώρο του νοσοκομείου. Τέλος, οι 109 θα συστήσουν σε φίλους το νοσοκομείο όπου νοσηλεύτηκαν, ο ένας δε θα το σύστηνε και ένας ασθενής δεν γνωρίζει.



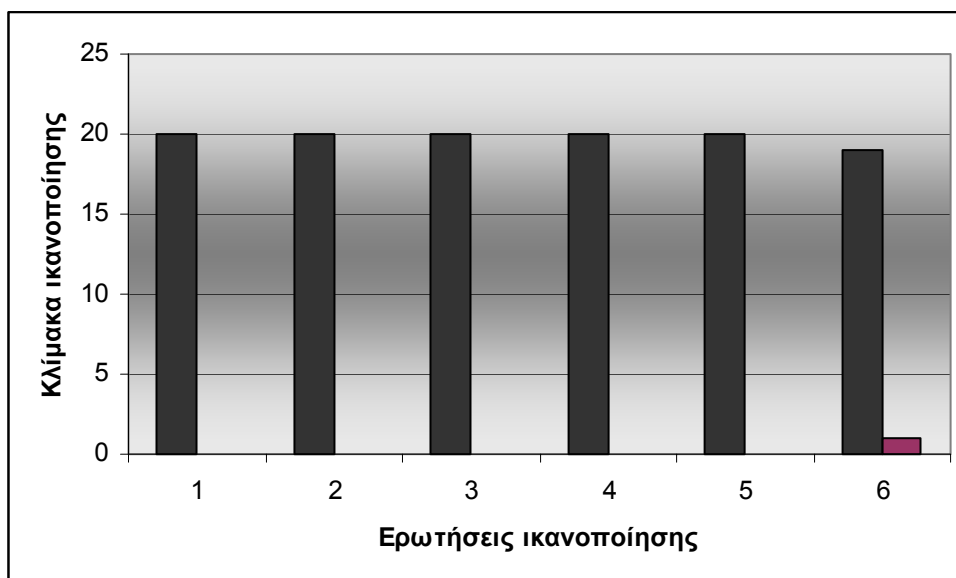
Γράφημα 5: Ο βαθμός ικανοποίησης το μήνα Φεβρουάριο



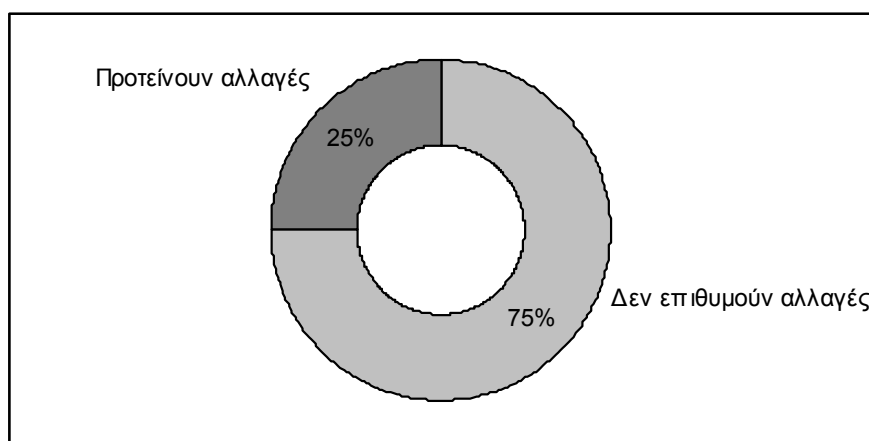
Γράφημα 6: Όσοι προτείνουν αλλαγές στο υπάρχων σύστημα

Οι 70 από τους προαναφερόμενους πρότειναν αλλαγές που μπορούν να γίνουν στο νοσοκομείο και οι 41 θεωρούν ότι δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν κάποιες αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές δεν αφορούν όλες τις κλινικές στο σύνολό τους αλλά γίνονται προτάσεις που αφορούν κάθε μια από τις εξεταζόμενες κλινικές του μήνα Φεβρουάριο.

Το δεύτερο αυτό μήνα της έρευνας σημειώθηκε κάτι νέο στην διαδικασία αυτής. Γίνεται αναλυτική αναφορά των ασθενών που ρωτήθηκαν ανά κλινική και συνεπώς προτείνονται λύσεις πιο συγκεκριμένες ανά κλινική. Για παράδειγμα, στο σύνολο των 111 τηλεφωνημάτων τα 20 αφορούσαν ασθενείς που φιλοξενήθηκαν στην ωτορυνολαρυγγολογική κλινική. Και οι είκοσι αυτοί δηλώνουν ομόφωνα ικανοποιημένοι όσον αφορά τις πρώτες πέντε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και οι 19 στους 20 φανερώνουν ευχαρίστηση για την έκτη ερώτηση που αφορά το κατά πόσο θα σύστηναν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε φίλους τους. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι 15 στους 20 ασθενείς δεν θεωρούν αναγκαία καμία βελτίωση στη συγκεκριμένη κλινική, ενώ οι υπόλοιποι 5 πιστεύουν ότι πρέπει να γίνουν κάποιες αλλαγές. Οι αλλαγές που επισημαίνονται αφορούν το φαγητό, το να υπάρξουν καλύτερα και πιο ευχάριστα (χρωματιστοί τοίχοι) δωμάτια για τα παιδιά και τέλος να δίνονται τα παυσίπινα στην προκαθορισμένη ώρα τους.



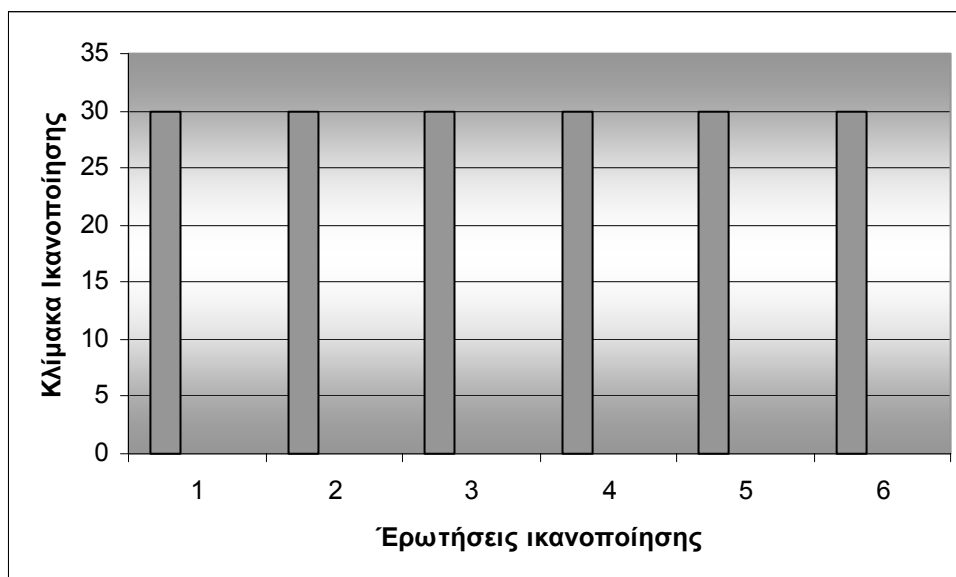
Γράφημα 7: Απαντήσεις από την ωτορυνολαρυγγολογική κλινική



Γράφημα 8: Όσοι προτείνουν αλλαγές στο υπάρχων σύστημα

Σημειωτέον είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς της γυναικολογικής κλινικής δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι (Γράφημα 9) στο πλαίσιο των έξι ερωτήσεων. Οι μισοί εκ των τριάντα ερωτώμενων προτείνουν αλλαγές στο υπάρχον σύστημα της συγκεκριμένης κλινικής και οι υπόλοιποι θεωρούν ότι δεν είναι αναγκαίο να αλλάξει τίποτα. Οι αλλαγές εστιάζονται στην ποιότητα φαγητού που προσφέρεται και στο να υπάρξει η δυνατότητα αγοράς ειδών σίτισης σε εσωτερικούς χώρους της πτέρυγας. Επομένως, τα παράπονα εστιάζονται μονάχα στο ζήτημα της σίτισης και δεν σημειώνονται άλλου είδους παράπονα σχετικά με θέματα θεραπείας, φροντίδας, ενημέρωσης, εξυπηρέτησης κλπ.

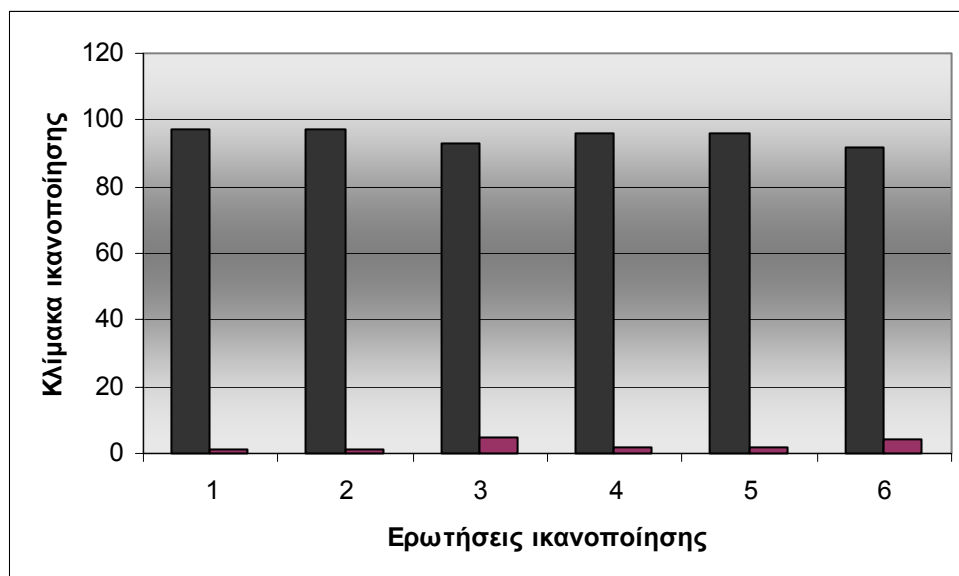
Κατά τον ίδιο μήνα, αποτελέσματα της μελέτης που έλαβε χώρα σε άλλες δύο κλινικές, δηλώνουν πως υπάρχουν προβλήματα σχετικά με την ποιότητα των κρεβατιών, έλλειψη σε παιδικά παιχνίδια και έλλειψη κλιματισμού. Κάποιοι υπογραμμίζουν το θέμα βελτίωσης της κατάστασης που επικρατεί στο εσωτερικό των δωματίων, κάνουν λόγο για αύξηση αριθμού τουαλετών και ντους, καθώς και βελτίωση των χώρων αυτών. Επιπλέον, ζητείται δημιουργία δωματίου για αναψυχή, με παιχνίδια και τηλεόραση και διεκδικείται λιγότερη ώρα αναμονής. Τέλος, προτείνεται να γίνει αλλαγή δαπέδου και να αντικατασταθούν τα παλιά χαλιά με καλής ποιότητας ευκολοκαθάριστο δάπεδο. Όσον αφορά τη μικρή δυσαρέσκεια που σημειώνεται κάποιες φορές από τη συμπεριφορά των ιατρών, δεν έχει να κάνει με τον τρόπο θεραπείας, αλλά μονάχα με τη συμπεριφορά τους.



Γράφημα 9: Απαντήσεις από την γυναικολογική κλινική

1.2.3. Μάρτιος 2006

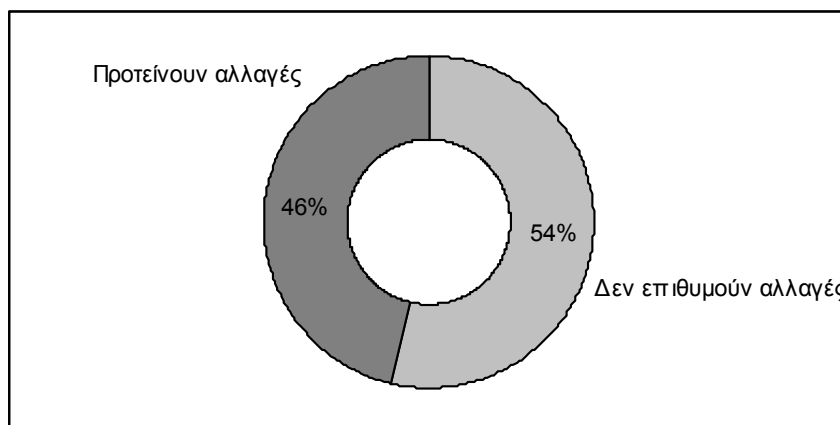
Κατά το μήνα Μάρτιο ρωτήθηκαν 119 ασθενείς και έδωσαν απάντηση οι 98 που είχαν επισκεφτεί μεταξύ άλλων και την χειρουργική και νεφρολογική κλινική. Στο γράφημα 10 μπορεί να διακρίνει κανείς τα αποτελέσματα που δηλώνουν πως η ικανοποίηση είναι υψηλή και λίγοι είναι οι δυσαρεστημένοι ασθενείς.



Γράφημα 10: Βαθμός ικανοποίησης το μήνα Μάρτιο του 2006

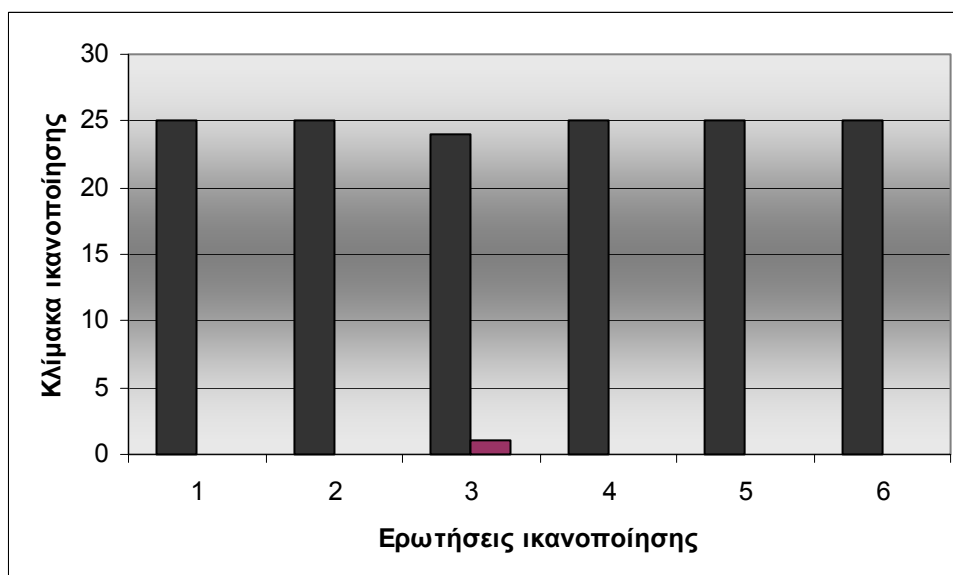
Οι 44 εκ των ερωτώμενων επιθυμούν να παραμείνει η κατάσταση ως έχει, μιας και την κρίνουν ως πολύ καλή (Γράφημα 11). Οι 38 από την άλλη, προτείνουν αλλαγές οι

οποίες εστιάζονται στην ποιότητα φαγητού και σε μικροεπισκευές εντός δωματίων όπως για παράδειγμα επισκευές στα παράθυρα.



Γράφημα 11: Όσοι προτείνουν αλλαγές στο υπάρχων σύστημα

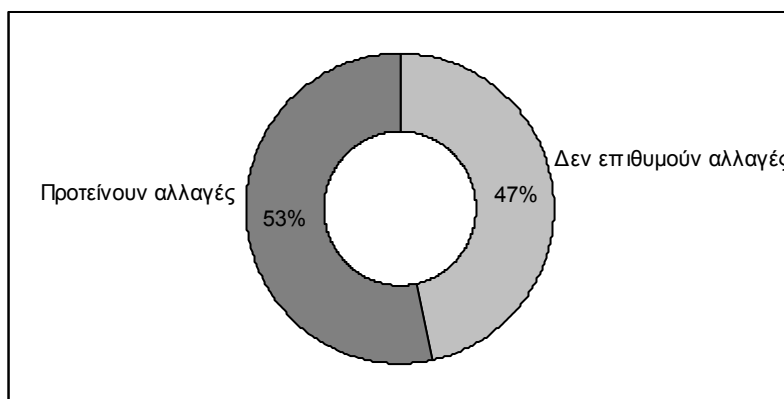
Ρωτήθηκαν 25 άτομα από την χειρουργική κλινική και μονάχα ένας ερωτώμενος δήλωσε δυσαρέσκεια για το ότι δεν του έγινε απολύτως κατανοητό για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειάς του. Οι 11 δεν επιθυμούν αλλαγές στο συγκεκριμένο τμήμα, αλλά οι 14 προτείνουν αλλαγές στον τομέα τακτοποίησης ασθενών και διαχωρισμό γυναικείων από ανδρικές τουαλέτες και ντους. Σε γενικές γραμμές είναι διακριτή η αίσθηση ικανοποίησης.



Γράφημα 12: Βαθμός ικανοποίησης από τη χειρουργική κλινική

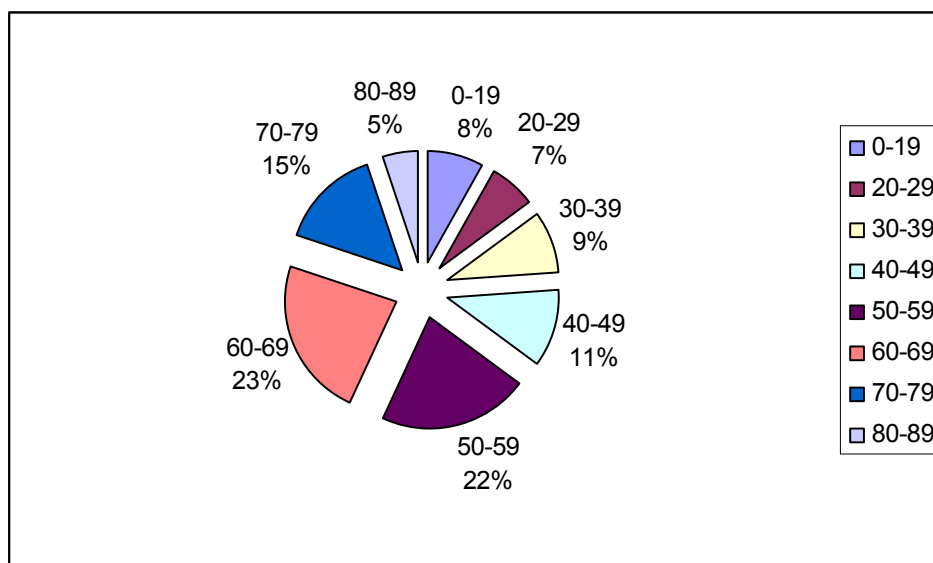
Οι 30 ερωτώμενοι της νεφρολογικής κλινικής δηλώνουν να είναι ευχαριστημένοι με εξαίρεση τους δύο από αυτούς που φανερώνουν δυσαρέσκεια για τον τρόπο συμπεριφοράς των νοσοκόμων και με το γεγονός ότι δεν τους δόθηκε η απαραίτητη πληροφόρηση κατά τη διαμονή τους στο συγκεκριμένο τμήμα. Οι 14 δεν επιθυμούν να γίνουν βελτιώσεις,

διότι δεν τις θεωρούν απαραίτητες και οι 16 επιθυμούν βελτίωση όσον αφορά τον εξοπλισμό και τους χώρους των ντους και των τουαλετών.



Γράφημα 13: Όσοι προτείνουν αλλαγές στο υπάρχων σύστημα

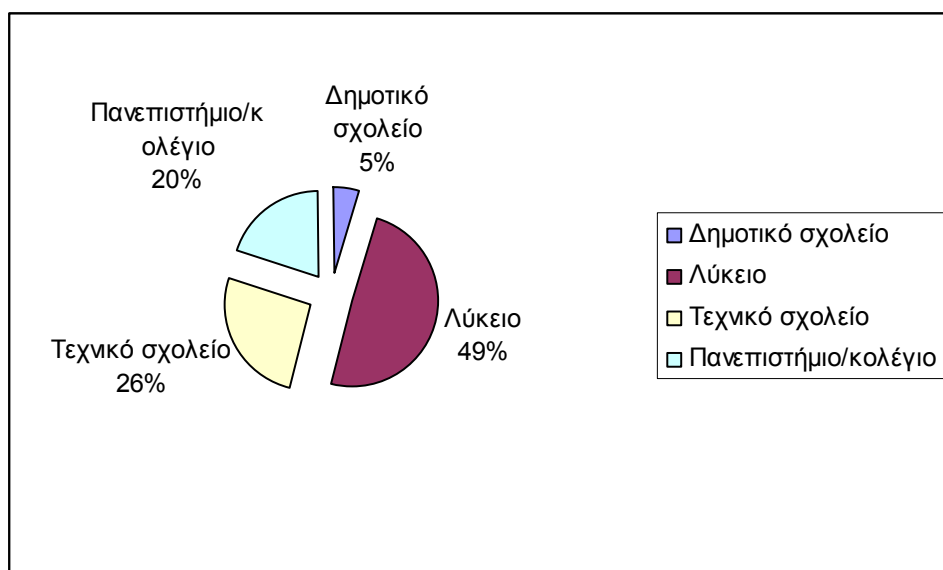
Στη συνέχεια παρουσιάζονται κάποια δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούν την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο.



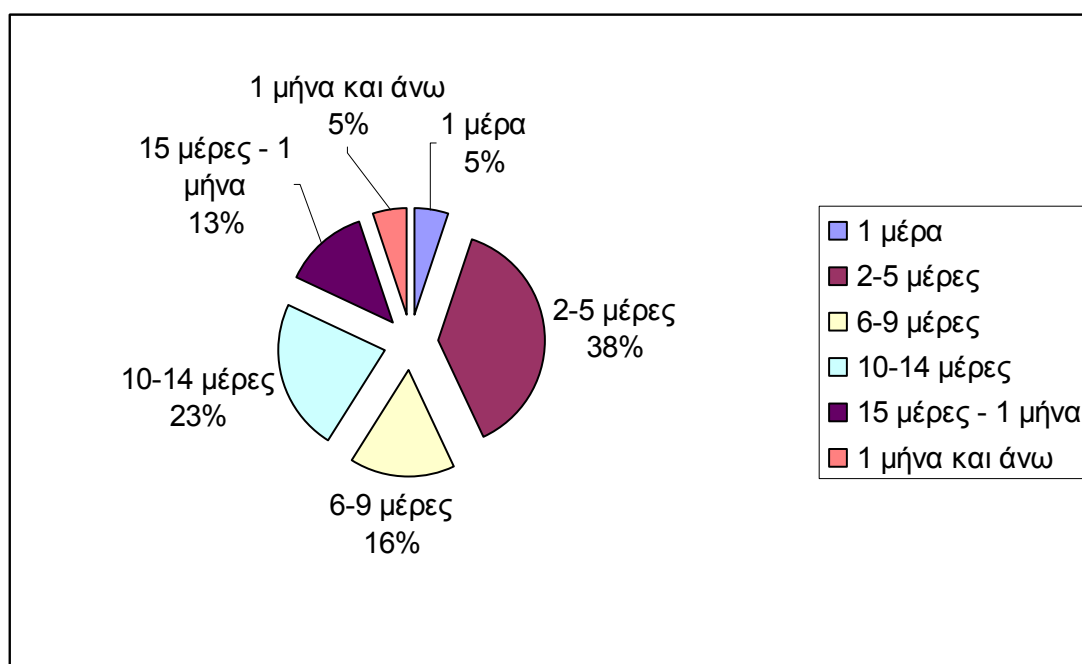
Γράφημα 14: Ηλικία των ερωτώμενων

Όπως παρατηρείται, άτομα ηλικίας 60-69 ετών αποτελούν την πλειοψηφία, ακολουθώντας ασθενείς ηλικίας 50-59 ετών και 70-79 ετών.

Ακολουθούν στοιχεία που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων. Η συντριπτική πλειοψηφία είναι απόφοιτοι λυκείου (49%) και ακολουθούν απόφοιτοι τεχνικών σχολείων και πανεπιστημίων.



Γράφημα 15: Μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων



Γράφημα 16: Χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο

Σχετικά με το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, η πλειοψηφία (38%) εντάσσεται στην κατηγορία όσων νοσηλεύτηκαν για 2-5 ημέρες, το 23% παρέμειναν 10-14 ημέρες και μονάχα το 5% αποτελούν όσοι νοσηλεύτηκαν για 1 μέρα και για ένα μήνα και άνω.

1.3. Έρευνα ικανοποίησης των ασθενών υπόψην του υπουργείου υγείας

Σε ετήσια βάση παραδίδεται από τη διοίκηση του νοσοκομείου αναφορά προς το υπουργείο υγείας. Η αναφορά αυτή έχει τη μορφή έρευνας ικανοποίησης που δίνεται προς τους ασθενείς και βάσει αυτής το αρμόδιο υπουργείο κρίνει την ορθότητα λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, συνηθίζεται η έρευνα αυτή να χαρακτηρίζεται από κάποια υπερβολή έτσι ώστε να δίνεται μια καλή εικόνα στους υπεύθυνους του εν λόγω υπουργείου. Παρόλα αυτά, είναι άξιο εξέτασης το να ενημερώνεται κανείς για τον τρόπο δόμησης των ερωτήσεων που τίθενται προς τους ασθενείς, που στην ουσία αποτελούν τα κριτήρια αξιολόγησης.

Οι ερωτήσεις εστιάζονται στη συμπεριφορά των ιατρών, των νοσοκόμων, καθώς και άλλων κατηγοριών του προσωπικού. Άλλες ερωτήσεις - κριτήρια που εξετάζονται είναι σχετικές με την οργάνωση της θεραπείας, με τους λόγους που έφεραν τον ασθενή στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, με το κατά πόσο ενημερώθηκαν για τη θεραπεία που πρέπει να λάβουν και για την αρρώστια που έχουν κλπ.

Σε μια τέτοιου είδους έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά το προηγούμενο έτος (2005), έγιναν στους ασθενείς οι ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Ήταν προκανονισμένη η παραμονή σας;
2. (Σε περίπτωση που η παραμονή σας είχε κανονιστεί με κάποιο ραντεβού)
Πόσο περιμένατε να γίνετε δεκτοί;
3. Έγινε αλλαγή της ημερομηνίας παραμονής που είχε ήδη κανονιστεί;
4. Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής;
5. Χειροτέρεψε το πρόβλημα υγείας κατά την περίοδο αναμονής για να γίνετε αποδεκτός στο νοσοκομείο;
6. Πώς ήταν η πρώτη επαφή όταν εισαχθήκατε στο νοσοκομείο;
7. Σας δόθηκε αρκετή πληροφορία κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο;
8. Πόση ώρα αναμένατε στο νοσοκομείο μέχρι να σας δοθεί δωμάτιο;
9. Αξιολόγηση του οργανισμού σε κλίμακα 1 έως 5 με 5 τη χειρότερη εκδοχή και 1 την καλύτερη.
10. Υπήρξε θόρυβος που σας ενόχλησε κατά τη διάρκεια της νύχτας;
11. Πως χαρακτηρίζετε την υγιεινή των δωματίων;
12. Πως χαρακτηρίζετε την υγιεινή στις τουαλέτες και τα ντους;
13. Ήταν καλή η θερμοκρασία στο δωμάτιό σας;
14. Ήταν καλός ο χρόνος πρωινής έγερσης;
15. Σας διευκολύνει η ώρα επίσκεψης;
16. Πως ήταν η ποιότητα του φαγητού;
17. Ήσουν σε πρόγραμμα δίαιτας;
18. Πώς ήταν οι μερίδες φαγητού;
19. Είναι κατάλληλη η ώρα σερβιρίσματος φαγητού;
20. Είστε ικανοποιημένος από τις γενικότερες υπηρεσίες όπως η τηλεόραση, το τηλέφωνο, η πιθανότητα να αγοράσετε εφημερίδα κλπ.;

21. Γνωρίζεται τον ιατρό που είναι υπεύθυνος για εσάς;
- 22.Είστε ευχαριστημένοι με τη συχνότητα επίσκεψης του γιατρού;
- 23.Πόσο εμπιστεύεσαι το γιατρό σου;
- 24.Σας απαντά στις ερωτήσεις σας ο γιατρός με τρόπο κατανοητό;
- 25.Στην περίπτωση που είχες φόβο και αμφιβολίες για την ασθένεια και τη θεραπεία της, ήταν ο γιατρός πρόθυμος να μιλήσει μαζί σου;
- 26.Μίλησε ο γιατρός σε άλλους για σένα με τρόπο τέτοιο σαν να μην είσαστε παρόν;
- 27.Σας μιλούσε ο γιατρός σε καθημερινή βάση;
- 28.Εμπιστευόσουν τις νοσοκόμες;
- 29.Σας δόθηκε από δύο διαφορετικούς ανθρώπους, διαφορετική πληροφορία για τη θεραπεία σας;
- 30.Είστε ευχαριστημένος με το πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε το γιατρό και τη νοσοκόμα;
- 31.Θα επιθυμούσατε να ακουστεί και η δική σας γνώμη στη λήψη απόφασης για τη θεραπεία σας;
- 32.Είχαν οι συγγενείς σας την ευκαιρία να μιλήσουν με το γιατρό;
- 33.Υπήρξε αρκετή μυστικότητα όταν συζητούσατε με το γιατρό σας για τη θεραπεία;
- 34.Διαφυλάχτηκε η ιδιωτική σας ζωή στο νοσοκομείο;
- 35.Πόσο ικανοποιημένος είστε με το πόσο σύντομα σου πρόσφερε το προσωπικό την βοήθεια που χρειάστηκες;
- 36.Ενημερωθήκατε για τα δικαιώματα του ασθενών;
- 37.Άλλαξε το πρόγραμμα θεραπείας σας;
- 38.Πόσα παυσίπονα λάβατε;
- 39.Αντιμετώπισε ο γιατρός σοβαρά τη θεραπεία σας;
- 40.Σας έκανε το προσωπικό να νοιώσετε ασφαλής και άνετος;
- 41.Ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες σας;
- 42.Πως ήταν η γενική θεραπεία που σας δόθηκε;
- 43.Πως νοιώσατε όταν φύγατε από το νοσοκομείο;
- 44.Θα συστήνατε το νοσοκομείο και αλλού;
- 45.Δημογραφικά στοιχεία για το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την ημερομηνία γέννησης.

1.4. Συμπεράσματα

Οι πελάτες - ασθενείς που δραστηριοποιούνται στην Πράγα και επιλέγουν για την εξυπηρέτησή τους το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πράγας, φαίνεται να εκδηλώνουν πολύ υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται από το δημόσιο αυτό νοσοκομείο. Παρά τη γενικότερη θετική εικόνα που έχουν, προβληματίζονται για το αν μπορούν να γίνουν αλλαγές και προτείνουν συγκεκριμένες βελτιώσεις. Τα σημεία όπου πρέπει να εστιαστούν οι αλλαγές είναι οι χώροι υγιεινής και η ποιότητα του φαγητού που προσφέρεται στους ασθενείς. Η έρευνα συνεχίζεται και για τους υπόλοιπους μήνες του 2006 με σκοπό τη συλλογή παραπόνων, ιδεών και συμβουλών, ώστε να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη βελτιώσεων και αλλαγών. Σκοπός της είναι η ικανοποίηση των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

« Μέτρηση της Αριστείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πράγας »

Όταν στοχεύεις το ανέφικτο, μπορείς
να αποκτήσεις το εφικτό...

2.1. Μέτρηση της Αριστείας

Για τους λόγους που αναφέρθηκαν στο Κεφάλαιο 2, στο παρόν κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί μέτρηση της αριστείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πράγας. Το ίδιο ακριβώς ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε και απαντήθηκε στο Π.ε.Π.α.Γ.Ν.Η. , απαντήθηκε από ανώτατα στελέχη του νοσοκομείου που δραστηριοποιείται στην Πράγα, επομένως δίνεται η δυνατότητα σύγκρισης των δύο νοσοκομείων.

Οι κύριες υπηρεσίες που προσφέρει το Charles University Hospital είναι η περίθαλψη της υγείας, η έρευνα και η διδασκαλία. Το νοσοκομείο απασχολεί περίπου 5000 υπαλλήλους και για την πρόσληψη εργατικού δυναμικού κάθε βαθμίδας ευθύνεται ο διευθυντής και αποτελεί περιοριστικό παράγοντα η σχετική νομοθετική διάταξη. Η συχνότητα πρόσληψης μπορεί να είναι και σε καθημερινή βάση, μιας και οι υπεύθυνοι ξεκινούν διαδικασίες πρόσληψης ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες που παρουσιάζονται. Για να βρεθεί ένας υπάλληλος σε καλύτερη ιεραρχικά θέση, θα πρέπει να ζητείται προσωπικό για την εν λόγω θέση, να έχει τα απαιτούμενα προσόντα, καθώς και να διαθέτει καλές πολιτικοκοινωνικές σχέσεις. Σε περίπου 50 άτομα ανά μήνα υπολογίζονται οι μετακινήσεις και οι απολύσεις εργατικού δυναμικού. Το φαινόμενο των απολύσεων δεν είναι πολύ συχνό, όσο εκείνο των μετακινήσεων από το ένα πόστο στο άλλο.

Τα παράπονα των υπαλλήλων εστιάζονται κυρίως σε θέματα μισθοδοσίας, εξοπλισμού και κτιριακών εγκαταστάσεων. Ο μισθός αυξάνεται βάσει της εκπαίδευσης και των ετών εμπειρίας. Υπεύθυνος για να αντιμετωπίσει τα παράπονα αυτά είναι ο διευθυντής προσωπικού, το τμήμα ανθρωπίνων πόρων, οι προϊστάμενοι προσωπικού και ο γενικός διευθυντής. Τα παράπονα αυτά επεξεργάζονται , αλλά παρόλα αυτά δεν γίνονται αλλαγές σε όλες τις αιτήσεις. Κυρίως πραγματοποιούνται με σχετική ευκολία αιτήματα που αφορούν τον εξοπλισμό.

Εκτός από το εργατικό δυναμικό, παράπονα δηλώνουν και οι ασθενείς. Η αντιμετώπιση των παραπόνων των ασθενών είναι υπόθεση του τμήματος ελέγχου απόδοσης, της γραμματείας και της ανώτατης διοίκησης.

Τα έσοδα του νοσοκομείου επέρχονται κατά το 95% από την ασφάλιση των ασθενών και κατά 5% από έμμεσες πληρωμές όπως είναι δωρεές και κρατική στήριξη.

Η κεντρική διοίκηση δεν αναλαμβάνει τη διοργάνωση εορτών για τις οικογένειες των υπαλλήλων, αλλά δίνονται διάφορα δώρα για διακοπές, διασκέδαση και αναψυχή, πράγμα που προκύπτει από κράτηση του μισθού κατά 2%.

Οργανώνονται σε ετήσια βάση σεμινάρια για την επιμόρφωση του προσωπικού. Τα σεμινάρια αυτά είναι διαφόρων δαπανών.

Το νοσοκομείο ακολουθεί κάποιο στρατηγικό προγραμματισμό που ορίζεται βάσει κανόνων και υπό τη στενή συνεργασία των ιατρών και των οικονομολόγων.

Η διοίκηση πιστεύει και γνωρίζει καλά ότι έχει ανταγωνιστές και η όλη λειτουργία της επηρεάζεται από αυτό το δεδομένο. Ως ανταγωνιστές τους θεωρούν τα άλλα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, αλλά και γενικότερα όλα τα νοσοκομεία που

δραστηριοποιούνται στην ίδια πόλη. Αποσκοπούν στο υψηλότερο κέρδος διότι θεωρούν ότι αυτό θα επιφέρει τα μεγαλύτερα εφόδια για βελτίωση.

Η διοίκηση δίνει πολύ μεγάλη σημασία στην πληροφορία που επέρχεται από τα παράπονα των ασθενών. Γίνονται έρευνες μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών. Τις έρευνες αυτές τις αναλαμβάνει ειδικό για το σκοπό αυτό τμήμα και η προϊσταμένη του νοσηλευτικού τμήματος. Η συχνότητα πραγματοποίησής τους είναι ανά μήνα, αλλά εξετάζονται διαφορετικές κλινικές κάθε μήνα.

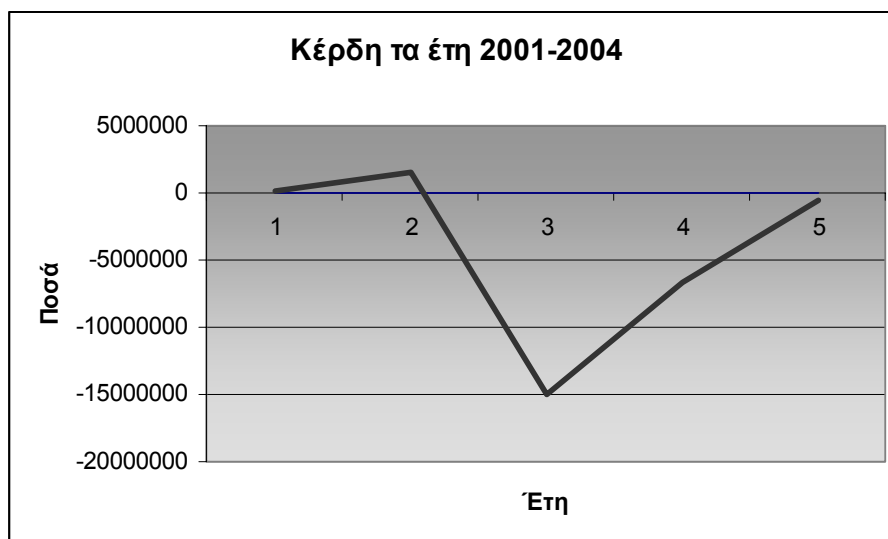
Εκτός αυτού, υπάρχει ειδικό τμήμα το οποίο δέχεται τα γραπτά παράπονα, τα επεξεργάζεται σε συνεργασία με τη διοίκηση και εντός 30 ημερών ο ασθενής λαμβάνει απάντηση επί του θέματος. Η απάντηση πολλές φορές αποτελεί λύση του προβλήματος που είχε προκύψει.

Η εισαγωγή μιας νέας υπηρεσίας εξαρτάται από απόφαση και έγκριση του διοικητή του τμήματος, του διοικητή του νοσοκομείου, του υπουργείου υγείας και της ασφαλιστικής εταιρείας. Μερικές φορές υπάρχουν επιρροές από υπηρεσίες που προσφέρονται από άλλα νοσοκομεία.

Πολλές φορές γίνονται συναντήσεις και πραγματοποιούνται συμβούλια με τους διοικητικούς υπαλλήλους των άλλων νοσοκομείων και παρατηρείται και το φαινόμενο συμμαχιών μεταξύ νοσοκομείων έναντι κάποιων άλλων νοσοκομείων.

Θεωρείται ότι οι γιατροί είναι καλοί και οι ασθενείς δηλώνουν ευχαριστημένοι ως προς αυτό, αλλά το νοσηλευτικό προσωπικό εντάσσεται σε χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα κέρδη όπως αυτά σημειώθηκαν τα έτη 2001 - 2004.



Γράφημα 1 : Τα κέρδη του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Πράγας τα έτη 2001-2004

2.2. Προσδιορισμός του σκορ του Charles University Hospital

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε περιλάμβανε ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις (βλέπε κεφάλαιο 3). Οι απαντήσεις που δόθηκαν στις κλειστές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τη σειρά που αυτές εμφανίζονται σε αυτό, είναι οι εξής:

- Ενότητα 2^η: 5,5,5,5,3,5,3,3,3,5,3,5,5.
- Ενότητα 4^η: 3,5,4,3,3,5,1,5.
- Ενότητα 5^η: 1,3,5,1,5,1,1,5,5,5,5.
- Ενότητα 6^η: 3
- Ενότητα 7^η: 2,4,1.
- Ενότητα 8^η: 4

Το σκορ προκύπτει από τον τύπο:

$$S = S_{k1} + S_{k2} + \dots + S_{k8}$$

$$= (58/14)*5\% + (29/8)*20\% + (37/11)*20\% + 3*10\% + (7/3)*6\% + 4*4\%$$

$$= \mathbf{2,19} \text{ με άριστο σημείο το } 3,25$$

Ενότητες Ερωτηματολ.	2 ^η	4 ^η	5 ^η	6 ^η	7 ^η	8 ^η
Σκορ Πε.Πα.Γ.Ν.Η.	0,16	0,65	0,74	0,5	0,24	0,08
Σκορ Π.Ν.Πράγας	0,20	0,72	0,67	0,30	0,14	0,16
Άριστο σκορ	0,25	1	1	0,5	0,3	0,2

Πίνακας 1: Παρουσίαση των σκορ των δυο συγκρινόμενων νοσοκομείων

Ενότητες ερωτηματολογίου:

1. Οργάνωση & λειτουργία της επιχείρησης (0 ερωτήσεις)
2. Προσωπικό εταιρείας (14 ερωτήσεις)
3. Απόδοση της επιχειρησιακής μονάδας (0 ερωτήσεις)
4. Στρατηγικός σχεδιασμός (8 ερωτήσεις)
5. Μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών (11 ερωτήσεις)
6. Εσωτερικές & εξωτερικές συνεργασίες της εταιρείας (1 ερώτηση)

7. Εταιρεία & περιβάλλον (3 ερωτήσεις)
8. Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών (1 ερώτηση)

2.3. Συμπεράσματα

Αν συγκρίνει κανείς την κάθε ενότητα και όχι τα τελικά σκορ, θα διαπιστώσει πως το νοσοκομείο της Πράγας υπερτερεί σε θέματα προσωπικού, στρατηγικού σχεδιασμού και ανάπτυξης νέων υπηρεσιών. Από την άλλη το νοσοκομείο του Ηρακλείου φαίνεται να υπερτερεί στο θέμα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών, στο θέμα των συνεργασιών και στη σχέση της εταιρείας με το περιβάλλον. Αν και σε γενικότερες γραμμές τα στοιχεία διοίκησης που εφαρμόζονται στην Τσεχία είναι πιο ορθά από οικονομικής άποψης, το σκορ του εκεί εξεταζόμενου νοσοκομείου είναι μικρότερο από εκείνο του αντίστοιχου Ελληνικού. Το γεγονός αυτό οφείλεται στον τρόπο αντιμετώπισης του ερωτηματολογίου από τους ερωτώμενους διοικητικούς υπαλλήλους. Ο υπάλληλος στην Τσεχία ερεύνησε επί πολλές ώρες τις ερωτήσεις για να δώσει τις απαντήσεις, κάτι το οποίο δεν συνέβη στο Ελληνικό εξεταζόμενο νοσοκομείο.

Να σημειωθεί πως σκοπός της μεθοδολογίας αυτής δεν είναι να γίνει σύγκριση των συγκεκριμένων νοσοκομειακών μονάδων, αλλά να δειχθεί το πως μπορούν να αξιολογηθούν τέτοιοι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θα προσαρμόζονται στην κάθε εξεταζόμενη περίπτωση. Άρα η σύγκριση μεταξύ ανόμοιων οργανισμών δεν θα είναι εποικοδομητική.

Αυτό που προτείνεται από την εργασία αυτή είναι να υπάρξει αφομοίωση των τακτικών και τρόπων λειτουργίας από το ένα σύστημα υγείας στο άλλο, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση στα σημεία όπου παρουσιάζεται αδυναμία. Η εξέταση επιχειρήσεων ίδιου κλάδου θα πρέπει να γίνεται μονάχα εφόσον λειτουργούν υπό τα ίδια δεδομένα. Η σύγκριση οργανισμών του δημοσίου με εκείνα του ιδιωτικού τομέα είναι δύσκολη μιας και γίνεται λόγος για εντελώς διαφορετικό σκεπτικό λειτουργίας. Σε γενικές γραμμές όμως, η χρήση της πληροφορίας που επέρχεται από τέτοιου είδους αναλύσεις είναι πολύ σημαντική εφόσον αξιοποιηθεί αποτελεσματικά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

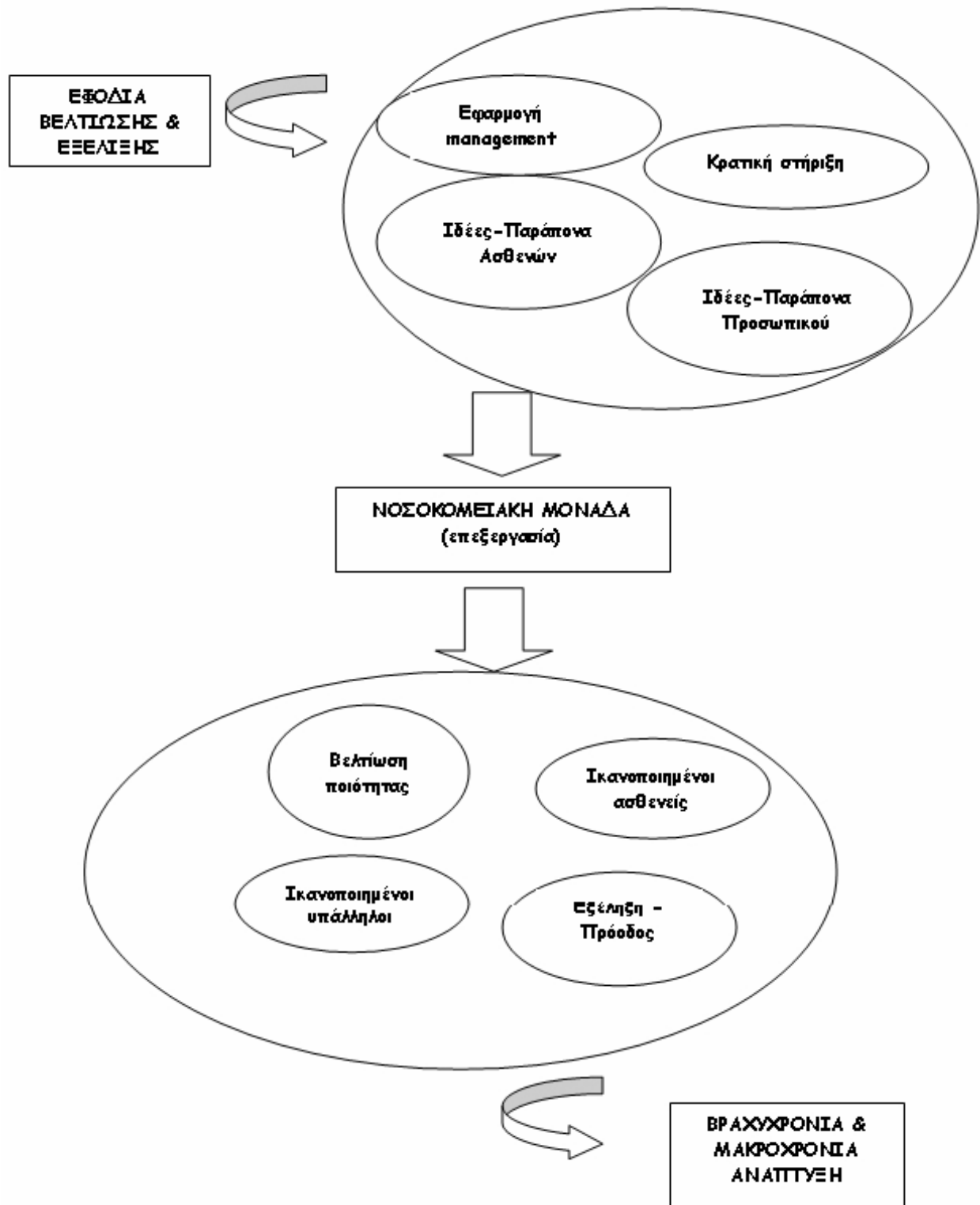
Η εργασία αυτή είχε ως σκοπό να παρουσιάσει ένα νέο τρόπο αξιολόγησης των νοσοκομείων και κατ'επέκταση όλου του συστήματος υγείας μιας χώρας. Εστιάστηκε σε δυο βασικά σημεία. Το ένα είναι εκείνο που έχει σχέση με την ενημέρωση για το τι μέλει γενέσθαι σε άλλες χώρες και τη σύγκριση με αυτές, με σκοπό την υιοθέτηση εφαρμογών που μπορεί να ωφελήσουν το σύστημα των δύο πλευρών. Το άλλο σημείο ήταν η ανάπτυξη μιας μεθοδολογίας αξιολόγησης η οποία βασίστηκε σε τρεις διαστάσεις: εκείνη της διοίκησης, των χρηματοοικονομικών δεικτών και της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Η έρευνα επικεντρώθηκε σε δυο χώρες, στην Ελλάδα και στην Τσεχία.

Στην Ελλάδα εξετάστηκε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Τα συμπεράσματα καταλήγουν στο γεγονός ότι το σύστημα υγείας έχει τρεις κύριες πηγές που μπορούν να συντελέσουν στην βελτίωση της ποιότητας του συστήματος. Γίνεται λόγος για τους κρατικούς φορείς, τους μάνατζερ και τους ασθενείς/πελάτες.



Οι τρεις αυτές πηγές έχουν ασύλληπτες δυνατότητες προόδου, αρκεί να υπάρξει μεταξύ τους συνεργασία και σωστός συγχρονισμός. Η αξιολόγηση της αριστείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου οδήγησε σε κάποιο σκορ το οποίο μαρτυρεί μια καλή κατάσταση λειτουργίας η οποία έχει πολλές δυνατότητες περαιτέρω βελτίωσης.

Οι χρηματοοικονομικοί δείκτες μαρτύρησαν τις αδυναμίες που παρουσιάζουν τα τρία μεγαλύτερα ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας και η έρευνα ικανοποίησης ασθενών αφουγκράστηκε τα «θέλω» και εντόπισε τις ανάγκες των ασθενών. Η όλη προτεινόμενη λογική λειτουργίας του συστήματος συμπεριλαμβάνεται στην εικόνα που ακολουθεί:



Επομένως, ο συνδυασμός της κρατικής οικονομικής και νομικής στήριξης, της άσκησης της διοίκησης με τον πλέον καλύτερο τρόπο λαμβάνοντας υπόψη τη φωνή του πελάτη, αλλά και εργαζόμενου, μπορεί να οδηγήσει το εθνικό σύστημα υγείας σε βελτίωση της ποιότητας και σε εξέλιξη. Οι επιστήμες εξελίσσονται και προτείνουν στους

διοικούντες του συστήματος αυτού, νέες μεθόδους και εργαλεία. Η διστακτική εξέλιξη του συστήματος υγείας θα πρέπει να ανατραπεί σε ασυγκράτητη πρόοδο και εκσυγχρονισμό.

Περαιτέρω εξέλιξη της έρευνας:

Η έρευνα που μόλις παρουσιάστηκε αποτελεί έναν ολοκληρωμένο τρόπο αξιολόγησης που έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει σε μεγάλες αλλαγές και βελτιώσεις. Είναι μια ευέλικτη μεθοδολογία που μπορεί να προσαρμόζεται στα δεδομένα κάθε εξεταζόμενης επιχείρησης, είτε πρόκειται για μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ή για άλλου είδους οργανισμούς.

Οι τρεις διαστάσεις πάνω στις οποίες βασίστηκε η λογική δόμησης αυτού του μοντέλου, μπορούν να εξεταστούν και να αξιολογηθούν με διαφορετική κάθε φορά μεθοδολογία. Για παράδειγμα, η ανάλυση του ερωτηματολογίου μπορεί να γίνει με Νευρωνικά Δίκτυα και να προκύψουν από αυτή τη διαδικασία νέα, ενδιαφέροντα ομαδοποιημένα δεδομένα. Εκτός αυτού, μπορεί να προστεθεί μια τέταρτη διάσταση και πιο πολλά κριτήρια, έτσι ώστε να έχει εφαρμογή σε πιο πολύπλοκους οργανισμούς και ομίλους εταιρειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αρβανιτογιάννης Ι.Σ. και Κούρτης Λ. (2002). *ISO 9000:2000*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.
- Γρηγορούδης Ε., Ι. Σίσκος, Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη. (2000) Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα.
- Γρηγορούδης Ε., Μ. Δούμπος, Κ. Ζοπουνίδης και Ν.Φ. Ματσατσίνης, Πολυκριτήρια ανάλυση αποφάσεων: Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και εφαρμογές., Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, 2004
- Δούμπος Μιχάλης, Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης, Πολυκριτήριες Τεχνικές Ταξινόμησης, Κλειδάριθμος 2001
- Καριώτης Πασχάλης, Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας & Βιοιατρική τεχνολογία, Εκδόσεις Euroclinica, Αθήνα 1992, σελ. 7 - 143
- Καφούσης Γεώργιος, Ανάλυση και Κριτική Διερεύνηση Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων, ΑΘΗΝΑ, 1991
- Κυριόπουλος Γιάννης, Σίσσουρας Άρης, Φιλαληθής Τάσος, Τα Συστήματα Υγείας και η Πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992, Διεθνές Συμπόσιο Υγείας, 1992, σελ. 22 - 37
- Πεντογάλος Γεράσιμος & Σταθόπουλος Γεώργιος, Αξιολόγηση των πρωτοβλαθμιών Υπηρεσιών υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού, Έκδοση Αγροτικής Τράπεζας Ελλάδος, Αθήνα 1989, σελ. 44 - 103
- Πολίτης Ιωάννης, Συνεισφορά πολυκριτήριας ανάλυσης στα συστήματα ποιότητας (business excellence) , 2005
- Τσακλαγκάνος Άγγελος, Χρηματοδότηση και Αξιολόγηση Επενδύσεων, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 1996
- Υφαντόπουλος Γιάννης, Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα - Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1988, σελ.113 - 134
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 1994, σελ.95 - 192

- Ζερβαλάκη Θ., Διαχείριση ποιότητας & μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη: Ανάπτυξη μιας μεθοδολογίας συνεχούς βελτίωσης στον κλάδο του αυτοκινήτου. Διπλωματική εργασία, Πολυτεχνείο Κρήτης, Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης, (2003) Χανιά.
- Κωσταντίνος Ζοπουνίδης, Ανάλυση και διαχείριση χρηματοοικονομικών κινδύνων, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 1998
- Κωσταντίνος Ζοπουνίδης, Ανάλυση Χρηματοοικονομικών αποφάσεων με πολλαπλά κριτήρια, Εκδόσεις ΑΝΙΚΟΥΛΑ, 2001
- Κωσταντίνος Ζοπουνίδης, Γαγάνης Χρυσοβαλάντης, Πασιούρας Φώτιος, Συστήματα Αξιολόγησης και Σύγχρονα Θέματα στην Οικονομική και Χρηματοοικονομική Διοίκηση, Κλειδάριθμος 2005
- Κωσταντίνος Ζοπουνίδης, Βασικές Αρχές και Σύγχρονα Θέματα του Χρηματοοικονομικού Μάνατζμεντ, Κλειδάριθμος 2003
- Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης, Μιχάλης Δούμπος, Νικόλαος Ματσατσίνης, Πολυκριτήρια Ευφυή Συστήματα Υποστήριξης Αποφάσεων για την Αξιολόγηση των Επιδόσεων & της Βιωσιμότητας των Επιχειρήσεων, «ΕΛΛΗΝ», 1996
- A.A. Groppelli – Ehsan Nikbakht, Χρηματοοικονομική, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 1996

Ξένη βιβλιογραφία

- Alexandra M. Post, Anatomy of a Merger - The Causes and Effects of Mergers and Acquisitions, Prentice Hall, 1994
- Ahire S.L. (1997). Management science — total quality management interfaces: an integrative framework, Interfaces, Vol. 27, No. 6, pp. 91-114.
- Ahire S.L. and Dreyfus P. (2000). The impact of design management and process management on quality: an empirical investigation, Journal of Operations Management, Vol. 18, pp. 549-575.
- Ahire S.L. and Rana D.S. (1995). TQM pilot projects selection using an MCDM approach, International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 12, No. 1, pp. 61-81.
- Allen D.R. and Rao T.R. (2000). Analysis of Customer Satisfaction Data, ASQ Quality Press, Milwaukee.

- Andersen T.J. (2000). Strategic planning, autonomous actions and corporate performance, *Long Range Planning*, Vol. 33, pp. 184-200.
- Anderson J.C., Rungtusanatham M., Schroeder R.G. and Devaraj S. (1995). A path analytic model of a theory of quality management underlying the Deming management method: preliminary empirical findings, *Decision Sciences*, Vol. 26, No. 5, pp. 637-658.
- AQC (2004). Australian Business Excellence Framework, Australian Quality Council, St. Leonards.
- Austin R. (1996). *Measuring and Managing Performance in Organizations*, Dorset House Publishing, New York.
- Blackburn R. and Rosen B. (1993). Total quality and human resources management: lessons learned from Baldrige Award -winning companies, *Academy of Management Executive*, Vol. 7, No. 3, pp. 49-66.
- Bohoris G.A. (1995). A comparative assessment of some major quality awards, *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 12, No. 9, pp. 30-43.
- Borman W.C. (1991). Job behavior, performance, and effectiveness, pp. 271-326 in *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (2nd ed.), edited by M.D. Dunnette and L.M. Hough.
- Boxal P.F. (1995). Building the theory of comparative HRM, *Human Resource Management Journal*, Vol. 5, pp. 5-17.
- Byars L.L. and Rue L.W. (1991). *Human Resource Management*, 3rd ed., Homewood.
- Charles G. Cobb, *From quality to Business Excellence - a system approach to management*, ASQ Quality Press, 2003
- Customers Satisfaction Council (1995). *Customer Satisfaction Assessment Guide*, Motorola University Press.
- Dale B. and Cooper C. (1994). Introducing TQM: the role of senior management, *Management Decision*, Vol. 32, pp. 20- 26.
- Dean J.W.Jr. and Evans J.R. (1994). *Total Quality: Management, Organization and Strategy*, St. Paul, MN: West

- EFQM (2004). The EFQM Excellence Model, European Foundation for Quality Management, Brussels.
- Feigenbaum A.V. (1986). Total Quality Control, McGraw-Hill, New York, 1983.
- Ferris G.R., Buckley M.R. and Allen G.M (1992). Promotion systems in organizations, Human Resource Planning, Vol. 15, pp. 47-68.
- Fornell C. (1994). The American Customer Satisfaction Index (ACSI) Methodology University of Michigan, National Quality Research Center, School of Business Administration.
- Greenley G.E. (1994). Strategic planning and company performance: an appraisal of the empirical evidence, Scandinavian Journal of Management, Vol. 10, No. 4, pp. 383-396.
- G.Knolmayer, P. Mertens, A. Zeier, Supply chain management based on SAP Systems-order management in manufacturing companies, Springer ,2001
- Harry Alder, Series editor: Roger Bennet, Mc Graw, NPL for Trainers-Communicating for excellence- Hill Book Company, 1996
- Hauser J.R. (1991). Comparison of importance measurement methodologies and their relationship to customer satisfaction, MIT Marketing Centre Working Paper, 91-1, Massachusetts.
- Hersey P. and Blanchard K. (1969). Management of Organizational Behaviour: Utilizing Human Resources, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Hewitt S. (1997). Business excellence: does it work for small companies? The TQM Magazine, Vol. 9, No. 1, pp. 76-82.
- Ishikawa K. (1985). What is Total Quality Control? The Japanese Way, Prentice-Hall International, pp. 159-160, London.
- Juran J. and Gryna F. (1993). Quality Planning and Analysis: From Product Development through Use, McGraw Hill, New York.
- Kanji G.P. and Wallace W. (2000). Business excellence through customer satisfaction, Total Quality Management, Vol. 11, No. 7, pp. S979-S998.
- Les Porter, Steve Tanner, Assessing Bussiness Excellence -Butterworth Heinemann, 1998

- Lee R.G. and Dale B.G. (1998). Business process management: a review and evaluation, *Business Process Management Journal*, Vol. 4, No. 3, pp. 214-225.
- London C. (2002). Strategic planning for business excellence, *Quality Progress*, Vol. 35, No. 8, pp. 26-33.
- McAdam R. and Welsh W. (2000). A critical review of the business excellence quality model applied to further education colleges, *Quality Assurance in Education*, Vol. 8, No. 3, pp. 120-130.
- Naumann E. and Giel K. (1995). Customer satisfaction measurement and management, Thomson Executive Press, Cincinnati.
- Peter Hines, Richard Lamming, Dan Jones, Paul Cousins, Nick Rich, *Value Stream Management - strategy and excellence in the supply chain*, Financial Times Prentice Hall, 2000
- P. S. Sudarsanam , *The Essence of Mergers and Acquisitions*, Prentice Hall, 1995
- Rajat Gupta, *Managerial Excellence, McKinsey Award Winners from the , Harvard Business Review 1980-1994*, preface by Nan Stone
- Schmitz Homer, *Hospital Information System*, AN ASPEN PUBLICATION, σελ. 47 - 153
- Schuler R.S. and Jackson S.E. (1999). *Strategic Human Resource Management*. London: Blackwell.
- Siew C.H.R., Yang J.B. and Dale B.G. (2001). A new modeling framework for organizational self-assessment: development and application, *Quality Management Journal*, Vol. 8, No. 4, pp. 34-47.
- Siskos Y. and Spyridakos A. (1999). Intelligent multicriteria decision support: Overview and perspectives, *European Journal of Operational Research*, Vol. 113, No. 2, pp. 236-246.
- Thomas J. Barry, *Management Excellence through quality*, ASQC Quality Press, 1991
- Wolper Lawrence, Pena Jesus, *Health Care Administration - principles and practices*, AN ASPEN PUBLICATION, σελ. 214 - 451
- Zoglou Tryfon, Heffley Dennis, Kyriopoulos John, *Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System*, EXANDAS, 2000, σελ. 202 - 269

Ελληνικός Τύπος - Εφημερίδες:

- ΗΜΕΡΗΣΙΑ
- ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ
- ΤΑ ΝΕΑ
- ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ
- ΙΣΟΤΙΜΙΑ
- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ
- ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1.1. Εισαγωγή

Στο παράρτημα αυτό παρουσιάζονται περαιτέρω πληροφορίες οι οποίες είναι χρήσιμες και διευκολύνουν προκειμένου ο αναγνώστης να αποκτήσει μια ακόμα πιο ολοκληρωμένη εικόνα για όσα διαδραματίζονται στον τομέα της διοίκησης των μονάδων υγείας. Ακολουθεί έρευνα της ICAP για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, καθώς και όσα δημοσιεύτηκαν στον Ελληνικό Τύπο τα τελευταία έτη και αφορούν το εν λόγω αντικείμενο.

1.2. Κλαδική έρευνα της ICAP για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς οργανισμούς, λειτουργεί πολύ διαφορετικά σε σχέση με το σύστημα προσφοράς αντίστοιχων υπηρεσιών από το δημόσιο τομέα. Η έρευνα κρίνεται απαραίτητο εργαλείο για την επίτευξη του σκοπού των ιδιωτικών επιχειρήσεων που είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους. Μια τέτοια έρευνα είναι η ακόλουθη και πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία ερευνών: ICAP.

ΣΥΝΟΨΗ

Σύμφωνα με τη διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας, ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τα Διαγνωστικά Κέντρα και τα Θεραπευτήρια, τα οποία συγκαταλέγονται αντίστοιχα στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η παρούσα μελέτη εστιάζεται στη διερεύνηση της αγοράς των εν λόγω υπηρεσιών εξετάζοντας τόσο την πλευρά της ζήτησης όσο και της προσφοράς αυτών.

Ζήτηση

Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Στο διάστημα 1998-2000, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σημείωσαν αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 11,3%, αγγίζοντας κατά το 2000 το 43% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Ε.Σ.Υ.Ε., κατά την περίοδο 1998/99 βάσει δείγματος σε όλα τα νοικοκυριά της χώρας, οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες υγείας σε όλες τις περιοχές της επικράτειας, ανήλθαν κατά μέσο όρο σε €94 ανά νοικοκυριό αντιπροσωπεύοντας μόλις το 6,8% του συνόλου των μηνιαίων δαπανών.

Προσφορά

Τα ιδιωτικά Θεραπευτήρια της χώρας, διακρίνονται ευρύτερα σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές οι οποίες βρίσκονται κυρίως σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, καθώς και σε μεσαίες και μικρότερες κλινικές. Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά Θεραπευτήρια καθώς και οι μαιευτικές - γυναικολογικές κλινικές. Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., το 2000 σε ολόκληρη τη χώρα καταγράφηκαν 192 ιδιωτικές κλινικές επί συνόλου 337, ενώ οι κλίνες σε ιδιωτικά Θεραπευτήρια κάλυψαν το 29,4% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών της χώρας. Το σύνολο του ιατρικού προσωπικού κατά το συγκεκριμένο έτος ανήλθε σε 23.486 άτομα, ενώ σύμφωνα με τα στοιχεία του 1996 στον ιδιωτικό τομέα απασχολήθηκε το 20%. Όσον αφορά στην υλικοτεχνική υποδομή, κατά το 2000 στα ιδιωτικά Θεραπευτήρια λειτουργούσε το 27,4% του συνόλου των ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας. Σύμφωνα με στοιχεία της Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Διαγνωστικών Κέντρων, σε ολόκληρη την επικράτεια εκτιμάται ότι λειτουργούν πάνω από 400 κέντρα κάθε μορφής και μεγέθους.

Τα τελευταία χρόνια ο κλάδος χαρακτηρίζεται από ανακατατάξεις λόγω των εξαγορών και συγχωνεύσεων μεταξύ εταιριών των τριών ευρύτερων τομέων δραστηριότητας (γενικές κλινικές, μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα). Αποτέλεσμα της τάσης αυτής είναι η

επικράτηση ισχυρών πολυδύναμων ομίλων παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίοι προσφέρουν πλήρες εύρος υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας.

Ιδιαίτερα έντονος είναι τα τελευταία χρόνια ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας, ο οποίος επιγραμματικά επικεντρώνεται σε σημεία όπως η ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, το εύρος, η ποιότητα και ταχύτητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και η συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς.

Αγορά

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2002, το μέγεθος της οποίας εκτιμάται για το 2002 σε €944.800 χιλ. έναντι €508.000 χιλ. το 1997 παρουσιάζοντας μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 13,2%. Ειδικότερα κατά κατηγορία, το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών κλινικών εκτιμάται για το 2002 σε €539.300 χιλ. έναντι €455.800 χιλ. το 2001 (ποσοστό αύξησης 18,3%), ενώ το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών εκτιμάται για το 2002 σε €164.000 χιλ. έναντι €150.000 χιλ. το 2001 (ποσοστό αύξησης 9,3%). Σχετικά με τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, το μέγεθος της εν λόγω αγοράς εκτιμάται για το 2002 σε €241.500 χιλ. έναντι €227.700 χιλ. το 2001 (ποσοστό αύξησης 6,1%). Αναφορικά με την ποσοστιαία συμμετοχή της κάθε κατηγορίας στο σύνολο της υπό εξέταση αγοράς, το 2002 οι κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο (57%) και ακολουθούν τα διαγνωστικά κέντρα (26%) και οι μαιευτικές κλινικές (17%).

Στον χώρο των ιδιωτικών κλινικών τα μεγαλύτερα μερίδια αγοράς εμφανίζονται να κατέχουν για το 2002 το Ιατρικό Αθηνών και το Θεραπευτήριο Υγεία, ενώ μεταξύ των μαιευτικών κλινικών σημαντικά μερίδια καταλαμβάνουν το Ιασώ και το Μητέρα. Από πλευράς των διαγνωστικών κέντρων, η Βιοϊατρική και η Euromedica κατέχουν ηγετική θέση στον κλάδο.

Ευρωπαϊκή εμπειρία

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στην λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας στις διάφορες χώρες της Ε.Ε., οι οποίες συνδυάζονται τόσο με δημογραφικούς παράγοντες, όσο και με τη μείωση του κρατικού παρεμβατισμού αλλά και την εξέλιξη της τεχνολογίας.

Σε αρκετές χώρες της Ε.Ε., η ιδιοκτησία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων μεταβιβάζεται σταδιακά από ομάδες ιατρών σε μεγάλους χρηματοοικονομικούς ομίλους ή ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους εισάγουν σύγχρονες μεθόδους προώθησης πωλήσεων με γνώμονα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Προοπτικές

Παράγοντες του εξεταζόμενου κλάδου εκτιμούν ότι σύμφωνα με τις ισχύουσες συνθήκες και τάσεις, η ανοδική πορεία του μεγέθους αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, θα συνεχιστεί τόσο κατά το τρέχον έτος (2003) όσο και κατά το 2004. Σε αυτό «συνηγορούν» και τα επενδυτικά προγράμματα από μεγάλους ομίλους του κλάδου, τα οποία βρίσκονται σε εξέλιξη έχοντας ως κύριο στόχο την επέκταση σε νέες γεωγραφικές περιοχές και δραστηριότητες.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

1.1 Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της ελληνικής αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα των Διαγνωστικών Κέντρων τα οποία εντάσσονται στην

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και των Γενικών Θεραπευτηρίων και Μαιευτικών Κλινικών που εντάσσονται στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύμφωνα πάντα με την διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη ακολουθεί στενά την προηγούμενη έκδοση (Αύγουστος 2002), διαφοροποιείται δε κυρίως στην ανανέωση των μεγεθών αγοράς, των παρουσιαζόμενων οικονομικών στοιχείων, καθώς και στοιχείων που αναφέρονται στη νοσοκομειακή υποδομή και το ιατρικό δυναμικό της χώρας.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν γίνεται κατ' αρχάς αναφορά στα γενικά χαρακτηριστικά του κλάδου, στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο και τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις σε αυτό (Κεφάλαιο 1), ενώ αποτυπώνονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Κεφάλαιο 2). Ακολουθεί η παρουσίαση της προσφοράς, της διαφημιστικής δαπάνης του κλάδου καθώς και η ανάλυση των χρηματοοικονομικών δεικτών επιχειρήσεων του κλάδου (Κεφάλαιο 3). Στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται το μέγεθος αγοράς των εξεταζόμενων υπηρεσιών, καθώς και τα μερίδια αγοράς των κυριοτέρων εταιριών και ομίλων. Κάποια στοιχεία για τη διάρθρωση της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 5, ενώ στο τελευταίο κεφάλαιο καταγράφονται τα συμπεράσματα της μελέτης και εντοπίζονται τα προβλήματα και οι προοπτικές του κλάδου.

1.2 Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

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

- *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ):* Ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο.

Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα από τους εξής φορείς:

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

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από 190 Κέντρα Υγείας και 1.351 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα οποία και πραγματοποιείται το 12,5% περίπου του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της ΠΦΥ. Στις λοιπές περιοχές, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

- *Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:* Καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχεται από: α) 144 δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και 216 ιδιωτικές κλινικές (στοιχεία Υπουργείου Υγείας 2001).

Διαχρονικά παρατηρείται βελτίωση της «παραγωγικότητας» των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων (μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας από 13,5 ημέρες το 1977, σε 11,6 το 1987 και 7 το 1994). Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη χαρακτηρίζεται επίσης από την

ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών, κυρίως στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, με σύγχρονη υποδομή και μεθόδους οργάνωσης και λειτουργίας.

- *Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα:* Καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Κατά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μεταξύ άλλων, σταδιακή ανάπτυξη των δικτύων και υπηρεσιών του ΕΚΑΒ, βελτίωση του χρόνου άμεσης και αποτελεσματικής παρέμβασης στον τόπο του ατυχήματος, αύξηση του προσωπικού των μονάδων.
- *Ψυχιατρική Περίθαλψη:* Το 2000, υπήρχαν 9.581 κλίνες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται επίσης από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας. Μεταξύ 1983 και 1996, ο αριθμός των κλινών μειώθηκε κατά 40% στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και στα ιδιωτικά κατά 23%. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρεία περιορίστηκε (από 207 ημέρες το 1983 σε 117 το 1994), ενώ αντίθετα αυξήθηκε στις ιδιωτικές κλινικές (από 66 ημέρες το 1983 σε 97 ημέρες το 1994). Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των ψυχιάτρων κατά 84% και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά 36%.

1.3 Γενικά Χαρακτηριστικά του Κλάδου

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

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

- ✓ Μεγάλες πολυδύναμες κλινικές οι οποίες βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και οι οποίες είναι λίγες σε αριθμό. Οι κλινικές αυτές υπερβαίνουν σε δυναμικότητα τις 300 κλίνες και στην πλειοψηφία τους είναι στελεχωμένες από άρτια εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό διαθέτοντας ιατρικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας. Επίσης, διατηρούν συμφωνίες τόσο με ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία του δημοσίου, όσο και με τις περισσότερες ασφαλιστικές εταιρίες του ιδιωτικού τομέα. Οι συγκεκριμένες κλινικές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και διάγνωσης. Τα έσοδά τους προέρχονται από τους εσωτερικούς-νοσηλευόμενους ασθενείς και από ασθενείς οι οποίοι επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία.
- ✓ Μεσαίες κλινικές οι οποίες συνήθως διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρίες του ιδιωτικού τομέα καθώς και με ταμεία του δημοσίου.
- ✓ Μικρές κλινικές οι περισσότερες των οποίων καλύπτουν το κόστος νοσηλείας των ασθενών τους (ολόκληρο ή μέρος), μέσω συμβάσεων που έχουν συνάψει με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημοσίου.
- ✓ Νευροψυχιατρικές κλινικές οι οποίες αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία, είναι αρκετές σε αριθμό και τα έσοδά τους προέρχονται εξ ολοκλήρου από εσωτερικούς νοσηλευόμενους ασθενείς, εμφανίζοντας υψηλές μέσες ετήσιες πληρότητες.

Σχετικά με την γεωγραφική κατανομή των ιδιωτικών κλινικών, η πλειοψηφία τους βρίσκεται συγκεντρωμένη στην περιφέρεια της Αθήνας και ακολουθεί η περιφέρεια της Θεσσαλονίκης.

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

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

Σχετικά με τα **ιδιωτικά μαιευτήρια** που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα, αποτελούν στην ουσία κλινικές οι οποίες παρέχουν μαιευτικές και γενικότερα γυναικολογικές υπηρεσίες. Ωστόσο τα περισσότερα εξ' αυτών έχουν επεκταθεί και στην ίδρυση σύγχρονων εξεταστικών κέντρων για την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών.

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

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

Τα διαγνωστικά κέντρα υπό τη μορφή μεγάλων οργανωμένων μονάδων που προσφέρουν υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης, καλύπτοντας περισσότερες από μία ειδικότητες, εμφανίστηκαν στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Ωστόσο, τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια υπό τη μορφή εταιριών (Α.Ε. και Ε.Π.Ε.) άρχισαν νόμιμα να λειτουργούν στη χώρα πριν από 30 χρόνια περίπου. Μετά το 1985 παρουσίασαν ιδιαίτερη ανάπτυξη και μετεξελίχθηκαν σε μεγάλες διαγνωστικές μονάδες. Μάλιστα, εξαιτίας του θεσμικού πλαισίου που έθετε εμπόδια στην ίδρυση νέων κλινικών και την επέκταση παλαιότερων, ιδιωτικοί φορείς που επιθυμούσαν να δραστηριοποιηθούν στον κλάδο της υγείας αναγκάστηκαν να στραφούν στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων. Σήμερα, εκτιμάται ότι στη χώρα μας λειτουργούν λίγο περισσότερα από 400 ιατρικά διαγνωστικά κέντρα.

Τα τελευταία χρόνια, η έντονη ζήτηση για εξειδικευμένες και αναβαθμισμένες διαγνωστικές υπηρεσίες, οδήγησε τις μεγάλες μονάδες του κλάδου στην υλοποίηση σημαντικών επενδυτικών σχεδίων για τον εξοπλισμό τους. Η λύση της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) μέσω της οποίας πολλά εξεταστικά κέντρα χρηματοδοτούν τον πάγιο ιατρομηχανολογικό τους εξοπλισμό, είναι αρκετά διαδεδομένη τα τελευταία χρόνια.

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

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

1.4 Δαπάνες Υγείας

Ο όρος Δημόσια Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το Δημόσιο για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικές κλινικές. Αντίστοιχα, η Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, περιλαμβανομένων επίσης και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, όπως και οι δαπάνες των ατόμων εκείνων που είναι ανασφάλιστα.

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, παρά την σταθερή αύξηση που εμφανίζουν μετά το 1975, προσέγγισαν το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., στα μέσα της περασμένης δεκαετίας. Ειδικότερα κατά το διάστημα 1998-2000 διαπιστώνεται αύξηση της συνολικής δαπάνης στη χώρα μας, η οποία το 2000 προσεγγίζει τα €11 δις (3,7 τρις δρχ.) ήτοι 9,1% επί του Α.Ε.Π., ενώ για πρώτη φορά ξεπερνά τον αντίστοιχο μέσο όρο των 30 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. Σημειώνεται ότι το αντίστοιχο ποσοστό κατά το 1989 ήταν 7,5% με τάση αυξητική τα επόμενα χρόνια. Σχετικά με τη συμμετοχή της δημόσιας δαπάνης υγείας στο ΑΕΠ του 2000, αυτή ανέρχεται στο 5,2% έναντι της ιδιωτικής η οποία ανέρχεται στο 3,9% (πίνακας 1.1)

Πίνακας 1.1 Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας (1989-2000)						
Έτος	Δαπάνη υγείας			Δαπάνη ως % επί του Α.Ε.Π.		
	Συνολική	Δημόσια	Ιδιωτική	Συνολική	Δημόσια	Ιδιωτική
1989	2.385.280	1.515.580	869.699	7,5	4,7	2,7
1990	2.946.820	1.847.548	1.099.272	7,6	4,8	2,9
1991	3.743.853	2.286.321	1.457.532	7,9	4,8	3,1
1992	4.565.547	2.682.051	1.883.495	8,3	4,9	3,4
1993	5.148.244	2.995.906	2.152.337	8,3	4,8	3,5
1994	5.870.087	3.448.851	2.421.236	8,3	4,9	3,4
1995	6.595.630	3.856.141	2.721.881	8,3	4,8	3,4
1996	7.320.930	4.296.690	3.024.241	8,3	4,9	3,4
1997	8.266.145	4.767.938	3.498.207	8,5	4,9	3,6
1998	8.726.225	4.958.656	3.767.569	8,3	4,7	3,6
1999	10.051.143	5.811.234	4.239.909	9,0	5,2	3,8
2000	10.945.893	6.276.132	4.669.761	9,1	5,2	3,9

Ποσά σε €000

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Ορισμένες από τις κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι οι παρακάτω:

- ✓ οι δαπάνες των ανασφάλιστων
- ✓ οι δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού
- ✓ η νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα της περίθαλψης (διαφέρει ανάλογα με τον ασφαλιστικό τομέα)
- ✓ η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του ιατρού
- ✓ οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία.
- ✓ οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό.

Πίνακας 1.2 Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % επί του συνόλου των δαπανών

Όπως παρατηρείται από τα στοιχεία του πίνακα 1.2, η "ψαλίδα" των ιδιωτικών προς τις δημόσιες δαπάνες υγείας κλείνει κατά τα τελευταία χρόνια, με τις δημόσιες δαπάνες να ανέρχονται στο 57,3% του συνόλου των δαπανών για την υγεία το 2000 και τις ιδιωτικές δαπάνες να διαμορφώνονται στο 42,7%.

Έτος	Δημόσια δαπάνη	Ιδιωτική δαπάνη
1989	63,5	36,5
1990	62,7	37,3
1991	61,1	38,9
1992	58,8	41,3
1993	58,2	41,8
1994	58,8	41,3
1995	58,7	41,3
1996	58,7	41,3
1997	57,7	42,3
1998	56,8	43,2
1999	57,8	42,2
2000	57,3	42,7
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε		

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, ξεπερνώντας την κάμψη της δεκαετίας του 1980, παρουσιάζει άνοδο τα τελευταία δέκα χρόνια, η οποία οφείλεται κυρίως στην ανάπτυξη του κλάδου των διαγνωστικών κέντρων, στη δημιουργία μεγάλων επιχειρηματικών σχημάτων που χαρακτηρίζονται από την καθετοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ανάπτυξη του κλάδου παραγωγής βιοϊατρικής τεχνολογίας και αναλωσίμων ειδών.

Σύμφωνα με προβλέψεις, η ιδιωτική δαπάνη υγείας θα συνεχίσει να αυξάνεται και στα επόμενα χρόνια, αφού έχει διαφανεί ότι ο Δημόσιος Τομέας διακρίνεται από σχετική

στασιμότητα, τόσο στις δαπάνες αλλά κυρίως στην οργάνωσή του.

Εξάλλου, η Ελλάδα κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. στη συμμετοχή του Δημοσίου τομέα στο σύνολο των δαπανών υγείας, ενώ μεταξύ των 30 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. κατατάσσεται στην 23^η θέση στις κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία και στην 30^η θέση μεταξύ των 191 χωρών μελών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο πίνακας 1.3 που ακολουθεί σύμφωνα με τον οποίο σημαντική αύξηση παρουσιάζει το 1999 σε σχέση με το 1998 η δημόσια δαπάνη για περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές (αύξηση 38,3%).

2.Η ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Ζήτηση για Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας

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

- Οι επικρατούσες συνθήκες όπως:
 - ⇒ δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο υγείας)
 - ⇒ κοινωνικοί παράγοντες (πολιτιστικό επίπεδο, βιοτικό επίπεδο)
 - ⇒ οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση, τιμές υπηρεσιών)
 - ⇒ ατομικές αξίες / ιδέες (αξία / προτεραιότητα στα θέματα υγείας, στάση / συμπεριφορά προς τις υπηρεσίες υγείας, γνώση / πληροφόρηση για την ασθένεια)
- Το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Ελλείψεις στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, συνθήκες νοσηλείας, ξενοδοχειακή υποδομή, ποιότητα γευμάτων, επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό), στρέφουν συχνά το κοινό προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
- Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μακρές λίστες αναμονής που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Ο παράγων τεχνολογία είναι βαρύνουσας σημασίας, δεδομένου ότι η προηγμένη τεχνολογία σε ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό αυξάνει τα ποσοστά θετικού αποτελέσματος στη διάγνωση και στη θεραπεία.

Σημαντικές είναι τα τελευταία χρόνια οι επενδύσεις από πλευράς του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό την παροχή πολλών υπηρεσιών ταχύτερη, ευκολότερη και το σπουδαιότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη.

Επιπλέον, οι ελλείψεις μερικών δημοσίων θεραπευτηρίων - ιδιαίτερα της επαρχίας - τόσο σε σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, όσο και σε κτιριακή υποδομή, σε επάρκεια κλινών και νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν συχνά προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πίνακες που ακολουθούν οι οποίοι παρουσιάζουν το μέγεθος της νοσηλευτικής κίνησης στα διάφορα θεραπευτήρια της χώρας για την περίοδο 1995-1998. Συγκεκριμένα, διαχρονική αύξηση παρουσιάζει ο συνολικός αριθμός των ημερών νοσηλείας κατά την εξεταζόμενη 4ετία για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από την Ε.Σ.Υ.Ε. (πίνακας 2.1), ενώ η μέση ετήσια πληρότητα εμφανίζεται επίσης ανοδική και διαμορφώνεται στο 70% για το 1998. Στα γενικά θεραπευτήρια πραγματοποιήθηκε το 1998 το 60,2% των συνολικών ημερών νοσηλείας, ενώ στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας πραγματοποιήθηκε το 45,7% των συνολικών ημερών νοσηλείας (πίνακας 2.2). Το ίδιο έτος (1998), από τις ιδιωτικές κλινικές έλαβαν εξιτήριο

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

299.866 ασθενείς συνολικά, αντιπροσωπεύοντας το 18,5% του συνόλου των εξελθόντων ασθενών από όλα τα θεραπευτήρια της χώρας (πίνακας 2.3).

Πίνακας 2.1 Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων κατά ειδικότητα (1995-1998)					
Ειδικότητα θεραπευτηρίων	Θεραπευτήρια *	Κλίνες*	Ημέρες νοσηλείας	Εξελθόντες ασθενείς	Κάλυψη στις 100 κλίνες
1995	358	52.227	12.651.519	1.497.159	66%
1996	356	52.586	12.898.768	1.508.506	67%
1997	350	52.474	13.455.322	1.552.940	70%
1998	341	52.495	13.479.738	1.620.768	70%
Γενικά	176	32.349	8.109.019	1.322.968	69%
Μικτά	23	1.495	274.040	39.056	50%
Αντικαρκινικά	4	1.334	410.072	37.144	84%
Αφροδισίων	2	213	31.816	3.696	41%
Καρδιολογικά	2	38	18.544	728	100%
Λοιμωδών	1	100	14.728	3.365	40%
Μαιευτικά	44	1.941	276.744	62.272	39%
Νευροψυχιατρικά	47	10.607	3.266.071	24.179	85%
Ορθοπαιδικά	7	1.034	365.424	20.816	97%
Οφθαλμολογικά	6	152	9.688	4.104	17%
Παθολογικά	8	402	111.704	2.088	76%
Παιδιατρικά	6	1.672	308.776	65.800	51%
Φυματιολογικά	2	765	213.568	23.608	76%
Χειρουργικά	7	300	59.912	7.936	55%
Ωτορ/γικά	6	93	9.632	3.008	28%
* δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια					
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.					

Πίνακας 2.2 Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1995-1998)					
Ειδικότητα θεραπευτηρίων	Θεραπευτήρια*	Κλίνες*	Ημέρες νοσηλείας	Εξελθόντες ασθενείς	Κάλυψη στις 100 κλίνες
1995	358	52.227	12.651.519	1.497.159	66%
1996	356	52.586	12.898.768	1.508.506	67%
1997	350	52.474	13.455.322	1.552.940	70%
1998	341	52.495	13.479.738	1.620.768	70%
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	112	24.073	6.162.318	637.114	70%

Μεταπτυχιακή διατριβή - Ελιόνα Γκίκα

Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	27	2.275	392.526	68.594	47%
Πελοπόννησος	34	3.505	749.467	138.894	59%
Ιόνιοι Νήσοι	8	949	350.083	24.773	100%
Ήπειρος	8	1.427	376.784	63.912	72%
Θεσσαλία	36	2.679	701.817	78.387	72%
Μακεδονία	75	11.642	3.033.975	402.791	71%
Θράκη	7	978	243.853	48.082	68%
Νήσοι Αιγαίου	14	1.988	692.922	48.506	95%
Κρήτη	20	2.979	765.993	109.715	70%
* δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια					
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.					

Θράκη	47.090	992	-	48.082	2,1%
Νήσοι Αιγαίου	46.058	2.448	-	48.506	5,0%
Κρήτη	96.164	13.551	-	109.715	12,4%
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.					
Γεωγραφικό διαμέρισμα	Δημόσια νοσοκομεία	Ιδιωτικές κλινικές	Ν.Π.Ι.Δ.	Σύνολο	Ποσοστό ιδιωτικών κλινικών
Σύνολο Χώρας	1.313.457	299.866	7.445	1.620.768	18,5%
Περιφέρεια Πρωτευούσης	461.192	169.106	6.816	637.114	26,5%
Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	56.192	11.786	616	68.594	17,2%
Πελοπόννησος	131.118	7.768	8	138.894	5,6%
Ιόνιοι Νήσοι	22.949	1.824	-	24.773	7,4%
Ήπειρος	63.072	840	-	63.912	1,3%
Θεσσαλία	64.912	13.475	-	78.387	17,2%
Μακεδονία	324.710	78.076	5	402.791	19,4%

2.2. Χαρακτηριστικά της Ζήτησης

Στους πίνακες 2.4 και 2.5 που ακολουθούν, παρουσιάζονται στοιχεία της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών όπως αυτή πραγματοποιήθηκε από την Ε.Σ.Υ.Ε. κατά την περίοδο 1998/99, βάσει δείγματος σε όλα τα νοικοκυριά της χώρας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της εν λόγω έρευνας, οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό σε όλες τις περιοχές της χώρας για την συγκεκριμένη περίοδο, ανήλθαν σε €94 κατά μέσο όρο, αντιπροσωπεύοντας μόλις το 6,8% του συνόλου των μηνιαίων αγορών ανά νοικοκυριό. Όπως φαίνεται στον πίνακα 2.4, η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών παρουσιάζεται στα νοικοκυριά της περιφέρειας πρωτευούσης (7,6%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά των λοιπών αστικών περιοχών (5,53%). Επίσης για όλες τις κατηγορίες των περιοχών, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας αντιστοιχεί στις υπηρεσίες των οδοντιάτρων και ακολουθούν οι υπηρεσίες ιατρών άλλων ειδικοτήτων. Οι δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη είναι συγκριτικά χαμηλότερες.

Με κριτήριο το μέγεθος του νοικοκυριού (πίνακας 2.5), η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας στο σύνολο των μηνιαίων αγορών παρουσιάζεται στα νοικοκυριά με ένα μόνον μέλος (8,14%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά με πέντε μέλη (5,5%) την περίοδο 1998/99.

Η κατανομή των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη μεταξύ κρατικής και ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης για την περίοδο 1998/99 παρουσιάζεται στον πίνακα 2.6. Σύμφωνα με τον εν λόγω πίνακα, στο σύνολο των περιοχών της χώρας, οι μέσες μηνιαίες δαπάνες ανά νοικοκυριό για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν το 75,4% του αντίστοιχου συνόλου. Το υψηλότερο μερίδιο κατέχουν οι δαπάνες για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης (98,7%) και το μικρότερο οι δαπάνες των νοικοκυριών των αγροτικών περιοχών (57%).

Στον πίνακα 2.7, παρουσιάζεται η εγχώρια ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε σταθερές τιμές προηγούμενου έτους, σύμφωνα με τη Δ/νση Εθνικών Λογαριασμών της Ε.Σ.Υ.Ε. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα για την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (2001/00), σε αρκετά υψηλότερα επίπεδα κυμάνθηκε η εγχώρια ιδιωτική κατανάλωση δαπανών των νοικοκυριών για ιδιωτική υγεία (€4.031.146 χιλ.) έναντι των δαπανών των νοικοκυριών για δημόσια υγεία (€238.720.470). Ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών των νοικοκυριών για ιδιωτική υγεία ανήλθε για την περίοδο 1996-2001 στο 7,2%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών για δημόσια υγεία κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα (17,7%).

Πίνακας 2.4 Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών των νοικοκυριών κατά κατηγορία περιοχής (1998/99)							
Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλες οι Περιοχές	Αστικές Περιοχές				Ημιαστικές	Αγροτικές
		Σύνολο Αστικών	Περ. Πρωτευούσης	Συγκρ. Θεσ/νίκης	Λοιπές Αστικές Περιοχές		
Σύνολο Αγορών	383	523	661	380	286	200	78
Δαπάνες Υγείας	4	07	26	1	1	5	6
Φαρμακευτικά προϊόντα	4	4	6	3	1	5	3
Άλλα φαρμακευτικά προϊόντα							

Μεταπτυχιακή διατριβή - Ελιόνα Γκίκα

Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός							
Υπηρεσίες ιατρών	2	4	8	9	8	9	9
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	2	9	7	4	3	8	9
Παραϊατρικές υπηρεσίες		2	4	5		1	
Νοσοκομειακή περίθαλψη	2	4	7		0		
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	82	,00	,60	,62	,53	,21	,76
<i>Αξία σε €</i>							
<i>Πηγή: ΕΣΥΕ - Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1998/99)</i>							

Πίνακας 2.5 Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού (1998/99)							
Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλα τα νοικοκυριά	Νοικοκυριά με					
		1 μέλος	2 μέλη	3 μέλη	4 μέλη	5 μέλη	6 μέλη και άνω
Σύνολο Αγορών	1383	761	1.113	1.595	1.810	1.782	1.850
Δαπάνες Υγείας	94	62	81	106	120	98	110
Φαρμακευτικά προϊόντα	14	14	16	13	12	13	14
Άλλα φαρμακευτικά προϊόντα	1	1	1	1	1	1	2
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	3	2	3	3	3	3	3
Υπηρεσίες ιατρών	22	16	21	26	27	19	22
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	32	15	19	35	53	47	45
Παραϊατρικές υπηρεσίες	11	11	11	11	11	6	12
Νοσοκομειακή περίθαλψη	12	5	10	18	13	9	12
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	6,82	8,14	7,31	6,66	6,63	5,50	5,94
<i>Αξία σε €</i>							
<i>Πηγή: ΕΣΥΕ - Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1998/99)</i>							

Πίνακας 2.6 Κατανομή δαπανών των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη μεταξύ ιδιωτικής και κρατικής (1998/1999)

	Κρατική Νοσοκομ ειακή Περίθαλψ η	Μερίδιο %	Ιδιωτική Νοσοκομ ειακή Περίθαλψ η	Μερίδιο %	Νοσοκομ ειακή Περίθαλψ η
Όλες οι περιοχές	2,9	24,6	8,8	75,4	11,7
Σύνολο αστικών περιοχών	3,1	22,1	11,1	78,0	14,2
Περιφέρεια Πρωτευούσης	3,8	21,7	13,6	78,3	17,4
Πολεοδομικό συγκρότημα Θεσσαλονίκης	0,1	1,3	7,8	98,7	8,0
Λοιπές αστικές περιοχές	2,8	28,6	6,8	71,4	9,5
Ημιαστικές περιοχές	2,2	27,0	6,0	73,0	8,2
Αγροτικές περιοχές	2,4	43,0	3,2	57,0	5,6
<i>Αξία: σε €</i>					
<i>Πηγή: ΕΣΥΕ - Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1998/99)</i>					

Πίνακας 2.7 Εγχώρια ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε σταθερές τιμές προηγούμενου έτους

	1996/95	1997/96	1998/97	1999/98	2000/99	2001/00
Φαρμακευ- τικά είδη	36.786.50 0	39.407.190	41.763.756	41.840.059	43.3336.7 57	45.487.89 4
Φάρμακα	281.235.51 0	355.060.8 95	362.418.19 5	393.382.2 45	393.661.04 2	386.993.3 97
Δαπάνες νοικοκυρι ών για δημόσια υγεία	105.752.01 8	124.011.73 9	152.272.92 7	187.107.85 0	148.041.08 6	238.720.4 70
Δαπάνες νοικοκυρι ών για ιδιωτική υγεία	2.847.275. 128	3.279.774. 028	3.527.735. 888	3.807.932. 502	3.881.038. 885	4.031.146.0 01
<i>Αξία σε €</i>						
<i>Πηγή: ΕΣΥΕ</i>						

Στον ιδιωτικό τομέα επιβάλλεται και η διαφήμιση για την καλύτερη προώθηση των προϊόντων τους. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει στο δημόσιο, μιας και ο σκοπός και οι συνθήκες εργασίας είναι διαφορετικές.

3. Δείκτες

Διαφημιστική Δαπάνη Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

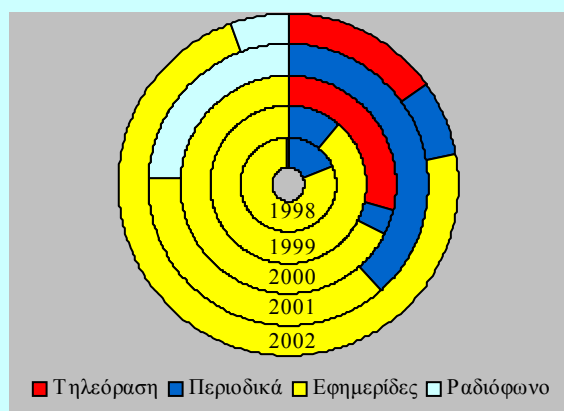
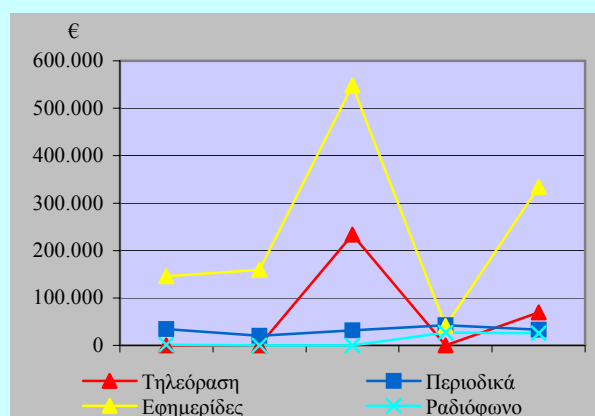
Η διάρθρωση της διαφημιστικής δαπάνης των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, μαιευτηρίων και διαγνωστικών κέντρων (δεν περιλαμβάνονται κοινωφελή ιδρύματα, θεραπευτικές κοινότητες κλπ.) ανά διαφημιστικό μέσο για την περίοδο 1998-2002, παρουσιάζεται στον πίνακα Π3.22 του παραρτήματος του κεφαλαίου 3. Στον πίνακα Π3.23 παρουσιάζονται τα μεγέθη της διαφημιστικής δαπάνης ανά επιχείρηση και μέσο (τηλεόραση, περιοδικά, εφημερίδες και ραδιόφωνο) για τη διετία 2001-2002. Στο διάγραμμα 3.1 απεικονίζεται η διαχρονική εξέλιξη των διαφημιστικών δαπανών του κλάδου για την περίοδο 1998-2002 καθώς και η κατανομή τους μεταξύ των διαφόρων μέσων μαζικής επικοινωνίας.

Σημαντικά αυξημένη εμφανίζεται η συνολική διαφημιστική δαπάνη του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2002 σε σχέση με το 2001. Συγκεκριμένα, το 2002 ανήλθε σε €462.051 έναντι €110.126 το 2001.

Οι εφημερίδες αποτέλεσαν το σημαντικότερο διαφημιστικό μέσο για τον κλάδο κατά το 2002 (μερίδιο 72,3%) και ακολούθησαν με μεγάλη διαφορά η τηλεόραση (15,1%) και τα περιοδικά (7,1%), ενώ το ραδιόφωνο κατέλαβε το υπόλοιπο 5,5%. Αντίθετα, το έτος 2001 τα περιοδικά και οι εφημερίδες μοιράστηκαν σχεδόν εξ ίσου το 75,7% του συνόλου της διαφημιστικής δαπάνης.

Από πλευράς επιχειρήσεων, το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της διαφημιστικής δαπάνης του κλάδου κατέχει για το 2002 το θεραπευτήριο ΥΓΕΙΑ με ποσοστό 65,4% και ακολουθεί η γυναικολογική κλινική ΙΑΣΩ με μερίδιο 20,5% και το διαγνωστικό κέντρο ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ με μερίδιο 10,8%. Το έτος 2001, την υψηλότερη διαφημιστική δαπάνη πραγματοποίησε το ΙΑΣΩ (μερίδιο 37,2%) και ακολούθησε το ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ (μερίδιο 30,3%).

Διάγραμμα 3.1 Εξέλιξη διαφημιστικής δαπάνης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2002)



Πηγή: MEDIA SERVICES AE

Δείκτες Κερδοφορίας

Για την αξιολόγηση της κερδοφορίας των επιχειρήσεων του κλάδου, χρησιμοποιούνται οι αριθμοδείκτες μικτού (gross), λειτουργικού (operating) και καθαρού κέρδους (net profit margin), που εκφράζουν το ποσοστό των μικτών, λειτουργικών και προ φόρου κερδών στο σύνολο του κύκλου εργασιών της επιχείρησης.

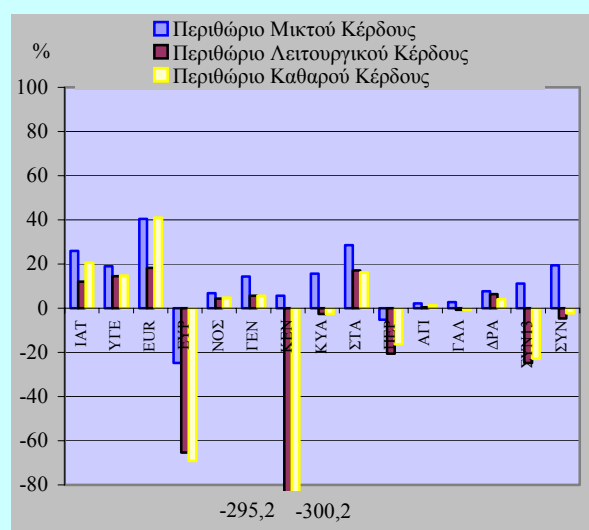
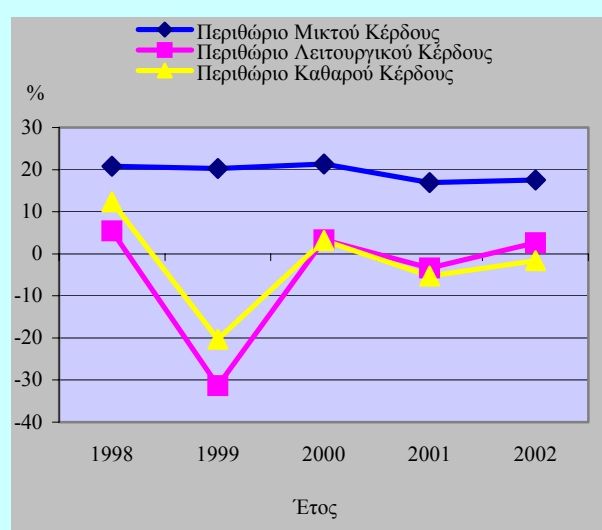
Διάγραμμα 3.2 Εξέλιξη κερδοφορίας ιδιωτικών κλινικών (1998-2002)

α) Διαχρονική εξέλιξη αριθμοδεικτών κλάδου
ετήσιων δεικτών για τις

β) Αριθμητικοί μέσοι

13

εταιρίες του κλάδου



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ICAP

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα Π3.31 του παραρτήματος του παρόντος κεφαλαίου, το μέσο περιθώριο μικτού κέρδους για ολόκληρη την εξεταζόμενη πενταετία, ανήλθε για το σύνολο των επιχειρήσεων του δείγματος στο 19,39%, ενώ στο -4,66% διαμορφώθηκε το μέσο περιθώριο λειτουργικού κέρδους και στο -2,34% το μέσο περιθώριο καθαρού κέρδους. Το περιθώριο μικτού κέρδους παρουσιάζει την υψηλότερη τιμή του το έτος 2000 (21,37%) για να μειωθεί το 2002 στο 17,55%, ενώ το περιθώριο λειτουργικού και καθαρού κέρδους παρουσιάζουν την υψηλότερη τιμή τους το 1998 (5,45% και 12,35 αντίστοιχα) και μειώνονται σημαντικά το 2002 (2,63% και -1,61% αντίστοιχα). Όσον αφορά μόνον το σύνολο των 13 επιχειρήσεων, το μέσο περιθώριο μικτού κέρδους ανήλθε την εξεταζόμενη 5ετία στο 11,16%, ενώ σε αρνητικά επίπεδα διαμορφώθηκαν το μέσο λειτουργικό και καθαρό περιθώριο κέρδους (-24,83% και -22,88%). Εάν εξαιρεθούν τα στοιχεία της Κεντρικής Κλινικής Αθηνών, της οποίας οι δείκτες περιθωρίου λειτουργικού και καθαρού κέρδους εμφανίζουν ιδιαίτερα ακραίες

τιμές, τότε ο μεν δείκτης λειτουργικού κέρδους των υπολοίπων 12 εταιριών διαμορφώνεται στο -0,34% και του συνόλου των εταιριών στο 0,33%, ο δε δείκτης καθαρού κέρδους στο 2,2% και 2,77% αντίστοιχα.

Σχετικά με την εικόνα της κερδοφορίας των 13 επιχειρήσεων για την περίοδο 1998-2002 (ΜΟΔ), τις τρεις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν:

Ως προς το μικτό περιθώριο: η Euromedica (40,47%), η Στασινόπουλος (28,52%) και το Ιατρικό Αθηνών (25,93%).

Ως προς το λειτουργικό περιθώριο: η Euromedica (18,33%), η Στασινόπουλος (17,08%) και το Υγεία (14,43%).

Ως προς το καθαρό περιθώριο: η Euromedica (40,99%), το Ιατρικό Αθηνών (20,6%) και η Στασινόπουλος (16,2%).

Δείκτες Αποδοτικότητας

Στον πίνακα Π3.32 παρατίθεται η αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων (return on equity) αλλά και του συνόλου των απασχολούμενων κεφαλαίων (return to assets) των επιχειρήσεων του κλάδου. Η αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων εκφράζεται ως ποσοστό των προ φόρου κερδών στα ίδια κεφάλαια, ενώ η αποδοτικότητα απασχολούμενων κεφαλαίων αποτυπώνει την απόδοση του κεφαλαίου της επιχείρησης ανεξαρτήτως προέλευσης (ίδια κεφάλαια ή υποχρεώσεις) και συνεπώς υπολογίζεται ως ποσοστό των προ φόρου κερδών στο σύνολο των απασχολούμενων κεφαλαίων (ίδια κεφάλαια συν μεσομακροπρόθεσμες υποχρεώσεις). Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του πίνακα Π3.32, η μέση αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων για όλες τις επιχειρήσεις του δείγματος ανήλθε για την τελευταία πενταετία στο 96,76%, ενώ η μέση αποδοτικότητα ως προς τα απασχολούμενα κεφάλαια ανήλθε στο 98,21%. Τόσο η αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων όσο και η αποδοτικότητα απασχολούμενων κεφαλαίων παρουσιάζουν την υψηλότερη τιμή το 2002 (148,56% και 172,49% αντίστοιχα).

Σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα διαμορφώνονται οι εν λόγω μέσοι δείκτες πενταετίας για το δείγμα των 13 επιχειρήσεων (μέση αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων 11,12% και μέση αποδοτικότητα απασχολούμενων κεφαλαίων 7,38%).

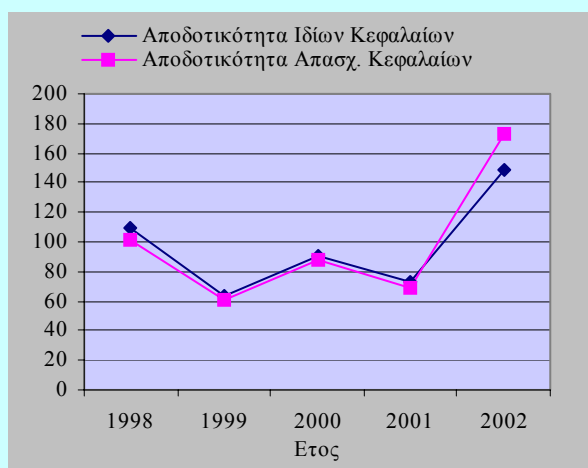
Τις τρεις πρώτες θέσεις μεταξύ των 13 επιχειρήσεων για την περίοδο 1998-2002 (ΜΟΔ), καταλαμβάνουν οι εξής:

- Ως προς την αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων: Στασινόπουλος (70,79%), Υγεία (46,03%) και Ιατρικό Αθηνών (21,67%).

- Ως προς την αποδοτικότητα απασχολούμενων κεφαλαίων: Στασινόπουλος (48,22%), Υγεία (33,09%) και Ιατρικό Αθηνών (20,73%).

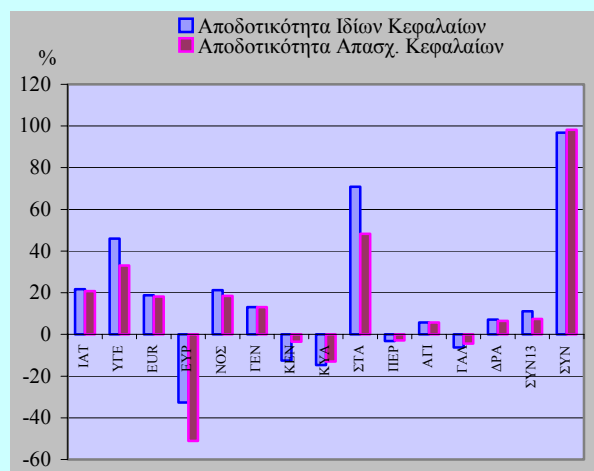
Διάγραμμα 3.3 Εξέλιξη αποδοτικότητας ιδιωτικών κλινικών (1998-2002)

α) Διαχρονική εξέλιξη αριθμοδεικτών κλάδου



β) Αριθμητικοί μέσοι ετήσιων δεικτών για τις 13

εταιρίες του κλάδου



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ICAP

Δείκτες Ρευστότητας

Η ρευστότητα των επιχειρήσεων του κλάδου αξιολογείται με τη χρήση των αριθμοδεικτών γενικής (current), άμεσης (quick) και ταμειακής ρευστότητας (cash ratio). Με βάση τα στοιχεία του πίνακα Π3.33, η μέση γενική ρευστότητα της πενταετίας ανέρχεται για όλες τις επιχειρήσεις του δείγματος στο 4,01 και μόνον για τις 13 μεγαλύτερες στο 7,57, ενώ η άμεση ρευστότητα ανέρχεται στο 3,75 και 7,44 αντίστοιχα. Η ταμειακή ρευστότητα για το σύνολο των εταιριών του δείγματος διαμορφώθηκε στο 1,14 και για τις 13 εταιρίες στο 0,19. Τόσο η γενική ρευστότητα του συνόλου των εταιριών όσο και η άμεση, καταγράφουν την υψηλότερη τιμή τους το έτος 1998 (8,32 και 8,15 αντίστοιχα) για να μειωθούν το 2002 (4,83 και 4,61 αντίστοιχα). Εάν εξαιρεθούν τα στοιχεία της Κεντρικής Κλινικής Αθηνών της οποίας οι δείκτες γενικής και άμεσης ρευστότητας εμφανίζουν ιδιαίτερα ακραίες τιμές, τότε ο μέν δείκτης γενικής ρευστότητας των υπολοίπων 12 εταιριών διαμορφώνεται στο 1,04 και του συνόλου των εταιριών στο 2,64 ο δε δείκτης άμεσης ρευστότητας στο 0,91 και 2,38 αντίστοιχα.

Σχετικά με την εικόνα της ρευστότητας των 13 επιχειρήσεων για την περίοδο 1998-2002 (ΜΟΔ), τις τρεις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν:

Ως προς τη γενική ρευστότητα (εξαιρουμένης της Κεντρικής Κλινικής Αθηνών): η Euromedica (1,54), η Νοσηλευτική (1,33) και η Δραγίνη (1,21).

Ως προς την άμεση ρευστότητα (εξαιρουμένης της Κεντρικής Κλινικής Αθηνών): η Euromedica (1,38), η Νοσηλευτική (1,24) και οι Κυανούς Σταυρός και Δραγίνη (1,13).

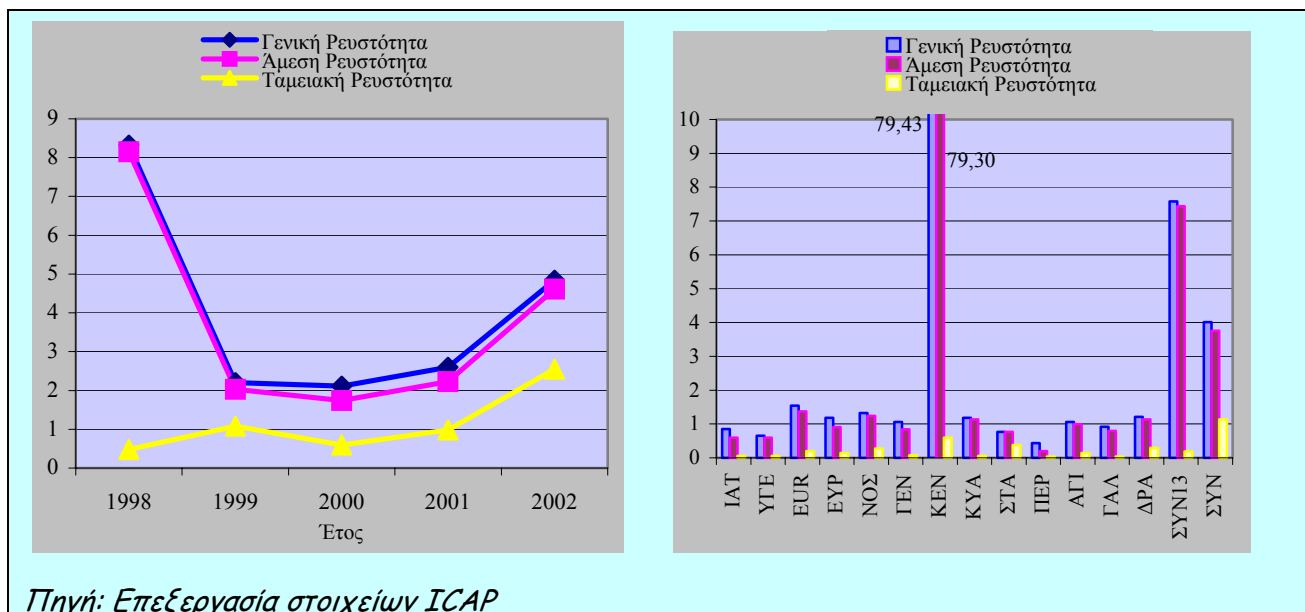
Ως προς την ταμειακή ρευστότητα: η Κεντρική Κλινική Αθηνών (0,6), η Στασινόπουλος (0,38) και η Δραγίνη (0,3).

Διάγραμμα 3.4 Εξέλιξη ρευστότητας ιδιωτικών κλινικών (1998-2002)

α) Διαχρονική εξέλιξη αριθμοδεικτών κλάδου
ετήσιων δεικτών για τις 13

β) Αριθμητικοί μέσοι

εταιρίες του κλάδου



Δείκτες Χρηματοοικονομικής Διάρθρωσης

Η εκτίμηση του χρηματοοικονομικού κινδύνου ασφαλώς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αποκλειστικά μέσω των λογιστικών στοιχείων των επιχειρήσεων και κατ' επέκταση η παρούσα ανάλυση δεν προσπαθεί παρά να δώσει κάποια βασικά χαρακτηριστικά του κλάδου ως προς το λόγο των συνολικών υποχρεώσεων προς τα ίδια κεφάλαια (σχέση ξένων προς ίδια κεφάλαια - total debt equity ratio), το λόγο των μεσομακροπρόθεσμων υποχρεώσεων προς τα ίδια κεφάλαια (debt to equity), αλλά και τον δείκτη κάλυψης χρηματοοικονομικών δαπανών (interest coverage), ο οποίος δείχνει πόσες φορές τα κέρδη προ φόρου και τόκων καλύπτουν τις χρηματοοικονομικές δαπάνες της επιχείρησης. Διευκρινίζεται και πάλι ότι το ύψος των λόγων των υποχρεώσεων προς τα ίδια κεφάλαια δεν αποτελεί αμιγώς αρνητική παράμετρο, αφού ενδεχομένως να αντικατοπτρίζει διαφορές στην πιστοληπτική ικανότητα αλλά και την στρατηγική στη διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης των επιχειρήσεων. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του πίνακα Π3.34, η σχέση των ξένων προς ίδια κεφάλαια (ΜΟΔ) είναι 3,14 για το σύνολο των εταιριών και 1,92 για το δείγμα των 13 εταιριών, ενώ σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα κυμαίνεται ο λόγος των μεσομακροπρόθεσμων υποχρεώσεων στα ίδια κεφάλαια (0,18 για το σύνολο και 0,3 για τις 13 επιχειρήσεις), γεγονός που υποδηλώνει την εκτεταμένη συμμετοχή των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων στα συνολικά ξένα κεφάλαια. Όσον αφορά την κάλυψη των χρηματοοικονομικών δαπανών, ο μέσος δείκτης πενταετίας για το σύνολο των εταιριών διαμορφώνεται στο 136,98 και για το σύνολο των 13 εταιριών στο 17,84, τιμές που διαμορφώνονται στο 139,03 και 5,82

αντίστοιχα εάν εξαιρεθούν οι δείκτες των εταιριών Νοσηλευτική και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης οι οποίοι λαμβάνουν ιδιαίτερα ακραίες τιμές.

Σχετικά με την εικόνα των εν λόγω δεικτών των 13 επιχειρήσεων για την περίοδο 1998-2002 (ΜΟΔ), τις τρεις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν:

- Ως προς τη σχέση ξένων προς ίδια κεφάλαια: η Περσεύς (0,52), η Euromedica (0,55) και η Δραγίνη (0,73).
- Ως προς τις μεσομακροπρόθεσμες υποχρεώσεις προς ίδια κεφάλαια: το Ευγενίδειο (0,01), η Περσεύς (0,08) και η Κυανούς Σταυρός (0,10)
- Ως προς την κάλυψη των χρηματοοικονομικών δαπανών: η Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης (88,46), η Νοσηλευτική (70,34) και το Ιατρικό Αθηνών (17,66).

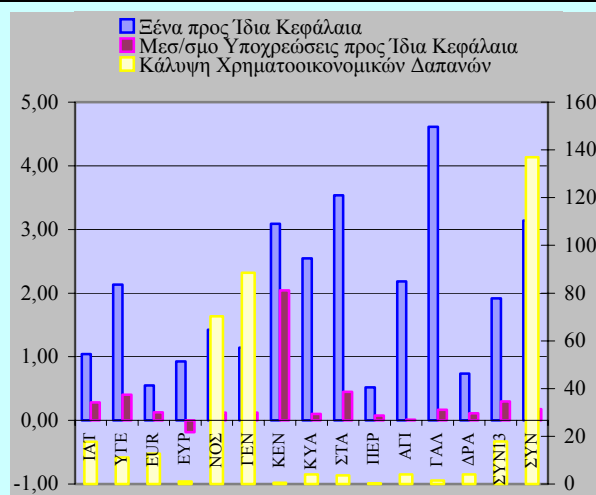
Διάγραμμα 3.5 Εξέλιξη χρηματοοικονομικής διάρθρωσης ιδιωτικών κλινικών (1998-2002)

α) Διαχρονική εξέλιξη αριθμοδεικτών κλάδου
ετήσιων δεικτών για τις 13

β) Αριθμητικοί μέσοι

εταιρίες του κλάδου





Σημείωση: ο δείκτης της Κάλυψης Χρημ/κών Δαπανών απεικονίζεται στους δεξιούς άξονες των διαγραμμάτων

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ICAP

Πίνακας 3.14 Πωλήσεις διαγνωστικών κέντρων (1998-2002)					
Επωνυμία	2002	2001	2000	1999	1998
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε. (1)	40.211.100	33.964.040	32.397.717	478.726	557.018
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ Α.Ε.	10.906.637	11.205.557	9.845.790	8.468.813	6.114.952
ΕΥΡΟΜΕΔΙΣΤΑ ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε. (2)	7.080.635	6.516.491	-	-	-
ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε.	6.084.157	5.073.348	4.232.270	2.702.010	1.846.230
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Α.Ε.	6.035.621	5.805.886	5.074.043	4.557.602	4.029.643
ΒΙΟΦΟΡΜΑ Α.Ε.	3.983.209	3.703.504	3.317.485	3.005.388	2.671.522
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε.Ε.	3.853.972	3.464.477	3.004.346	2.398.233	2.134.946
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Δ. Ε.Π.Ε.	3.597.868	2.650.153	1.817.749	1.413.139	1.116.810
ΜΙΚΡΟΑΝΑΛΥΣΗ Α.Ε.Β.Ε.	3.545.213	3.295.109	2.941.033	2.688.734	2.420.942
ΛΕΚΑΤΣΑ Α.Ε.	3.462.219	3.603.566	3.594.433	4.176.863	4.079.836
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΙΡΑΙΑ Α.Ε.	3.367.567	3.044.519	2.748.816	2.399.395	2.289.872
ΟΡΑΣΙΣ Α.Ε.	2.896.407	2.526.254	2.488.593	2.539.460	1.590.612
ΧΑΛΑΤΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΑΕ	2.894.011	2.643.482	1.423.152	1.618.395	1.077.567
ΕΡΕΥΝΑ Α.Ε.	2.853.032	3.236.821	2.975.372	2.360.167	2.356.423
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ Α.Ε.	2.516.602	2.583.854	2.428.921	2.546.899	2.089.109
IN VITRO Ε.Π.Ε.	2.511.092*	2.337.115	1.689.309	1.424.417	1.185.491
SKIN LASER Α.Ε. (3)	2.469.000	2.593.718	1.498.483	-	-

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	2.372.307	2.592.963	2.713.661	2.327.281	1.919.674
ΒΙΟΤΥΠΟΣ Α.Ε.	2.271.012	2.079.259	1.822.782	1.666.128	1.292.514
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ Α.Ε.	1.950.713	1.803.012	1.748.872	1.383.410	1.290.104
ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ Ο ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε.	1.860.830	2.974.022	2.610.556	2.364.167	2.117.611
ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ Α.Ε.	1.860.667	1.787.173	1.780.343	1.104.572	983.560
ΠΡΟΛΗΨΙΣ Α.Ε.	1.816.264	1.810.688	1.662.486	1.576.467	1.509.230
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	1.809.886	1.662.809	1.233.508	967.563	846.263
ΟΦΘΑΛΜΟΣ Α.Ε.	1.800.477	1.697.910	1.866.767	1.663.745	1.072.745
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Α.Ε. EUROMEDICA	1.701.385	1.473.795	Μ.Δ.	1.321.250	1.366.820
ΑΡΙΣΤΑΓΟΡΕΙΟΝ Α.Ε.	1.685.342	1.645.691	1.633.297	1.509.790	1.506.811
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε.	1.676.653	1.734.680	1.383.029	1.343.886	1.035.830
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΨΥΧΙΚΟΥ Α.Ε. *	1.640.397	1.754.189	Μ.Δ.	76.343	100.649
ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΙΡΑΪΚΟ ΒΙΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Α.Ε.	1.588.078	1.422.528	1.100.968	1.209.165	1.145.288
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ & ΕΜΠΟΡΙΚΗ Α.Ε.	1.528.993	1.336.217	786.069	627.616	524.646
ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε.	1.525.074	1.139.993	1.308.423	1.428.690	1.277.106
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ Α.Ε.	1.498.694	1.190.951	1.132.698	954.497	909.394
ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε. (4)	1.494.702	1.235.121	5.432	-	79.883
ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ ΟΙ Ε.Π.Ε. (5)	1.482.966	1.016.129	435.343	205.382	264.220
ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΡΑΚΗΣ Α.Ε.	1.418.880	1.238.447	946.450	820.637	616.502
ΑΞΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ Α.Ε.	1.350.272	1.390.809	1.012.475	999.281	999.290
ΙΑΤΡΙΚΟ ΧΑΝΙΩΝ Α.Ε.	1.341.781	1.306.043	1.401.415	936.123	985.042
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ Α.Ε.	1.341.779	1.175.302	1.028.877	1.019.589	1.122.897
ΒΙΟ-ΤΣΕΚ ΙΝΤΕΡΝΑΣΙΟΝΑΛ Α.Ε.	1.281.124	1.283.443	1.300.255	1.318.368	1.353.344
BIO CARE Α.Ε.	1.222.532	1.033.507	980.784	775.730	594.022
ΠΛΑΤΩΝ Α. ΚΕΛΕΚΗΣ Α.Ε.	1.218.672	1.209.169	1.023.469	759.798	850.500
ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	1.048.753	1.313.104	1.212.387	1.238.269	1.199.340
Β. ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ Α.Ε. *	991.274	1.157.555	1.267.117	1.035.921	984.775
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΡΙΑΗΣΣΙΩΝ Α.Ε.	792.104	1.047.044	982.069	864.208	351.991
ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ Ε.Π.Ε.	Μ.Δ.	3.368.522	2.990.081	3.039.809	2.576.296
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΥΝ.ΠΕ	Μ.Δ.	2.877.155	2.269.181	1.783.767	Μ.Δ.
ΕΥΡΩΑΝΑΛΥΣΗ Ε.Π.Ε.	Μ.Δ.	2.350.160	2.364.244	1.630.679	1.963
ΠΑΝΤΟΣ Κ. ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε. (6)	Μ.Δ.	1.332.655	Μ.Δ.	1.230.078	-
ΛΟΓΟΣ & ΓΡΑΦΗ Ε.Π.Ε. (7)	Μ.Δ.	1.295.009	1.355.856	-	-
EUROMEDICA Α.Ε. (8)	-	-	18.073.388	9.258.541	-
EUROMEDICA -ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΕ (9)	-	-	1.041.608	696.801	695.683

Μεταπτυχιακή διατριβή – Ελιόνα Γκίκα

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΡΗΤΗΣ ΑΕ (10)	-	-	-	234.973	199.319
ΜΑΓΝΗΤΗΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΝ - ΚΕΝΤΡΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΕ (11)	-	-	-	288.402	409.371
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΕΘΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΕ (12)	-	-	-	17.135.363	11.866.949
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΕ (13)	-	-	-	2.897.306	2.127.533
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΕΠΕ (14)	-	-	-	2.091.205	1.332.293
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΕ (15)	-	-	-	898.580	826.339
ΣΥΝΟΛΟ	151.839.953	151.982.948	143.951.402	115.461.621	83.896.770

**** Σύμφωνα με δήλωση των υπευθύνων της εταιρίας**

Ποσά σε Ευρώ

*** όλες οι χρήσεις αρχίζουν την 1.7 και λήγουν την 30.7 του επομένου έτους**

Μ.Δ.: μη διαθέσιμο

Από 01.01.2002 όλοι οι λογαριασμοί έχουν μετατραπεί σε Ευρώ βάσει της επίσημης ισοτιμίας 1€=340,75 δρχ. Τυχόν αποκλίσεις σε ορισμένα μεγέθη οφείλονται στην προσαρμογή στο νέο νόμισμα.

Σημειώσεις:

(1): το 2000 απορρόφησε 4 ομοειδείς επιχειρήσεις

(2): έως το 2000 λειτουργούσε ως γυναικολογική κλινική

(3): η πρώτη διαχειριστική χρήση αφορά την περίοδο 1.6.99-30.6.00 και όλες οι χρήσεις αρχίζουν την 1.7. και λήγουν την 30.7 του επομένου έτους

(4): η εταιρία τέθηκε σε εκκαθάριση το 1999 και αναβίωσε το 2001.

(5): η διαχειριστική χρήση του 2002 καλύπτει την περίοδο 1.1.2002-30.10.2002

(6): η πρώτη διαχειριστική χρήση αφορά την περίοδο 16.9.98-31.12.99

(7): η πρώτη διαχειριστική χρήση αφορά την περίοδο 15.1.99-31.12.00

(8): στις 21.8.01 απορρόφησε την Euromedica ΑΕ (Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών)

(9): στις 21.8.01 απορροφήθηκε από την Euromedica ΑΕ (Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών)

(10): στις 18.1.01 απορροφήθηκε από την Euromedica Κρήτης ΑΕ

(11): στις 29.12.00 απορροφήθηκε από την Euromedica ΑΕ

(12): στις 29.12.00 απορροφήθηκε από την Βιοϊατρική Διαγνωστικό Κέντρο ΑΕ

(13): στις 29.12.00 απορροφήθηκε από την Βιοϊατρική Διαγνωστικό Κέντρο ΑΕ

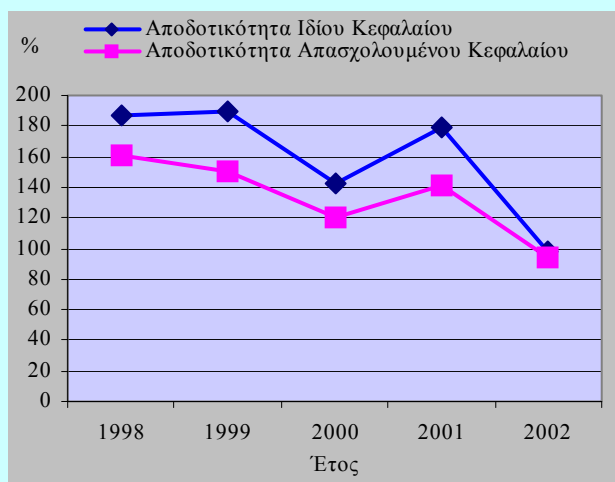
(14): στις 29.12.00 απορροφήθηκε από την Βιοϊατρική Διαγνωστικό Κέντρο ΑΕ

(15): στις 29.12.00 απορροφήθηκε από την Βιοϊατρική Διαγνωστικό Κέντρο ΑΕ

Πηγή: ICAP, Δημοσιευμένοι ισολογισμοί

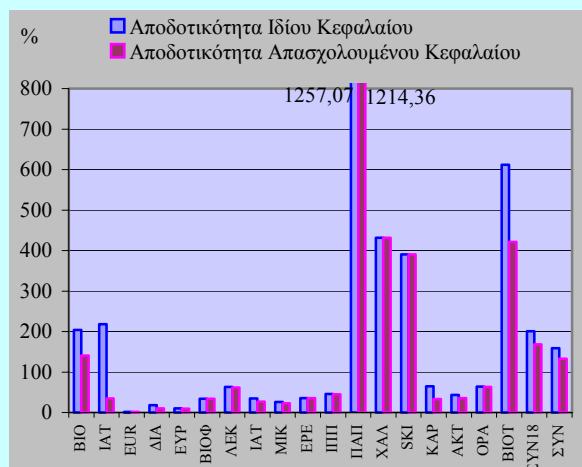
Διάγραμμα 3.11 Εξέλιξη αποδοτικότητας ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων (1998-2002)

α) Διαχρονική εξέλιξη αριθμοδεικτών κλάδου
τις 18



β) Αριθμητικοί μέσοι ετήσιων δεικτών για

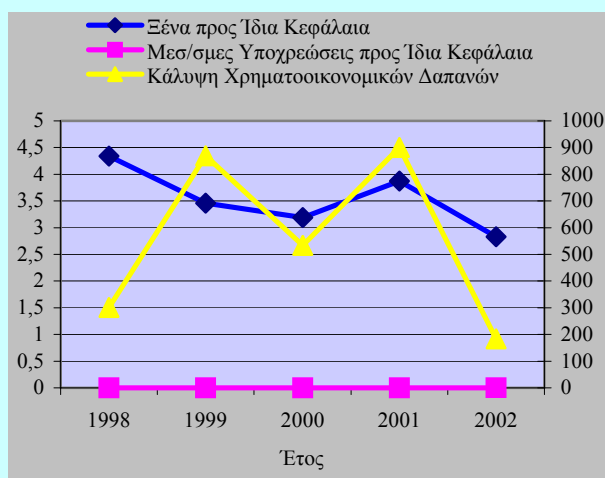
εταιρίες του κλάδου



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ICAP

Διάγραμμα 3.13 Εξέλιξη χρηματοοικονομικής διάρθρωσης ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων (1998-2002)

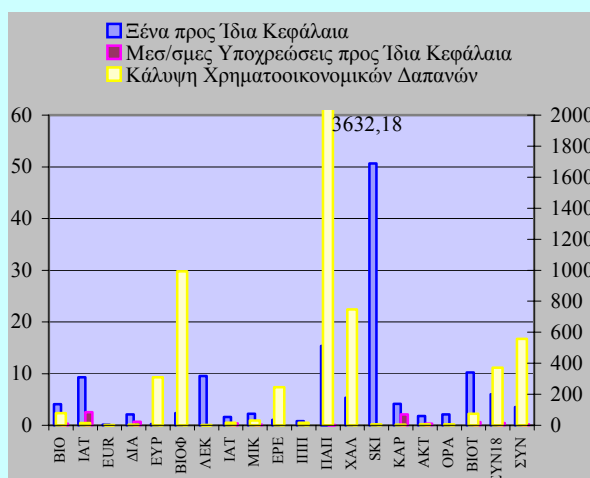
α) Διαχρονική εξέλιξη αριθμοδεικτών κλάδου
ετήσιων δεικτών για τις 18



β) Αριθμητικοί μέσοι

εταιρίες

του του κλάδου



Σημείωση: ο δείκτης της Κάλυψης Χρημ/κών Δαπανών απεικονίζεται στους δεξιούς

άξονες των διαγραμμάτων

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ICAP

4. Η ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΓΕΘΟΣ ΕΓΧΩΡΙΑΣ ΑΓΟΡΑΣ

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζεται το μέγεθος της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (σε αξία) για την περίοδο 1997-2002. Διευκρινίζεται ότι το εκτιμώμενο μέγεθος της αγοράς αναφέρεται στο συνολικό κύκλο εργασιών των επιχειρήσεων του κλάδου και δεν συμπεριλαμβάνονται οι αμοιβές για υπηρεσίες των ιατρών.

Από τα στοιχεία του συγκεκριμένου πίνακα προκύπτει ότι, το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει διαχρονική άνοδο κατά την εξεταζόμενη περίοδο, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 13,2%. Ειδικότερα, το συγκεκριμένο μέγεθος διαμορφώθηκε σε €944.800 χιλ. το 2002 έναντι €833.500 χιλ. το 2001 παρουσιάζοντας ποσοστιαία αύξηση 13,4%, ενώ το 2000 ανήλθε σε €738.700 χιλ. (αύξηση 12,8% την περίοδο 2001/00).

Πίνακας 4.1 Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1997-2002)						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Κλινικές	265.600	293.500	343.700	395.000	455.800	539.300
Μαιευτήρια	88.600	110.300	120.900	140.600	150.000	164.000
Διαγνωστικά κέντρα	153.800	170.200	183.100	203.100	227.700	241.500
Σύνολο	508.000	574.000	647.700	738.700	833.500	944.800

σε €000

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Όσον αφορά το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατά κατηγορία, σημειώνονται τα εξής:

Α) Κλινικές:

Διαχρονική αύξηση παρουσιάζει η αγορά των ιδιωτικών κλινικών κατά την περίοδο 1997-2002 με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 15,2%. Ειδικότερα, το 2002 εκτιμάται σε €539.300 χιλ. έναντι €455.800 χιλ. το 2001 (αύξηση 18,3%) και €395.000 χιλ. το 2000 (αύξηση 15,4% την περίοδο 2001/00). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2002, εκτιμάται ότι το 90% περίπου του συνολικού μεγέθους της συγκεκριμένης κατηγορίας προέρχεται από εσωτερικούς - νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι ιδιωτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, με μερίδιο 57,1% κατά το 2002.

Σχετικά με το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών κλινικών για τη διετία 1995-1996, εκτιμάται ότι διαμορφώθηκε σε €219.800 χιλ. και €248.000 χιλ. αντίστοιχα.

Β) Μαιευτικές - γυναικολογικές κλινικές:

Το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτηρίων, καταγράφει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2002, με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 13,1%. Συγκεκριμένα, για το 2002 εκτιμάται σε €164.000 χιλ. έναντι €150.000 χιλ. το 2001 παρουσιάζοντας αύξηση 9,3%, ενώ ανήλθε σε €140.600 χιλ. το 2000 σημειώνοντας αύξηση 6,7% κατά την περίοδο 2001/00.

Οι μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 17,4% του συνόλου της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2002.

Γ) Διαγνωστικά κέντρα:

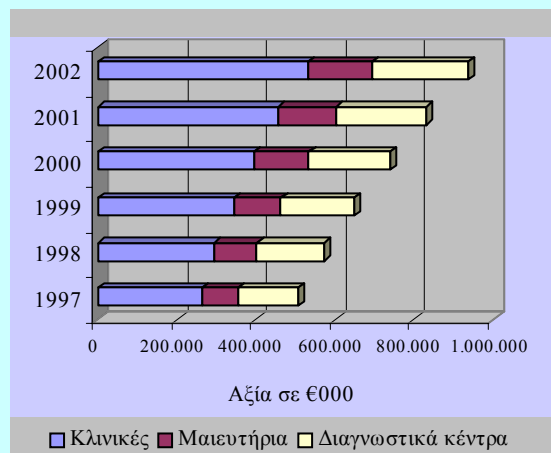
Διαχρονική αύξηση παρουσιάζει και η αγορά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων κατά την περίοδο 1997-2002, αν και ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (9,4%) ήταν χαμηλότερος σε σύγκριση με τις κλινικές και τα μαιευτήρια. Ειδικότερα, το 2002 η συγκεκριμένη αγορά εκτιμάται σε €241.500 χιλ. έναντι €227.700 χιλ. το 2001 (αύξηση 6,1% την περίοδο 2002/01) και €203.100 χιλ. το 2000 (αύξηση 12,1% την περίοδο 2001/00). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2002, εκτιμάται ότι το 70% περίπου του συνολικού μεγέθους της υπό εξέταση αγοράς προέρχεται από πελάτες ασφαλισμένους σε ταμεία του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο 25,6% της συνολικής αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2002.

Σχετικά με το μέγεθος της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων για τη διετία 1995-1996, εκτιμάται ότι ανήλθε σε €121.500 χιλ. και €135.300 χιλ. αντίστοιχα.

Διάγραμμα 4.1 Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

α) Εξέλιξη μεγέθους αγοράς (1997-2002)
μεγέθους αγοράς (2002)

β) Κατανομή



Πηγή: ICAP, Εκτιμήσεις της αγοράς

4.2 Μεριδία Αγοράς Εταιριών και Ομίλων – Δείκτες Συγκέντρωσης

Στον πίνακα 4.2 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς ορισμένων εκ των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών, μαιευτηρίων και διαγνωστικών κέντρων για το έτος 2002. Διευκρινίζεται ότι τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν βάσει των αντίστοιχων συνολικών δημοσιευμένων πωλήσεων των παρουσιαζόμενων εταιριών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν απομονωθεί τα έσοδα από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών για το 2002, το Ιατρικό Αθηνών καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο (27,5%). Ακολουθεί στη δεύτερη θέση το Θεραπευτήριο Υγεία με μερίδιο αγοράς 13,7% και στην τρίτη θέση η Ευρωκλινική Αθηνών με μερίδιο 6,3%.

Από την πλευρά των μαιευτικών κλινικών, την πρώτη θέση κατέχει για το 2002 το Ιασώ με μερίδιο 41,5%, και ακολουθούν το Μητέρα (29,8%) και το Λητώ (7,7%).

Πίνακας 4.2 Μεριδία αγοράς εταιριών του κλάδου (2002)

Ιδιωτικές Κλινικές	Μερίδιο
Ιατρικό Αθηνών ΑΕΕ	27,5%
Υγεία Διαγνωστικών & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΑΕ	13,7%
Ευρωκλινική Αθηνών ΑΕ	6,3%
Νοσηλευτική ΑΕ	5,8%
Περσεύς ΑΕ	5,5%
Euromedica ΑΕ *	4,5%
Κεντρική Κλινική Αθηνών ΑΕ	3,4%
Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης ΑΕ	3,4%
Μαιευτικές Κλινικές	Μερίδιο
Ιασώ ΑΕ	41,5%
Μητέρα Ιδιωτική Μαιευτική & Χειρουργική Κλινική ΑΕ	29,8%
Λητώ ΑΕ	7,7%
Διαγνωστικά Κέντρα	Μερίδιο
Βιοϊατρική ΑΕ	16,7%
Euromedica ΑΕ *	8,7%
Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ	4,5%
Ευρωδιάγνωση ΑΕ	2,5%
Διάγνωση Πρότυπο Διαγνωστικό Κέντρο ΑΕ	2,5%
Βιοφόρμα ΑΕ	1,7%
Euromedica Κρήτης ΑΕ *	1,6%
Ιατρικό Κρήτης ΑΕΕ	1,6%
Παπανδρέου Δ. ΕΠΕ	1,5%
Μικροανάλυση ΑΕΒΕ	1,5%
Λεκατσά ΑΕ	1,4%
Ιπποκράτης Ιατρικό Διαγνωστικό Κέντρο Πειραιά ΑΕ	1,4%
* τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν από τα έσοδα των αντίστοιχων δραστηριοτήτων Πηγή: ICAP	

Τέλος, μεταξύ των διαγνωστικών κέντρων, στην πρώτη θέση κατατάσσεται η Βιοϊατρική με μερίδιο 16,7% και ακολουθεί η Euromedica με μερίδιο 8,7% και η Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία με μερίδιο 4,5%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο δείκτης συγκέντρωσης μεριδίων αγοράς των παρουσιαζόμενων εταιριών του πίνακα 4.2. Συγκεκριμένα, οι οκτώ (8) μεγαλύτερες επιχειρήσεις εκμετάλλευσης ιδιωτικών κλινικών παρουσιάζουν δείκτη συγκέντρωσης 70,2% για το 2002, ενώ τα τρία (3) μεγαλύτερα ιδιωτικά μαιευτήρια παρουσιάζουν δείκτη συγκέντρωσης 79%. Μικρότερη είναι η συγκέντρωση των 12 διαγνωστικών κέντρων του πίνακα 4.2, με αντίστοιχο δείκτη 45,4%.

Παρουσία στον τομέα των διαγνωστικών κέντρων έχει ωστόσο και το Ιατρικό Αθηνών το οποίο δια μέσου των θυγατρικών του εταιριών Αξονική Έρευνα ΑΕ και Έρευνα ΑΕ κατέχει μερίδιο 1,7% (συγκεντρωτικά) στη συγκεκριμένη αγορά για το 2002. Στον όμιλο των εταιριών του Υγεία ανήκουν και οι Μαγνητική Υγεία Διαγνωστικές Απεικονίσεις ΑΕ και Υγεία - Οφθαλμός ΑΕ οι οποίες δραστηριοποιούνται στον τομέα των διαγνωστικών κέντρων συγκεντρώνοντας μερίδιο 1,1% στην αντίστοιχη αγορά. Ο όμιλος της ασφαλιστικής εταιρίας Interamerican, έχει εισέλθει στον χώρο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων

μέσω της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Αθηναϊκής Γενικής Κλινικής με μερίδιο αγοράς 7,1% για το 2002. Το μερίδιο του ομίλου Euromedica στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2002, ανέρχεται σε 5,9% (σύμφωνα με τα

στοιχεία του δημοσιευμένου ενοποιημένου ισολογισμού, ο οποίος περιλαμβάνει εταιρίες στις οποίες η Euromedica ΑΕ συμμετέχει με τουλάχιστον 50%.) Τέλος, οι εταιρίες Βιοϊατρική ΑΕ και Ευρωδιάγνωση ΑΕ (η πρώτη συμμετέχει στη δεύτερη) κατέχουν από κοινού το 19,2% του συνόλου της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Το παρόν κεφάλαιο ολοκληρώνει την εξέταση των χαρακτηριστικών του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, όπως αυτά σκιαγραφήθηκαν στις προηγούμενες ενότητες. Στόχος του κεφαλαίου δεν είναι η σύνοψη των ευρημάτων της μελέτης σε κάθε ενότητα, αλλά η αναπαραγωγή των κυριότερων συμπερασμάτων σε συνδυασμό με τις εκτιμήσεις για τη μελλοντική πορεία του κλάδου. Άλλωστε, μια συμπυκνωμένη εικόνα των βασικών παρατηρήσεων της κάθε ενότητας δίνεται στη σύνοψη που παρατίθεται στην αρχή της μελέτης.

Πολλοί είναι οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν τη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, το επίπεδο των διαγνωστικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα αποτελεί ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα για τη στροφή του κοινού στις υπηρεσίες του εξεταζόμενου κλάδου.

Οι εξαγορές και συγχωνεύσεις των τελευταίων χρόνων, έχουν δημιουργήσει ισχυρούς ομίλους παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι προσφέρουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών, εφαρμόζοντας τακτικά προγράμματα αναβάθμισης και εκσυγχρονισμού του ιατροτεχνολογικού τους εξοπλισμού και των κτιριακών τους εγκαταστάσεων. Οι όμιλοι συνεχίζουν να στοχεύουν και στην επέκτασή τους σε νέες αγορές, σε μια προσπάθεια περαιτέρω ισχυροποίησής τους, όχι μόνο στην εγχώρια αγορά αλλά και στο εξωτερικό.

Αρκετά είναι τα γεγονότα εκείνα τα οποία άλλαξαν το χάρτη στο χώρο κυρίως της δευτεροβάθμιας βαθμίδας υγείας τα τελευταία χρόνια. Από την πλευρά του δημοσίου τομέα, ξεκίνησε τη λειτουργία του το πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης, καθώς και το νοσοκομείο των Σερρών, ενώ σύντομα θα αρχίσει και η λειτουργία του «Αττικού» νοσοκομείου στο Χαϊδάρι, καθώς και των νοσοκομείων Θηβών, Γρεβενών και Άργους. Επιπλέον, υπό κατασκευή βρίσκονται νέα νοσοκομεία στον Πύργο, στην Κέρκυρα, στην Κατερίνη, στη Λαμία, στο Βόλο και στα Τρίκαλα, καθώς και το νέο ογκολογικό νοσοκομείο στους Αγίους Αναργύρους.

Στις σχετικά τελευταίες εξελίξεις από την πλευρά της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, περιλαμβάνεται η λειτουργία του θεραπευτηρίου Metropolitan Hospital (Περσεύς) στα νότια προάστια της Αθήνας, του Ερρίκος Ντυνάν στην Αθήνα, της Ευρωκλινικής, της Αθηναϊκής Κλινικής και της Ευρωκλινικής Παιδών από τον όμιλο της Interamerican, του Ιασώ General από τον όμιλο Ιασώ, της Κλινικής Δάφνης, του

Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης, του Απολλώνιου και του Ίασις από τον όμιλο του Ιατρικού Αθηνών, καθώς επίσης και η ριζική ανακαίνιση της Κεντρικής Κλινικής (πρώην Άγιος Παντελεήμων), της κλινικής Άγιος Γεώργιος στο Ηράκλειο Κρήτης και του Λευκού Σταυρού στην Αθήνα, ενώ τέλος συνεχίστηκαν και οι εξαγορές κλινικών και διαγνωστικών κέντρων από τον όμιλο της Euromedica. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, ήταν η λειτουργία περίπου 1.600 νέων ή ριζικά ανακαινισμένων κλινών, εκ των οποίων οι 1.000 περίπου βρίσκονται στο λεκανοπέδιο της Αττικής. Επίσης, τη δημιουργία πρότυπης νοσηλευτικής μονάδας υψηλών προδιαγραφών αποφάσισε το μη κερδοσκοπικό Διεθνές Ίδρυμα Φιλαδέλφεια, στα πλαίσια επενδυτικού προγράμματος επέκτασης των δραστηριοτήτων του και στην Ελλάδα.

Με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες της Αθήνας, ο σχεδιασμός, η κατασκευή και ο εξοπλισμός της «Πολυκλινικής» του Ολυμπιακού Χωριού θα γίνει με ευθύνη και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με τον Οργανισμό Εργατικής Κατοικίας, ενώ υποχρέωση του Αθήνα 2004 είναι η στελέχωση και λειτουργία αυτής. Η συνολική επιφάνεια της πολυκλινικής θα είναι περίπου 2.700 τ.μ. και το κόστος κατασκευής συμπεριλαμβάνεται στον άξονα προτεραιότητας 2 του επιχειρησιακού προγράμματος Ολυμπιακοί Αγώνες 2004 - Υγεία που ανέρχεται στο ύψος των €76,3 εκατ. Επίσης, ως Ολυμπιακά Νοσοκομεία χαρακτηρίζονται 18 νοσοκομεία της Αθήνας (11 Γενικά και 7 Ειδικά), τρία της Θεσσαλονίκης και από ένα στο Ηράκλειο, στην Πάτρα και στο Βόλο.

Όπως προαναφέρθηκε, αρκετές είναι οι μονάδες του κλάδου οι οποίες επιδιώκουν την επέκτασή τους και σε άλλες περιοχές της χώρας πέραν της Αττικής. Παράλληλα, η είσοδος στο χώρο των παιδιατρικών υπηρεσιών μέσω της δημιουργίας αντίστοιχων κλινικών, σηματοδοτεί ορισμένα από τα επενδυτικά σχέδια που έχουν εξαγγελθεί και υλοποιούνται στο χώρο τα τελευταία χρόνια.

Έχοντας ολοκληρώσει το επενδυτικό πλάνο της τελευταίας πενταετίας, ο όμιλος του **Ιατρικού Αθηνών** ολοκληρώνει την «επιθετική» του πολιτική στις υπηρεσίες υγείας που ακολούθησε και ανοίγει ένα νέο κύκλο, κύριος άξονας του οποίου θα είναι η «αμυντική» πολιτική προκειμένου να αξιοποιηθούν στο έπακρο όλα τα οφέλη από τις επενδύσεις των τελευταίων ετών. Έμφαση στο διάστημα αυτό αναμένεται να δοθεί στη δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων και τμημάτων, καθώς και διαγνωστικών κέντρων στα Βαλκάνια. Το Σεπτέμβριο του 2002 άνοιξε τις πύλες της η Κλινική της Δάφνης, εξειδικευμένη σε θέματα νεφρού (δυναμικότητας 115 κλινών), ενώ ολοκληρώθηκε και τέθηκε σε λειτουργία νέο κτίριο στο Μαρούσι και παράλληλα ανεξαρτητοποιήθηκε το Παιδιατρικό κέντρο και κατασκευάστηκε νέα Μ.Ε.Θ. Στο Παλαιό Φάληρο ολοκληρώνεται η ανέγερση νέας πτέρυγας, ενώ αναμένεται η λειτουργία δύο ακόμη νοσηλευτικών μονάδων στο Περιστέρι και το Παγκράτι. Όσον αφορά το Ιατρικό Πάρκο στην Παιανία (Medical Park), ο όμιλος βρίσκεται σε αναζήτηση ξένων επενδυτικών οίκων προκειμένου να το χρηματοδοτήσουν.

Σε πλήρη εξέλιξη βρίσκεται επίσης το επενδυτικό πρόγραμμα του **Ιασώ** από το οποίο ξεχωρίζει η δημιουργία Παιδιατρικής - Παιδοχειρουργικής κλινικής δυναμικότητας 65 κλινών, καθώς επίσης και Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας στα Μεσόγεια Αττικής το οποίο θα εξυπηρετεί περιστατικά όχι αποκλειστικά των κλινικών του ομίλου. Επίσης, στα πλάνα του ομίλου είναι και η

επέκτασή του στα νότια προάστια της Αθήνας μέσω της ίδρυσης νοσηλευτικής μονάδας δυναμικότητας περίπου 200 κλινών, ενώ προωθείται ο σχεδιασμός και η ανέγερση του Ιασώ Θεσσαλίας (γενική και μαιευτική κλινική), σε συνδυασμό με την ανάπτυξη δικτύου διαγνωστικών κέντρων και κέντρων αισθητικής ιατρικής στην Αττική, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα.

Τα κεφάλαια που άντλησε από το Χ.Α.Α. το **Υγεία**, πρόκειται να χρηματοδοτήσουν επενδύσεις που αφορούν τη δραστηριοποίησή του σε νέους τομείς, για τη βελτίωση, ανανέωση και επέκταση της πάγιας υποδομής σε κτιριακές εγκαταστάσεις και ιατρικό εξοπλισμό. Στα σχέδια της εταιρίας, εντάσσεται και η αγορά / κατασκευή κινητών μονάδων προληπτικής / προνοσοκομειακής ιατρικής φροντίδας, ενώ πρόκειται να επεκτείνει τις δραστηριότητές της και στον εμπορικό τομέα και συγκεκριμένα στις εισαγωγές και την εμπορία ιατρικών υλικών, αναλωσίμων και μηχανημάτων.

Στρατηγική επιλογή του ομίλου της **Interamerican** αποτέλεσε η έναρξη λειτουργίας της «Ευρωκλινικής Παιδών» στην Αθήνα, μετά την ανακαίνιση και λειτουργία της «Αθηναϊκής Κλινικής». Επίσης, ο όμιλος πρόκειται να επεκταθεί στο χώρο των πολυιατρείων **Medifirst**, τα οποία θα λειτουργούν σε περιοχές όπου το χαρτοφυλάκιο της **Interamerican** είναι ισχυρό. Τα πολυιατρεία αυτά θα διαθέτουν όλες τις ειδικότητες των ιατρών και θα λειτουργούν σε 24ωρη βάση. Το Νοέμβριο του 2002, ο όμιλος επέκτεινε τις δραστηριότητές του στη Ρουμανία όπου θεμελίωσε μια νέα κλινική υψηλών προδιαγραφών, μέσα στο δημόσιο νοσοκομείο του Βουκουρεστίου.

Για την εταιρία **Περσεύς**, η έναρξη της λειτουργίας του «**Metropolitan Hospital**» σηματοδοτεί την αρχή ενός μεγάλου επενδυτικού προγράμματος το οποίο περιλαμβάνει την επέκταση της υπάρχουσας μονάδας σε γειτονικό κτίριο, καθώς και τη λειτουργία δύο πολυιατρείων στη Γλυφάδα και την Κηφισιά.

Το μαιευτήριο **Μητέρα** έλαβε την έγκριση για την εισαγωγή του στην κύρια αγορά του Χ.Α.Α., ενώ το 5ετές επενδυτικό πρόγραμμα της εταιρίας θα υπερβαίνει τα €11 εκατ., σχεδιάζοντας παράλληλα την επέκτασή του στον παθολογικό τομέα, την ίδρυση Ειδικού Κέντρου Μαστού και την αναβάθμιση του μηχανολογικού του εξοπλισμού. Στα τέλη του 2003 εκτιμάται ότι θα λειτουργήσει και η Παιδιατρική κλινική δυναμικότητας 108 κλινών (δαπάνη €2 εκατ.).

Μετά την ολοκλήρωση του νέου της επενδυτικού προγράμματος, η **Κεντρική Κλινική Αθηνών** (πρώην Άγιος Παντελεήμων) επιδιώκει να λειτουργήσει ως μια καθαρά «ταμειακή» κλινική, η οποία θα αποβλέπει στην κάλυψη των ασφαλισμένων όλων των ταμείων, ενώ στα άμεσα σχέδιά της είναι η σταδιακή επέκταση στον τομέα της γυναικολογίας και εφόσον οι συνθήκες το επιτρέψουν και η εισαγωγή της στο Χ.Α.Α. για άντληση περαιτέρω κεφαλαίων.

Ο όμιλος **Euromedica** έχει παρουσία σε 10 νομούς της χώρας και λειτουργεί συνολικά 22 διαγνωστικά κέντρα και 11 κλινικές, με 1.000 κλίνες περίπου και με στόχο τη συνεχή διεύρυνση του δικτύου αυτού. Την παρούσα περίοδο, στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για τον όμιλο βρίσκεται η Βόρεια Ελλάδα και ιδιαίτερα η Θεσσαλονίκη. Συγκεκριμένα, στη φάση της κατασκευής βρίσκεται η Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Γένεσις δυναμικότητας 116 κλινών στην Πυλαία

Θεσσαλονίκης, η οποία αναμένεται να λειτουργήσει πλήρως εξοπλισμένη το 2004. Στην ίδια επίσης περιοχή πρόκειται να ανεγερθεί και το Αλεξάνδρειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, δυναμικότητας 110 κλινών, για το οποίο οι σχετικές διαδικασίες αδειοδότησης έχουν ήδη ολοκληρωθεί. Στα σχέδια του ομίλου για την περιφέρεια της Μακεδονίας, περιλαμβάνεται η δημιουργία πολυδύναμου διαγνωστικού κέντρου στην Κοζάνη. Ήδη έχει απορροφηθεί η γενική κλινική της Κοζάνης Ζωοδόχος Πηγή (80 κλινών) στην οποία και πρόκειται μέσα στο 2003 να αρχίσουν εργασίες ανακαίνισης, καθώς επίσης και η γυναικολογική κλινική Θεομήτωρ (25 κλινών). Ακόμη, ο όμιλος σχεδιάζει να επεκτείνει την παρουσία του και στην Ανατολική Μακεδονία - Θράκη και συγκεκριμένα στην Καβάλα, την Ξάνθη και την Αλεξανδρούπολη, ενώ τέλος σε κατασκευαστικό στάδιο βρίσκεται γενική κλινική στη Ρόδο.

Οι σχετικά υψηλοί μέχρι σήμερα ρυθμοί ανάπτυξης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, εκτιμάται ότι θα συνεχισθούν λόγω των συνεχών εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, της γήρανσης του πληθυσμού και βέβαια της υψηλής εισοδηματικής ελαστικότητας των δαπανών υγείας.

Μεταξύ των στόχων των ελληνικών εταιριών παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνονται και ξένες αγορές, κάποιες δε εξ αυτών επεκτείνονται όλο και περισσότερο στα Βαλκάνια και την Ανατολική Ευρώπη είτε υπό τη μορφή πολυεθνικών εταιριών, είτε αναπτύσσοντας συνεργασίες με άλλες χώρες με σκοπό την νοσηλεία των πολιτών τους σε θεραπευτήρια εντός της ελληνικής επικράτειας.

Γεγονός αποτελεί επίσης η είσοδος ορισμένων ασφαλιστικών εταιριών στον κλάδο της περίθαλψης. Κάποιες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες αναπτύσσουν συνεργασίες με ιδιωτικούς φορείς, ενώ άλλες δημιουργούν δικά τους νοσηλευτικά κέντρα, συμβάλλοντας έτσι στην περαιτέρω όξυνση του ήδη υπάρχοντος ανταγωνισμού.

Η τηλείατρική αποτελεί μια νέα μορφή εξελιγμένων ιατρικών υπηρεσιών, καθώς δια μέσου αυτής καθίσταται δυνατή η παροχή συμβουλών και υποδείξεων προς ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε απόσταση από τον ιατρό τους. Σχετικά νέα μορφή παροχής ιατρικών υπηρεσιών είναι και η «νοσηλεία κατ' οίκον», η οποία παρέχεται από κάποιες ιδιωτικές κλινικές και απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία χρειάζονται ιατρική υποστήριξη για την παρακολούθηση της υγείας τους και τη διενέργεια των τακτικών τους εξετάσεων από το χώρο της κατοικίας τους.

Μια ακόμη τάση στον κλάδο είναι η διάδοση των κλινικών μιας ημέρας, καθώς η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας συντελεί στην ελαχιστοποίηση της παραμονής του ασθενούς εντός του νοσοκομείου.

Η δυσπραγία που χαρακτηρίζει ομάδες των νοικοκυριών, οδηγεί όλο και περισσότερο στη διάδοση προγραμμάτων πληρωμής μέσω άτοκων δόσεων και στον τομέα της υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί μεγάλο ιδιωτικό θεραπευτήριο το οποίο προχώρησε σε συμφωνία με τραπεζικό όμιλο, με σκοπό τη δημιουργία χρηματοδοτικού προγράμματος υγείας που εξασφαλίζει τη δυνατότητα αποπληρωμής των εξόδων νοσηλείας με άτοκες μηνιαίες δόσεις μέσω πιστωτικής κάρτας. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για αντικατάσταση της ασφαλιστικής κάλυψης με τραπεζική, μέσω διευρυσμένων χρηματοδοτικών εργαλείων.

Νέα τάση στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αποτελεί η «κάρτα εξωτερικών ιατρείων» η οποία προσφέρει κλιμακούμενες εκπτώσεις για την πραγματοποίηση σειράς εξετάσεων, σε οποιαδήποτε κλινική του ιδίου ομίλου.

Σύμφωνα με παράγοντες του εξεταζόμενου κλάδου, κυριότερη πηγή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στη χώρα μας οι φορείς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, είναι αφενός το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο που οριοθετεί την ίδρυση και λειτουργία των μονάδων του κλάδου, καθώς και ο διαρκώς αυξανόμενος ανταγωνισμός ο οποίος σε συνδυασμό με την μη αναπροσαρμογή των τιμολογίων για πολλά έτη, καθιστά το πρόβλημα ακόμη εντονότερο.

Όσον αφορά τα **Θεραπευτήρια**, εκτός από τον εντεινόμενο ανταγωνισμό, σημαντικό πρόβλημα προέρχεται και από τις ισχύουσες διατάξεις οι οποίες αφορούν την ίδρυση των εν λόγω επιχειρήσεων. Ενώ παλαιότερα απαγορευόταν η ίδρυση νέων ιδιωτικών θεραπευτηρίων, με σχετικό Προεδρικό Διάταγμα του έτους 1991 (Αρ. 517), αυτό καταργήθηκε. Ωστόσο, ο νόμος αυτός σε πολλά σημεία παρέμεινε ανενεργός καθότι δυσκόλευε τη λειτουργία των ήδη υπάρχουσών ιδιωτικών κλινικών. Οι προϋποθέσεις και ιδιαίτερα οι οικοδομικές προδιαγραφές που θέτει είναι ιδιαίτερα αυστηρές και πολλές από τις μονάδες του κλάδου θα έπρεπε να είχαν διακόψει τη λειτουργία τους μη μπορώντας να ανταποκριθούν σ' αυτές.

Υπαρκτό είναι στον κλάδο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και το οικονομικό πρόβλημα που πηγάζει από τα χαμηλά τιμολόγια που ισχύουν στις διάφορες συμβάσεις που συνάπτονται με τα ταμεία του δημοσίου.

Σχετικά με την κατηγορία των **διαγνωστικών κέντρων**, αρκετά είναι τα προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή άδειας λειτουργίας σε αυτά. Από το 1987 και μετά, την αποκλειστική ευθύνη για οποιοδήποτε τμήμα ή εργαστήριο που λειτουργεί στο διαγνωστικό κέντρο φέρει ο εκάστοτε ιατρός, στο όνομα του οποίου εκδίδεται η σχετική άδεια λειτουργίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία γραφειοκρατικών και οικονομικής φύσεως προβλημάτων κατά τη συνεργασία των μονάδων του κλάδου με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθότι όλες οι συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία υπογράφονται στο όνομα του ιατρού που κατέχει την άδεια. Η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο όταν κάποιος ιατρός θελήσει να διακόψει τη συνεργασία του με την επιχείρηση, η οποία και ουσιαστικά βρίσκεται χωρίς άδεια λειτουργίας. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να βρεθεί νέος ιατρός στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί νέα άδεια και θα υπογραφεί νέα σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία, διαδικασίες αρκετά χρονοβόρες.

Σύμφωνα με διάταξη που υπάρχει στο σχετικό Προεδρικό Διάταγμα, η ίδρυση και λειτουργία διαγνωστικών κέντρων είναι αποκλειστικό προνόμιο των ιατρών. Ο "ιατροκεντρικός" αυτός χαρακτήρας των μονάδων, οδηγεί πολλές φορές σε αθέμιτο ανταγωνισμό μεταξύ των ιατρικών φορέων που ήδη δραστηριοποιούνται στον κλάδο και των επιχειρηματιών εκείνων που επιθυμούν να διεισδύσουν στον χώρο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης.

Πρόβλημα προκύπτει επίσης από την ύπαρξη αρκετών μικρών κυρίως περιφερειακών διαγνωστικών κέντρων, τα οποία δεν εκτελούν εργαστηριακές εξετάσεις - σε αρκετές δε περιπτώσεις ούτε γενική αίματος - αλλά απλά διακινούν

δείγματα ασθενών σε άλλα μεγαλύτερα εργαστήρια. Σύμφωνα με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), δεν απαιτείται χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας για τις συγκεκριμένες επιχειρήσεις καθώς οι αναλύσεις σε προεπεξεργασμένα βιολογικά δείγματα ανθρώπινης προέλευσης δεν αποτελούν ιατρική πράξη. Επιπλέον, αρκετές από τις επιχειρήσεις αυτές προκειμένου να διατηρήσουν σε χαμηλά επίπεδα το κόστος των εξετάσεων, μεταχειρίζονται φθηνά αντιδραστήρια με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Οι μονάδες εκείνες του κλάδου που συνεργάζονται στενά με ταμεία του δημοσίου αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, καθώς οι τιμές για αρκετές εργαστηριακές εξετάσεις παραμένουν αμετάβλητες από το 1991, ενώ κάποιες από αυτές δεν καλύπτονται καν από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η αξιοπιστία των εργαστηριακών αποτελεσμάτων τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα δεν ελέγχεται καθόλου στη χώρα μας, εξαιτίας της απουσίας ενός εθνικού φορέα ποιοτικού ελέγχου των εργαστηριακών εξετάσεων. Αντίθετα, τέτοια κέντρα ποιοτικού ελέγχου λειτουργούν επί σειρά ετών σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

Τέλος, είναι ακόμη νωρίς να αξιολογηθεί ως νέα καινοτομία στο χώρο της υγείας, η δυνατότητα που παρέχεται από την 1.1.2002 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, να λειτουργούν και απογευματινά ιατρεία για τη διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, μετά το τακτικό τους ωράριο. Επίσης, μια εξέλιξη στο χώρο της υγείας, είναι η σύσταση κοινοπραξίας μεταξύ των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ και ΟΠΑΔ). Η συμφωνία για τη δημιουργία της κοινοπραξίας αυτής προβλέπει εκτός από τον διοικητικό συντονισμό των κλάδων υγείας και τον καθορισμό κοινών όρων σε ό,τι αφορά τη χρήση της τεχνολογίας, έλεγχο επί των τιμών με τις οποίες αγοράζονται προϊόντα και υπηρεσίες από τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, καθώς και τον καθορισμό κοινών ελεγκτικών οργάνων. Παράγοντες της αγοράς εκτιμούν ότι η κοινοπραξία αυτή μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων, θα κριθεί ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία εάν κρατηθεί σε υψηλό επίπεδο, τότε μόνον ίσως αποτελέσει ισχυρό «αντίπαλο» για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Εκτιμάται ότι για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας θα συνεχίσουν να αυξάνουν με ταχείς ρυθμούς. Ειδικότερα, από την επεξεργασία των απαντήσεων των εκπροσώπων των επιχειρήσεων του κλάδου προκύπτει ότι τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών θα αυξηθούν με ρυθμό 15% κατά το τρέχον έτος αλλά και το 2004. Επίσης, ο κύκλος εργασιών των μαιευτηρίων θα διευρυνθεί με ετήσιο ρυθμό 10% κατά το 2003 και 2004. Τέλος, η αντίστοιχη αύξηση για τα διαγνωστικά κέντρα θα είναι περίπου 7%-8%.

1.3. Ελληνική έντυπη επικαιρότητα

670 ΕΥΡΩ ΕΤΗΣΙΩΣ ΒΑΖΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΣΕΠΗ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΕΛΛΗΝΑΣ
ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΛΥΨΕΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ακριβή μου υγεία

Της ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΚΑΔΔΑ

Μεγάλο «μπαξίσι» αναγκάζονται να πληρώσουν οι ελληνικές οικογένειες για να έχουν αξιοπρεπές επίπεδο περίθαλψης, σύμφωνα με μελέτη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Ευθύνες αποδίδονται στις χαμηλές σχετικά κρατικές δαπάνες, αλλά κυρίως στην αναποτελεσματική διαχείριση του κρατικού συστήματος υγείας. Η Κομισιόν, με βάση αυτό το έγγραφο, που θα συζητηθεί αύριο στο συμβούλιο υπουργών Οικονομίας-Ecofin, ζητά νέα μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας, με στόχο το «νοικοκύρεμα» των δαπανών, αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασφαλισμένους: τη μείωση των χρόνων αναμονής και την παροχή υπηρεσιών ίδιας ποιότητας με τα κράτη της δυτικής Ευρώπης.

Ζητά από την ελληνική κυβέρνηση να καταγράψει τα προβλήματα και τους κινδύνους του συστήματος υγείας σε μελέτη που πρέπει να στείλει έως το φθινόπωρο στην Κομισιόν, ώστε στη συνέχεια το κοινοτικό όργανο να προχωρήσει σε συστάσεις μεταρρύθμισης. Οι συστάσεις αυτές θα πλαισιώσουν την πρόταση μεταρρύθμισης του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, με κύριο άξονα την παράταση του εργασιακού βίου. Μάλιστα, ίσως οι προτάσεις γίνουν πολύ πιο γρήγορα, αφού η εκτόξευση του ελληνικού ελλείμματος καθιστά βέβαιες τις συστάσεις για μείωση των δαπανών. Καθώς λοιπόν οι επενδυτικές δαπάνες δεν περιορίζονται, η λύση βρίσκεται στις ασφαλιστικές δαπάνες, όπως άλλωστε συνέβη πριν από λίγα χρόνια στην Ιταλία, η οποία «οδηγήθηκε» σε ασφαλιστική μεταρρύθμιση.

Όσον αφορά στο σύστημα υγείας, το βασικό πρόβλημά του σύμφωνα με το έγγραφο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι η «φτώχεια» του. Παρά την αύξηση των δαπανών του προϋπολογισμού τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα παραμένει το κράτος με τις πιο χαμηλές δαπάνες υγείας, αλλά και την πιο υψηλή ιδιωτική συμμετοχή.

Ο ασφαλισμένος πληρώνει από την «τσέπη» του ποσό ίσο με το 4,2% του ΑΕΠ για υγεία, έναντι μόνο 2,2% κοινοτικού μέσου όρου. Η δαπάνη είναι

τεράστια σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή: Κάθε Έλληνας δίνει 670 ευρώ ετησίως, όταν στην Σουηδία θα έδινε μόνο 200 ευρώ...

Γιατί συμβαίνει αυτό; Διότι το ελληνικό Δημόσιο διαθέτει μόνο το 7,7% των δαπανών του για υγεία, πιο μικρό ποσοστό σε σχέση με κάθε άλλο κράτος, έναντι 13,6% κοινοτικού μέσου όρου και του 18,5% στην Ιρλανδία. Πόσα χρήματα δίνει το κράτος; Αποδίδει ποσό ίσο με το 5,2% του ΑΕΠ, έναντι 6,7% κοινοτικού μέσου όρου, δηλαδή 830 ευρώ ανά κάτοικο ετησίως. Οι χαμηλές δαπάνες δέχονται πρόσθετες πιέσεις από τα ελλείμματα στα ταμεία των νοσοκομείων, τα οποία υπολογίζει η κυβέρνηση περί τα 2 δισ. ευρώ και εξετάζει τρόπους κάλυψής τους, με «νοικοκύρεμα» των οικονομικών (προμήθειες), αλλά και περικοπές υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, το πρόβλημα του συστήματος, σύμφωνα με την Κομισιόν, δεν βρίσκεται μόνο στο ύψος των δημόσιων δαπανών για την υγεία, αλλά και στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρεται. Η χαμηλή ποιότητα και οι λίστες αναμονής ωθούν πολύ μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων προς ιδιωτικές υπηρεσίες. Επιπλέον, οι υψηλές δαπάνες για προμήθειες, και άλλα κόστη, περιορίζουν τις δυνατότητες πρόσληψης βοηθητικού προσωπικού το οποίο έχουν ανάγκη τα νοσοκομεία. Είναι χαρακτηριστικό ότι είναι τόσο υψηλή η ιδιωτική δαπάνη του Έλληνα, που, παρά τη χαμηλή συνεισφορά του Δημοσίου, στο σύνολό τους οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι οι τρίτες πιο υψηλές στην Ε.Ε.: φτάνουν στο 9,4% του ΑΕΠ.

Τα παραπάνω θέματα, αλλά και μία σειρά από προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να αναλυθούν διεξοδικά στη μελέτη που καλείται να συντάξει η Ελλάδα και θα είναι ανάλογη με αυτή που έγινε ενόψει της ασφαλιστικής μεταρρύθμισης. Η εντολή θα δοθεί επίσημα στις 11 Μαΐου, στο περιθώριο του συμβουλίου των υπουργών Οικονομίας - Ecofin. Θα αποτελέσει το ένα από τα 3 «καυτά» θέματα που θέλει να «προχωρήσει» η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το καλοκαίρι, μαζί με το ασφαλιστικό και βέβαια το δημοσιονομικό έλλειμμα. Ανάλογες κατευθύνσεις θα δοθούν σε όλα τα κράτη, βασισμένες στην ποιότητα και στη δημοσιονομική κατάσταση των συστημάτων υγείας.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ - 09/05/2004

Εν-στάσεις

Η αλήθεια για τα ράντσα

Του ΓΙΑΝΝΗ ΤΟΥΝΤΑ *

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι υπάρχουν ακόμα ράντσα σε ορισμένα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι υπάρχουν ακόμα ελλείψεις στις ξενοδοχειακές υποδομές και στην εξυπηρέτηση των ασθενών σε πολλά νοσοκομεία του ΕΣΥ, όπως και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, παρά τις προσλήψεις 5.000 νοσηλευτών τα τελευταία 3 χρόνια. Και κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι τα παραπάνω προκαλούν αρκετές φορές την ταλαιπωρία των ασθενών και των συγγενών τους.

Από την άλλη όμως, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας κατέχει τη 14η θέση στη διεθνή κατάταξη της Παγκόσμιας Υγείας, ότι οι θάνατοι στην Ελλάδα συνεχώς μειώνονται, ότι οι Έλληνες έχουν ένα από τα καλύτερα επίπεδα υγείας στον κόσμο και ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας, οι Έλληνες στη συντριπτική τους πλειονότητα εμπιστεύονται περισσότερο τα δημόσια νοσοκομεία για σοβαρά προβλήματα υγείας. Και όλα αυτά, παρά το γεγονός της μεγάλης επιβάρυνσης, ιδιαίτερα κατά τις εφημερίες, που δημιουργεί τα τελευταία χρόνια η παροχή δωρεάν περίθαλψης σε περισσότερους από 1 εκατ. οικονομικούς μετανάστες. Είναι λοιπόν άδικο -όλη αυτή η προσφορά του ΕΣΥ- να κατασυκοφαντείται, έτσι όπως κατασυκοφαντείται το τελευταίο διάστημα, από δυνάμεις που σκόπιμα γενικεύουν και μεγεθύνουν τα υπαρκτά προβλήματα και αγνοούν τα θετικά και τις βελτιώσεις που συντελούνται, για προφανείς προεκλογικές σκοπιμότητες, αλλά και να εξυπηρετήσουν τα ιδιωτικά συμφέροντα στην υγεία. Για την αντιμετώπιση των υπαρκτών προβλημάτων και κυρίως των εφημεριών και των ράντσων, θα πρέπει πρώτα απ' όλα να γίνει κατανοητό ότι η εφημερία αποτελεί μια κατάσταση μάχης για κάθε νοσοκομείο του κόσμου. Είναι μια μάχη για να σωθούν ζωές και όπως σε κάθε πεδίο μάχης, οι συνθήκες άμεσης και απρόσκοπτης εξυπηρέτησης δύσκολα μπορούν να εξασφαλιστούν σε συνεχή βάση. Υπάρχουν απρόβλεπτες διακυμάνσεις στη ροή των ασθενών, υπάρχουν έκτακτα προβλήματα υγείας, υπάρχουν και βαριά περιστατικά που για να διατηρηθούν στη ζωή μπορεί να απαιτήσουν πολύωρη και πολυάνθρωπη προσπάθεια σε βάρος της εξυπηρέτησης άλλων ασθενών. Επιπλέον, στην Ελλάδα η προβληματική αυτή κατάσταση των εφημεριών επιβαρύνεται ορισμένες φορές από την αθρόα προσέλευση συγγενών-

συνοδών, καθώς και από την προσέλευση μη επειγόντων περιστατικών, είτε επειδή νομίζουν ότι θα εξυπηρετηθούν καλύτερα κατά τη διάρκεια της εφημερίας είτε για να εισαχθούν για νοσηλεία από τους θεράποντες ιατρούς τους, παρακάμπτοντας έτσι τις τακτικές εισαγωγές. Πρέπει να διευκρινιστεί επίσης ότι πολλοί από τους προσερχόμενους ασθενείς τοποθετούνται σε φορεία μέχρι να εξεταστούν ή μέχρι να βγουν οι εξετάσεις, τα οποία φορεία δεν έχουν καμία σχέση με τα ράντσα, που κακώς τα ταυτίζουν ορισμένα τηλεοπτικά ρεπορτάζ. Όσοι ασθενείς απ' αυτούς είναι για εισαγωγή, τοποθετούνται στη συνέχεια στους θαλάμους νοσηλείας και όταν αυτοί πληρωθούν χρησιμοποιούνται τότε τα περίφημα ράντσα. Και οι περισσότεροι απ' αυτούς τους ασθενείς τακτοποιούνται σε κανονικούς θαλάμους εντός του πρώτου 24ώρου. Το πρόβλημα λοιπόν των ράντσων, που συνεχώς μειώνεται, περιορίζεται πλέον σε λίγα μόνο νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία παρουσιάζουν αυξημένη ζήτηση, χωρίς να συντρέχουν τις περισσότερες φορές ουσιαστικοί επιστημονικοί λόγοι. Κρεβάτια από το ΕΣΥ δεν λείπουν. Ασθενείς όμως συνωστίζονται με δική τους πρωτοβουλία σε νοσοκομεία, όπως ο «Ευαγγελισμός», όταν τις ίδιες μέρες εφημερίας εφημερεύουν και άλλα επιστημονικά ισάξια νοσοκομεία, με άδεια κρεβάτια, χωρίς ράντσα και κυρίως χωρίς τάλαιπωρία για τους ασθενείς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ασθενής που πριν από λίγες μέρες αρνήθηκε να μεταφερθεί από ράντσο διαδρόμου του «Ευαγγελισμού» σε άδειο κρεβάτι κανονικού θαλάμου διπλανού νοσοκομείου.

Ένα επιπλέον πρόβλημα δημιουργεί και η προσέλευση πολλών ασθενών από την περιφέρεια στα γνωστά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Στο παρελθόν, το φαινόμενο αυτό ήταν δικαιολογημένο. Σήμερα όμως, με τα 15 νέα σύγχρονα νοσοκομεία που τέθηκαν σε λειτουργία τα τελευταία 3 χρόνια, με τα περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία και με τη διασπορά του πλεονάζοντος ιατρικού δυναμικού, η ροή αυτή μπορεί και πρέπει να σταματήσει.

Εκτός όμως από τη συμβολή των νέων αυτών περιφερειακών νοσοκομείων, η οριστική επίλυση του προβλήματος των ράντσων θα επιταχυνθεί και από τα σημαντικά έργα που πραγματοποιούνται στο Λεκανοπέδιο. Το υπερσύγχρονο Αττικό Νοσοκομείο που ήδη λειτουργεί σύντομα εντάσσεται στο σύστημα εφημεριών. Δημιουργούνται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αυτόνομα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ), μονάδες βραχείας και ημερήσιας νοσηλείας και υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι και ολοκληρώνονται οι εργασίες για τα πρώτα Αστικά Κέντρα Υγείας, ενώ τέθηκε πρόσφατα σε λειτουργία Επιχειρησιακό Συντονιστικό Κέντρο Εφημεριών για τις ανάγκες του Λεκανοπεδίου. Και όλα αυτά υπό το συντονισμό και την καθοδήγηση των αρμοδίων ΠεΣΥΠ, που θέλει η Ν.Δ. να καταργήσει!

* Πρόεδρος Α' ΠεΣΥΠ Αττικής

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ - 10/01/2004

Προτάσεις για αλλαγές στο ΕΣΥ

Του δ/ρος ΣΠ. ΚΑΡΑΝΤΖΗ1 τ.γ.γραμ. Ι.Σ.Α.

Όταν, το 1981, το ΠΑΣΟΚ, με υπουργό Υγείας τον Π. Αυγερινό σχεδίαζε το νόμο για το ΕΣΥ, πίστευαν ότι θα έλυναν το πρόβλημα της υγείας στη χώρα. Όταν το 1985 άρχισε η εφαρμογή του Ν. 1397/83, ο κόσμος έκπληκτος διαπίστωνε ότι από τα νοσοκομεία αποχωρούσαν οι καταξιωμένοι επιστημονικά και επαγγελματικά ιατροί και τις θέσεις των κατελάμβαναν μετριοότητες μεν, κομματικοί παράγοντες δε.

Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να πούμε ότι τα νοσοκομεία διελύθησαν και τη διάλυση δεν μπόρεσαν να σταματήσουν οι «νόμοι σκούπα» με τα «μπαλώματα» που προσπαθούσαν να δημιουργήσουν.

Από τη διάλυση διεσώθησαν τα νοσοκομεία εις τα οποία λειτουργούσαν Πανεπιστημιακές Κλινικές. Διότι οι Πανεπιστημιακές Κλινικές -σε ημέρες απεργίας- ακόμη και σήμερα κρατάνε ανοιχτά αυτά τα νοσοκομεία, διότι οι κλινικές είναι πανεπιστήμιο και όχι υπουργείο Υγείας, διότι σ' αυτές λειτουργεί η επιστημονική ευθύνη και ο καθηγητής της Ιατρικής Σχολής και όχι ο συνδικαλισμός, η ΕΙΝΑΠ και η αρχή «λίγη δουλειά και πολλά λεφτά», που προστάζουν οι εργατοπατέρες συνδικαλιστές γιατροί. Αυτή την κατάσταση, που μέχρι σήμερα έσωζε το ΕΣΥ των Αυγερινού - Γεννηματά, προσπαθεί να διαλύσει ο σημερινός υπουργός Υγείας Αλέξ. Παπαδόπουλος με το υπό σχεδιασμό νομοθέτημα «Υγεία για τον Πολίτη». Θέλει να βάλει στο θεσμό «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» και τους καθηγητές της Ιατρικής Σχολής. Με άλλα λόγια, ό,τι μέχρι σήμερα δούλευε σωστά, πρέπει κι αυτό να διαλυθεί. Γιατί;

Φαίνεται πως ο κ. υπουργός έχει επηρεαστεί από το πέρασμά του από το υπουργείο Οικονομικών. Πώς να εξηγηθεί το γεγονός ότι για να ανοίξει ένας γιατρός το ιατρείο του πρέπει να πληρώσει ένα χαράτσι 50 ή 100 χιλ., να εφοδιαστεί απαραίτητως με υπολογιστή και να συνδεθεί με την ειδική υπηρεσία του υπουργείου του; Έχω όμως τη γνώμη ότι η σκέψη αυτή του κ. υπουργού, να εντάξει τους καθηγητές της ιατρικής στο ΕΣΥ, πρέπει να είναι αντισυνταγματική, διά τον λόγον ότι εξαιρεί τους καθηγητές της Νομικής, στους οποίους δεν στερεί το δικαίωμα του ιδιωτικού γραφείου. Γιατί; Επίσης, με το σχέδιο νόμου ο κ. υπουργός εξαιρεί τους στρατιωτικούς γιατρούς και τούτο συμβαίνει διότι, πλην των ιατρών των στρατιωτικών

νοσοκομείων, υπάρχουν και οι γιατροί των μονάδων. Θα θεσπιστεί διαφορετικό μισθολόγιο για τους μεν και για τους δε; Θα ισχύσει άλλο μισθολόγιο για τους αξιωματικούς του Υγειονομικού; Δεν θα διαμαρτυρηθούν οι αξιωματικοί των άλλων Οπλων και Σωμάτων; Η αντισυνταγματικότητα του νόμου είναι προφανής, αλλά ο κ. υπουργός, με το πείσμα που τον διακρίνει, πιστεύει ότι θα πετύχει την ψήφισή του. Πιστεύω ότι αν δεν ζητηθεί η κομματική πειθαρχία, το σχέδιο νόμου δεν θα περάσει. Αν όμως ψηφιστεί, τότε ο κ. υπουργός θα έχει συνδέσει το όνομά του με την πλήρη υποβάθμιση του συστήματος και με τη διάλυση των Ιατρικών Σχολών. Αν αυτό έχει ως σκοπό, είναι πολύ εύκολο να το πετύχει. Εκτός εάν απώτερος σκοπός είναι η καθηγητοποίηση ορισμένων εμπίστων του Κινήματος και, δι' αυτών, η άλωση των Ιατρικών Σχολών προς δόξαν του ιδίου και του κόμματος. Θα ήταν προτιμότερο για τον κ. υπουργό να σκεφθεί την αναθεώρηση του ΕΣΥ, όπως έκανε η Αγγλία, που σήμερα διαθέτει ένα αναθεωρημένο ΕΣΥ και όχι ένα ΕΣΥ του 1945, το οποίο θελήσαμε να εφαρμόσουμε στην Ελλάδα το 1985, όταν η Αγγλία, από το 1985, είχε αρχίσει την αναθεώρησή του. Με μια σωστή αναθεώρηση, που θα προέβλεπε τη θητεία του γιατρού, τη θέσπιση του ιδιωτικού ιατρείου, θα προέκυπταν τεράστιες οικονομίες από μισθούς, καλύτερη ιατρική, άμιλλα, πρόοδος της επιστήμης και δημιουργία σώματος ιατρών με καλύτερη εκπαίδευση για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών. Ποτέ δεν είναι αργά για κάτι τέτοιο. Αρκεί να το θελήσει ο κ. υπουργός. Βέβαια θα πρέπει να πούμε ότι θα αρχίσει η βαθμιαία εφαρμογή του νέου συστήματος ώστε να δοθεί χρόνος προσαρμογής στα νέα δεδομένα. Το μέτρο αυτό θα δυσανεστήσει τους νυν κατέχοντες τις θέσεις, πολλοί των οποίων έχουν βολευτεί και ορισμένοι εξ αυτών λειτουργούν τα γραφειομελετητήρια (δήθεν) - για να μην ξεχνάμε την επιστήμη. Έχει την τόλμη ο κ. υπουργός να επιχειρήσει την τομή που χρειάζεται το σύστημα του ΕΣΥ (Ελληνικό Σύστημα Υγείας); Ας ζητήσει τη γνώμη και των προκατόχων του, ασφαλώς και θα ωφεληθεί.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ - 29/01/2001

Εκ των Εσω

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΓΙΑΝΝΗΣ ΤΡΙΑΝΤΗΣ

ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ... Στην Υγεία: Οι 8 στους 10 Έλληνες δεν είναι ικανοποιημένοι από το Σύστημα Υγείας. Το ποσοστό αυτό κατατάσσει την Ελλάδα στην τελευταία θέση και μάλιστα με διαφορά, ανάμεσα σε 17 χώρες όλου του κόσμου... Από τη Δέσποινα Κουκλάκη, στα «Νέα»:

- «Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει μεγάλη έρευνα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η οποία συγκρίνει τα δεδομένα για την υγεία των τελευταίων 40 ετών, από το 1960 μέχρι και το 2000. Η έρευνα αποκαλύπτει τη γύμνια της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις τα στοιχεία για την Ελλάδα απλώς δεν υπάρχουν».

- «Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν ικανοποιεί ούτε τους ανθρώπους με χαμηλά εισοδήματα, αλλά ούτε και τους ηλικιωμένους. Μόνο το 18% των ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα δηλώνει ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και κατατάσσει τη χώρα μας, άλλη μία φορά, στην τελευταία θέση. Παράλληλα, μόνο δύο στους δέκα ηλικιωμένους (22%) έχουν "καλή εντύπωση" για το σύστημα υγείας. Οι υπόλοιποι θεωρούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες από αδιάφορες έως και καθόλου ικανοποιητικές».

- «Αλλά και με βάση το τελευταίο Ευρωβαρόμετρο για την υγεία (1999), η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα δεν πιάνει ούτε τη ...βάση (με άριστα το 10, η χώρα μας έχει 4,67), όταν ο μέσος όρος για την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 6,3!».

ΣΥΓΧΡΩΤΙΣΜΟΣ... Ειδήσεων: Φτώχεια, γιουχαΐσματα, φρικώδεις επιστολές, γκάνγκστερ...

- Αργεντινή: «Η δεύτερη σε μέγεθος οικονομία της Νοτίου Αμερικής συνεχίζει να παραπαίει τους τελευταίους πέντε μήνες, καθώς οι μισοί από τους κατοίκους της Αργεντινής ζουν κάτω από το όριο φτώχειας των 600 πέσος (190 δολάρια) τον μήνα, σύμφωνα με τον επικεφαλής του Κέντρου Στατιστικών Ερευνών, Χουάν Κάρλος ντελ Μπέλιο» («Αδέσμευτος/ Μήτηση»).

- Ισραήλ: «Την περασμένη Τετάρτη, η εφημερίδα "Yediot Aharonot" δημοσίευσε μία σειρά επιστολών από μικρούς μαθητές. Το μήνυμά τους: "Αγαπημένε μου στρατιώτη, κάνε μου τη χάρη, σκότωσε όσο το δυνατόν περισσότερους Αραβες» («Νέα»).

- Αριζόνα: «Από καρδιακή ανακοπή άφησε χθες την τελευταία του πνοή στην πολιτεία της Αριζόνα, σε ηλικία 97 ετών, ο διαβόητος γκάνγκστερ της Μαφίας Τζόζεφ Μπονάνο. Σύμφωνα με δηλώσεις του δικηγόρου του στο ειδησεογραφικό πρακτορείο Ασσοσίεϊντ Πρες ο Μπονάνο το τελευταίο διάστημα είχε αποσυρθεί από την ενεργό δράση λόγω των πολλαπλών προβλημάτων υγείας που αντιμετώπιζε».

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ - 14/05/2002

Ριπή πέντε αλλαγών

Της ΜΑΡΙΝΑΣ ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

Γύρω του μυρίζει μπαρούτι. Αυτός όμως επαναλαμβάνει: «Η μεταρρύθμιση θα προχωρήσει».

Οι φήμες για δυσaréσκεια ορισμένων από το μέγαρο Μαξίμου δίνουν και παίρνουν, η υποβόσκουσα έριδα με το διοικητή του ΙΚΑ, Μιλτ. Νεκτάριο, εξελίσσεται σε ανοιχτή σύγκρουση, ενώ ο υπουργός Εργασίας, Δημ. Ρέππας, η θέση του οποίου θα παίξει ρόλο στις αλλαγές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τηρεί
σιγή
ιχθύος.

Εν μέσω φημών και συγκρούσεων, ο υπουργός Υγείας, Αλέκος Παπαδόπουλος, προχωρεί με πέντε νέα νομοσχέδια. Μέσα στον Ιανουάριο αναμένεται να ψηφιστούν τα νομοσχέδια για την ιατρική εκπαίδευση και τη δημόσια υγεία, ενώ μέχρι την άνοιξη θα περάσουν από τη Βουλή και τα υπόλοιπα τρία, για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τον ιδιωτικό τομέα και την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας.

1. Ιατρική εκπαίδευση. Ριζικές αλλαγές στην εκπαίδευση των γιατρών, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη λήψη της ειδικότητας αναμένεται να φέρει το νομοσχέδιο, με το οποίο επανέρχεται το θέμα των πανελλαδικών εξετάσεων για
έναρξη
ειδικότητας.

**Οι πτυχιούχοι ιατρικής θα εξετάζονται σε εθνικό επίπεδο, προκειμένου να συγκεντρώσουν μόρια για την έναρξη της ειδικότητάς τους.

**Η εξεταστέα ύλη θα ορίζεται από την κεντρική επιτροπή πανελλαδικών εξετάσεων, ενώ για τη διαφάνεια των αποτελεσμάτων θα εφαρμοστούν ανάλογα μέτρα με αυτά για την εισαγωγή στα ΑΕΙ.

**Το μέτρο θα ισχύσει μόνο για όσους εισαχθούν σε ιατρικές σχολές μετά την ψήφιση.

**Ανατροπές αναμένονται και κατά τη διάρκεια της ειδικότητας. Όλες οι

μονάδες που δίνουν ειδικότητα θα ελέγχονται τακτικά, προκειμένου να διαπιστωθεί αν πληρούν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις -επαρκής αριθμός περιστατικών, ειδικευμένων γιατρών.

******Η τήρηση βιβλιαρίου εκπαίδευσης από κάθε ειδικευόμενο θα είναι απαραίτητη, προκειμένου να πιστοποιείται η εκπλήρωση συγκεκριμένων υποχρεώσεων.

******Ως προς τη εκπαίδευση των ειδικευμένων προβλέπεται η υποχρεωτική απόκτηση μορίων, με τη συμμετοχή σε συνέδρια και σεμινάρια.

2. Ιδιωτικός τομέας. Αυστηρούς ελέγχους στον τρόπο λήψης άδειας, οργάνωσης και λειτουργίας ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, κλινικών, κέντρων εξωσωματικής γονιμοποίησης, ινστιτούτων αισθητικής και εναλλακτικής ιατρικής φέρνει το νέο νομοσχέδιο.

******Τα προεδρικά διατάγματα που ψηφίστηκαν πρόσφατα και έθεταν αυστηρές προδιαγραφές για τη λειτουργία των μονάδων του ιδιωτικού τομέα δεν απέδωσαν. Γι' αυτό ετοιμάζεται αυστηρότερο πλαίσιο.

******Το νομοσχέδιο περιλαμβάνει θέματα που αφορούν τις τεχνικές προδιαγραφές, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και τη σύνθεση του προσωπικού, ενώ ελέγχει αυστηρά τις άδειες συγκεκριμένων τμημάτων (π.χ. κλινικές που διατηρούν παράνομα παιδιατρικά τμήματα). Τα κέντρα εξωσωματικής, τα εργαστήρια γενετικής και τεχνητής αναπαραγωγής θα μπουν στο μικροσκόπιο του υπουργείου.

3. Πρωτοβάθμια υγεία. Οι αλλαγές αφορούν την ενσωμάτωση των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου και την καθιέρωση του Θεσμού του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για συγκεκριμένο αριθμό ασθενών.

******Τη μεγάλη ανατροπή αναμένεται πάντως να φέρει ο πολυσυζητημένος Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας, ο οποίος θα διαχειρίζεται τους πόρους των ταμείων.

******Με την εφαρμογή του νομοσχεδίου, η ιατρική περίθαλψη προσφέρεται στους πολίτες αποκλειστικά από το ΕΣΥ, ενώ τα ταμεία περιορίζονται στο ρόλο του «αγοραστή» υπηρεσιών υγείας.

4. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Το νομοσχέδιο έρχεται να διαπιστεύσει όλα

τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τις κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα.

****** Αυτό σημαίνει ότι αξιολογείται κάθε υπηρεσία που παρέχεται από τη στιγμή που ο ασθενής μπαίνει στη μονάδα μέχρι τη στιγμή που θα βγει. Γι' αυτό προβλέπεται η σύσταση ανεξάρτητου Οργανισμού Διαπίστευσης, Αξιολόγησης και Προτύπων Υγείας.

****** Η πιστοποίηση είναι υποχρεωτική και πρέπει να δοθεί σε όλες τις μονάδες μέσα σε μια 5ετία από την ίδρυση του οργανισμού. Οι προϋποθέσεις είναι αυστηρές και αφορούν την οργάνωση και διοίκηση κάθε μονάδας, την κατανομή ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και το σύστημα παραγγελιών των φαρμάκων και τη λειτουργία των εργαστηρίων.

5. Δημόσια υγεία. Θέμα, η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών και των εργαστηρίων υγιεινής. Οι υπηρεσίες αυτές βρίσκονται μέχρι σήμερα σε αποκεντρωμένες νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, είναι όμως υποβαθμισμένες και δεν ελέγχονται αυστηρά.

****** Τα εργαστήρια, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περιβαλλοντικής υγιεινής, όπως έλεγχο του νερού, των τροφίμων, του φυσικού περιβάλλοντος και των δημοσίων χώρων, αυξάνονται, οργανώνονται και στελεχώνονται εκ νέου. Στόχος, η ανάπτυξη ενός συστήματος υπηρεσιών δημόσιας υγείας, στο οποίο δεν θα παρεισφρέει ο ιδιωτικός τομέας, όπως σήμερα.

ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ - 16/12/2001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

« Το Ελληνικό Νομοθετικό πλαίσιο
λειτουργίας της διοίκησης στα
Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία»

« Όποιος ενημερώνεται γνωρίζει τη θέλει και ξέρει να το
διεκδικεί»

2.1. Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο έχει σκοπό να παρουσιάσει το νομοθετικό πλαίσιο που καθορίζει τη λειτουργία, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις της διοίκησης των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.. Με τον τρόπο αυτό ενημερώνεται ο αναγνώστης και σε επίπεδο του αστικού κώδικα και βοηθιέται στο να αποκτήσει πιο ολοκληρωμένη γνώση του αντικειμένου. Στους κανόνες που ακολουθούν μπορεί κανείς να διακρίνει την επιτακτική ανάγκη αλλαγής και αναπροσαρμογής τους στα νέα ευρωπαϊκά δεδομένα.

Οι νομοθετικές αυτές διατάξεις δημοσιεύτηκαν στο πρώτο τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως στις 4 Απριλίου του 2005 με αριθμό φύλλου 81.

2.2. Νομοθετική διάταξη

Σύμφωνα με το πρώτο τεύχος της εφημερίδας της κυβερνήσεως που εκδόθηκε στις 4 Απριλίου 2005 με αριθμό φύλλου 81, οι διατάξεις για το εθνικό σύστημα υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι οι εξής:

Άρθρο 7

Διοίκηση Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.

1. Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Π.Ε.Σ.Υ.Π. με τη διάταξη της παρ. 4του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ37 Α' μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ.

2.2.1. Διοικητικό Συμβούλιο

5. Το Δ.Σ. συνέρχεται τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15του Ν. 2690/1999.

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας προς τελική έγκριση και ένταξη του στο επιχειρησιακό σχέδιο της Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

- Εγκρίνει τον οργανισμό του Νοσοκομείου και τις τροποποιήσεις του και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών του Νοσοκομείου, καθώς και τις τροποποιήσεις του και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσό άνω των 15.000 ευρώ και μέχρι 45.000 ευρώ ετησίως.
- Εισηγείται τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 45.000 ευρώ ετησίως στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει τον ετήσιο προϋπολογισμό της δαπάνης που αφορά στις εφημερίες του ιατρικού προσωπικού και την υπερωριακή απασχόληση και εργασία κατά τις νυκτερινές ώρες και εξαιρέσιμες ημέρες του λοιπού προσωπικού και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία αποστέλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εγκρίνει τις προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου και υποβάλλει στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας εισήγηση για την εκποίηση τους.
- Εγκρίνει τη χορήγηση πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.
- Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του Νοσοκομείου.

2.2.2. Διοικητής

7. Σε κάθε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. συνιστάται μία οργανική θέση της κατηγορίας ΕΘ του άρθρου 79 του Ν. 2683/1999, με βαθμό 1ο, η οποία καταλαμβάνεται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου. Σε Νοσοκομεία 400 οργανικών κλινών και άνω συνιστάται και μία οργανική θέση της κατηγορίας ΕΘ του άρθρου 79 του Ν. 2683/1999, με βαθμό 2ο, η οποία καταλαμβάνεται από τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου. Ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με διετή θητεία η οποία μπορεί να ανανεώνεται με όμοιο τρόπο. Επιτρέπεται η πρόωρη λήξη της θητείας των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων, για σπουδαίο λόγο, σχετικό με την άσκηση των καθηκόντων τους, αζημίως για το Δημόσιο, όπως και η απόσπαση τους σε άλλο Νοσοκομείο οποιασδήποτε Υγειονομικής Περιφέρειας για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο υποψήφιος Διοικητής και Αναπληρωτής Διοικητής είναι: πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας Νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας. Η παρ. 3 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου εφαρμόζεται αναλόγως.

8. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού, ελέγχου και εύρυθμης λειτουργίας όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.
- Εκπονεί και ενημερώνει σε μηνιαία βάση το χάρτη υγείας του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

- Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών και το υποβάλλει στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.
- Εισηγείται στο Δ.Σ. τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου.
- Εισηγείται στο Δ.Σ. την ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου.
- Επεξεργάζεται τον οργανισμό και άλλα θεσμικά κείμενα του Νοσοκομείου και τα υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.
- Επεξεργάζεται και αξιολογεί όλες τις προτάσεις και αιτήματα των Υπηρεσιών και του προσωπικού και τα υποβάλλει στα αρμόδια όργανα.
- Εισηγείται στο Δ.Σ. το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου.
- Υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας την επαναπροκήρυξη θέσεων ιατρώντου Ε.Σ.Υ. και την παράταση παραμονής ειδικευόμενων ιατρών.
- Αποφασίζει για τις μετακινήσεις προσωπικού εντός των διοικητικών ορίων της ευθύνης του.
- Υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας πρόταση πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών.
- Αποφασίζει την τοποθέτηση των Προϊσταμένων των Τμημάτων και Γραφείων του Νοσοκομείου.
- Αναθέτει προσωρινά καθήκοντα Προϊσταμένου Διευθυνσης, Υποδιευθυνσης και Τομέα μέχρι την πλήρωση των θέσεων αυτών.
- Εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου τον προϋπολογισμό του φορέα, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.
- Εισηγείται στο Δ.Σ. το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμήθειών του φορέα, καθώς και τις τροποποιήσεις του.
- Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού μέχρι 15.000 ευρώ ετησίως.
- Εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού,

προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 15.000 ευρώ ετησίως.

- Παρακολουθεί και ελέγχει σε μηνιαία βάση την ορθή εκτέλεση του προϋπολογισμού και την εν γένει οικονομική λειτουργία του φορέα του.
- Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στο Δ. Σ. και στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και τριμηνιαία έκθεση την οποία υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για το σχεδιασμό και διαχείριση διαφόρων προγραμμάτων δράσης του Νοσοκομείου.
- Υποβάλλει στο Δ.Σ. προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου, καθώς επίσης και την εκποίηση τους.
- Εκπροσωπεί το Νοσοκομείο δικαστικώς και εξωδίκως, καθώς και έναντι τρίτων και δύναται να εκχωρεί τη νόμιμη εκπροσώπηση των μονάδων ευθύνης του στον Αναπληρωτή Διοικητή και να διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους.
- Συγκαλείτο Δ.Σ. του Νοσοκομείου, προεδρεύει στις συνεδριάσεις του και συντάσσει την ημερήσια διάταξη.
- Προϊσταται όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο των φορέων ευθύνης του.
- Μπορεί να μεταβιβάζει με πράξη του στον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου και σε ιεραρχικά υφιστάμενα του όργανα την εξουσία να υπογράφουν με εντολή του, πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητας του και να ασκούν συγκεκριμένες αρμοδιότητες του.
- Αποφασίζει για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.
- Εισηγείται στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας για τη διάθεση σε άλλους φορείς του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου.
- Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

- Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που του αναθέτει το Δ.Σ. του Νοσοκομείου και, με αποφάσεις του, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Ο σχετικός νόμος καθορίζει και τις αρμοδιότητες του Αναπληρωτή Διοικητή. Στα Νοσοκομεία που έχουν 399 ή λιγότερες οργανικές κλίνες, οι αρμοδιότητές του ασκούνται από τον Διοικητή.

Μελετώντας κανείς τη νομοθεσία αυτή μπορεί να κατανοήσει πως η συνέχιση της ύπαρξης κάποιων διατάξεων κρίνεται αναγκαία, όσο και η αλλαγή κάποιων από αυτές, καθώς και η προσθήκη νέων αρμοδιοτήτων. Η άποψη όσων εργάζονται στον τομέα της διοίκησης, είναι ότι πρέπει οι υπεύθυνοι κρατικοί φορείς να εστιαστούν σε δύο βασικές αλλαγές βελτίωσης: στην ανανέωση και προσαρμογή των νομοθετικών διατάξεων που θεσπίζουν τον τομέα της υγείας και στην αύξηση των δαπανών για τον τομέα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

« Ερωτηματολόγιο για τη μελέτη
ικανοποίησης των ασθενών »

Ότι σε ευχαριστεί το αναζητάς και ότι σε
δυσταρεστεί το αποφεύγεις...

Θέμα:

**«ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.»**

Α' ενότητα: Είδος περίθαλψης.

1. Τι είδος περίθαλψης χρησιμοποιείτε;

- 1.1. Δημόσια (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐
1.2. Ιδιωτική (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐

1.1. ☐
1.2. ☐

2. Με ποιο νοσοκομείο συνεργάζεστε κυρίως; Βάλετε X.

- 2.1. Βενιζέλειο
2.2. ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.
2.3. Κάποιο ιδιωτικό Νοσοκομείο

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2. ☐

3. Τι είδος ασφάλεια έχετε; Κυκλώστε την απάντηση.

- 3.1. Ι.Κ.Α. 3.4. Τ.Ε.Β.Ε. 3.7. Τ.Α.Ξ.Υ.
3.2. Ο.Γ.Α. 3.5. Τ.Σ.Α.
3.3. Δημόσιο 3.6. Τ.Α.Π.Ο.Τ.Ε.

3. ☐

**Β' ενότητα: Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες
υπηρεσίες.**

4. Η υπηρεσία :« πληροφορίες», που συναντάτε με την είσοδό σας σε νοσοκομείο σας διευκολύνει;

(0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐

4. ☐

5. 5.1. Πόσος είναι συνήθως ο χρόνος αναμονής σας στην ουρά για τις γραφειοκρατικές διαδικασίες; Κυκλώστε την απάντηση.

5.1.1. 0-5 λεπτά 5.1.3. 15-30 λεπτά 5.1.5. πάνω από 1 ώρα

5.1.2. 5-15 λεπτά 5.1.4. 30-60 λεπτά

5.1. ☐

5.2. Πόσο καιρό περιμένετε ,συνήθως, για κάποια εξέταση με ραντεβού; (λίσστες αναμονής)

5.2.1. 1-5 μέρες 5.2.3. 10-15 μέρες 5.2.5. ένα μήνα
5.2.2. 5-10 μέρες 5.2.4. 15-30 μέρες 5.2.6. πάνω από 1 μήνα

5.2. ☐

6. Απαντήσετε στις παρακάτω προτάσεις:

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 6.1. Οι διοικητικοί υπάλληλοι είναι ευγενικοί. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.2. Το ιατρικό προσωπικό είναι ευγενικό. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.3. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ευγενικό. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.4. Η εξυπηρέτηση για τα διαδικαστικά του ταμείου μου είναι γρήγορη. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.5. Η ώρα αναμονής να εξεταστώ είναι σε φυσιολογικά επίπεδα. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.6. Η γενικότερη εξυπηρέτηση που λαμβάνω αξίζει περισσότερο από αυτά που δίνω ως συμμετοχή. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.7. Σε περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων ή άλλων σοβαρών θεμάτων υγείας οι παρεχόμενες υπηρεσίες εξαρτώνται από το ύψος του φιλοδομήματος. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.8. Ο τομέας της δημόσιας υγείας είναι άλλος ένας τομέας όπου το «μέσον» παίζει σημαντικό ρόλο στην καλύτερη εξυπηρέτηση. | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.9. Είναι επαρκές το προσωπικό στη Δημόσια Υγεία; (Νοσοκομεία, Ασφαλιστικά ταμεία κλπ.) | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |
| 6.10. Είναι καλές οι κτιριακές υποδομές; | (0)Όχι <input type="checkbox"/> | (1)Ναι <input type="checkbox"/> |

- | |
|-------|
| 6.1. |
| 6.2. |
| 6.3. |
| 6.4. |
| 6.5. |
| 6.6. |
| 6.7. |
| 6.8. |
| 6.9. |
| 6.10. |

7. Τι από τα παρακάτω είναι σημαντικά για εσάς και τι όχι; Βάλετε X.

- 7.1. Ταχύτερη εξυπηρέτηση στις γραφειοκρατικές διαδικασίες.
- 7.2. Ευγένεια όλων των υπαλλήλων.
- 7.3. Προσφερόμενες υπηρεσίες καθαριότητας στους χώρους του νοσοκομείου.
- 7.4. Μικρότερη συμμετοχή από κάθε ταμείο.

Όχι (0)	Ναι (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | |
|------|
| 7.1. |
| 7.2. |
| 7.3. |
| 7.4. |

8. Αξιολογήσετε τις παρακάτω προτάσεις βάζοντας Χ.

- 8.1. ☐
- 8.2. ☐
- 8.3. ☐
- 8.4. ☐
- 8.5. ☐
- 8.6. ☐
- 8.7. ☐
- 8.8. ☐
- 8.9. ☐
- 8.10. ☐

- 8.1. ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία. ➡
- 8.2. ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία. ➡
- 8.3. καθαριότητα στα δημόσια νοσοκομεία. ➡
- 8.4. καθαριότητα στα ιδιωτικά νοσοκομεία. ➡
- 8.5. γενικότερη εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία. ➡
- 8.6. γενικότερη εξυπηρέτηση στα ιδιωτικά Νοσοκομεία ➡
- 8.7. ικανοποίηση των ασθενών από τα Δημόσια Νοσοκομεία ως προς τη λύση του προβλήματος υγείας. ➡
- 8.8. ικανοποίηση των ασθενών από τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία ως προς τη λύση του προβλήματος υγείας. ➡
- 8.9. η μετά την επίσκεψη συνεργασία με το γιατρό στα δημόσια νοσοκομεία ➡
- 8.10. η μετά την επίσκεψη συνεργασία με το γιατρό στα ιδιωτικά νοσοκομεία ➡

Πολύ κακή (1)	Κακή (2)	Μέτρια (3)	Καλή (4)	Πολύ καλή (5)

9. Στις 10 επισκέψεις σε γιατρό, οι περισσότερες γίνονται σε:

- 9.1. Δημόσιο Νοσοκομείο
- 9.2. Ιδιωτικό Νοσοκομείο

9. ☐

10. Τι εικόνα έχετε για τα παρακάτω νοσοκομεία;

- 10.1. Βενιζέλειο
- 10.2. ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.
- 10.3. Ιδιωτικός τομέας υγείας

Πολύ κακή (1)	Κακή (2)	Μέτρια (3)	Καλή (4)	Πολύ καλή (5)

10.1. ☐

10.2. ☐

10.3. ☐

11. Πώς είναι η συμπεριφορά των παρακάτω κατηγοριών προσωπικού απέναντί σας;

- 11.1. Νοσηλευτικό προσωπικό (π.χ. νοσοκόμες)
- 11.2. Ιατρικό προσωπικό (γιατροί)
- 11.3. Διοικητικοί υπάλληλοι (π.χ. στο γραφείο κινήσεως)

Πολύ κακή (1)	Κακή (2)	Μέτρια (3)	Καλή (4)	Πολύ καλή (5)

11.1. ☐

11.2. ☐

11.3. ☐

12. Τι από τα παρακάτω θα σας έκανε να καταφύγετε σε ιδιωτικά νοσοκομεία παρά το τίμημα του υψηλού κόστους που θα συναντήσετε εκεί ; (βάζετε X)

- 12.1. τα ιδιωτικά έχουν καλύτερους γιατρούς (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐
- 12.2. νιώθω να είμαι σημαντικός για αυτούς (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐
- 12.3. οι χώροι είναι καθαροί και ευχάριστοι (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐
- 12.4. μου εμπνέουν μεγαλύτερη ασφάλεια και σιγουριά για το ότι η υγεία μου είναι σε σίγουρα χέρια. (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐
- 12.5. η γρήγορη εξυπηρέτηση (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐
- 12.6. τα σύγχρονα τεχνολογικά μηχανήματα που χρησιμοποιούν. (0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐

12.1.	
12.2.	
12.3.	
12.4.	
12.5.	
12.6.	

13. Βάλτε X όπου κυρίως πιστεύετε ότι υπάρχουν τα παρακάτω:

	Δημόσια νοσοκομεία (0)	Ιδιωτικά νοσοκομεία (1)	
13.1. ευχάριστο περιβάλλον			
13.2. καθαριότητα			
13.3. καλύτεροι επιστήμονες			
13.4. γίνονται περισσότερα λάθη όσον αφορά τη			γνωμάτευση
13.5. έλλειψη μηχανολογικού εξοπλισμού και ιατρικών γενικότερα.			εργαλείων

13.1.	
13.2.	
13.3.	
13.4.	
13.5.	

14. ΔΙΑΦΟΡΑ

14.1. Τελικά στην υγεία ισχύει ότι: «ότι πληρώνεις παίρνεις»;

(0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐

14.1. ☐

14.2. Τηλεϊατρική:

14.2.1. Γνωρίζετε για τη νέα αυτή υπηρεσία;

(0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐

14.2.1 ☐

14.2.2. Την έχετε χρησιμοποιήσει;

(0)Όχι ☐ (1)Ναι ☐

14.2.2 ☐

Γ' ενότητα: Στοιχεία ερωτώμενου.

15. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

15.1. Φύλλο: (βάζετε X) Άντρας (0) ☐ Γυναίκα (1) ☐ 15.1. ☐

15.2. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος (0) ☐ Άγαμος (1) ☐ 15.2. ☐

15.3. Ηλικία:

- | | |
|---------------|-----------------|
| 15.3.1. 15-20 | 15.3.5. 51-60 |
| 15.3.2. 21-30 | 15.3.6. 61- άνω |
| 15.3.3. 31-40 | |
| 15.3.4. 41-50 | |

15.3. ☐

15.4. Πόσα τέκνα έχετε;

- | | |
|----------------|---------------------------|
| 15.4.1. Κανένα | 15.4. 4. Τρία |
| 15.4.2. Ένα | 15.4. 5. Τέσσερα |
| 15.4.3. Δύο | 15.4. 6. Πάνω από τέσσερα |

15.4. ☐

15.5. Μόρφωση:

- 15.5.1. Μέχρι και δημοτικό
- 15.5.2. Μέχρι και γυμνάσιο
- 15.5.3. Μέχρι και λύκειο
- 15.5.4. ΙΕΚ
- 15.5.5. Α.Ε.Ι. – Τ.Ε.Ι.
- 15.5.6. Μεταπτυχιακό
- 15.5.7. Διδακτορικό

15.5. ☐

15.6. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα:

- 15.6.1. Μέχρι 500 ευρώ
- 15.6.2. 500-1000 ευρώ
- 15.6.3. 1000-1500 ευρώ
- 15.6.4. 1500-2000 ευρώ
- 15.6.5. 2000-3000 ευρώ
- 15.6.6. 3000 ευρώ και άνω

15.6. ☐

15.7. Πώς θα χαρακτηρίζατε σε γενικές γραμμές την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σας;

- 15.7.1. Χαμηλή
- 15.7.2. Μέση
- 15.7.3. Υψηλή

15.7. ☐

