



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

## **Marketing Υπηρεσιών Υγείας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Κωνσταντίνος Τατούλης

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Παναγιώτης Γατομάτης

Φεβρουάριος 2022

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## Contents

|  |    |
|--|----|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....  | 2  |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....   | 4  |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....  | 5  |
| EXECUTIVE SUMMARY .....  | 6  |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....   | 7  |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....   | 8  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ.....  | 9  |
| 1.1 Σημασία.....   | 9  |
| 1.2 Ορισμοί.....   | 9  |
| 1.3 Ιστορία Μάρκετινγκ .....   | 10 |
| 1.3.1 Το Μάρκετινγκ στην αρχαιότητα.....                             | 10 |
| 1.3.2 Το Μάρκετινγκ στον Μεσαίωνα .....                              | 12 |
| 1.3.3 Το Μάρκετινγκ στην Ευρώπη κατά το 1700 και 1800 .....          | 13 |
| 1.3.4 Το Μάρκετινγκ κατά το 1900.....                                | 15 |
| 1.4 Μείγμα Μάρκετινγκ.....   | 16 |
| 1.4.1 Προϊόν.....  | 18 |
| 1.4.2 Τιμή .....   | 20 |
| 1.4.2.1 Μέθοδοι τιμολόγησης .....                                    | 21 |
| 1.4.3 Τόπος .....  | 22 |
| 1.4.3.1 Είδη καναλιών διανομής .....                                 | 23 |
| 1.4.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή καναλιού διανομής..... | 24 |
| 1.4.4 Προώθηση.....  | 25 |
| 1.4.5 Τα 4C του Μείγματος Μάρκετινγκ.....                            | 26 |
| 1.5 SWOT Ανάλυση .....   | 28 |
| 1.6 Οι πέντε δυνάμεις του Porter.....                                | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....                              | 35 |
| 2.1. Υγεία.....  | 35 |
| 2.1.1 Πιθανά ζητήματα .....  | 37 |
| 2.2 Υγειονομική περίθαλψη .....                                      | 38 |
| 2.2.1 Πρωτοβάθμια περίθαλψη .....                                    | 39 |

|   |    |
|---|----|
| 2.2.2 Δευτεροβάθμια περίθαλψη .....               | 40 |
| 2.2.3 Τριτοβάθμια περίθαλψη .....                 | 41 |
| 2.2.4 Περίθαλψη τετάρτου βαθμού .....             | 42 |
| 2.3 Σύστημα υγείας.....                           | 42 |
| 2.3.1 Σκοποί .....                                | 45 |
| 2.3.2 Λειτουργίες .....                           | 47 |
| 2.4 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα .....           | 48 |
| 2.4.1 Οργάνωση Ελληνικού Συστήματος Υγείας .....  | 50 |
| 2.5 Τα νοσοκομεία .....                           | 51 |
| 2.5.1 Λειτουργίες νοσοκομείου .....               | 52 |
| 2.5.2 Προσωπικό.....                              | 54 |
| 2.5.3 Εξοπλισμός.....                             | 56 |
| 3 Το Μάρκετινγκ στις Υγειονομικές Υπηρεσίες ..... | 57 |
| 3.1 Το Μάρκετινγκ στην υγεία.....                 | 57 |
| 3.2 Μοντέλο ικανοποίησης πελατών .....            | 63 |
| 3.2.1 Ικανοποίηση πελατών στα νοσοκομεία .....    | 71 |
| 3.3 Βελτιώσεις ποιότητας .....                    | 73 |
| 3.4 Δικαιώματα ασθενών .....                      | 75 |
| ΕΡΕΥΝΑ.....                                       | 77 |
| 1. Μεθοδολογία.....                               | 77 |
| 2 Σκοπός.....                                     | 77 |
| 3 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....                   | 77 |
| 4 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....                      | 79 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....                                | 81 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....                                 | 92 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....                               | 93 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....                                 | 95 |

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρακάτω εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου, ο οποίος μου έδωσε τη δυνατότητα να προχωρήσω στην υλοποίησή της, καθώς και όλους τους καθηγητές της σχολής, η οποίοι όλα τα χρόνια της φοίτησής μου, μου προσέφεραν απλόχερα τις γνώσεις τους και τη βοήθειά τους. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους δικούς μου ανθρώπους, οι οποίοι με στήριξαν με όλες τους τις δυνάμεις καθ' όλη τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μου σπουδών.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία έχει σαν αντικείμενό της τον τομέα της υγείας και τα βασικά στοιχεία που τον απαρτίζουν, είτε πρόκειται για φορείς παροχής υπηρεσιών, είτε για το ανθρώπινο δυναμικό. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η εξέλιξη αυτού του κλάδου με την πάροδο των ετών, ο τρόπος λειτουργίας του ιατρικού συστήματος, αλλά και των νοσοκομείων, καθώς επίσης και όλα εκείνα τα στοιχεία που αποτελούν απαραίτητα συστατικά, ώστε να εξασφαλιστεί η ικανοποίηση του ασθενούς.

Ένα άλλο ιδιαίτερο σημείο το οποίο εξετάζεται εδώ, είναι το Τμήμα του Μάρκετινγκ. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, τόσο κλάδος μιας επιχείρησης γενικά, όσο και μιας ιατρικής/νοσοκομειακής επιχείρησης. Λαμβάνεται σημαντικά υπόψιν ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει το Μάρκετινγκ ως προς την προώθηση, αλλά και τη βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Τέλος, ακολουθεί μια έρευνα η οποία σχετίζεται με τη λειτουργία των σύγχρονων ελληνικών νοσοκομείων και τη σημασία της ύπαρξης οργανωμένου Τμήματος Μάρκετινγκ σ' αυτά.

Μάρκετινγκ

Επαγγελματίες Υγείας

Νοσοκομεία

Σύστημα Υγείας

Ικανοποίηση ασθενών

## EXECUTIVE SUMMARY

The subject of this dissertation is the field of health and the basic elements that make it up, whether they are service providers or human resources. Also of particular interest is the evolution of this industry over the years, the way the medical system works, but also the hospitals, as well as all those elements that are necessary components to ensure patient's satisfaction.

Another special point that is considered here, is the Marketing Department. This is especially important for both the business and the medical / hospital business in general. The role that Marketing can play in terms of promotion, but also the improvement of the provided medical services is taken into considerable importance.

Finally, there is a research related to the operation of modern Greek hospitals and the importance of having an organized Marketing Department in them.

Marketing

Health professionals

Hospitals

Health System

Patient satisfaction

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο ιατρικός κλάδος πάντα ήταν υψίστης σημασίας και προσέλκυε το ενδιαφέρον όλων των ανθρώπων, λόγω της μεγάλης σημασίας και της αναγκαιότητάς του, ως προς τη διασφάλιση της υγείας όλων των ανθρώπων ώστε να μπορούν να είναι ασφαλείς και σε περίπτωση ασθεनेίας να έχουν την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση και φροντίδα. Έχει μεγάλη σημασία η σωστή οργάνωση και λειτουργία τόσο των υπηρεσιών υγείας, όσο και των εργαζομένων σ' αυτές, οι οποίοι πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσηλωμένοι και συνεπείς στο επάγγελμά τους και να προσφέρουν τις υπηρεσίες και τις γνώσεις τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Πρόκειται για μια επιστήμη η οποία χρονολογείται από αρχαιοτάτων χρόνων και πάντα η συμβολή της στην ανθρώπινη ζωή ήταν πάντα ιδιαίτερος σημαντική. Οι επιταγές της καθημερινότητας, οι εξελίξεις στα μέσα και στις μεθόδους και η εισχώρηση της τεχνολογίας στη ζωή μας, έχουν αναγκάσει την ιατρική να προσαρμοστεί στα δεδομένα αυτά ούτως ώστε να συμβαδίζει με τη σύγχρονη εποχή και να είναι εναρμονισμένη μ αυτήν, ώστε να μπορεί να είναι αποτελεσματική ως προς το έργο της.

Ένα εργαλείο που έχει παίξει πολύ σημαντικό ρόλο και έχει επηρεάσει τα πράγματα είναι το Μάρκετινγκ, το οποίο έχει εισχωρήσει σε όλων των ειδών τις επιχειρήσεις. Φυσικά και η υγεία δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστη απ' αυτό. Το συγκεκριμένο μέσω λειτουργεί βοηθητικά ως προς την προβολή των υπηρεσιών υγείας και την ενημέρωση του κόσμου σχετικά με αυτές. Αποτέλεσμα όλου αυτού είναι η κάθε υπηρεσία να βρίσκεται σε μια διαδικασία διαρκούς βελτίωσης των μέσων και των πραγμάτων που προσφέρει ούτως ώστε να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στα δεδομένα της αγοράς, να επικρατήσει του ανταγωνισμού, καθώς επίσης και να επιτύχει μεγαλύτερη ικανοποίηση των πελατών.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγκεκριμένη εργασία έχει σαν αντικείμενο το Marketing των υπηρεσιών υγείας. Αποτελείται από δύο μέρη, ένα θεωρητικό κι ένα πρακτικό. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια και το πρακτικό από την έρευνα.

Το πρώτο κεφάλαιο έχει ως αντικείμενό του το Μάρκετινγκ. Ξεκινά με τη σημασία του και κάποιους βασικούς ορισμούς, ενώ στη συνέχεια παρατίθεται η ιστορία του Μάρκετινγκ. Ακολουθούν ορισμένα βασικά στοιχεία του, όπως είναι το Μείγμα Μάρκετινγκ, η ανάλυση SWOT, καθώς επίσης και οι πέντε δυνάμεις του Porter.

Το δεύτερο κεφάλαιο της έρευνας έχει να κάνει με τις υγειονομικές υπηρεσίες. Ξεκινά με την ανάλυση των εννοιών της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, Στη συνέχεια παρατίθεται η περιγραφή ενός συστήματος υγείας τόσο γενικά, όσο και στην Ελλάδα, ενώ στο τέλος, το ενδιαφέρον στρέφεται γύρω από τα νοσοκομεία.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με το Μάρκετινγκ στον τομέα της υγείας και ξεκινά με την ιστορική αναδρομή του Μάρκετινγκ στην υγεία, όπως επίσης και με το μοντέλο ικανοποίησης του ασθενούς τόσο γενικότερα, όσο και στα νοσοκομεία. Ακολουθούν οι βελτιώσεις που μπορούν να γίνουν στα νοσοκομεία, όπως επίσης και τα δικαιώματα των ασθενών.

Το επόμενο κομμάτι είναι το πρακτικό, το οποίο έχει να κάνει με την έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε ελληνικά νοσοκομεία. Αντικείμενό της αποτελούν οι συνθήκες λειτουργίας τους, καθώς και ο ρόλος του Τμήματος Μάρκετινγκ σ' αυτά.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

### 1.1 Σημασία

Ο όρος Μάρκετινγκ χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο μια επιχείρηση προσπαθεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πελατών όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητικά. Το βασικότερο μέσο το οποίο χρησιμοποιεί ο εκάστοτε οργανισμός κατά τη διαδικασία αυτή είναι η έρευνα αγοράς. Έτσι, έχοντας γνώση των επιθυμιών και των προτιμήσεων των πελατών, οι επιχειρήσεις προχωρούν στην παρασκευή προϊόντων και υπηρεσιών που να μπορούν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σ' αυτές.

Η παραπάνω διαδικασία συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση των πωλήσεων, που είναι κι ο σκοπός της κάθε εταιρείας, οποιουδήποτε είδους, σε όποιον τομέα κι αν ανήκει. Λόγω αυτού, τα στελέχη των επιχειρήσεων αφενός αναπτύσσουν στενότερες σχέσεις με τους πελάτες, προκειμένου να κερδίσουν την προτίμηση και την εμπιστοσύνη τους, αφετέρου επιδιώκουν συνεχώς τη βελτίωση των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών τους, ούτως ώστε να είναι ανταγωνιστικά και να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της αγοράς.

### 1.2 Ορισμοί

Κατά καιρούς, οι ειδικοί έχουν διατυπώσει διάφορους ορισμούς σχετικά με τη σημασία του Μάρκετινγκ.

- Το 1948, Αμερικάνικη Ένωση Μάρκετινγκ, όρισε το Μάρκετινγκ ως ένα σύνολο επιχειρηματικών δραστηριοτήτων που κατευθύνουν τη ροή των αγαθών και των υπηρεσιών από τον παραγωγό στον τελικό καταναλωτή ή χρήστη.
- Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, ο Martin Bell, καθηγητής του Μάρκετινγκ, το προσδιόρισε ως ένα σύνολο επιχειρηματικών δραστηριοτήτων των μέσων της ανάπτυξης ενός συγκεκριμένου προγράμματος δράσης με το οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες των πελατών μιας επιχείρησης.
- Ο Philip Kotler, θεωρεί ότι είναι μια ανθρώπινη δραστηριότητα, που έχει σαν στόχο την ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών των ανθρώπων μέσα από τη διαδικασία των συναλλαγών.
- Η Αμερικάνικη Ένωση Μάρκετινγκ, το 1985, έδωσε ένα νέο ορισμό για το Μάρκετινγκ., όπου ορίζεται ως η διαδικασία σχεδιασμού και υλοποίησης της παραγωγής, τιμολόγησης, προώθησης και διανομής ιδεών, αγαθών και υπηρεσιών, με σκοπό την πρόκληση συναλλαγών που να ικανοποιούν τους αντικειμενικούς σκοπούς ατόμων και οργανώσεων.
- Το Βρετανικό Ινστιτούτο Μάρκετινγκ, την ίδια εποχή, το ορίζει ως τη διαχειριστική διαδικασία με την οποία εντοπίζονται, προβλέπονται και ικανοποιούνται οι απαιτήσεις των

πελατών μιας επιχείρησης και των καταναλωτών ή χρηστών προϊόντων ή υπηρεσιών με τρόπο επικερδή για την επιχείρηση.

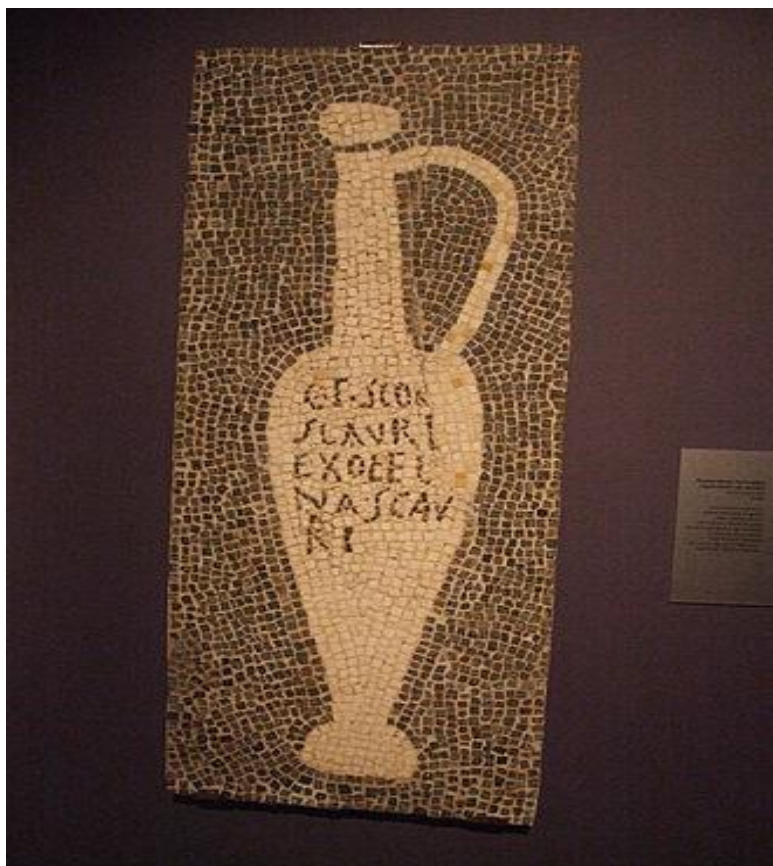
- Ο Philip Kotler έδωσε κι αυτός ένα νέο ορισμό για το Μάρκετινγκ, σύμφωνα με τον οποίο είναι μια διαδικασία κοινωνική και μάνατζμεντ με την οποία άτομα και ομάδες αποκτούν ό,τι χρειάζονται και επιθυμούν μέσω της παραγωγής, της προσφορά και της ανταλλαγής προϊόντων αξίας με άλλα. (Ζιγκιρίδης Ε., 2008).

## 1.3 Ιστορία Μάρκετινγκ

Οι ιστορικοί του μάρκετινγκ έχουν αναλάβει σημαντική έρευνα σχετικά με την εμφάνιση της πρακτικής μάρκετινγκ, ωστόσο υπάρχει μικρή συμφωνία σχετικά με το πότε ξεκίνησε το μάρκετινγκ για πρώτη φορά. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι πρακτικές μάρκετινγκ μπορούν να βρεθούν στην αρχαιότητα, ενώ άλλοι προτείνουν ότι το μάρκετινγκ, στη σύγχρονη μορφή του, εμφανίστηκε σε συνδυασμό με την άνοδο της καταναλωτικής κουλτούρας στην Ευρώπη του δέκατου έβδομου και του 18ου αιώνα, ενώ άλλοι ερευνητές προτείνουν ότι το σύγχρονο μάρκετινγκ υλοποιήθηκε πλήρως μόνο τις δεκαετίες που ακολούθησαν τη βιομηχανική επανάσταση στη Βρετανία από όπου στη συνέχεια εξαπλώθηκε στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική. Ο Hollander και άλλοι έχουν προτείνει ότι οι διαφορετικές ημερομηνίες για την εμφάνιση του μάρκετινγκ μπορούν να εξηγηθούν από προβλήματα που σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο έχει οριστεί το μάρκετινγκ - είτε αναφορά στο «σύγχρονο μάρκετινγκ» ως ένα προγραμματισμένο, προγραμματισμένο ρεπερτόριο επαγγελματικής πρακτικής, συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων όπως η κατάτμηση, διαφοροποίηση προϊόντων, τοποθέτηση και επικοινωνίες μάρκετινγκ έναντι «μάρκετινγκ» ως απλής μορφής διανομή και ανταλλαγή.

### 1.3.1 Το Μάρκετινγκ στην αρχαιότητα

Πλήθος μελετών έχουν βρει στοιχεία διαφήμισης, επωνυμίας, συσκευασίας και επισήμανσης στην αρχαιότητα. Ο Umbricius Scauras, για παράδειγμα, ήταν κατασκευαστής σάλτσας ψαριών (επίσης γνωστής ως garum) στην Πομπηία, περίπου το 35 π.Χ. Μωσαϊκά μοτίβα στο αίθριο του σπιτιού του ήταν διακοσμημένα με εικόνες αμφορέα που έφεραν την προσωπική του επωνυμία και αξιώσεις ποιότητας. Το μωσαϊκό περιλαμβάνει τέσσερις διαφορετικούς αμφορείς, έναν σε κάθε γωνία του αιθρίου, και φέρει ετικέτες.



Εικόνα 1.1, Μωσαϊκό από το σπίτι του Umbricius Scauras στην Πομπηία, <https://en.wikipedia.org/>

Η φήμη της σάλτσας ψαριού του Scauras ήταν γνωστό ότι ήταν πολύ υψηλής ποιότητας σε όλη τη Μεσόγειο και η φήμη της ταξίδεψε τόσο μακριά όσο η σύγχρονη Γαλλία. Ο Κέρτις έχει περιγράψει αυτό το μωσαϊκό ως «μια διαφήμιση... και ένα σπάνιο, αδιαμφισβήτητο παράδειγμα μοτίβου εμπνευσμένου από έναν προστάτη, παρά από τον καλλιτέχνη» και η επισήμανση σε σχετικά κοινή χρήση. Τα βάζα κρασιού, για παράδειγμα, ήταν σφραγισμένα με ονόματα, όπως "Lassius" και "L. Eumachius;" πιθανώς αναφορές στο όνομα του παραγωγού. Ανθρακούχα καρβέλια ψωμιού, που βρέθηκαν στο Herculaneum, δείχνουν ότι ορισμένοι αρτοποιοί σφράγισαν το ψωμί τους με το όνομα του παραγωγού.

Ο David Wengrow έχει υποστηρίξει ότι το branding έγινε απαραίτητο μετά την αστική επανάσταση στην αρχαία Μεσοποταμία τον 4ο αιώνα π.Χ., όταν οικονομίες μεγάλης κλίμακας άρχισαν να παράγουν μαζικά αγαθά όπως αλκοολούχα ποτά, καλλυντικά και υφάσματα. Αυτές οι αρχαίες κοινωνίες επέβαλαν αυστηρές μορφές ποιοτικού ελέγχου στα εμπορεύματα και χρειαζόταν επίσης να μεταδώσουν αξία στον καταναλωτή μέσω της επωνυμίας. Οι παραγωγοί ξεκίνησαν συνδέοντας απλές πέτρινες σφραγίδες σε προϊόντα που με την πάροδο του χρόνου μετατράπηκαν σε πήλινες σφραγίδες που έφεραν εντυπωσιακές εικόνες, που συχνά συνδέονταν με την προσωπική ταυτότητα του παραγωγού, δίνοντας έτσι στο προϊόν μια προσωπικότητα.

Η Diana Twede υποστήριξε ότι «οι λειτουργίες συσκευασίας καταναλωτή για προστασία, χρησιμότητα και επικοινωνία ήταν απαραίτητες όποτε τα πακέτα αποτελούσαν αντικείμενο συναλλαγών». Έχει δείξει ότι οι αμφορείς που χρησιμοποιήθηκαν στο μεσογειακό εμπόριο μεταξύ 1500 και 500 π.Χ. παρουσίαζαν μεγάλη ποικιλία σχημάτων και σημάτων, που παρείχαν πληροφορίες για τις συναλλαγές. Η συστηματική χρήση σφραγισμένων ετικετών χρονολογείται περίπου από τον τέταρτο αιώνα π.Χ. Σε μια σε μεγάλο βαθμό προεγγράμματη κοινωνία, το σχήμα του αμφορέα και οι εικονογραφικές του σημάσεις μετέφεραν πληροφορίες σχετικά με το περιεχόμενο, την περιοχή προέλευσης και ακόμη και την ταυτότητα του παραγωγού που θεωρούνταν ότι μεταδίδουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα του προϊόντος. Δεν συμφωνούν όλοι οι ιστορικοί ότι αυτές οι σημάσεις μπορούν να συγκριθούν με σύγχρονες μάρκες ή ετικέτες. Οι Moore και Reid, για παράδειγμα, έχουν υποστηρίξει ότι τα διακριτικά σχήματα και τα σημάδια στα αρχαία δοχεία θα πρέπει να ονομάζονται πρωτότυπες μάρκες και όχι σύγχρονες μάρκες.

### 1.3.2 Το Μάρκετινγκ στον Μεσαίωνα

Στην Αγγλία και την Ευρώπη γενικότερα, κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, ξεπήδησαν οι αγορές. Ορισμένοι αναλυτές έχουν προτείνει ότι ο όρος «μάρκετινγκ» μπορεί να χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στο πλαίσιο των πόλεων της αγοράς, από τους παραγωγούς για να περιγράψει τη διαδικασία πώλησης των προϊόντων σε πόλεις της αγοράς. Ο Blintiff ερεύνησε τα πρώιμα μεσαιωνικά δίκτυα πόλεων αγορών και προτείνει ότι μέχρι τον 12ο αιώνα υπήρξε μια έξαρση του αριθμού των πόλεων της αγοράς και η εμφάνιση κυκλωμάτων εμπόρων καθώς οι έμποροι μάζευαν τα πλεονάσματα από μικρότερες περιφερειακές, διαφορετικές αγορές ημέρας και τα μεταπωλούσαν στις μεγαλύτερες πόλεις της κεντρικής αγοράς.

Οι Braudel και Reynold έχουν κάνει μια συστηματική μελέτη αυτών των ευρωπαϊκών πόλεων της αγοράς μεταξύ του δέκατου τρίτου και του δέκατου πέμπτου αιώνα. Η έρευνά τους δείχνει ότι στις περιφερειακές περιοχές οι αγορές πραγματοποιούνταν μία ή δύο φορές την εβδομάδα, ενώ οι καθημερινές αγορές ήταν πιο συνηθισμένες στις μεγαλύτερες πόλεις και κομποπόλεις. Με τον καιρό άρχισαν να ανοίγουν καθημερινά μόνιμα καταστήματα και σταδιακά αντικατέστησαν τις περιοδικές αγορές. Οι μικροπωλητές κάλυπταν τα κενά στη διανομή ταξιδεύοντας από πόρτα σε πόρτα για να πουλήσουν προϊόντα και εμπορεύματα. Η φυσική αγορά χαρακτηριζόταν από συναλλαγές, τα συστήματα ανταλλαγής ήταν συνηθισμένα και η οικονομία χαρακτηριζόταν από τοπικές συναλλαγές. Ο Braudel αναφέρει ότι, το 1600, τα εμπορεύματα ταξίδευαν σχετικά μικρές αποστάσεις - σιτηρά 5–10 μίλια. βοοειδή 40–70 μίλια. μαλλί και μάλλινο ύφασμα 20–40 μίλια. Ωστόσο, μετά την ευρωπαϊκή εποχή των ανακαλύψεων, εισήχθησαν προϊόντα από μακριά - ύφασμα καλιόν από την Ινδία, πορσελάνη, μετάξι και τσάι από την Κίνα, μπαχαρικά από την Ινδία και τη Νοτιοανατολική Ασία και καπνός, ζάχαρη, ρούμι και καφές από τον Νέο Κόσμο.

Αν και η άνοδος της καταναλωτικής κουλτούρας και του μάρκετινγκ στη Βρετανία και την Ευρώπη έχουν μελετηθεί εκτενώς, λιγότερα είναι γνωστά για τις εξελίξεις αλλού. Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η Κίνα παρουσίασε μια πλούσια ιστορία πρώιμων πρακτικών μάρκετινγκ. συμπεριλαμβανομένης της επωνυμίας, της συσκευασίας, της διαφήμισης και της

σήμανσης λιανικής. Ήδη από το 200 π.Χ., η κινεζική συσκευασία και η επωνυμία χρησιμοποιήθηκαν για να σηματοδοτήσουν την οικογένεια, τα τοπωνύμια και την ποιότητα των προϊόντων, και η χρήση της επωνυμίας προϊόντων που επιβλήθηκε από την κυβέρνηση χρησιμοποιήθηκε μεταξύ 600 και 900 μ.Χ. Οι Eckhart και Bengtsson έχουν υποστηρίξει ότι κατά τη διάρκεια της δυναστείας Song (960-1127), η κινεζική κοινωνία ανέπτυξε μια καταναλωτική κουλτούρα, όπου ένα υψηλό επίπεδο κατανάλωσης ήταν εφικτό για μια μεγάλη ποικιλία απλών καταναλωτών και όχι μόνο για την ελίτ. Η άνοδος της καταναλωτικής κουλτούρας οδήγησε στην εμπορική επένδυση σε προσεκτικά διαχειριζόμενη εικόνα της εταιρείας, σήμανση λιανικής, συμβολικά εμπορικά σήματα, προστασία εμπορικών σημάτων και τις έννοιες της επωνυμίας *baoji*, *hao*, *lei*, *gongpin*, *riazi* και *pinpai*, που ισοδυναμούν κατά προσέγγιση με τις δυτικές έννοιες της οικογένειας, κατάσταση, βαθμολόγηση ποιότητας και διατήρηση των παραδοσιακών κινεζικών αξιών. Η ανάλυση των Eckhardt και Bengtsson υποδηλώνει ότι τα εμπορικά σήματα εμφανίστηκαν στην Κίνα ως αποτέλεσμα των κοινωνικών αναγκών και εντάσεων που υπονοούνται στην καταναλωτική κουλτούρα, στην οποία οι μάρκες παρέχουν κοινωνική θέση και διαστρωμάτωση. Έτσι, η εξέλιξη των εμπορικών σημάτων στην Κίνα έρχεται σε έντονη αντίθεση με τη Δύση όπου οι κατασκευαστές ώθησαν τις μάρκες στην αγορά για να διαφοροποιηθούν, να αυξήσουν το μερίδιο αγοράς και τελικά τα κέρδη.

### 1.3.3 Το Μάρκετινγκ στην Ευρώπη κατά το 1700 και 1800

Οι μελετητές έχουν εντοπίσει συγκεκριμένες περιπτώσεις πρακτικών μάρκετινγκ στην Αγγλία και την Ευρώπη τον δέκατο έβδομο και δέκατο όγδοο αιώνα. Καθώς το εμπόριο μεταξύ χωρών ή περιοχών αυξανόταν, οι εταιρείες απαιτούσαν πληροφορίες στις οποίες θα βασίζονταν οι επιχειρηματικές αποφάσεις. Άτομα και εταιρείες πραγματοποίησαν επίσημη και άτυπη έρευνα σχετικά με τις συνθήκες του εμπορίου. Ήδη από το 1380, ο Johann Fugger ταξίδεψε από το Augsburg στο Graben για να συγκεντρώσει πληροφορίες για τη διεθνή κλωστοϋφαντουργία. Αντάλλαξε λεπτομερείς επιστολές για τους όρους του εμπορίου σε σχετικούς τομείς. Στις αρχές του 1700 οι βρετανικοί βιομηχανικοί οίκοι απαιτούσαν πληροφορίες, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για επιχειρηματικές αποφάσεις. Στις αρχές του 18ου αιώνα, ο Daniel Defoe, ένας έμπορος από το Λονδίνο, δημοσίευσε πληροφορίες για το εμπόριο και τους οικονομικούς πόρους της Αγγλίας και της Σκωτίας. Ο Ντεφόε ήταν ένας παραγωγικός εκδότης και μεταξύ των πολλών δημοσιεύσεών του υπάρχουν τίτλοι αφιερωμένοι στο εμπόριο, όπως: «Trade of Britain Stated», 1707, «Trade of Scotland with France», 1713 και «The Trade to India Critically and Calmly Considered», 1720. Όλα τα βιβλία που ήταν ιδιαίτερα δημοφιλή στους εμπόρους και τους εμπορικούς οίκους της περιόδου. Ενώ τέτοιες δραστηριότητες θα μπορούσαν τώρα να αναγνωρίζονται ως έρευνα μάρκετινγκ, εκείνη την εποχή ήταν γνωστές ως «εμπορική έρευνα» ή «εμπορική ευφυΐα» και δεν θεωρούνταν μέρος του ρεπερτορίου των δραστηριοτήτων που συνθέτουν τη σύγχρονη πρακτική μάρκετινγκ.

Η διαφήμιση του δέκατου όγδοου αιώνα έδειξε υψηλό επίπεδο πολυπλοκότητας στην εκτέλεσή της και ικανότητα να προσεγγίζει μαζικό κοινό. Σε μια σημαντική ανασκόπηση της

καταναλωτικής κοινωνίας, οι McKendrick, Brewer και Plumb βρήκαν εκτεταμένα στοιχεία Άγγλων επιχειρηματιών του δέκατου όγδοου αιώνα που εφευρίσκουν σύγχρονες τεχνικές μάρκετινγκ, συμπεριλαμβανομένης της διαφοροποίησης προϊόντων, προώθηση πωλήσεων, περιοδικά μόδας, εθνικές διαφημιστικές εκστρατείες, φανταχτεροί εκθεσιακοί χώροι. Οι Άγγλοι κατασκευαστές αγγειοπλαστικής Josiah Wedgewood (1730–1795) και Matthew Boulton (1728–1809) ήταν οι πρωτοπόροι των σύγχρονων μεθόδων μαζικού μάρκετινγκ. Ο Wedgewood εισήγαγε το άμεσο ταχυδρομείο, τους ταξιδιώτες πωλητές και τους καταλόγους τον δέκατο όγδοο αιώνα. Το μάρκετινγκ του Wedgewood ήταν εξαιρετικά εξελιγμένο και αναγνωρίσιμα «μοντέρνο» καθώς σχεδίαζε την παραγωγή έχοντας κατά νου την πώληση. Διεξήγαγε σοβαρές έρευνες για το σταθερό και το μεταβλητό κόστος παραγωγής και αναγνώρισε ότι η αύξηση της παραγωγής θα οδηγούσε σε χαμηλότερο μοναδιαίο κόστος. Συμπέρανε επίσης ότι η πώληση σε χαμηλότερες τιμές θα οδηγούσε σε υψηλότερη ζήτηση και αναγνώρισε την αξία της επίτευξης οικονομικών κλίμακας στην παραγωγή. Μειώνοντας το κόστος και μειώνοντας τις τιμές, ο Wedgewood κατάφερε να δημιουργήσει υψηλότερα συνολικά κέρδη. Ομοίως, ένας από τους συναδέλφους του Wedgewood, Matthew Boulton, πρωτοστάτησε στις πρώιμες τεχνικές μαζικής παραγωγής και στη διαφοροποίηση των προϊόντων στο Soho Manufactory του τη δεκαετία του 1760. Επίσης, άσκησε την προγραμματισμένη απαξίωση και κατάλαβε τη σημασία του «μάρκετινγκ διασημοτήτων» - που είναι η παροχή στους ευγενείς, συχνά σε τιμές χαμηλότερες του κόστους και η απόκτηση βασιλικής υποστήριξης, για χάρη της δημοσιότητας και των χαιρετισμών που δημιουργούνται.

Ο Fullerton υποστηρίζει ότι η πρακτική της τμηματοποίησης της αγοράς εμφανίστηκε πολύ πριν οι έμποροι χρησιμοποιήσουν επίσημα την έννοια. Ορισμένα στοιχεία αποδεικτικών στοιχείων υποδηλώνουν ότι απλά παραδείγματα τμηματοποίησης της αγοράς ήταν εμφανή πριν από τη δεκαετία του 1880. Ο ιστορικός των επιχειρήσεων, Richard S. Tedlow, υποστηρίζει ότι κάθε προσπάθεια τμηματοποίησης των αγορών πριν από το 1880 ήταν πολύ κατακερματισμένη, καθώς η οικονομία χαρακτηριζόταν από μικρούς, περιφερειακούς προμηθευτές που πωλούσαν κυρίως αγαθά σε τοπική ή περιφερειακή βάση. Όταν τα καταστήματα λιανικής άρχισαν να εμφανίζονται από τον 15ο αιώνα, οι έμποροι λιανικής έπρεπε να διαχωρίσουν τους πλουσιότερους από τους λιγότερο πλούσιους πελάτες. Εκτός των μεγάλων μητροπολιτικών πόλεων, λίγα καταστήματα είχαν την οικονομική δυνατότητα να εξυπηρετήσουν αποκλειστικά ένα είδος πελατολογίου. Ωστόσο, σταδιακά τα καταστήματα λιανικής εισήγαγαν καινοτομίες που θα τους επέτρεπαν να διαχωρίσουν τους πλουσιότερους πελάτες από τις κατώτερες τάξεις και τους αγρότες. Μια τεχνική ήταν να υπάρχει ένα παράθυρο που ανοίγει στο δρόμο από το οποίο θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν οι πελάτες. Αυτό επέτρεπε την πώληση αγαθών στους απλούς ανθρώπους, χωρίς να τους ενθαρρύνει να μπουν μέσα. Μια άλλη λύση, που μπήκε στη μόδα από τα τέλη του δέκατου έκτου αιώνα ήταν να προσκαλέσουμε ευνοημένους πελάτες σε ένα πίσω δωμάτιο του καταστήματος, όπου τα αγαθά εκτίθονταν μόνιμα. Μια άλλη τεχνική που προέκυψε περίπου την ίδια εποχή, ήταν η διοργάνωση μιας βιτρίνας αγαθών στο ιδιωτικό σπίτι του καταστηματάρχη προς όφελος των πλουσιότερων πελατών. Ο Samuel Pepys, για παράδειγμα, γράφοντας το 1660, περιγράφει ότι προσκλήθηκε στο σπίτι ενός λιανοπωλητή για να δει έναν ξύλινο γρύλο. Στοιχεία πρώιμης κατάτμησης μάρκετινγκ έχουν επίσης σημειωθεί σε όλη την Ευρώπη. Μια μελέτη του γερμανικού εμπορίου βιβλίων βρήκε παραδείγματα τόσο διαφοροποίησης προϊόντων όσο και τμηματοποίησης της αγοράς στη δεκαετία του 1820.

### 1.3.4 Το Μάρκετινγκ κατά το 1900

Μέχρι τον δέκατο ένατο αιώνα, οι δυτικές οικονομίες χαρακτηρίζονταν από μικρούς περιφερειακούς προμηθευτές που πωλούσαν αγαθά σε τοπική ή περιφερειακή βάση. Ωστόσο, καθώς τα συστήματα μεταφορών βελτιώθηκαν από τα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα, η οικονομία έγινε πιο ενοποιημένη επιτρέποντας στις εταιρείες να διανέμουν τυποποιημένα, επώνυμα προϊόντα σε εθνικό επίπεδο. Αυτό οδήγησε σε μια πολύ ευρύτερη νοοτροπία μαζικού μάρκετινγκ. Οι κατασκευαστές έτειναν να επιμένουν στην αυστηρή τυποποίηση προκειμένου να επιτύχουν οικονομίες κλίμακας με σκοπό τη διατήρηση του κόστους παραγωγής σε χαμηλά επίπεδα και επίσης την επίτευξη διείσδυσης στην αγορά στα αρχικά στάδια του κύκλου ζωής ενός προϊόντος. Το Model T Ford ήταν ένα παράδειγμα προϊόντος που κατασκευαζόταν σε τιμή που ήταν προσιτή για τις ανερχόμενες μεσαίες τάξεις.



Εικόνα 1.2, Model T Ford, <https://en.wikipedia.org/>

Στις αρχές του εικοστού αιώνα, καθώς το μέγεθος της αγοράς αυξανόταν, έγινε πιο συνηθισμένο για τους κατασκευαστές να παράγουν μια ποικιλία μοντέλων σε διαφορετικά σημεία ποιότητας, σχεδιασμένα να καλύπτουν τις ανάγκες διαφόρων δημογραφικών τμημάτων και τμημάτων της αγοράς στον τρόπο ζωής, δίνοντας αφορμή για την ευρεία πρακτική τμηματοποίησης της αγοράς και διαφοροποίηση προϊόντων. Μεταξύ 1902-1910, ο George B Waldron, που εργαζόταν στο διαφημιστικό γραφείο της Mahin, χρησιμοποίησε φορολογικά μητρώα, καταλόγους πόλεων και δεδομένα απογραφής για να δείξει στους διαφημιστές το ποσοστό των μορφωμένων έναντι των αναλφάβητων καταναλωτών και την ικανότητα κερδών διαφορετικών επαγγελματιών σε αυτό που πιστεύεται ότι είναι το πρώτο παράδειγμα δημογραφική κατάτμηση ενός πληθυσμού. Μέσα σε λίγο περισσότερο από μια δεκαετία, ο Paul Cherington είχε αναπτύξει την τυπολογία του νοικοκυριού «ABCD» - το πρώτο εργαλείο κοινωνικο-δημογραφικής τμηματοποίησης. Μέχρι τη δεκαετία του 1930, ερευνητές αγοράς όπως ο Ernest Dichter διεξήγαγαν ποιοτική έρευνα σε

αγοραστές επωνυμίας συνειδητοποίησαν ότι μόνο οι δημογραφικοί παράγοντες ήταν ανεπαρκείς για να εξηγήσουν τη διαφορετική συμπεριφορά μάρκετινγκ διαφόρων ομάδων χρηστών. Αυτή η εικόνα οδήγησε στην εξερεύνηση άλλων παραγόντων όπως ο τρόπος ζωής, οι αξίες, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις στον κατακερματισμό της αγοράς και τη διαφήμιση.

Όταν ο Wendell R. Smith δημοσίευσε το κλασικό πλέον άρθρο του, «Product Differentiation and Market Segmentation as Alternative Marketing Strategies» το 1956, σημείωσε ότι απλώς κατέγραφε πρακτικές μάρκετινγκ που είχαν παρατηρηθεί εδώ και αρκετό καιρό και τις οποίες περιέγραψε ως «φυσική δύναμη». Άλλοι θεωρητικοί συμφωνούν ότι ο Smith απλώς κωδικοποιούσε έμμεση γνώση που είχε χρησιμοποιηθεί στο μάρκετινγκ και τη διαχείριση επωνυμίας από τις αρχές του εικοστού αιώνα.

Καθώς η βιομηχανία μεγάλωνε, αυξήθηκε και η ζήτηση για ειδικευμένους επαγγελματίες. Για να καλύψουν αυτή τη ζήτηση, τα πανεπιστήμια άρχισαν να προσφέρουν μαθήματα στο εμπόριο, τα οικονομικά και το μάρκετινγκ. Το μάρκετινγκ, ως κλάδος, διδάχθηκε για πρώτη φορά στα πανεπιστήμια στις πολύ αρχές του εικοστού αιώνα. Ωστόσο, οι ερευνητές ενδιαφέρθηκαν να διερευνήσουν την ιστορία του μάρκετινγκ μόνο στα μέσα του εικοστού αιώνα. Από την αρχή, οι ερευνητές έτειναν να εντοπίζουν δύο σκέλη της ιστορικής έρευνας. την ιστορία της πρακτικής μάρκετινγκ και την ιστορία της σκέψης μάρκετινγκ που αφορούσε θεμελιωδώς την άνοδο της εκπαίδευσης μάρκετινγκ και την ανατομή του τρόπου διδασκαλίας και μελέτης του μάρκετινγκ. Οι πρώτες ιστορικές μελέτες ήταν κυρίως περιγραφικές.

## 1.4 Μείγμα Μάρκετινγκ

Το μάρκετινγκ περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες. Αρχικά, ένας οργανισμός μπορεί να αποφασίσει την ομάδα-στόχο πελατών της προς εξυπηρέτηση. Μόλις αποφασιστεί η ομάδα-στόχος, το προϊόν πρόκειται να διατεθεί στην αγορά παρέχοντας το κατάλληλο προϊόν, τιμή, διανομή και προωθητικές προσπάθειες. Αυτά πρέπει να συνδυάζονται ή να αναμειγνύονται σε κατάλληλη αναλογία έτσι ως προς την επίτευξη του στόχου μάρκετινγκ. Αυτός ο συνδυασμός προϊόντων, τιμής, διανομής και διαφημιστικών οι προσπάθειες είναι γνωστές ως «Μίγμα Μάρκετινγκ».

Σύμφωνα με τον Philip Kotler, «Μίγμα Μάρκετινγκ είναι το σύνολο των ελεγχόμενων μεταβλητών που η επιχείρηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επηρεάσει την απόκριση του αγοραστή». Οι ελεγχόμενες μεταβλητές σε αυτό το πλαίσιο αναφέρονται στα 4 «P» (προϊόν, τιμή, τόπος και προώθηση - product, price, place and promotion). Κάθε εταιρεία προσπαθεί να δημιουργήσει μια τέτοια σύνθεση 4 «P», η οποία μπορεί να δημιουργήσει το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης των καταναλωτών και ταυτόχρονα να ανταποκρίνεται στους οργανωτικούς της στόχους. Έτσι, αυτό το μείγμα συναρμολογείται διατηρώντας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των πελατών-στόχων και διαφέρει από τον έναν οργανισμό στον άλλο, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και τους στόχους μάρκετινγκ.



# MARKETING



Εικόνα 1.3, Marketing 4P, <https://www.correcttechno.com/>

**Προϊόν:** Το προϊόν αναφέρεται στα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρει ο οργανισμός. Ένα ζευγος παπούτσια, ένα πιάτο dahi-vada, ένα κραγιόν, όλα είναι προϊόντα. Όλα αυτά αγοράζονται γιατί ικανοποιούν μία ή περισσότερες από τις ανάγκες μας. Δεν πληρώνουμε για το απτό προϊόν, αλλά για το όφελος που θα προσφέρει. Έτσι, με απλά λόγια, το προϊόν μπορεί να περιγραφεί ως ένα πακέτο οφέλη που προσφέρει ένας έμπορος στον καταναλωτή έναντι μιας τιμής. Κατά την αγορά ενός ζευγαριού παπούτσια, στην πραγματικότητα αγοράζουμε άνεση για τα πόδια μας, ενώ αγοράζουμε κραγιόν στην πραγματικότητα πληρώνοντας για την ομορφιά, γιατί το κραγιόν είναι πιθανό να μας κάνει να φαινόμαστε καλές. Το προϊόν μπορεί επίσης να πάρει τη μορφή μιας υπηρεσίας, όπως αεροπορικά ταξίδια, τηλεπικοινωνίες κ.λπ. Έτσι, ο όρος προϊόν αναφέρεται σε αγαθά και υπηρεσίες που προσφέρονται από τον οργανισμό προς πώληση.

**Τιμή:** Η τιμή είναι το ποσό που χρεώνεται για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία. Είναι το δεύτερο πιο σημαντικό στοιχείο στο μείγμα μάρκετινγκ. Ο καθορισμός της τιμής του προϊόντος είναι μια δύσκολη δουλειά. Πολλοί παράγοντες όπως η ζήτηση για ένα προϊόν, το σχετικό κόστος, η ικανότητα του καταναλωτή να πληρώσει, οι τιμές που χρεώνονται από πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανταγωνιστές για παρόμοια προϊόντα, οι κρατικοί περιορισμοί κ.λπ καθορίζοντας την τιμή. Στην πραγματικότητα, η τιμολόγηση είναι ένας πολύ κρίσιμος τομέας λήψης αποφάσεων καθώς έχει την επίδρασή της ζήτηση για το προϊόν και επίσης στην κερδοφορία της επιχείρησης.

**Τόπος:** Τα αγαθά παράγονται για να πωληθούν στους καταναλωτές. Πρέπει να διατίθενται σε τους καταναλωτές σε ένα μέρος όπου μπορούν άνετα να κάνουν αγορές. Τα μάλλινα κατασκευάζονται σε μεγάλη κλίμακα στη Ludhiana και τα αγοράζετε σε ένα κατάστημα από το κοντινή αγορά. Επομένως, είναι απαραίτητο το προϊόν να είναι διαθέσιμο στα καταστήματα της κάθε πόλης. Αυτό περιλαμβάνει μια αλυσίδα ατόμων και ιδρυμάτων όπως διανομείς, χονδρέμποροι και λιανοπωλητές που αποτελούν το δίκτυο διανομής της εταιρείας (ονομάζεται επίσης κανάλι διανομής). Ο οργανισμός πρέπει να αποφασίσει εάν θα πουλήσει απευθείας στον λιανοπωλητή ή μέσω του διανομείς/χονδρέμπορος κ.λπ. Μπορεί ακόμη και να προγραμματίσει να το πουλήσει απευθείας στους καταναλωτές.

Προώθηση: Εάν το προϊόν κατασκευάζεται λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του καταναλωτή, δικάως τιμολογούνται και διατίθενται σε καταστήματα που τους βολεύουν, αλλά ο καταναλωτής δεν γίνεται να έχει επίγνωση της τιμής, των δυνατοτήτων, της διαθεσιμότητάς του κ.λπ., η προσπάθεια μάρκετινγκ μπορεί να μην είναι επιτυχής. Επομένως η προώθηση είναι ένα σημαντικό συστατικό του μείγματος μάρκετινγκ καθώς αναφέρεται σε μια διαδικασία ενημέρωσης, πειθούς και επιρροής του καταναλωτή να επιλέξει το προϊόν. Η προώθηση γίνεται μέσω προσωπικών πωλήσεων, διαφήμισης, δημοσιότητας και προώθηση πωλήσεων. Γίνεται κυρίως με σκοπό την παροχή πληροφοριών σε υποψήφιους καταναλωτές σχετικά με τη διαθεσιμότητα, τα χαρακτηριστικά και τις χρήσεις ενός προϊόντος. Προκαλεί δυνατότητες το ενδιαφέρον του καταναλωτή για το προϊόν, να το συγκρίνει με το προϊόν των ανταγωνιστών και να κάνει τη δική του επιλογή. Ο πολλαπλασιασμός των έντυπων και ηλεκτρονικών μέσων έχει βοηθήσει πάρα πολύ τη διαδικασία της προώθησης.

### 1.4.1 Προϊόν

Το προϊόν αναφέρεται στα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τον οργανισμό προς πώληση. Εδώ οι έμποροι πρέπει να αναγνωρίσουν ότι οι καταναλωτές δεν ενδιαφέρονται απλώς για τα φυσικά χαρακτηριστικά ενός προϊόντος αλλά ένα σύνολο απτών και άυλων ιδιοτήτων που τα ικανοποιούν θέλει. Για παράδειγμα, όταν ένας καταναλωτής αγοράζει ένα πλυντήριο ρούχων δεν αγοράζει απλώς ένα μηχανή αλλά ένα gadget που τον βοηθά στο πλύσιμο των ρούχων. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ο όρος προϊόν αναφέρεται σε οτιδήποτε μπορεί να προσφερθεί σε μια αγορά για προσοχή, απόκτηση, ή χρήση. Έτσι, ο όρος προϊόν ορίζεται ως «οτιδήποτε μπορεί να προσφερθεί σε μια αγορά ικανοποιώ μια επιθυμία». Συνήθως περιλαμβάνει φυσικά αντικείμενα και υπηρεσίες. Με μια ευρύτερη έννοια, Ωστόσο, δεν περιλαμβάνει μόνο φυσικά αντικείμενα και υπηρεσίες αλλά και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως επωνυμία, αξεσουάρ συσκευασίας, εγκατάσταση, εξυπηρέτηση μετά την πώληση.

Το προϊόν μπορεί να ταξινομηθεί ευρέως με βάση (1) τη χρήση, (2) την ανθεκτικότητα και (3) απτότητα.

Ανάλογα με τη χρήση, το προϊόν μπορεί να ταξινομηθεί ως:

- Καταναλωτικά Αγαθά. και
- Βιομηχανικά Είδη.

Καταναλωτικά αγαθά: Αγαθά που προορίζονται για προσωπική κατανάλωση από τα νοικοκυριά ή τους τελικούς καταναλωτές ονομάζονται καταναλωτικά αγαθά. Αυτό περιλαμβάνει είδη όπως προϊόντα περιποίησης, είδη παντοπωλείου, ρούχα κλπ. Με βάση την αγοραστική συμπεριφορά των καταναλωτών τα καταναλωτικά αγαθά μπορούν να ταξινομηθούν περαιτέρω ως:

- Είδη ευκολίας.
- Αγορές.

- Εξειδικευμένα προϊόντα.

Είδη ευκολίας : Τα αγαθά ανήκουν που ανήκουν στην κατηγορία ειδών ευκολίας είναι που αγοράζονται συχνά χωρίς πολλή σχεδιασμό ή προσπάθεια αγορών και επίσης καταναλώνονται γρήγορα, όπως βούτυρο ή αναψυκτικό. Η απόφαση αγοράς σε περίπτωση αυτών των αγαθών δεν περιλαμβάνει πολύ προσχεδιασμό. Τέτοια αγαθά είναι συνήθως πωλούνται σε βολικά σημεία λιανικής.

Αγορές: Αυτά είναι αγαθά που αγοράζονται λιγότερο συχνά και είναι χρησιμοποιούνται πολύ αργά όπως ρούχα, παπούτσια, οικιακές συσκευές. Στην περίπτωση αυτών των αγαθών, οι καταναλωτές επιλέγουν ένα προϊόν λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα, την τιμή, το στυλ, την ποιότητά του και προϊόντα ανταγωνιστών και υποκατάστατα, εάν υπάρχουν. Με άλλα λόγια, οι καταναλωτές συνήθως ξοδεύουν σημαντικό χρόνο και προσπάθεια για να ολοκληρώσουν την απόφαση αγοράς τους, καθώς δεν έχουν πλήρεις πληροφορίες τα ψώνια. Συνεπάγονται πολύ περισσότερα έξοδα από τα αγαθά ευκολίας.

Εξειδικευμένα προϊόντα: Λόγω κάποιων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών ορισμένων κατηγοριών αγαθών, οι άνθρωποι γενικά καταβάλλουν ιδιαίτερες προσπάθειες για να τα αγοράσουν. Είναι έτοιμοι να αγοράσουν αυτά τα αγαθά σε τιμές στις οποίες προσφέρονται και επίσης τίθενται σε επιπλέον χρόνο για να εντοπίσουν τον πωλητή και να κάνουν την αγορά. Ο πλησιέστερος έμπορος αυτοκινήτων μπορεί να απέχει δέκα χιλιόμετρα μακριά, αλλά ο αγοραστής θα πάει εκεί για να το επιθεωρήσει και να το αγοράσει. Στην πραγματικότητα, πριν πάει για να αγοράσει το προϊόν, θα συλλέξει πλήρεις πληροφορίες. Παραδείγματα ειδικών προϊόντων είναι κάμερες, τηλεοράσεις, καινούργια αυτοκίνητα κλπ.

Βιομηχανικά αγαθά: Αγαθά που προορίζονται για κατανάλωση ή χρήση ως εισροές στην παραγωγή άλλων προϊόντων ή παροχή κάποιας υπηρεσίας, ονομάζονται «βιομηχανικά αγαθά». Αυτά τα προορίζονται για μη προσωπική και εμπορική χρήση και περιλαμβάνουν (i) πρώτες ύλες, (ii) μηχανήματα, (iii) εξαρτήματα και (iv) προμήθειες λειτουργίας (όπως λιπαντικά, χαρτικά κλπ). Οι αγοραστές βιομηχανικών προϊόντων υποτίθεται ότι είναι γνώστες, κοστολογικά και ορθολογικά στην αγορά τους και ως εκ τούτου, οι έμποροι ακολουθούν διαφορετικές στρατηγικές τιμολόγησης, διανομής και προώθησης για την πώλησή τους.

Το ίδιο προϊόν μπορεί να ταξινομηθεί ως καταναλωτικό αγαθό καθώς και βιομηχανικό προϊόν, ανάλογα με την τελική χρήση του. Για παράδειγμα την περίπτωση το λάδι καρύδας. Όταν χρησιμοποιείται ως λάδι μαλλιών ή λάδι μαγειρέματος, αντιμετωπίζεται ως καταναλωτικό αγαθό και όταν χρησιμοποιείται για την κατασκευή σαπουνιού μπάνιου ονομάζεται βιομηχανικό προϊόν. Ωστόσο, ο τρόπος που αυτά τα προϊόντα που διατίθενται στο εμπόριο σε αυτές τις δύο ομάδες είναι πολύ διαφορετικός, καθώς η αγορά από βιομηχανικό αγοραστή είναι συνήθως μεγάλη σε ποσότητα και αγοράζεται είτε απευθείας από τον κατασκευαστή ή τον τοπικό διανομέα.

Με βάση την ανθεκτικότητα, τα προϊόντα μπορούν να ταξινομηθούν ως:

- Διαρκή αγαθά.

- Μη διαρκή αγαθά.

Διαρκή αγαθά: Είναι προϊόντα που χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα δηλαδή για μήνες ή χρόνια μαζί. Παραδείγματα τέτοιων προϊόντων είναι το ψυγείο, το αυτοκίνητο, πλυντήριο ρούχων κ.λπ. Τέτοια προϊόντα απαιτούν γενικά περισσότερες προσωπικές προσπάθειες πώλησης και έχουν υψηλά περιθώρια κέρδους. Στην περίπτωση αυτών των προϊόντων, η φήμη του πωλητή και η προπώληση και η εξυπηρέτηση μετά την πώληση είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την απόφαση αγοράς.

Μη διαρκή αγαθά: Τα μη διαρκή αγαθά είναι προϊόντα που είναι συνήθως καταναλώνονται με μία κίνηση ή τελευταία για λίγες χρήσεις. Παραδείγματα τέτοιων προϊόντων είναι το σαπούνι, αλάτι, τουρσιά, σάλτσα κ.λπ. Αυτά τα είδη καταναλώνονται γρήγορα και αγοράζουμε αυτά τα αγαθά πιο συχνά. Τέτοια είδη είναι γενικά διαθέσιμα από τον παραγωγό μέσω μεγάλου αριθμού βολικών καταστημάτων λιανικής. Περιθώρια κέρδους σε τέτοια είδη συνήθως διατηρούνται χαμηλά και η βαριά διαφήμιση γίνεται για να προσελκύσει τους ανθρώπους προς το μέρος τους με τη δοκιμή και χρήση.

Με βάση την απτότητα, τα προϊόντα μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Απτά αγαθά.
- Άυλα αγαθά.

Απτά αγαθά: Τα περισσότερα αγαθά, είτε πρόκειται για καταναλωτικά είτε για βιομηχανικά αγαθά εμπορεύματα και αν αυτά είναι διαρκή ή μη, εμπίπτουν σε αυτήν την κατηγορία όπως και αυτά έχουν μια φυσική μορφή, που μπορεί να αγγίξει και να δει. Έτσι, όλα τα είδη όπως τα παντοπωλεία, αυτοκίνητα, πρώτες ύλες, μηχανήματα κ.λπ. εμπίπτουν στην κατηγορία των υλικών αγαθών.

Μη απτά αγαθά: Αναφέρονται σε υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο καταναλωτές ή οργανωτικούς αγοραστές (βιομηχανικούς, εμπορικούς, θεσμικούς, κυβέρνηση κ.λπ.). Οι υπηρεσίες είναι ουσιαστικά άυλες δραστηριότητες που παρέχουν ανάγκη ή χρειάζονται ικανοποίηση. Ιατρικές, ταχυδρομικές, τραπεζικές και ασφαλιστικές υπηρεσίες κ.λπ., όλα εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία.

### 1.4.2 Τιμή

Η τιμή είναι το αντάλλαγμα όσον αφορά τα χρήματα που πληρώνουν οι καταναλωτές για το δέσμη πλεονεκτημάτων που αποκομίζει χρησιμοποιώντας το προϊόν/την υπηρεσία. Με απλά λόγια, είναι το ανταλλακτική αξία αγαθών και υπηρεσιών σε χρήμα. Η τιμολόγηση (καθορισμός τιμής έως να χρεωθεί) είναι ένα άλλο σημαντικό στοιχείο του μείγματος μάρκετινγκ και διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην επιτυχία ενός προϊόντος στην αγορά. Εάν η καθορισμένη τιμή είναι υψηλή, είναι πιθανό να έχει αρνητικό αποτέλεσμα επίδραση στον όγκο των πωλήσεων. Εάν, από την άλλη πλευρά,

είναι πολύ χαμηλή, θα επηρεάσει αρνητικά το κερδοφορία. Ως εκ τούτου, πρέπει να διορθωθεί αφού ληφθούν υπόψη διάφορες πτυχές. Οι παράγοντες που συνήθως λαμβάνονται υπόψη κατά τον καθορισμό της τιμής ενός προϊόντος μπορεί να είναι γενικά περιγράφεται ως εξής:

- **Κόστος:** Καμία επιχείρηση δεν μπορεί να επιβιώσει εάν δεν καλύψει το κόστος παραγωγής και διανομής της. Σε μεγάλο αριθμό προϊόντων, οι λιανικές τιμές καθορίζονται με την προσθήκη ενός λογικού περιθωρίου κέρδους στο κόστος. Όσο υψηλότερο είναι το κόστος, τόσο υψηλότερη είναι η τιμή, χαμηλότερο το κόστος χαμηλότερη η τιμή.
- **Ζήτηση:** Η ζήτηση επηρεάζει επίσης την τιμή σε μεγάλο βαθμό. Όταν υπάρχει περιορισμένη προσφορά σε ένα προϊόν και η ζήτηση είναι υψηλή, οι άνθρωποι αγοράζουν ακόμα κι αν χρεώνονται υψηλές τιμές από τον παραγωγό. Αλλά το πόσο υψηλή θα ήταν η τιμή εξαρτάται από τους υποψήφιους αγοραστές, την ικανότητα και προθυμία πληρωμής και την προτίμησή τους για το προϊόν. Στο πλαίσιο αυτό, η ελαστικότητα των τιμών, δηλαδή η ανταπόκριση της ζήτησης στις αλλαγές της τιμής θα πρέπει επίσης να διατηρηθεί σε θέα.
- **Ανταγωνισμός:** Η τιμή που χρεώνει ο ανταγωνιστής για παρόμοιο προϊόν είναι σημαντική στο καθοριστικό της τιμής. Ένας έμπορος δεν θα ήθελε να χρεώσει μια τιμή υψηλότερη από την ανταγωνιστή από φόβο μήπως χάσει πελάτες. Επίσης, μπορεί να αποφύγει να χρεώσει χαμηλότερη τιμή από τον ανταγωνιστή. Επειδή μπορεί να οδηγήσει σε πόλεμο τιμών.
- **Στόχοι Μάρκετινγκ:** Μια επιχείρηση μπορεί να έχει διαφορετικούς στόχους μάρκετινγκ όπως π.χ. μεγιστοποίηση κέρδους, μεγιστοποίηση πωλήσεων, μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς, επιβίωση στην αγορά και ούτω καθεξής. Οι τιμές πρέπει να καθοριστούν ανάλογα. Για παράδειγμα, εάν ο στόχος είναι να μεγιστοποιηθούν οι πωλήσεις ή μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς, θα καθοριστεί μια χαμηλή τιμή.
- **Κυβερνητικός κανονισμός:** Οι τιμές ορισμένων βασικών προϊόντων ρυθμίζονται από το κυβέρνηση βάσει του νόμου περί βασικών εμπορευμάτων. Για παράδειγμα, πριν από την απελευθέρωση της οικονομίας, τις τιμές του τσιμέντου και του χάλυβα αποφάσισε η κυβέρνηση. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό τα υπάρχοντα θεσμοθετημένα όρια, εάν υπάρχουν, να λαμβάνονται επίσης υπόψη κατά τον καθορισμό των τιμών των προϊόντων από τους παραγωγούς.

#### 1.4.2.1 Μέθοδοι τιμολόγησης

Οι μέθοδοι καθορισμού της τιμής μπορούν να χωριστούν ευρέως στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Τιμολόγηση με βάση το κόστος.
- Τιμολόγηση με βάση τον ανταγωνισμό.
- Τιμολόγηση με βάση τη ζήτηση.
- Τιμολόγηση με βάση τον στόχο.

Τιμολόγηση με βάση το κόστος: Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, η τιμή του προϊόντος καθορίζεται προσθέτοντας το ποσό του επιθυμητού κέρδους περιθώριο στο κόστος του προϊόντος.

Τιμολόγηση με βάση τον ανταγωνισμό: Σε περίπτωση προϊόντων όπου η αγορά είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστική και υπάρχει αμελητέα διαφορά στην ποιότητα των ανταγωνιστικών εμπορικών σημάτων, η τιμή καθορίζεται συνήθως πιο κοντά στην τιμή των ανταγωνιστικών. Ονομάζεται «νεανική τιμολόγηση» και είναι μια πολύ βολική μέθοδος επειδή οι επαγγελματίες του μάρκετινγκ δεν χρειάζεται να ανησυχούν πολύ για τη ζήτηση και το κόστος και επηρεάζουν την αλλαγή σύμφωνα με τις αλλαγές από τους ηγέτες του κλάδου.

Τιμολόγηση με βάση τη ζήτηση: Κατά καιρούς, οι τιμές καθορίζονται από τη ζήτηση για το προϊόν. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, χωρίς να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στο κόστος και τις τιμές των ανταγωνιστών, οι έμποροι προσπαθούν να εξακριβώσουν τη ζήτηση για το προϊόν. Εάν η ζήτηση είναι υψηλή, αποφασίζουν να επωφεληθούν και να καθορίσουν μια υψηλή τιμή. Εάν η ζήτηση είναι χαμηλή, καθορίζουν χαμηλές τιμές για το προϊόν τους. Ώρες ώρες καταφεύγουν σε διαφορετικές τιμές και χρεώνουν διαφορετικές τιμές σε διαφορετικές ομάδες πελατών, ανάλογα με τις αντιληπτές αξίες και την ικανότητά τους να πληρώσουν.

Τιμολόγηση με βάση τον στόχο Αυτή η μέθοδος ισχύει για την εισαγωγή νέων (καινοτόμων) προϊόντων. Αν, στο εισαγωγικό στάδιο των προϊόντων, ο οργανισμός επιθυμεί να διεισδύσει στην αγορά δηλαδή να κατακτήσει μεγάλα τμήματα της αγοράς και να αποθαρρύνει τους υποψήφιους ανταγωνιστές για να μπει στη μάχη, καθορίζει μια χαμηλή τιμή. Εναλλακτικά, ο οργανισμός μπορεί να αποφασίσει να αποσπάσει την αγορά, δηλαδή να κερδίσει υψηλά κέρδη εκμεταλλευόμενοι μια ομάδα πελατών που δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην ιδιότητα ή τη διάκρισή τους και είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν ακόμη και α υψηλότερη τιμή γι' αυτό. Σε μια τέτοια κατάσταση καθορίζουν αρκετά υψηλή τιμή στο εισαγωγικό στάδιο του προϊόντος τους και το εμπορεύονται μόνο σε εκείνους τους πελάτες που μπορούν να το αντέξουν οικονομικά.

### 1.4.3 Τόπος

Ενώ ένας κατασκευαστής ενός προϊόντος βρίσκεται σε ένα μέρος, οι καταναλωτές του βρίσκονται σε αναρίθμητα μέρη σε όλη τη χώρα ή τον κόσμο. Ο κατασκευαστής πρέπει να διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα των αγαθών του στους καταναλωτές σε κατάλληλα σημεία γι' αυτούς. Μπορεί να το κάνει απευθείας ή, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, μέσω μιας αλυσίδας μεσαζόντων όπως διανομείς, χονδρέμποροι και λιανοπωλητές. Το μονοπάτι ή η διαδρομή που υιοθέτησε για τον σκοπό αυτό είναι γνωστό ως κανάλι διανομής. Επομένως, ένα κανάλι διανομής αναφέρεται στο μονοπάτι χρησιμοποιείται από τον κατασκευαστή για τη μεταβίβαση της κυριότητας των αγαθών και τη φυσική μεταβίβασή του σε οι καταναλωτές και ο χρήστης/αγοραστής (βιομηχανικοί αγοραστής).

Η Stanton το όρισε επίσης ως «Ένα κανάλι διανομής αποτελείται από ένα σύνολο ανθρώπων και επιχειρήσεων εμπλέκονται στη μεταβίβαση του τίτλου σε ένα προϊόν καθώς το προϊόν

μετακινείται από τον παραγωγό στο τελικό καταναλωτή ή επιχειρηματικός χρήστης». Βασικά αναφέρεται στους ζωτικούς κρίκους που συνδέουν τους κατασκευαστές και τους παραγωγούς και τους τελικούς καταναλωτές/χρήστες. Περιλαμβάνει τόσο τον παραγωγό όσο και τον τελικό χρήστη και επίσης τους μεσάζοντες/πράκτορες που εμπλέκονται στη διαδικασία μεταβίβασης του τίτλου του εμπορεύματος.

Κατά κύριο λόγο, ένα κανάλι διανομής εκτελεί τις ακόλουθες λειτουργίες:

- Βοηθά στην καθιέρωση τακτικής επαφής με τους πελάτες και τους παρέχει απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τα εμπορεύματα.
- Παρέχει τη δυνατότητα για επιθεώρηση αγαθών από τους καταναλωτές σε βολικά σημεία να κάνουν την επιλογή τους.
- Διευκολύνει τη μεταβίβαση κυριότητας καθώς και την παράδοση αγαθών.
- Βοηθά στη χρηματοδότηση με την παροχή πιστωτικής διευκόλυνσης.
- Βοηθά την παροχή υπηρεσιών μετά την πώληση, εάν είναι απαραίτητο.
- Αναλαμβάνει όλους τους κινδύνους που συνδέονται με την εκτέλεση της λειτουργίας διανομής.

#### 1.4.3.1 Είδη καναλιών διανομής

Γενικά δεν αγοράζουμε αγαθά απευθείας από τους παραγωγούς. Οι παραγωγοί/κατασκευαστές συνήθως χρησιμοποιούν υπηρεσίες ενός ή περισσότερων μεσάζοντων για να προμηθεύουν τα αγαθά τους στους καταναλωτές. Αλλά μερικές φορές, έχουν άμεση επαφή με τους πελάτες χωρίς μεσάζοντες μεταξύ τους. Αυτό ισχύει περισσότερο για τα βιομηχανικά προϊόντα όπου οι πελάτες είναι πολύ γνώστες και οι ατομικές τους αγορές είναι μεγάλες. Τα διάφορα κανάλια που χρησιμοποιούνται για τη διανομή καταναλωτικών αγαθών μπορεί να περιγραφεί ως εξής:

Κανάλι διανομής μηδενικού σταδίου: ανάλι διανομής μηδενικού σταδίου υπάρχει όταν υπάρχει απευθείας πώληση αγαθών από τον παραγωγό στον καταναλωτή. Αυτή η άμεση επαφή με τον καταναλωτή μπορεί να γίνει μέσω πωλητών από πόρτα σε πόρτα, δικών καταστημάτων λιανικής ή ακόμα και μέσω απευθείας ταχυδρομείου. Επίσης σε περίπτωση φθαρτού προϊόντος και ορισμένων τεχνικών προϊόντων οικιακής χρήσης, η πώληση από πόρτα σε πόρτα είναι ευκολότερος τρόπος να πείσετε τον καταναλωτή να κάνει μια αγορά.

Κανάλι διανομής ενός σταδίου: Σε αυτήν την περίπτωση, υπάρχει ένας μεσάζων, δηλαδή ο λιανοπωλητής. Οι κατασκευαστές πωλούν τα προϊόντα τους σε λιανοπωλητές που με τη σειρά τους τα πωλούν στους καταναλωτές. Αυτός ο τύπος καναλιού διανομής είναι προτιμάται από τους κατασκευαστές διαρκών καταναλωτικών ειδών όπως ψυγείο, κλιματιστικό, πλυντήριο ρούχων κλπ. όπου η ατομική αγορά συνεπάγεται μεγάλη ποσότητα. Χρησιμοποιείται επίσης για διανομή μέσω λιανοπωλητών μεγάλης κλίμακας, όπως πολυκαταστήματα και super markets.

Κανάλι διανομής δύο σταδίων: Αυτό είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο κανάλι διανομής για την πώληση καταναλωτικών αγαθών. Στην περίπτωση αυτή, χρησιμοποιούνται δύο μεσάζοντες, δηλαδή, χονδρέμπορος και λιανοπωλητής. Αυτό είναι ισχύει για προϊόντα όπου οι αγορές είναι κατακευματισμένες σε μεγάλη έκταση, η αγορά είναι μικρή και η συχνότητα αγοράς είναι υψηλή.

Κανάλι διανομής τριών σταδίων: Όταν ο αριθμός των χονδρεμπόρων που χρησιμοποιούνται είναι μεγάλος και είναι διάσπαρτοι σε όλη την χώρα, οι κατασκευαστές χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες εμπορικών πρακτόρων που ενεργούν ως α σύνδεση μεταξύ του παραγωγού και του χονδρέμπορου. Είναι επίσης γνωστοί ως διανομείς.

### 1.4.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή καναλιού διανομής

Η επιλογή του κατάλληλου καναλιού διανομής είναι πολύ σημαντική όπως και η τιμολόγηση. Η στρατηγική προώθησης εξαρτάται από το επιλεγμένο κανάλι διανομής. Η διαδρομή που ακολουθεί το προϊόν στο ταξίδι του από τον κατασκευαστή στον καταναλωτή, συνεπάγεται επίσης ορισμένες δαπάνες. Αυτό με τη σειρά του επηρεάζει όχι μόνο την τιμή του προϊόντος, αλλά και τα κέρδη. Η επιλογή ακατάλληλων καναλιών διανομής μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερα κέρδη για τον κατασκευαστή και υψηλότερη τιμή από τον καταναλωτή. Ως εκ τούτου, οι κατασκευαστές πρέπει να είναι προσεκτικοί κατά την οριστικοποίηση του καναλιού διανομής που θα χρησιμοποιηθεί. Θα πρέπει να προσέξουν τους παρακάτω παράγοντες κατά την επιλογή του:

Φύση της αγοράς: Υπάρχουν πολλές πτυχές της αγοράς που καθορίζουν την επιλογή του καναλιού διανομής. Για παράδειγμα, αν ο αριθμός των αγοραστών είναι περιορισμένος, συγκεντρώνονται σε λίγες τοποθεσίες και οι μεμονωμένες αγορές τους είναι μεγάλες όπως και η περίπτωση με βιομηχανικούς αγοραστές, η απευθείας πώληση μπορεί να είναι η πιο προτιμώμενη επιλογή. Αλλά σε περίπτωση όπου ο αριθμός των αγοραστών είναι μεγάλος με μικρή ατομική αγορά και είναι διάσπαρτοι, τότε μπορεί να προκύψει ανάγκη για χρήση μεσαζόντων.

Φύση του προϊόντος: Η φύση του προϊόντος επηρεάζει σημαντικά την επιλογή του καναλιού της διανομής. Σε περίπτωση που το προϊόν είναι τεχνικής φύσης που περιλαμβάνει μεγάλη ποσότητα υπηρεσίες προπώλησης και μετά την πώληση, η πώληση γίνεται γενικά μέσω λιανοπωλητών χωρίς τη συμμετοχή των χονδρεμπόρων. Αλλά στα περισσότερα καταναλωτικά αγαθά μικρής αξίας, αγοράζεται συχνά σε μικρές ποσότητες, ένα μακρύ κανάλι που περιλαμβάνει αντιπροσώπους, χονδρεμπόρους και λιανοπωλητές χρησιμοποιείται καθώς τα αγαθά πρέπει να αποθηκεύονται σε βολικές τοποθεσίες. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα είδη υγιεινής, τα είδη παντοπωλείου κ.λπ. Σε αντίθεση με αυτό σε περίπτωση αντικειμένων όπως βιομηχανικά μηχανήματα, που έχουν μεγάλη αξία και περιλαμβάνουν εξειδικευμένες τεχνικές υπηρεσίες και μακρά περίοδο διαπραγματεύσεως, προτιμάται η απευθείας πώληση.

Φύση της Εταιρείας: Μια επιχείρηση που διαθέτει αρκετούς οικονομικούς πόρους μπορεί να αντέξει οικονομικά δύναμη διανομής και κατάσταση λιανικής. Αλλά οι περισσότερες επιχειρήσεις προτιμούν να μην δημιουργούν το δικό τους κανάλι διανομής και επικεντρώνονται στην



παραγωγή. Οι εταιρίες που επιθυμούν να ελέγχουν το δίκτυο διανομής προτιμούν ένα μικρότερο κανάλι.

Θεώρηση Μεσαζόντων: Για τους μεσάζοντες που έχουν την απαραίτητη εμπειρία, επαφές, οικονομική ευρωστία και ακεραιότητα, η χρήση τους προτιμάται καθώς μπορούν να εξασφαλίσουν την επιτυχία των νέων προϊόντων. Οι παράγοντες κόστους πρέπει επίσης να πρέπει να ληφθούν υπόψη καθώς όλοι οι μεσάζοντες προσθέτουν το δικό τους περιθώριο κέρδους στην τιμή του προϊόντα. Αλλά από την εμπειρία έχει μάθει ότι όπου ο όγκος των πωλήσεων είναι επαρκής, Η χρήση μεσαζόντων θεωρείται συχνά οικονομική και λιγότερο επαχθής σε σχέση με την άμεση πώληση

#### 1.4.4 Προώθηση

Η προώθηση αναφέρεται στη διαδικασία ενημέρωσης και πειθούς των καταναλωτών να αγοράσουν ορισμένα προϊόντα. Χρησιμοποιώντας αυτή τη διαδικασία, οι επαγγελματίες του μάρκετινγκ μεταφέρουν πειστικά μηνύματα και πληροφορίες στους πιθανούς πελάτες τους. Ο κύριος στόχος της προώθησης είναι να αναζητήσει την προσοχή των αγοραστών προς το προϊόν με σκοπό:

- Να κινήσει το ενδιαφέρον του για το προϊόν.
- Να ενημερώσει για τη διαθεσιμότητά του.
- Να ενημερώσει για το πώς διαφέρει από τους άλλους.

Είναι επομένως μια πειστική επικοινωνία και επίσης χρησιμεύει ως υπενθύμιση. Μια εταιρεία χρησιμοποιεί διαφορετικά εργαλεία για τις προωθητικές της δραστηριότητες, τα οποία είναι τα εξής:

- Διαφήμιση.
- Δημοσιότητα.
- Προσωπικές πωλήσεις.
- Προώθηση πωλήσεων.

Αυτά ονομάζονται επίσης τέσσερα στοιχεία ενός μείγματος προώθησης.

Διαφήμιση: Η διαφήμιση είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την ενημέρωση των παρόντων και υποψήφιων καταναλωτών σχετικά με το προϊόν, την ποιότητά του, τα χαρακτηριστικά, τη διαθεσιμότητα κ.λπ είναι μια πληρωμένη μορφή μη προσωπικής επικοινωνίας μέσω διαφορετικών μέσων σχετικά με ένα προϊόν, ιδέα, μια υπηρεσία ή μια οργάνωση από έναν αναγνωρισμένο χορηγό. Μπορεί να γίνει από μέσα όπως εφημερίδες, περιοδικά, διαφημιστικές πινακίδες, ηλεκτρονικά μέσα όπως ραδιόφωνο, τηλεόραση, κλπ. Είναι ένα πολύ ευέλικτο και συγκριτικά χαμηλού κόστους εργαλείο προώθησης.

**Δημοσιότητα:** Πρόκειται για μια μη αμειβόμενη διαδικασία δημιουργίας ευρέος φάσματος επικοινωνίας που συμβάλλει σε μια ευνοϊκή στάση απέναντι στο προϊόν και τον οργανισμό. Μπορεί οι πελάτες να έχουν δει άρθρα σε εφημερίδες σχετικά με έναν οργανισμό, τα προϊόντα και τις πολιτικές του. Άλλα εργαλεία δημοσιότητας είναι η συνέντευξη τύπου, η δημοσίευση και οι ειδήσεις στο ηλεκτρονικό ΜΜΕ κ.λπ. Δημοσιεύεται ή μεταδίδεται χωρίς να χρεώνονται χρήματα από την εταιρεία. Οι επαγγελματίες του μάρκετινγκ συχνά ξοδεύουν πολύ χρόνο και προσπάθεια για να τοποθετήσουν ειδήσεις στα μέσα για τη δημιουργία ευνοϊκής εικόνας της εταιρείας και των προϊόντων της.

**Προσωπικές πωλήσεις:** Εδώ ανήκουν εκπρόσωποι διαφορετικών εταιρειών που χτυπούν την πόρτα και πείθουν κόσμο να αγοράσει το προϊόν τους. Είναι μια άμεση παρουσίαση του προϊόντος στους καταναλωτές ή υποψήφιους αγοραστές. Αναφέρεται στη χρήση του οι πωλητές να πείσουν τους αγοραστές να ενεργήσουν ευνοϊκά και να αγοράσουν το προϊόν. Είναι το περισσότερο αποτελεσματικό εργαλείο προώθησης σε περίπτωση βιομηχανικών προϊόντων.

**Προώθηση πωλήσεων:** Αναφέρεται σε βραχυπρόθεσμα και προσωρινά κίνητρα για αγορά ή δοκιμές νέων προϊόντων. Το εργαλείο περιλαμβάνει διαγωνισμούς, παιχνίδια, δώρα, εμπορικές εκθέσεις, εκπτώσεις, κ.λπ. Οι δραστηριότητες προώθησης πωλήσεων πραγματοποιούνται συχνά σε επίπεδα λιανικής.

#### 1.4.5 Τα 4C του Μείγματος Μάρκετινγκ

Τα 4 P's- Product, Price, Place και Promotion ευθυγραμμίζονται με τέσσερις άλλους, πιο ρεαλιστικούς πυλώνες του μάρκετινγκ: τους 4 C.



Εικόνα 1.4, Marketing 4C, <http://blogs.gestion.pe/>

Τα 4 C του μάρκετινγκ (Consumer wants and needs, Cost, Convenience, and Communication), τα οποία αποτελούνται από τις επιθυμίες και τις ανάγκες των καταναλωτών, το κόστος, την ευκολία και την επικοινωνία, είναι αναμφισβήτητα πολύ πιο πολύτιμα για το μείγμα μάρκετινγκ από τα 4

P. Επικεντρώνονται όχι μόνο στο μάρκετινγκ και την πώληση ενός προϊόντος, αλλά και στην επικοινωνία με το κοινό-στόχο από την αρχή της διαδικασίας μέχρι το τέλος.

Οι 4 P εστιάζουν σε μια στρατηγική μάρκετινγκ προσανατολισμένη στον πωλητή, η οποία μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματική για τις πωλήσεις. Ωστόσο, τα 4 C προσφέρουν μια πιο βασισμένη στον καταναλωτή προοπτική στη στρατηγική μάρκετινγκ.

Οι επιθυμίες και οι ανάγκες του πελάτη: Το πρώτο C σε αυτό το μείγμα μάρκετινγκ είναι οι επιθυμίες και οι ανάγκες του πελάτη. Αντί να εστιάζει στο ίδιο το προϊόν, το πρώτο C επικεντρώνεται στην κάλυψη ενός κενού στη ζωή του πελάτη. Αυτή η στρατηγική μάρκετινγκ είναι σημαντική για τις επιχειρήσεις που ενδιαφέρονται να αναζητήσουν κατανόηση των πελατών τους. Μόλις κατανοήσουν τον πελάτη σας, γίνεται πολύ πιο εύκολο να δημιουργήσουν ένα προϊόν που θα τον ωφελήσει. Ο πελάτης παίρνει την απόφαση αγοράς και, ως εκ τούτου, είναι ο πιο πολύτιμος πόρος σε οποιαδήποτε στρατηγική μάρκετινγκ.

Κόστος: Το δεύτερο C σε αυτό το μείγμα μάρκετινγκ είναι το κόστος. Δεν πρέπει να συγχέεται το κόστος του προϊόντος με την τιμή του. Η τιμή είναι μόνο ένα μικρό τμήμα του συνολικού κόστους αγοράς ενός προϊόντος σε έναν πελάτη. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί το συνολικό κόστος – όχι η τιμή – του προϊόντος για τον πελάτη. Το κόστος δεν περιλαμβάνει μόνο την τιμή του αντικειμένου, αλλά μπορεί επίσης να περιλαμβάνει πράγματα όπως ο χρόνος που χρειάζεται για να φτάσει ο πελάτης στην τοποθεσία για να αγοράσει το προϊόν ή το κόστος του φυσικού αερίου που χρειάζεται για να τον φτάσει εκεί. Το κόστος μπορεί επίσης να περιλαμβάνει το όφελος ή την έλλειψη του προϊόντος για τον πελάτη.

Ευκολία: Το τρίτο C σε αυτό το μείγμα μάρκετινγκ είναι η ευκολία. Η ευκολία είναι παρόμοια με τη «θέση» στη στρατηγική μάρκετινγκ του 4P. Ωστόσο, αυτά τα δύο είναι πολύ διαφορετικά. Το μέρος αναφέρεται απλώς στο πού θα πωληθεί το προϊόν. Η ευκολία είναι μια πολύ πιο πελατοκεντρική προσέγγιση σε αυτήν τη στρατηγική μάρκετινγκ. Αφού αναλυθούν οι συνήθειες των πελατών, θα πρέπει η εταιρεία να είναι σε θέση να γνωρίζει αν ψωνίζουν διαδικτυακά ή σε καταστήματα, καθώς και τι είναι διατεθειμένοι να κάνουν για να αγοράσουν το προϊόν. Το συνολικό κόστος του προϊόντος θα καθορίσει εν μέρει την ευκολία του για το κοινό-στόχο. Ο στόχος είναι να γίνει το προϊόν οικονομικά αποδοτικό και αρκετά απλό.

Επικοινωνία: Το τέταρτο και τελευταίο C σε αυτό το μείγμα μάρκετινγκ είναι η επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι πάντα το κλειδί για το μάρκετινγκ των επιχειρήσεων. χωρίς αυτό, τα 4 C δεν θα ήταν αποτελεσματικά. Η επικοινωνία είναι παρόμοια με το τέταρτο P, προώθηση, ωστόσο, είναι πολύ διαφορετική. Η προώθηση ενός προϊόντος χρησιμοποιείται για να παρασύρει τους πελάτες προκειμένου να τους κάνει να αγοράσουν ένα προϊόν. Η προώθηση μπορεί συχνά να είναι χειριστική και αναποτελεσματική. Ωστόσο, η επικοινωνία είναι (και πάλι) μια πελατοκεντρική προσέγγιση στο έργο της πώλησης προϊόντων. Η επικοινωνία απαιτεί αλληλεπίδραση μεταξύ αγοραστή και πωλητή. Αυτή η στρατηγική μάρκετινγκ μπορεί πολύ εύκολα να εφαρμοστεί μέσω της χρήσης των social media. Το μάρκετινγκ ενός προϊόντος στους ιστότοπους κοινωνικής δικτύωσης ή ακόμα και η συμπερίληψη συνδέσμων προς τα προφίλ στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμο για τους πελάτες. Αυτό τους επιτρέπει να αλληλεπιδρούν

με την επωνυμία σας σε προσωπικό επίπεδο και τελικά θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη αφοσίωση στην επωνυμία μεταξύ των πελατών.

## 1.5 SWOT Ανάλυση

Η ανάλυση SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats - δυνατά σημεία, αδυναμίες, ευκαιρίες και απειλές) είναι ένα πλαίσιο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ανταγωνιστικής θέσης μιας εταιρείας και για την ανάπτυξη στρατηγικού σχεδιασμού. Η ανάλυση SWOT αξιολογεί εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες, καθώς και τις τρέχουσες και μελλοντικές δυνατότητες.



Εικόνα 1.5, SWOT analysis, <https://www.rhythmsystems.com/>

Μια ανάλυση SWOT έχει σχεδιαστεί για να διευκολύνει μια ρεαλιστική, βασισμένη σε γεγονότα, βασισμένη σε δεδομένη ματιά στα δυνατά και αδύνατα σημεία ενός οργανισμού, πρωτοβουλιών ή εντός του κλάδου του. Ο οργανισμός πρέπει να διατηρεί την ανάλυση ακριβή αποφεύγοντας προσχεδιασμένες πεποιθήσεις ή γκριζες ζώνες και αντ' αυτού εστιάζοντας σε πραγματικές συνθήκες. Οι εταιρείες θα πρέπει να το χρησιμοποιούν ως οδηγό και όχι απαραίτητα ως συνταγή.

Οι αναλυτές παρουσιάζουν μια ανάλυση SWOT ως τετράγωνο τμηματοποιημένο σε τέσσερα τεταρτημόρια, το καθένα αφιερωμένο σε ένα στοιχείο του SWOT. Αυτή η οπτική διάταξη παρέχει μια γρήγορη επισκόπηση της θέσης της εταιρείας. Αν και όλα τα σημεία ενός συγκεκριμένου τίτλου μπορεί να μην έχουν την ίδια σημασία, όλα θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν βασικές γνώσεις για την ισορροπία ευκαιριών και απειλών, πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων κ.λπ.

**Δυνατά σημεία** Τα δυνατά σημεία περιγράφουν σε τι υπερέχει ένας οργανισμός και τι τον διαχωρίζει από τον ανταγωνισμό: ισχυρή επωνυμία, πιστή βάση πελατών, ισχυρός ισολογισμός, μοναδική τεχνολογία κ.λπ. Για παράδειγμα, ένα αμοιβαίο κεφάλαιο αντιστάθμισης κινδύνου μπορεί να έχει αναπτύξει μια ιδιόκτητη στρατηγική συναλλαγών που αποδίδει αποτελέσματα που

ξεπερνούν την αγορά. Στη συνέχεια, πρέπει να αποφασίσει πώς θα χρησιμοποιήσει αυτά τα αποτελέσματα για να προσελκύσει νέους επενδυτές.

**Αδυναμίες:** Οι αδυναμίες εμποδίζουν έναν οργανισμό να αποδώσει στο βέλτιστο επίπεδό του. Είναι τομείς όπου η επιχείρηση πρέπει να βελτιωθεί για να παραμείνει ανταγωνιστική: αδύναμη επωνυμία, υψηλότερος από τον μέσο κύκλο εργασιών, υψηλά επίπεδα χρέους, ανεπαρκής αλυσίδα εφοδιασμού ή έλλειψη κεφαλαίων.

**Ευκαιρίες:** Οι ευκαιρίες αναφέρονται σε ευνοϊκούς εξωτερικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να δώσουν σε έναν οργανισμό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Για παράδειγμα, εάν μια χώρα μειώσει τους δασμούς, ένας κατασκευαστής αυτοκινήτων μπορεί να εξάγει τα αυτοκίνητά του σε μια νέα αγορά, αυξάνοντας τις πωλήσεις και το μερίδιο αγοράς.

**Απειλές:** Οι απειλές αναφέρονται σε παράγοντες που έχουν τη δυνατότητα να βλάψουν έναν οργανισμό. Για παράδειγμα, μια ξηρασία αποτελεί απειλή για μια εταιρεία παραγωγής σίτου, καθώς μπορεί να καταστρέψει ή να μειώσει την απόδοση της καλλιέργειας. Άλλες κοινές απειλές περιλαμβάνουν πράγματα όπως η αύξηση του κόστους για υλικά, η αύξηση του ανταγωνισμού, η στενή προσφορά εργασίας. και ούτω καθεξής.

Σε καθεμιά από τις παραπάνω κατηγορίες, η κάθε εταιρεία θα πρέπει να προχωρά στα εξής ερωτήματα:

**Δυνατά σημεία:**

- Ποιο είναι το ανταγωνιστικό της πλεονέκτημα;
- Τι πόρους διαθέτει;
- Ποια προϊόντα έχουν καλή απόδοση;

**Αδυναμίες:**

- Τι μπορεί να βελτιώσει;
- Ποια προϊόντα παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση;
- Πού λείπουν πόροι;

**Απειλές:**

- Ποιοι νέοι κανονισμοί απειλούν τις επιχειρήσεις;
- Τι κάνουν καλά οι ανταγωνιστές;
- Ποιες καταναλωτικές τάσεις απειλούν τις επιχειρήσεις;

**Ευκαιρίες:**

- Ποια τεχνολογία μπορεί να χρησιμοποιήσει για να βελτιώσει τις λειτουργίες;
- Μπορεί να επεκτείνουμε τις βασικές της λειτουργίες;
- Ποια νέα τμήματα της αγοράς μπορεί να εξερευνήσει;

Η χρήση της Ανάλυσης SWOT μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο εσωτερικά, όσο κι εξωτερικά της εταιρείας.

Εσωτερικά: Ό,τι συμβαίνει εντός της εταιρείας χρησιμεύει ως μια μεγάλη πηγή πληροφοριών για τις κατηγορίες δυνατών σημείων και αδυναμιών της ανάλυσης SWOT. Παραδείγματα εσωτερικών παραγόντων περιλαμβάνουν τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, τα υλικά και άυλα περιουσιακά στοιχεία (εμπορική επωνυμία) και τη λειτουργική αποτελεσματικότητα.

Εξωτερικά: Ό,τι συμβαίνει εκτός της εταιρείας είναι εξίσου σημαντικό για την επιτυχία μιας εταιρείας με τους εσωτερικούς παράγοντες. Οι εξωτερικές επιρροές, όπως οι νομισματικές πολιτικές, οι αλλαγές της αγοράς και η πρόσβαση σε προμηθευτές, είναι κατηγορίες από τις οποίες πρέπει να αντληθούν πληροφορίες για να δημιουργηθεί μια λίστα ευκαιριών και απειλών.

## 1.6 Οι πέντε δυνάμεις του Porter

Οι πέντε δυνάμεις του Porter είναι μια μέθοδος ανάλυσης του λειτουργικού περιβάλλοντος ενός διαγωνισμού μιας επιχείρησης. Βασίζεται από τα οικονομικά της βιομηχανικής οργάνωσης, για να αντλήσει πέντε δυνάμεις που καθορίζουν την ένταση του ανταγωνισμού και, επομένως, την ελκυστικότητα (ή την έλλειψή της) μιας βιομηχανίας από την άποψη της κερδοφορίας της. Μια «μη ελκυστική» βιομηχανία είναι αυτή στην οποία η επίδραση αυτών των πέντε δυνάμεων μειώνει τη συνολική κερδοφορία. Ο πιο μη ελκυστικός κλάδος θα ήταν αυτός που προσεγγίζει τον «καθαρό ανταγωνισμό», στον οποίο τα διαθέσιμα κέρδη για όλες τις επιχειρήσεις οδηγούνται σε κανονικά επίπεδα κέρδους. Η προοπτική των πέντε δυνάμεων συνδέεται με τον εμπνευστή της, τον Michael E. Porter του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ. Αυτό το πλαίσιο δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά στο Harvard Business Review το 1979.



Εικόνα 1.6, 5 δυνάμεις Porter, <https://online.visual-paradigm.com/>

Ο Porter αναφέρεται σε αυτές τις δυνάμεις ως μικροπεριβάλλον, για να το αντιπαραβάλει με τον γενικότερο όρο μακροπεριβάλλον. Αποτελούνται από εκείνες τις δυνάμεις κοντά σε μια εταιρεία που επηρεάζουν την ικανότητά της να εξυπηρετεί τους πελάτες της και να έχει κέρδος. Μια αλλαγή σε οποιαδήποτε από τις δυνάμεις απαιτεί συνήθως μια επιχειρηματική μονάδα να επαναξιολογήσει την αγορά δεδομένης της συνολικής αλλαγής στις πληροφορίες του κλάδου. Η συνολική ελκυστικότητα του κλάδου δεν σημαίνει ότι κάθε επιχείρηση του κλάδου θα έχει την ίδια κερδοφορία. Οι εταιρείες είναι σε θέση να εφαρμόσουν τις βασικές τους ικανότητες, το επιχειρηματικό μοντέλο ή το δίκτυό τους για να επιτύχουν κέρδος πάνω από τον μέσο όρο του κλάδου. Ένα σαφές παράδειγμα αυτού είναι η αεροπορική βιομηχανία. Ως κλάδος, η κερδοφορία είναι χαμηλή επειδή η υποκείμενη δομή του κλάδου με υψηλά σταθερά κόστη και χαμηλά μεταβλητά κόστη προσφέρει τεράστιο εύρος στην τιμή των αεροπορικών ταξιδιών. Οι αεροπορικές εταιρείες τείνουν να ανταγωνίζονται ως προς το κόστος και αυτό μειώνει την κερδοφορία των μεμονωμένων αερομεταφορέων καθώς και του ίδιου του κλάδου, επειδή απλοποιεί την απόφαση ενός πελάτη να αγοράσει ή να μην αγοράσει εισιτήριο. Μερικοί μεταφορείς προσπάθησαν, με περιορισμένη επιτυχία, να χρησιμοποιήσουν πηγές διαφοροποίησης προκειμένου να αυξήσουν την κερδοφορία.

Οι πέντε δυνάμεις του Porter περιλαμβάνουν τρεις δυνάμεις από τον «οριζόντιο» ανταγωνισμό – την απειλή υποκατάστατων προϊόντων ή υπηρεσιών, την απειλή καθιερωμένων αντιπάλων και την απειλή νεοεισερχομένων – και δύο άλλες από τον «κάθετο» ανταγωνισμό – τη διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών και τη διαπραγματευτική δύναμη των πελατών.

Ο Porter ανέπτυξε το πλαίσιο των πέντε δυνάμεών του ως αντίδραση στην τότε δημοφιλή ανάλυση SWOT, η οποία βρήκε ότι τόσο στερείται αυστηρότητας όσο και ad hoc. Το πλαίσιο των πέντε δυνάμεων του Porter βασίζεται στο παράδειγμα δομής-διαγωγής-απόδοσης στη βιομηχανική οργανωτική οικονομία. Άλλα εργαλεία στρατηγικής Porter περιλαμβάνουν την αλυσίδα αξίας και τις γενικές ανταγωνιστικές στρατηγικές.

**Απειλή νεοεισερχομένων:** Οι νεοεισερχόμενοι ασκούν πίεση στους τρέχοντες οργανισμούς σε έναν κλάδο μέσω της επιθυμίας τους να κερδίσουν μερίδιο αγοράς. Αυτό με τη σειρά του ασκεί πίεση στις τιμές, το κόστος και το ποσοστό επένδυσης που απαιτείται για τη διατήρηση μιας επιχείρησης στον κλάδο. Η απειλή των νεοεισερχομένων είναι ιδιαίτερα έντονη, εάν διαφοροποιούνται από μια άλλη αγορά, καθώς μπορούν να αξιοποιήσουν την υπάρχουσα τεχνογνωσία, τις ταμειακές ροές και την ταυτότητα της επωνυμίας, καθώς ασκεί πίεση στην κερδοφορία των υφιστάμενων εταιρειών.

Τα εμπόδια εισόδου περιορίζουν την απειλή νεοεισερχομένων. Εάν τα εμπόδια είναι υψηλά, η απειλή νεοεισερχομένων μειώνεται και αντιστρόφως, εάν τα εμπόδια είναι χαμηλά, ο κίνδυνος νέων εταιρειών να επιχειρήσουν σε μια δεδομένη αγορά είναι υψηλός. Τα εμπόδια εισόδου είναι πλεονεκτήματα που έχουν οι υπάρχουσες, καθιερωμένες εταιρείες έναντι των νεοεισερχομένων. Ο Michael E. Porter διαφοροποιεί δύο παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την απειλή που μπορεί να αποτελούν οι νεοεισερχόμενοι:

1. Εμπόδια εισόδου. Το πιο ελκυστικό τμήμα είναι εκείνο στο οποίο τα εμπόδια εισόδου είναι υψηλά και τα εμπόδια εξόδου είναι χαμηλά. Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι τα υψηλά εμπόδια εισόδου δυσχεραίνουν σχεδόν πάντα την έξοδο.

Ο Michael E. Porter αναριθμεί 7 κύριες πηγές φραγμών εισόδου:

- Οικονομίες κλίμακας από την πλευρά της προσφοράς – κατανέμοντας το πάγιο κόστος σε μεγαλύτερο όγκο μονάδων, μειώνοντας έτσι το κόστος ανά μονάδα. Αυτό μπορεί να αποθαρρύνει έναν νεοεισερχόμενο, επειδή είτε πρέπει να ξεκινήσει τις συναλλαγές σε μικρότερο όγκο μονάδων και να αποδεχθεί ένα μειονέκτημα τιμής έναντι των μεγαλύτερων εταιρειών, είτε κινδυνεύει να εισέλθει στην αγορά σε μεγάλη κλίμακα σε μια προσπάθεια να εκτοπίσει τον υφιστάμενο ηγέτη της αγοράς.
- Πλεονεκτήματα κλίμακας από την πλευρά της ζήτησης – αυτό συμβαίνει όταν η προθυμία των αγοραστών να αγοράσουν ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία αυξάνεται με την προθυμία των άλλων να το αγοράσουν. Γνωστό και ως φαινόμενο δικτύου, οι άνθρωποι τείνουν να εκτιμούν το να είναι σε ένα «δίκτυο» με μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που χρησιμοποιούν την ίδια εταιρεία.
- Κόστος αλλαγής πελάτη – Αυτά απεικονίζονται καλά από τα δομικά χαρακτηριστικά της αγοράς, όπως η ενοποίηση της εφοδιαστικής αλυσίδας, αλλά μπορούν επίσης να δημιουργηθούν από εταιρείες. Ένα παράδειγμα είναι τα προγράμματα συχνών επιβατών αεροπορικών εταιρειών.
- Κεφαλαιακές απαιτήσεις – σαφώς το Διαδίκτυο έχει επηρεάσει δραματικά αυτόν τον παράγοντα. Οι ιστότοποι και οι εφαρμογές μπορούν να δημιουργηθούν φθηνά και εύκολα σε αντίθεση με τις βιομηχανίες κατασκευής τούβλων του παρελθόντος.
- Πλεονεκτήματα καθεστώτων ανεξάρτητα από το μέγεθος (π.χ. αφοσίωση πελατών και ισότητα επωνυμίας).
- Άνιση πρόσβαση στα κανάλια διανομής – εάν υπάρχει περιορισμένος αριθμός καναλιών διανομής για ένα συγκεκριμένο προϊόν/υπηρεσία, οι νεοεισερχόμενοι ενδέχεται να δυσκολευτούν να βρουν ένα κανάλι λιανικής ή χονδρικής για πώληση, καθώς οι υπάρχοντες ανταγωνιστές θα έχουν αξίωση από αυτούς.
- Κυβερνητική πολιτική, όπως μονοπώλια υπό κυρώσεις, νομικές απαιτήσεις.

2. Αναμενόμενα αντίποινα. Για παράδειγμα, ένα ειδικό χαρακτηριστικό των ολιγοπωλιακών αγορών είναι ότι οι τιμές γενικά ρυθμίζονται σε μια ισορροπία, επειδή τυχόν αυξήσεις ή περικοπές τιμών αντιστοιχίζονται εύκολα από τον ανταγωνισμό.

Απειλή για υποκατάστατα: Ένα υποκατάστατο προϊόν χρησιμοποιεί διαφορετική τεχνολογία για να προσπαθήσει να λύσει την ίδια οικονομική ανάγκη. Παραδείγματα υποκατάστατων είναι το κρέας, τα πουλερικά και τα ψάρια. σταθερά και κινητά τηλέφωνα· αεροπορικές εταιρείες, αυτοκίνητα, τρένα και πλοία, μύρα και κρασί και ούτω καθεξής. Για παράδειγμα, το νερό της βρύσης είναι υποκατάστατο της οπτάνθρακα, αλλά η Pepsi είναι ένα προϊόν που χρησιμοποιεί την ίδια τεχνολογία (αν και διαφορετικά συστατικά) για να ανταγωνίζεται σώμα με σώμα την Coca Cola, επομένως δεν είναι υποκατάστατο. Το αυξημένο μάρκετινγκ για το πόσιμο νερό της βρύσης



μπορεί να «συρρικνώσει την πίτα» τόσο για την Coka Cola όσο και για την Pepsi, ενώ η αυξημένη διαφήμιση της Pepsi πιθανότατα θα «αύξησε την πίτα» (αύξηση της κατανάλωσης όλων των αναψυκτικών), ενώ παράλληλα θα έδινε στην Pepsi μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς σε βάρος της Coka Cola.

Πιθανοί παράγοντες:

- Τάση αγοραστή για υποκατάσταση. Αυτή η πτυχή ενσωμάτωσε τόσο υλικούς όσο και άυλους παράγοντες. Η πιστότητα της επωνυμίας μπορεί να είναι πολύ σημαντική όπως στο παραπάνω παράδειγμα της Coka Cola και της Pepsi. Ωστόσο, τα συμβατικά και νομικά εμπόδια είναι επίσης αποτελεσματικά.
- Σχετική απόδοση τιμής υποκατάστατου.
- Κόστος αλλαγής αγοραστή. Αυτός ο παράγοντας φαίνεται καλά από τον κλάδο της κινητικότητας. Η Uber και οι πολλοί ανταγωνιστές της εκμεταλλεύτηκαν την εξάρτηση της υφιστάμενης βιομηχανίας ταξί από τα νομικά εμπόδια εισόδου και όταν αυτοί εξαφανίστηκαν, ήταν ασήμαντο να αλλάξουν οι πελάτες. Δεν υπήρχε κόστος καθώς κάθε συναλλαγή ήταν ατομική, χωρίς κίνητρο για τους πελάτες να μην δοκιμάσουν άλλο προϊόν.
- Αντιλαμβανόμενο επίπεδο διαφοροποίησης προϊόντων που είναι το κλασικό, με την έννοια ότι υπάρχουν μόνο δύο βασικοί μηχανισμοί για τον ανταγωνισμό – η χαμηλότερη τιμή ή η διαφοροποίηση. Η ανάπτυξη πολλαπλών προϊόντων για εξειδικευμένες αγορές είναι ένας τρόπος για να μετριαστεί αυτός ο παράγοντας.
- Αριθμός υποκατάστατων προϊόντων που διατίθενται στην αγορά.
- Ευκολία αντικατάστασης.
- Διαθεσιμότητα κοντινών υποκατάστατων.

Διαπραγματευτική δύναμη των πελατών: Η διαπραγματευτική δύναμη των πελατών περιγράφεται επίσης ως η αγορά των εκροών: η ικανότητα των πελατών να θέσουν την επιχείρηση υπό πίεση, η οποία επηρεάζει επίσης την ευαισθησία του πελάτη στις αλλαγές των τιμών. Οι εταιρείες μπορούν να λάβουν μέτρα για τη μείωση της αγοραστικής δύναμης, όπως η εφαρμογή ενός προγράμματος πίστης. Η ισχύς των αγοραστών είναι υψηλή, εάν οι αγοραστές έχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις. Είναι χαμηλή αν έχουν λίγες επιλογές.

Πιθανοί παράγοντες:

- Αναλογία συγκέντρωσης αγοραστή προς συγκέντρωση επιχείρησης.
- Βαθμός εξάρτησης από υπάρχοντα κανάλια διανομής.
- Διαπραγματευτική μόχλευση, ιδιαίτερα σε βιομηχανίες με υψηλό πάγιο κόστος.
- Κόστος αλλαγής αγοραστή.
- Διαθεσιμότητα πληροφοριών αγοραστή.
- Διαθεσιμότητα υφιστάμενων υποκατάστατων προϊόντων.
- Ευαισθησία τιμής αγοραστή.
- Διαφορικό πλεονέκτημα (μοναδικότητα) προϊόντων βιομηχανίας.
- Ανάλυση RFM.

Διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών: Η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών περιγράφεται επίσης ως η αγορά των εισροών. Οι προμηθευτές πρώτων υλών, εξαρτημάτων, εργατικού δυναμικού και υπηρεσιών (όπως η τεχνογνωσία) στην επιχείρηση μπορούν να αποτελέσουν πηγή εξουσίας στην επιχείρηση όταν υπάρχουν λίγα υποκατάστατα. Εάν φτιάχνουν μπισκότα και υπάρχει μόνο ένα άτομο που πουλά αλεύρι, δεν έχουν άλλη εναλλακτική από το να το αγοράσουν από αυτόν. Οι προμηθευτές ενδέχεται να αρνηθούν να συνεργαστούν με την εταιρεία ή να χρεώσουν υπερβολικά υψηλές τιμές για μοναδικούς πόρους.

Πιθανοί παράγοντες είναι:

- Κόστος αλλαγής προμηθευτή σε σχέση με το κόστος αλλαγής εταιρείας.
- Βαθμός διαφοροποίησης εισροών.
- Επίπτωση των εισροών στο κόστος και τη διαφοροποίηση.
- Παρουσία υποκατάστατων εισροών.
- Ισχύς καναλιού διανομής.
- Αναλογία συγκέντρωσης προμηθευτή προς σταθερή συγκέντρωση.
- Αλληλεγγύη των εργαζομένων (π.χ. συνδικάτα).
- Ανταγωνισμός προμηθευτών: η δυνατότητα πρόωξης κάθετης ολοκλήρωσης και αποκοπής του αγοραστή.

Ανταγωνιστική αντιπαλότητα: Για τους περισσότερους κλάδους, η ένταση του ανταγωνιστικού ανταγωνισμού είναι ο μεγαλύτερος καθοριστικός παράγοντας της ανταγωνιστικότητας του κλάδου. Η κατανόηση των ανταγωνιστών του κλάδου είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχημένη εμπορία ενός προϊόντος. Η τοποθέτηση εξαρτάται από το πώς το κοινό αντιλαμβάνεται ένα προϊόν και το διακρίνει από αυτό των ανταγωνιστών. Ένας οργανισμός πρέπει να γνωρίζει τις στρατηγικές μάρκετινγκ και τις τιμές των ανταγωνιστών του και επίσης να αντιδρά σε τυχόν αλλαγές που γίνονται. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ανταγωνιστών τείνει να είναι απογοητευτικός και η κερδοφορία του κλάδου χαμηλή, ενώ έχει τους παρακάτω πιθανούς παράγοντες:

- Βιώσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω της καινοτομίας.
- Ανταγωνισμός μεταξύ διαδικτυακών και offline οργανισμών.
- Επίπεδο διαφημιστικού κόστους.
- Ισχυρή ανταγωνιστική στρατηγική.
- Αναλογία σταθερής συγκέντρωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

### 2.1. Υγεία

Διάφοροι ορισμοί έχουν χρησιμοποιηθεί για διαφορετικούς σκοπούς με την πάροδο του χρόνου. Η υγεία μπορεί να προαχθεί με την ενθάρρυνση υγιεινών δραστηριοτήτων, όπως η τακτική σωματική άσκηση και ο επαρκής ύπνος και με τη μείωση ή την αποφυγή ανθυγιεινών δραστηριοτήτων ή καταστάσεων, όπως το κάπνισμα ή το υπερβολικό άγχος. Ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία οφείλονται σε ατομικές επιλογές, όπως αν θα εμπλακούν σε μια συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, ενώ άλλοι οφείλονται σε δομικά αίτια, όπως αν η κοινωνία είναι διαρρυθμισμένη με τρόπο που διευκολύνει ή δυσκολεύει τους ανθρώπους να απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Ακόμα άλλοι παράγοντες είναι πέρα από ατομικές και ομαδικές επιλογές, όπως οι γενετικές διαταραχές.

Η έννοια της υγείας έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με τη βιοϊατρική προοπτική, οι πρώτοι ορισμοί της υγείας επικεντρώθηκαν στο θέμα της ικανότητας του σώματος να λειτουργεί. Η υγεία θεωρήθηκε ως μια κατάσταση φυσιολογικής λειτουργίας που θα μπορούσε να διαταραχθεί από καιρό σε καιρό από ασθένεια. Ένα παράδειγμα ενός τέτοιου ορισμού της υγείας είναι: «Μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανατομική, φυσιολογική και ψυχολογική ακεραιότητα, ικανότητα να εκτελεί προσωπικά σημαντικούς οικογενειακούς, εργασιακούς και κοινωνικούς ρόλους, ικανότητα αντιμετώπισης σωματικού, βιολογικού, ψυχολογικού και κοινωνικού στρες». Στη συνέχεια, το 1948, σε μια ριζική απόκλιση από τους προηγούμενους ορισμούς, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) πρότεινε έναν ορισμό που στόχευε υψηλότερα, συνδέοντας την υγεία με την ευημερία, με όρους «σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας». Αν και ορισμένοι χαιρέτησαν αυτόν τον ορισμό ως καινοτόμο, επικρίθηκε επίσης ότι ήταν ασαφής και υπερβολικά ευρύς και δεν ερμηνεύτηκε ως μετρήσιμος. Για μεγάλο χρονικό διάστημα, παρέμεινε στην άκρη ως μη πρακτικό ιδανικό, με τις περισσότερες συζητήσεις για την υγεία να επιστρέφουν στην πρακτικότητα του βιοϊατρικού μοντέλου.

Ακριβώς όπως υπήρξε μια μετατόπιση από τη θεώρηση της ασθένειας ως κατάστασης στη σκέψη της ως διαδικασίας, η ίδια αλλαγή συνέβη και στους ορισμούς της υγείας. Και πάλι, ο ΠΟΥ διαδραμάτισε πρωταγωνιστικό ρόλο όταν ενθάρρυνε την ανάπτυξη του κινήματος προαγωγής της υγείας στη δεκαετία του 1980. Αυτό έφερε σε μια νέα αντίληψη για την υγεία, όχι ως κατάσταση, αλλά με δυναμικούς όρους ανθεκτικότητας, με άλλα λόγια, ως «πόρων διαβίωσης». Το 1984, ο ΠΟΥ αναθεώρησε τον ορισμό της υγείας την όρισε ως «ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες και να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει το περιβάλλον. Η υγεία είναι ένας πόρος για την καθημερινή ζωή, όχι ο στόχος της ζωής· είναι μια θετική έννοια, που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στις φυσικές ικανότητες». Έτσι, η υγεία αναφέρεται στην ικανότητα διατήρησης της ομοιόστασης και ανάκτησης από ανεπιθύμητα συμβάντα. Η ψυχική, διανοητική,

συναισθηματική και κοινωνική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να χειρίζεται το άγχος, να αποκτά δεξιότητες, να διατηρεί σχέσεις, τα οποία αποτελούν πόρους για ανθεκτικότητα και ανεξάρτητη διαβίωση. Αυτό ανοίγει πολλές δυνατότητες για την υγεία να διδαχθεί, να ενισχυθεί και να μαθευτεί.

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναλαμβάνουν συστηματικές δραστηριότητες για την πρόληψη ή τη θεραπεία προβλημάτων υγείας και την προαγωγή της καλής υγείας στον άνθρωπο. Ο όρος «υγιεινός» χρησιμοποιείται επίσης ευρέως στο πλαίσιο πολλών τύπων μη ζωντανών οργανισμών και των επιπτώσεών τους προς όφελος των ανθρώπων, όπως με την έννοια των υγιών κοινοτήτων, των υγιών πόλεων ή του υγιούς περιβάλλοντος. Εκτός από τις παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης και το περιβάλλον του ατόμου, είναι γνωστό ότι πολλοί άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των ατόμων. Αυτοί αναφέρονται ως «καθοριστικοί παράγοντες της υγείας», που περιλαμβάνουν το υπόβαθρο, τον τρόπο ζωής, την οικονομική κατάσταση, τις κοινωνικές συνθήκες και την πνευματικότητα του ατόμου. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα υψηλά επίπεδα στρες μπορούν να επηρεάσουν την ανθρώπινη υγεία.

Την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα, η σύλληψη της υγείας ως ικανότητας άνοιξε την πόρτα για τις αυτοαξιολογήσεις να γίνουν οι κύριοι δείκτες για να κριθεί η απόδοση των προσπαθειών που στοχεύουν στη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας. Δημιούργησε επίσης την ευκαιρία σε κάθε άτομο να αισθάνεται υγιές, ακόμη και με την παρουσία πολλαπλών χρόνιων ασθενειών ή μιας καταληκτικής κατάστασης, και για την επανεξέταση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας (μακριά από την παραδοσιακή προσέγγιση που επικεντρώνεται στη μείωση του επιπολασμού ασθενειών).

Γενικά, το πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο έχει μεγάλη σημασία τόσο για την κατάσταση της υγείας του όσο και για την ποιότητα ζωής του. Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι η υγεία διατηρείται και βελτιώνεται όχι μόνο μέσω της προόδου και της εφαρμογής της επιστήμης της υγείας, αλλά και μέσω των προσπαθειών και των έξυπνων επιλογών τρόπου ζωής του ατόμου και της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας περιλαμβάνουν το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον και τα ατομικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές του ατόμου.



Εικόνα 2.1, Καλή υγεία, <https://alterlife.gr/>

Το περιβάλλον αναφέρεται συχνά ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση της υγείας των ατόμων. Αυτό περιλαμβάνει χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος, του δομημένου περιβάλλοντος και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Παράγοντες όπως το καθαρό νερό και ο αέρας, η επαρκής στέγαση και οι ασφαλείς κοινότητες και δρόμοι έχουν βρεθεί ότι συμβάλλουν στην καλή υγεία, ιδιαίτερα στην υγεία των βρεφών και των παιδιών. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη χώρων αναψυχής στη γειτονιά, συμπεριλαμβανομένου του φυσικού περιβάλλοντος, οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής ικανοποίησης και υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας, που συνδέονται με χαμηλότερη συνολική υγεία και ευεξία. Έχει αποδειχθεί ότι ο αυξημένος χρόνος που αφιερώνεται σε φυσικά περιβάλλοντα σχετίζεται με βελτιωμένη αυτοαναφερόμενη υγεία, υποδηλώνοντας ότι τα θετικά οφέλη για την υγεία του φυσικού χώρου στις αστικές γειτονιές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη δημόσια πολιτική και τη χρήση γης.

Η γενετική, ή τα κληρονομικά χαρακτηριστικά από τους γονείς, παίζουν επίσης ρόλο στον καθορισμό της κατάστασης της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τόσο την προδιάθεση για ορισμένες ασθένειες και καταστάσεις υγείας, όσο και τις συνήθειες και συμπεριφορές που αναπτύσσουν τα άτομα μέσω του τρόπου ζωής των οικογενειών τους. Για παράδειγμα, η γενετική μπορεί να παίζει ρόλο στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το άγχος, είτε ψυχικό, συναισθηματικό ή σωματικό. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικής και περιβάλλοντος μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία.

### 2.1.1 Πιθανά ζητήματα

Μια σειρά από προβλήματα υγείας είναι κοινά σε όλο τον κόσμο. Η ασθένεια είναι μια από τις πιο συχνές. Σύμφωνα με το GlobalIssues.org, περίπου 36 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από μη μεταδοτικές (δηλαδή, μη μεταδοτικές) ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου, του διαβήτη και της χρόνιας πνευμονοπάθειας.

Μεταξύ των μεταδοτικών ασθενειών, τόσο ιογενών όσο και βακτηριακών, το AIDS/HIV, η φυματίωση και η ελονοσία είναι οι πιο κοινές, προκαλώντας εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο.

Ένα άλλο θέμα υγείας που προκαλεί θάνατο ή συμβάλλει σε άλλα προβλήματα υγείας είναι ο υποσιτισμός, ειδικά μεταξύ των παιδιών. Μία από τις ομάδες που επηρεάζει περισσότερο ο υποσιτισμός είναι τα μικρά παιδιά. Περίπου 7,5 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών πεθαίνουν από υποσιτισμό, που συνήθως προκαλείται από την έλλειψη χρημάτων για να βρουν ή να φτιάξουν φαγητό.

Οι σωματικοί τραυματισμοί είναι επίσης ένα κοινό πρόβλημα υγείας παγκοσμίως. Αυτοί οι τραυματισμοί, συμπεριλαμβανομένων των καταγμάτων των οστών και των εγκαυμάτων, μπορούν να μειώσουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου ή να προκαλέσουν θανάτους, συμπεριλαμβανομένων των λοιμώξεων που προκλήθηκαν από τον τραυματισμό (ή τον τραυματισμό σοβαρότητας γενικά).

Οι επιλογές του τρόπου ζωής είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή υγεία σε πολλές περιπτώσεις. Αυτά περιλαμβάνουν το κάπνισμα τσιγάρων, μια κακή διατροφή, είτε πρόκειται για υπερκατανάλωση τροφής είτε για υπερβολικά περιοριστική δίαιτα. Η αδράνεια μπορεί επίσης να συμβάλει σε προβλήματα υγείας και επίσης στην έλλειψη ύπνου, στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και στην παραμέληση της στοματικής υγιεινής. Υπάρχουν επίσης γενετικές διαταραχές που κληρονομούνται από το άτομο και μπορεί να ποικίλλουν ως προς το πόσο επηρεάζουν το άτομο (και τότε εμφανίζονται).

Αν και τα περισσότερα από αυτά τα ζητήματα υγείας μπορούν να προληφθούν, ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην παγκόσμια κακή υγεία είναι το γεγονός ότι περίπου 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Αναμφισβήτητα, το πιο κοινό και επιβλαβές ζήτημα για την υγεία είναι ότι πολλοί άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές θεραπείες.

## 2.2 Υγειονομική περίθαλψη

Η υγειονομική περίθαλψη είναι η διατήρηση ή η βελτίωση της υγείας μέσω της πρόληψης, της διάγνωσης, της βελτίωσης ή της θεραπείας ασθενειών, τραυματισμών και άλλων σωματικών και ψυχικών βλαβών στους ανθρώπους. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από επαγγελματίες υγείας και συναφείς τομείς υγείας. Η ιατρική, η οδοντιατρική, η φαρμακευτική, η μαιευτική, η νοσηλευτική, η οπτομετρία, η ακουολογία, η ψυχολογία, η εργοθεραπεία, η φυσικοθεραπεία, η αθλητική προπόνηση και άλλα επαγγέλματα υγείας αποτελούν μέρος της υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει εργασίες που έχουν γίνει στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και στη δημόσια υγεία.

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι οργανισμοί που ιδρύθηκαν για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των στοχευμένων πληθυσμών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργεί σωστά απαιτεί μηχανισμό χρηματοδότησης, καλά εκπαιδευμένο και επαρκώς αμειβόμενο εργατικό δυναμικό, αξιόπιστες πληροφορίες στις οποίες θα βασίζονται οι αποφάσεις και οι πολιτικές, καθώς και καλά συντηρημένες εγκαταστάσεις υγείας για την παροχή ποιότητας. φάρμακα και τεχνολογίες.



Εικόνα 2.2, Υγειονομική περίθαλψη, <https://citycampus.gr/>

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να συμβάλει σε σημαντικό μέρος της οικονομίας, της ανάπτυξης και της εκβιομηχάνισης μιας χώρας. Η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται συμβατικά ως σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την προαγωγή της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας και ευημερίας των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Ένα παράδειγμα αυτού ήταν η παγκόσμια εξάλειψη της ευλογιάς το 1980, η οποία ανακηρύχθηκε από τον ΠΟΥ ως η πρώτη ασθένεια στην ανθρώπινη ιστορία που εξαλείφθηκε με σκόπιμη παρέμβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Η παροχή σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από ομάδες εκπαιδευμένων επαγγελματιών και παραεπαγγελματιών που συγκεντρώνονται ως διεπιστημονικές ομάδες. Αυτό περιλαμβάνει επαγγελματίες της ιατρικής, της ψυχολογίας, της φυσιοθεραπείας, της νοσηλευτικής, της οδοντιατρικής, της μαιευτικής και της συναφούς υγείας, μαζί με πολλούς άλλους, όπως επαγγελματίες δημόσιας υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς υγείας και βοηθητικό προσωπικό, που παρέχουν συστηματικά υπηρεσίες προσωπικής και πληθυσμιακής προληπτικής, θεραπευτικής και αποκατάστασης.

Ενώ οι ορισμοί των διαφόρων τύπων υγειονομικής περίθαλψης ποικίλλουν ανάλογα με τις διαφορετικές πολιτιστικές, πολιτικές, οργανωτικές και πειθαρχικές προοπτικές, φαίνεται να υπάρχει κάποια συναίνεση ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης και μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί είτε ως δημόσια είτε ως ιδιωτική.

### 2.2.1 Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρεται στο έργο των επαγγελματιών υγείας που λειτουργούν ως πρώτο σημείο διαβούλευσης για όλους τους ασθενείς εντός του συστήματος υγειονομικής

περίθαλψης. Ένας τέτοιος επαγγελματίας θα ήταν συνήθως γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως γενικός ιατρός ή οικογενειακός γιατρός. Ένας άλλος επαγγελματίας θα ήταν ένας εξουσιοδοτημένος ανεξάρτητος επαγγελματίας, όπως ένας φυσιοθεραπευτής, ή ένας πάροχος πρωτοβάθμιας περίθαλψης που δεν είναι γιατρός, όπως ένας βοηθός ιατρού ή ένας επαγγελματίας νοσηλεύτης. Ανάλογα με την τοποθεσία, την οργάνωση του συστήματος υγείας, ο ασθενής μπορεί να δει πρώτα έναν άλλο επαγγελματία υγείας, όπως έναν φαρμακοποιό ή έναν νοσοκόμο. Ανάλογα με τη φύση της κατάστασης υγείας, οι ασθενείς μπορεί να παραπεμφθούν για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη χρησιμοποιείται συχνά ως όρος για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παίζουν ρόλο στην τοπική κοινωνία. Μπορεί να παρέχεται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, όπως κέντρα επείγουσας φροντίδας που παρέχουν ραντεβού ή υπηρεσίες αυθημερόν.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει το ευρύτερο φάσμα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων όλων των ηλικιών ασθενών, ασθενών κάθε κοινωνικοοικονομικής και γεωγραφικής προέλευσης, ασθενών που επιδιώκουν να διατηρήσουν τη βέλτιστη υγεία και ασθενών με όλα τα είδη οξέων και χρόνιων προβλημάτων σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων πολλαπλών χρόνιων ασθενειών. Κατά συνέπεια, ένας επαγγελματίας πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διαθέτει μεγάλο εύρος γνώσεων σε πολλούς τομείς. Η συνέχεια είναι βασικό χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς οι ασθενείς συνήθως προτιμούν να συμβουλευόμαστε τον ίδιο ιατρό για τακτικούς ελέγχους και προληπτική φροντίδα, εκπαίδευση υγείας και κάθε φορά που χρειάζονται μια αρχική διαβούλευση για ένα νέο πρόβλημα υγείας. Η Διεθνής Ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ICPC) είναι ένα τυποποιημένο εργαλείο για την κατανόηση και την ανάλυση πληροφοριών σχετικά με παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με βάση τον λόγο για την επίσκεψη του ασθενούς.

Οι συνήθεις χρόνιες ασθένειες που συνήθως αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, υπέρταση, διαβήτη, άσθμα, ΧΑΠ, κατάθλιψη και άγχος, πόνο στην πλάτη, αρθρίτιδα ή δυσλειτουργία του θυρεοειδούς. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει επίσης πολλές βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τη μητέρα και το παιδί, όπως υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και εμβολιασμούς.

### 2.2.2 Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει οξεία φροντίδα: απαραίτητη θεραπεία για σύντομο χρονικό διάστημα για μια σύντομη αλλά σοβαρή ασθένεια, τραυματισμό ή άλλη κατάσταση υγείας. Αυτή η φροντίδα βρίσκεται συχνά σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει επίσης ειδικευμένη παρακολούθηση κατά τον τοκετό, εντατική φροντίδα και υπηρεσίες ιατρικής απεικόνισης.



Ο όρος «δευτεροβάθμια περίθαλψη» χρησιμοποιείται μερικές φορές συνώνυμα με τη «νοσοκομειακή περίθαλψη». Ωστόσο, πολλοί πάροχοι δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όπως ψυχίατροι, κλινικοί ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, οι περισσότερες οδοντιατρικές ειδικότητες ή φυσικοθεραπευτές, δεν εργάζονται απαραίτητα σε νοσοκομεία. Ορισμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται εντός νοσοκομείων. Ανάλογα με την οργάνωση και τις πολιτικές του εθνικού συστήματος υγείας, οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να δουν έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης για παραπομπή πριν μπορέσουν να έχουν πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Σε χώρες που λειτουργούν στο πλαίσιο ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μεικτής αγοράς, ορισμένοι γιατροί περιορίζουν την πρακτική τους στη δευτεροβάθμια περίθαλψη απαιτώντας από τους ασθενείς να δουν πρώτα έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτός ο περιορισμός μπορεί να επιβληθεί σύμφωνα με τους όρους των συμφωνιών πληρωμής σε ιδιωτικά ή ομαδικά προγράμματα ασφάλισης υγείας. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ειδικοί ιατροί μπορεί να δουν ασθενείς χωρίς παραπομπή και οι ασθενείς μπορεί να αποφασίσουν εάν προτιμάται η αυτοπαραπομπή.

Σε άλλες χώρες η αυτοπαραπομπή του ασθενούς σε ειδικό ιατρό για δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι σπάνια, καθώς η προηγούμενη παραπομπή από άλλο γιατρό (είτε ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης είτε άλλο ειδικό) θεωρείται απαραίτητη, ανεξάρτητα από το αν η χρηματοδότηση προέρχεται από ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα ή εθνική ασφάλιση υγείας.

Οι συνεργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι φυσιοθεραπευτές, οι αναπνευστικοί θεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές και οι διαιτολόγοι, εργάζονται επίσης γενικά στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, με πρόσβαση είτε μέσω αυτοπαραπομπής ασθενών είτε μέσω παραπομπής γιατρού.

### 2.2.3 Τριτοβάθμια περίθαλψη

Η τριτοβάθμια περίθαλψη είναι εξειδικευμένη συμβουλευτική υγειονομική περίθαλψη, συνήθως για εσωτερικούς ασθενείς και κατόπιν παραπομπής από επαγγελματία πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας υγείας, σε μια εγκατάσταση που διαθέτει προσωπικό και εγκαταστάσεις για προηγμένη ιατρική έρευνα και θεραπεία, όπως ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο παραπομπής.

Παραδείγματα υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας είναι η διαχείριση του καρκίνου, η νευροχειρουργική, η καρδιοχειρουργική, η πλαστική χειρουργική, η θεραπεία σοβαρών εγκαυμάτων, οι προηγμένες υπηρεσίες νεογνολογίας, οι ανακουφιστικές και άλλες πολύπλοκες ιατρικές και χειρουργικές παρεμβάσεις.

## 2.2.4 Περίθαλψη τετάρτου βαθμού

Ο όρος περίθαλψη τετάρτου βαθμού χρησιμοποιείται μερικές φορές ως επέκταση της τριτοβάθμιας περίθαλψης σε σχέση με προηγμένα επίπεδα ιατρικής που είναι εξαιρετικά εξειδικευμένα και δεν είναι ευρέως προσβάσιμα. Η πειραματική ιατρική και ορισμένοι τύποι ασυνήθιστων διαγνωστικών ή χειρουργικών επεμβάσεων θεωρούνται τεταρτοταγής φροντίδα. Αυτές οι υπηρεσίες συνήθως προσφέρονται μόνο σε περιορισμένο αριθμό περιφερειακών ή εθνικών κέντρων υγειονομικής περίθαλψης.

Πολλοί τύποι παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται εκτός των εγκαταστάσεων υγείας. Περιλαμβάνουν πολλές παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, όπως η επιτήρηση της ασφάλειας των τροφίμων, η διανομή προφυλακτικών και τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων για την πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών.

Περιλαμβάνουν επίσης τις υπηρεσίες επαγγελματιών σε χώρους κατοικίας και κοινότητας για υποστήριξη αυτοφροντίδας, κατ' οίκον φροντίδας, μακροχρόνιας περίθαλψης, υποβοηθούμενης διαβίωσης, θεραπείας για διαταραχές χρήσης ουσιών μεταξύ άλλων τύπων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

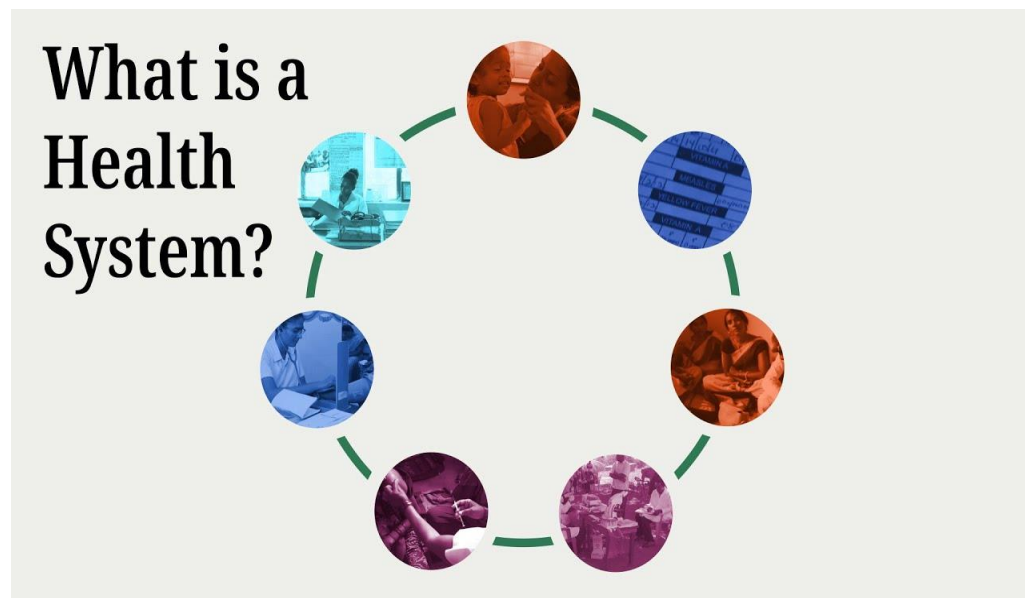
Οι κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης μπορούν να βοηθήσουν στην κινητικότητα και την ανεξαρτησία μετά από απώλεια άκρων ή απώλεια λειτουργικότητας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει προθέσεις, ορθωτικά ή αναπηρικά καροτσάκια.

Πολλές χώρες, ειδικά στη Δύση, αντιμετωπίζουν γήρανση του πληθυσμού, επομένως μία από τις προτεραιότητες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να ζήσουν πλήρη, ανεξάρτητη ζωή στην άνεση του σπιτιού τους. Υπάρχει ένα ολοκληρωμένο τμήμα της υγειονομικής περίθαλψης που στοχεύει στην παροχή βοήθειας στους ηλικιωμένους σε καθημερινές δραστηριότητες στο σπίτι, όπως η μεταφορά από και προς τα ραντεβού με τον γιατρό μαζί με πολλές άλλες δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την υγεία και την ευημερία τους. Παρόλο που παρέχουν κατ. οίκον φροντίδα σε ηλικιωμένους ενήλικες σε συνεργασία, τα μέλη της οικογένειας και οι εργαζόμενοι στον τομέα της φροντίδας μπορεί να έχουν αποκλίνουσες στάσεις και αξίες ως προς τις κοινές προσπάθειές τους. Αυτή η κατάσταση πραγμάτων αποτελεί πρόκληση για το σχεδιασμό των ΤΠΕ (τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών) για κατ' οίκον φροντίδα.

## 2.3 Σύστημα υγείας

Όροι όπως σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης και υγεία τομέας χρησιμοποιούνται ευρέως, αλλά αναλυτές και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής τα ορίζουν με ουσιαστικά διαφορετικούς τρόπους. Στην ουσία, τα διαφορετικά ονόματα αντανακλούν κυρίως διαφορετικές αντιλήψεις για το σύστημα υγείας τα όρια και, συγκεκριμένα, τι πρέπει να περιλαμβάνει. Κυμαίνονται από εκείνα που περιορίζουν οι όροι για την υγειονομική περίθαλψη (γιατροί, νοσηλευτές, νοσοκομεία κ.λπ.) σε μια ολοκληρωμένη έννοια που

περιλαμβάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα, πόρο και/ή ίδρυμα που έχει ως αποτέλεσμα την υγεία βελτιώσεις. Η θεραπεία ενός άρρωστου ατόμου είναι απλή (υγειονομική περίθαλψη) αλλά η ιδέα ότι τα αποτελέσματα για την υγεία εξαρτώνται επίσης από ενέργειες που δεν εστιάζονται άμεσα σε άτομα που είναι ήδη άρρωστα (συμπεριλαμβανομένων των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων υγείας) είναι πιο σύνθετη.



Εικόνα 2.3, Σύστημα υγείας, <https://www.gatesfoundation.org/>

Το 1989, οι Duplessis et al. όρισε ένα σύστημα υγείας ως «οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, κέντρα υγείας, επαγγελματίες αξιωματούχους και υπηρεσίες δημόσιας υγείας) καθώς και άλλα δίκτυα, τομείς, ιδρύματα, υπουργεία και οργανισμούς που έχουν σαφή επιρροή για τον απώτερο στόχο του συστήματος – την υγεία. Σημαντικό από αυτή την άποψη είναι η εκπαίδευση, οι μεταφορές, οι κοινωνικές υπηρεσίες, η στέγαση, η βιομηχανία τροφίμων κ.λπ».

Η υγεία είναι πράγματι το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, ορισμένοι από τους οποίους είναι ανθεκτικά σε βραχυπρόθεσμα μέτρα (π.χ. βιολογία, κλίμα) και άλλοι που είναι λιγότερο (π.χ. προσωπική συμπεριφορά, υγειονομική περίθαλψη, ασφάλεια τροφίμων). Αν ο ορισμός του το σύστημα υγείας περιορίζεται μόνο στην υγειονομική περίθαλψη, θα αποκλείει παρεμβάσεις με μεγάλες δυνατότητες βελτίωσης της υγείας (όπως πολιτικές στην εκπαίδευση, το περιβάλλον προστασία και γεωργία). Ωστόσο, ο καθολικός ορισμός του Duplessis et al. (1989) είναι προβληματικός (ιδιαίτερα από πολιτική ή διαχείριση προοπτική) γιατί ένα κοινωνικό σύστημα (που περιλαμβάνει συστήματα υγείας) είναι περισσότερο κατανοητό ως «μια διάταξη εξαρτημάτων και οι διασυνδέσεις τους που ενωθούν για έναν σκοπό» (von Bertalanffy 1968). Αν θεωρήσουμε ότι ένα σύστημα περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που έχουν επίδραση σε ένα δεδομένο αποτέλεσμα, στη συνέχεια, από τη μια πλευρά, δεν υπάρχουν ουσιαστικά όρια και δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με τη διαχείριση ρόλους ή για τις ευθύνες και τη λογοδοσία. Από την άλλη, ο στενός ορισμός της υγειονομικής περίθαλψης είναι αδικαιολόγητα περιοριστικός, λαμβάνοντας υπόψη την προαγωγή της υγείας όπως, για παράδειγμα, εκτός των ορίων του

συστήματος υγείας και μπορεί ακόμη και να αμφισβητήσει το καθήκον των γιατρών, των νοσηλευτών και τα υπουργεία υγείας να ενσωματώσουν την προαγωγή της υγείας στο έργο τους.

Κατά το 2000, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε τον ορισμό ως εξής: «Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, ανθρώπους και φορείς που παράγουν δράσεις των οποίων πρωταρχική πρόθεση είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας». Αυτός ο ορισμός είναι χρησιμοποιείται πλέον από άλλους οργανισμούς

Παραδοσιακά, οι υπηρεσίες έχουν καθοριστεί από τη θέση τους στην εξέλιξη της ασθένειας (π.χ. προληπτική, θεραπευτική, αποκαταστατική), από τη σχετική τεχνολογία (εργαστηριακό, ακτινολογικό), από ποιος τα παραδίδει (ιατρικά, νοσηλευτικά, χειρουργικά), ή από τους αποδέκτες φροντίδας (μητέρα, παιδί). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατηγοριοποιεί τις υπηρεσίες με τρόπους που προορίζονται να είναι και οι δύο γενικοί (ισχύει σε μεγάλη ποικιλία των πλαισίων) και διοικητικά σχετικοί. Προσωπικές υπηρεσίες είναι αυτές που είναι παραδίδονται σε άτομα μεμονωμένα, όπως χειρουργική επέμβαση, γενική ιατρική συμβουλή, ατομική συμβουλευτική, ανοσοποίηση παιδιού ή υποστήριξη της μητέρας στη διατροφή ενός παιδιού. Οι υπηρεσίες που βασίζονται στον πληθυσμό είναι αυτές παραδίδεται σε μια ομάδα ή έναν ολόκληρο πληθυσμό· αυτά περιλαμβάνουν ανοσοποίηση εκστρατείες, προειδοποιητικές ετικέτες στα πακέτα τσιγάρων και προαγωγή της υγείας στον χώρο εργασίας.

Καθώς αυτή η κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών εξαρτάται από τον τρόπο παράδοσης, οδηγείται από οργανωτικές και διαχειριστικές ανησυχίες. Συγκεκριμένα, προσωπικές υπηρεσίες μπορεί να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που δεν είναι μόνο θεραπευτικές αλλά και προληπτικές και προωθητικές. Αυτές περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που παρέχονται σε μεμονωμένους ασθενείς που παρέχουν επίσης οφέλη σε άλλους (π.χ. θεραπεία μολυσματικών ασθενειών). Οι υπηρεσίες που βασίζονται στον πληθυσμό είναι προληπτικές και προωθητικές αλλά αποκλείουν την ατομική θεραπεία.

Η υγεία επηρεάζεται από τις ενέργειες των τομέων που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό εκτός από την παραγωγή υγείας. Καθημερινά κοινοβούλια, ιδιωτικές εταιρείες και τα άτομα λαμβάνουν αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία, για παράδειγμα για τη στέγαση, την εργασία ή δημοσιονομικές πολιτικές. Αυτά δεν περιλαμβάνονται στον ορισμό του συστήματος υγείας αλλά αυτό δεν θα πρέπει να εμποδίζει τις υγειονομικές αρχές να επιδιώξουν τους να επηρεάσουν. Αντίθετα, οι προσπάθειες για προώθηση υγιών δημόσιων πολιτικών ώστε να επηρεάσουν καθοριστικοί παράγοντες υγείας που βρίσκονται εκτός του συστήματος υγείας είναι οι δράσεις υγείας των οποίων πρωταρχική πρόθεση είναι η προαγωγή, η διατήρηση ή η προστασία της υγείας. Ως εκ τούτου, αποτελούν μέρος του συστήματος υγείας και οι υγειονομικές αρχές θα πρέπει να λογοδοτήσουν για τέτοιες ενέργειες. Για παράδειγμα, παρεμβάσεις για την προώθηση ενός εμπορίου προσανατολισμένου στην υγεία η πολιτική εμπίπτει εντός των ορίων του συστήματος υγείας αλλά η συναλλαγή που προκύπτει δραστηριότητες όχι. Το ίδιο ισχύει και για τις προσπάθειες προώθησης μέτρων που αφορούν κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικοί παράγοντες της υγείας (π.χ. συντάξεις, στέγαση, γεωργία, δρόμοι). Αυτή η ευθύνη για επιρροή σε άλλους τομείς είναι μία από τις βασικές διαστάσεις αυτού που ονομάζεται διαχείριση, εντός των οποίων ο ορισμός περιλαμβάνει την «ενσωμάτωση επιλεγμένων διατομεακών δράσεων στις

οποίες η οι διαχειριστές του συστήματος υγείας αναλαμβάνουν την ευθύνη να συνηγορήσουν για βελτιώσεις σε περιοχές εκτός του άμεσου ελέγχου τους, όπως η νομοθεσία για τη μείωση των θανάτων από οδικά ατυχήματα».

Ως εκ τούτου, ο ορισμός του συστήματος υγείας περιλαμβάνει:

- Υπηρεσίες υγείας (προσωπικές και πληθυσμιακές) και δραστηριότητες που πρέπει να καταστεί δυνατή η παράδοσή τους που παρέχεται από τα οικονομικά, τη δημιουργία πόρων και τη διαχείριση λειτουργίες.
- Διαχείριση, η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες που επιδιώκουν να επηρεάσουν τη θετική υγεία αντίκτυπο άλλων τομέων – παρόλο που ο πρωταρχικός σκοπός αυτών των τομέων είναι όχι για τη βελτίωση της υγείας.

Το κριτήριο της πρωταρχικής πρόθεσης χρησιμοποιήθηκε από τον Π.Ο.Υ. για συγκεκριμένο λόγο: να δημιουργηθεί ένας ορισμός που να επιτρέπει τη σύγκριση (και συνεπώς την κατάταξη) όλων των εθνικών συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Ωστόσο, κοιτάζοντας την παράσταση ενός ατομικού συστήματος υγείας, αυτό μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες.

Όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία (ή ακόμα και αυτοί που πληρούν το κριτήριο πρωταρχικής πρόθεσης) δεν καλύπτονται από την έννοια των ανατεθέντων ευθυνών, που εξετάζει ποιοι φορείς ορίζονται ως «υπεύθυνοι για την υγεία». Σε πολλές χώρες, το εθνικό υπουργείο υγείας δεν έχει καν άμεση ευθύνη για τις συμβατικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες μπορεί να είναι ευθύνη μιας σειράς μη κρατικών φορέων, όπως ταμεία ασφάλισης υγείας και ιδιωτικοί πάροχοι, ή μπορεί να ανατεθεί σε περιφερειακά επίπεδα διακυβέρνησης. Ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες παραμένουν μέρος του συστήματος υγείας για λόγους πρωταρχικής πρόθεσης. Η κατάσταση είναι παραπέρα από την ομαδοποίηση των λειτουργιών συμπεριλαμβανομένης της υγείας εντός των κυβερνήσεων. Έτσι, υπάρχουν Υπουργεία Υγείας και Καταναλωτών, Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων· Υπουργεία Υγείας, Νεολαίας και Αθλητισμού.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποίησε ότι ο ορισμός «δεν συνεπάγεται κάποιο συγκεκριμένο βαθμό ολοκλήρωσης, ούτε ότι κάποιος είναι γενικά υπεύθυνος για τις δραστηριότητες που το συνθέτουν. Υπό αυτή την έννοια, κάθε χώρα έχει ένα σύστημα υγείας όσο κατακερματισμένο μπορεί να είναι μεταξύ διαφορετικών οργανισμών ή όσο μη συστηματικά μπορεί να φαίνεται ότι λειτουργεί. Η ενσωμάτωση και η εποπτεία δεν καθορίζουν το σύστημα, αλλά μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό πόσο καλά αποδίδει».

### 2.3.1 Σκοποί

Η υγεία είναι ένα σύνολο από διάφορα κοινωνικά συστήματα (π.χ. εκπαιδευτικό, οικονομικό, πολιτικό), το καθένα με έναν ορισμένο στόχο (δηλαδή ο λόγος για τον οποίο υπάρχει το σύστημα). Ο καθοριστικός στόχος μιας υγείας σύστημα είναι να βελτιώσει την υγεία, αν και αυτό μπορεί να

επηρεάσει τους καθοριστικούς στόχους σε άλλα συστήματα (π.χ. επιπτώσεις στην οικονομική ευημερία, μορφωτικό επίπεδο). Το σύστημα υγείας έχει επίσης άλλους στόχους («δικαιοσύνη στη χρηματοοικονομική συνεισφορά απαιτείται για να λειτουργήσει το σύστημα» και «ανταπόκριση του συστήματος στο θεμιτές προσδοκίες του πληθυσμού») συμβάλλοντας στην κοινωνική ευημερία. Ως στόχους μπορούμε να προσδιορίσουμε τα εξής:

- Βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού: το μέσο επίπεδο υγείας και ισότητα στη διανομή της υγείας.
- Βελτίωση τόσο του μέσου επιπέδου όσο και της κατανομής της ανταπόκρισης του συστήματος όταν τα άτομα έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας: σεβασμός για πρόσωπα (διασφάλιση της αξιοπρέπειας, της εμπιστευτικότητας και της αυτονομίας του ασθενούς) και του πελάτη, προσανατολισμός (υπηρεσία-χρήστη) (άμεση προσοχή, βασικές ανέσεις και επιλογή).
- Βελτίωση της δικαιοσύνης στις οικονομικές συνεισφορές, ενσωματώνοντας και τις δύο αποφυγές της εξαθλίωσης ως συνέπεια των «καταστροφικών» πληρωμών υγείας και δίκαιη κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος.

Η «δίκαιη χρηματοδότηση» αναλύεται σε βασικούς στόχους για τη βελτίωση της οικονομικής προστασίας και τη δημιουργία ισότητας επιβάρυνση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Το πρώτο, ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι προστατεύονται από την οικονομική εξαθλίωση ως συνέπεια των πληρωμών τους για υγειονομική περίθαλψη, είναι κεντρικής σημασίας για την ευρύτερη έννοια των συστημάτων υγείας. Αυτός ο στόχος είναι πιθανώς ο πιο άμεσος σύνδεσμος για τα συστήματα υγείας την ευρύτερη ατζέντα κατά της φτώχειας.

Οι θεμελιώδεις στόχοι πρέπει να διαχωριστούν με τρόπους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανάλυση της απόδοσης κάθε εθνικού συστήματος υγείας. Οι ενόργανοι στόχοι πρέπει να είναι γενικοί (δηλαδή επαρκώς ευρείς για να μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις χώρες) αλλά ειδικό, έτσι ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν από χώρες στις δικές τους προδιαγραφές: δηλαδή δημιουργία στόχων που μπορούν να υλοποιηθούν από την πολιτική. Ως εκ τούτου, ένας βασικός στόχος είναι αυτός που σχετίζεται με όλες τις χώρες και έχει μια εύλογη σύνδεση με έναν ή περισσότερους από τους γενικούς στόχους του συστήματος υγείας. Εδώ, ορίζουμε δύο τέτοιους οργανικούς στόχους: (i) τα στοιχεία αποτελεσματικής κάλυψης και (ii) τεχνική αποτελεσματικότητα.

Η αποτελεσματική κάλυψη ορίζεται ως η πιθανότητα να αποκτήσουν τα άτομα μια παρέμβαση υγειονομικής περίθαλψης εάν τη χρειάζονται και θα αντλήσουν όφελος από αυτήν. Αυτή η έννοια ενσωματώνει στόχους που σχετίζονται με όλα τα συστήματα, ιδίως: (i) μείωση του χάσματος μεταξύ της ανάγκης ενός ατόμου για μια υπηρεσία και την επίγνωση αυτής της ανάγκης (ζήτησης), (ii) μειώνοντας το χάσμα μεταξύ της ανάγκης ενός ατόμου για μια υπηρεσία και της χρήσης αυτής της υπηρεσίας (πρόσβαση), και (iii) μεγιστοποίηση του κέρδους υγείας από τη χρήση μιας υπηρεσίας (ποιότητα). Οι βασικοί στόχοι της βελτίωσης της υγείας και της ισότητας σε υγείας που μπορεί να προκύψουν από την έννοια της αποτελεσματικής κάλυψης είναι η αξιοποίηση σε σχέση με την ανάγκη για υπηρεσίες και την ποιότητα της περίθαλψης. Ενώ οι συγκεκριμένες υπηρεσίες

που απαιτούνται για την επίτευξη αυτών των στόχων μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα, οι βασικές αρχές αφορούν όλα τα συστήματα υγείας.

Η τεχνική αποτελεσματικότητα διαφέρει από την έννοια της αποτελεσματικότητας του συνολικού συστήματος υγείας (επίτευξη ενός μείγματος στόχων σε σχέση με αυτό που θα μπορούσε να επιτευχθεί). Με απλά λόγια, σημαίνει την καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Αυτό είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη όλων των τελικών στόχων με την έννοια ότι, τα συστήματα μπορούν να επιτύχουν καλύτερη υγεία, μεγαλύτερη δικαιοσύνη και καλύτερη οικονομική προστασία για ένα δεδομένο συνολικό επίπεδο πόρων. Όπως και με την αποτελεσματική κάλυψη, τα μέσα για την επίτευξη τεχνικής αποτελεσματικότητας είναι συχνά συγκεκριμένα για μια χώρα. Σε πολλές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, η αναζήτηση για την τεχνική αποτελεσματικότητα περιλαμβάνει τη μείωση της φυσικής υποδομής. Αυτό μειώνει το μερίδιο των συνολικών δαπανών που απορροφάται από το πάγιο κόστος και επιτρέπει μεγαλύτερο ποσοστό της δημόσιας δαπάνης που θα χρησιμοποιηθεί για αναλώσιμα είδη όπως φάρμακα και ιατρικές προμήθειες, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα και οικονομική προστασία μειώνοντας την ανάγκη των ασθενών να πληρώνουν γι' αυτά τα είδη από τις δικές τους τσέπες.

### 2.3.2 Λειτουργίες

Πρόκειται για μια ομάδα αλληλοεξαρτώμενων δραστηριοτήτων που αναλαμβάνει κάθε σύστημα υγείας προκειμένου να επιτύχει τους στόχους του. Τέσσερα από αυτά καθορίζουν τον τρόπο που οι εισροές μετατρέπονται σε εκροές και αποτελέσματα: (i) παροχή (προσωπικών και πληθυσμιακών) υπηρεσιών, (ii) χρηματοδότηση, (iii) δημιουργία πόρων και (iv) παροχή διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και συναφών διατομεακών δράσεων. Καθένα από αυτά σχετίζεται με μια σειρά από «δομικά στοιχεία του συστήματος υγείας», όπως ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογίες και πληροφορίες.

Η πρώτη λειτουργία που χρησιμοποιείται για την επιδίωξη των στόχων του συστήματος υγείας είναι η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας. Η σκόπιμη παραγωγή υπηρεσιών βρίσκεται στον πυρήνα όλων των συστημάτων υγείας. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν τον γιατρό και τη νοσοκόμα που θεραπεύουν έναν ασθενή αλλά και τον εκπαιδευτή που παρέχει αγωγή υγείας. Ο ανεπαρκής συντονισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων οδηγεί σε σπατάλη και αναποτελεσματικότητα δημοτικότητας. Η λειτουργία παραγωγής υπηρεσιών περιλαμβάνει αποφάσεις σχετικά με το ποιες υπηρεσίες θα πρέπει να παράγονται, πού πρέπει να λαμβάνει χώρα αυτή η παραγωγή και πώς πρέπει να γίνεται διαχείριση.

Η δεύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι η χρηματοδότηση: η αντιμετώπιση των πηγών, συσσώρευση και διάθεση κονδυλίων που χρησιμοποιούνται για το σύστημα υγείας (έσοδα συλλογή) και την αγορά (το τελευταίο είναι η κατανομή των πόρων από η πίσίνα στους παρόχους). Εξ ορισμού, όλα τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούν την προσωπική φροντίδα και τα μέτρα δημόσιας υγείας που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας των ατόμων και πληθυσμούς. Οι χώρες

χρησιμοποιούν μια ποικιλία ρυθμίσεων που αποτελούν μέρος τουνκάθε συστήματος υγείας, ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί τέτοιοι τρόποι διευθέτησης για τον χαρακτηρισμό μοντέλων και τύπων συστημάτων υγείας (π.χ. Bismarck, Semashko και Beveridge) αλλά δεν είναι εγγενώς σημαντικοί για την επίτευξη των στόχων του συστήματος υγείας. Επιπλέον, πολλές χώρες συνδυάζουν πηγές χρηματοδότησης, συμφωνίες συγκέντρωσης και τη βάση για το δικαίωμα με νέους τρόπους, που απεικονίζουν ότι ενώ οι ετικέτες που συνδέονται με αυτά τα μοντέλα μπορεί να διατηρούν κάποιες πολιτικές αξίες, προσθέτουν ελάχιστα εννοιολογικά στην κατανόηση και ανάλυση των χρηματοδοτικών ρυθμίσεων που απαιτούνται για την αποτελεσματική χάραξη πολιτικής.

Η τρίτη ζωτική λειτουργία του συστήματος υγείας σχετίζεται με την ταύτιση, τη δημιουργία και ανάπτυξη των πόρων που απαιτούνται για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και την οικοδόμηση ενός συστήματος υγείας: γνώση, προσωπικό, εγκαταστάσεις και τεχνολογία. Δεδομένου της εντάσεως της εργασίας των υπηρεσιών υγείας, οι ανθρώπινοι πόροι είναι η περισσότερο σημαντική συμβολή σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας, ενώ και οι κατάλληλοι μηχανισμοί εκπαίδευσης, η ανάπτυξη και η διατήρηση είναι απαραίτητες για την αποφυγή ανεπαρκούς συνδυασμού δεξιοτήτων. Οι αποτελεσματικές υπηρεσίες απαιτούν σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογίες τόσο για τα προσωπικά (φαρμακευτικά και αναλώσιμα ιατρικά είδη) όσο και για τις υπηρεσίες με βάση τον πληθυσμό (επικοινωνία/πληροφόρηση και οργάνωση των τεχνολογιών υγείας).

Τέλος, η λειτουργία διαχείρισης είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων που στοχεύουν διασφαλίζοντας ότι οι δράσεις για την υγεία (συμπεριλαμβανομένων των διατομεακών μέτρων) έχουν σαφή κατεύθυνση και πραγματοποιούνται με τρόπους που μεγιστοποιούν την πιθανότητα επίτευξης τους στόχους του συστήματος. Για εννοιολογική (και ως εκ τούτου λειτουργική) σαφήνεια, είναι χρήσιμο να χωρίσουμε τη διαχείριση σε τρεις συγκεκριμένες γ διαστάσεις: (i) διαμόρφωση και συντονισμός πολιτικής υγείας, (ii) άσκηση επιρροή και (iii) συλλογή και χρήση πληροφοριών για τη διασφάλιση της ποιότητας.

## 2.4 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ένα είδος μεικτού συστήματος, κατά το οποίο ως προς τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και τη χρηματοδότηση αυτών, λειτουργούν τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας εξίσου. Η κοινωνική ασφάλιση αποτέλεσε ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο στο οποίο βασίστηκε το ελληνικό σύστημα υγείας. Αυτό σημαίνει ότι τα ασφαλιστικά ταμεία αναλαμβάνουν την ευθύνη ούτως ώστε να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες ατόμων, ανάλογα με την επαγγελματική ομάδα στην οποία ανήκουν. Πλέον το σύγχρονο σύστημα υγείας έχει εξελιχθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε η χρηματοδότησή του στον μεγαλύτερο βαθμό της είναι εξαρτημένη από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Οι πρώτες ενέργειες για τον σχηματισμό ενός εθνικού συστήματος υγείας ξεκίνησαν μετά την Εθνική Ανεξαρτησία κατά το έτος 1827, με βάση αναφοράς τις ιστορικές, αλλά και τις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες, οι οποίες επικρατούσαν το διάστημα εκείνο.



Τα χρονικά διαστήματα διαμόρφωσης ενός συστήματος υγείας στη χώρα μας, διακρίνονται σε τέσσερα: 1833-1922, 1922-1939, 1945-1983, 1983-σήμερα.

1833-1922: Κατά το χρονικό αυτό διάστημα, χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι δεν παρατηρείται σημαντικός αριθμός οργανωμένων υπηρεσιών ούτως ώστε να υπάρξουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Οι σημαντικότερες ενέργειες που έλαβαν χώρα, σχετίζονταν με το να αντιμετωπιστούν οι λοιμώδεις ασθένειες, με κύριο φορέα την «Υγειονομική Αστυνομία και ακολουθώντας τον «Υγειονομικό Κανονισμό», ο οποίος θεσμοθετήθηκε τότε. Με πρωτοβουλία του Υπουργείου Εσωτερικών, το οποίο έφερε τη γενικότερη ευθύνη για τον τομέα της υγείας, συστάθηκε το «Υγειονομικό Τμήμα», το οποίο αναλάμβανε να συντονίσει όλες τις σχετικές με τη δημόσια υγεία και την πρόληψη της μετάδοσης ασθενειών. Για τη διευκόλυνση του έργου, δημιουργήθηκαν Υγειονομικοί Σταθμοί, Υγειονομικά Λοιμοκαθαρητήρια και Κέντρα Λοιμωδών Νοσημάτων. Ενώ και οι δημοτικές αρχές της εκάστοτε περιοχής είχαν σημαντικό ρόλο, καθώς έλεγχαν την εφαρμογή των απαιτούμενων υγειονομικών μέτρων. Κατά το έτος 1833 πραγματοποιείται η ίδρυση του Ιατροσυνεδρίου, το οποίο εκπαίδευε όσους επρόκειτο να ασκήσουν ιατρικά ή παραϊατρικά επαγγέλματα. Ακολουθούν η Ιατρική Σχολή Αθηνών το 1837, η Σχολή Μαιών το 1838 και η πρώτη έδρα της Φαρμακευτικής το 1839. Την περίοδο αυτή λαμβάνει χώρα και το στήσιμο νοσηλευτικών ιδρυμάτων από την αρχή. Σημαντική ήταν και η συμβολή της εκκλησίας, καθώς μεγάλος αριθμός από μοναστήρια μετατράπηκε σε μονάδες περίθαλψης, καθώς επίσης και η βοήθεια πολλών εύπορων Ελλήνων. Γενικά, όμως, τα οικονομικά προβλήματα δεν βοήθησαν ιδιαίτερα και τον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νοσοκομείων και κυρίως από το 1864, την παραμέληση του τομέα της υγείας.

1922-1939: Λόγω του ότι πρόκειται για μια ταραγμένη ιστορικά περίοδο, τα προβλήματα υγείας παρουσιάζονται ιδιαίτερα έντονα και οι υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας ανεπαρκείς. Το διάστημα εκείνο ιδρύθηκε το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, όμως λόγω οικονομικών προβλημάτων, την ευθύνη αναφορικά με τον τομέα της δημόσιας υγείας αναλαμβάνει πλέον η τοπική αυτοδιοίκηση. Ακολουθούν η κατάργηση του εν λόγω Υπουργείου το 1926 και η επανίδρυσή του με τον τίτλο Υπουργείο Υγιεινής και τέλος ως Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως το 1932. Ως το 1939, παρατηρείται ένα χαμηλό επίπεδο ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται και στην απουσία οποιασδήποτε ενέργειας ή συμβολής από μεριάς του κράτους, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην ανάπτυξη και στην εύρυθμη λειτουργία ενός καλά οργανωμένου συστήματος υγείας. Υπήρξαν μεν κάποιες ενέργειες, οι οποίες αφορούσαν είτε για αποσπασματικές και περιορισμένες ενέργειες, είτε συγκεκριμένες υπηρεσίες για επικίνδυνες νόσους.

1945-1983: Στο διάστημα αυτό παρατηρούνται οι πρώτες προσπάθειες ώστε να δημιουργηθεί ένα ενιαίο σύστημα υγείας και οι αντίστοιχες υπηρεσίες να οργανωθούν σωστά. Σ' αυτό, σημαντικό ρόλο έπαιξε το διάταγμα του έτους 1953, «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». Αυτό περιελάμβανε να χωριστεί ολόκληρη η χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες, να δημιουργηθούν υγειονομικά συμβούλια, να οργανωθεί η λειτουργία των νοσοκομείων, να υπάρξει διοικητική και οικονομική αποκέντρωση και ενιαίο ταμείο υγείας, καθώς επίσης και να δημιουργηθεί στην περιφέρεια οργανωμένα πρωτοβάθμια φροντίδα. Επιπλέον, εκείνη την περίοδο τίθεται το ζήτημα του Ενιαίου Λογαριασμού Υγείας, ο οποίος σχετιζόταν με την συγκέντρωση των πόρων των

ασφαλιστικών ταμείων, ως προς τις παροχές υγείας. Κατά το έτος 1955, με τον νόμο «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών» ιδρύεται δίκτυο από ιατρεία σε χωριά και κωμοπόλεις, τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: Κοινοτικά Ιατρεία και Αγροτικά Ιατρεία. Έπειτα, με τον νόμο 4169/61 δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων με σκοπό την ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Το 1976 εκπονείται μελέτη από το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών για τον εντοπισμό των προβλημάτων και των ελλείψεων του υγειονομικού συστήματος και την υποβολή βελτιωτικών προτάσεων. Οι κυριότερες από αυτές ήταν η ενοποίηση των Ασφαλιστικών Ταμείων, η ύπαρξη Ενιαίας Υπηρεσίας Υγείας, καθώς επίσης και η ανάπτυξη κέντρων υγείας και περιφερειακών νοσοκομειακών μονάδων. Ενώ ιδιαίτερα σημαντικό ήταν το προσχέδιο νόμου «Μέτρα προστασίας της υγείας», το οποίο ωστόσο δεν κατάφερε να τεθεί ποτέ σε ισχύ.

1983-Σήμερα: Κατά το έτος 1983 λαμβάνει χώρα η ψήφιση του ιδρυτικού νόμου του συστήματος υγείας. Από τα βασικότερα στοιχεία του ήταν η ευθύνη του κράτους ως προς την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλο τον κόσμο, η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα την οποία θα παρείχαν 400 κέντρα υγείας, εκ των οποίων τα 180 σε περιοχές ημιαστικές ή αγροτικές, η ύπαρξη υπηρεσιών υγείας όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η ίδρυση υγειονομικών περιφερειών, καθώς και η εργασία των γιατρών του Ε.Σ.Υ. να είναι πλήρους απασχόλησης, με μεγάλη μισθολογική αύξηση. Παρ' όλα αυτά, η πληθώρα διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων που παρατηρούνταν, αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα ως προς την ύπαρξη ενός ενιαίου συστήματος υγείας. Ακολουθεί ο νόμος 2889/2001, με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, ως προς την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών. Επόμενος είναι ο νόμος 3329/2005, όπου χωρίζονται Υγειονομικές Περιφέρειες, έδρα καθεμιάς αποτελεί η αντίστοιχη Διοικητική Περιφέρεια. Οι περιφέρειες αυτές είναι 7: 1) Αττικής με έδρα την Αθήνα και για τις Α' και Β' Υγειονομικές Περιφέρειες Αττικής, 2) Πειραιώς κι Αιγαίου, με έδρα τον Πειραιά για Γ' Αττικής, Βορείου Αιγαίου, Α' και Β' Νοτίου Αιγαίου, 3) Μακεδονίας με έδρα τη Θεσσαλονίκη για Β' Κεντρικής Μακεδονίας και Δυτικής Μακεδονίας, 4) Μακεδονίας και Θράκης με έδρα τη Θεσσαλονίκη για Α' Κεντρικής Μακεδονίας και Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, 5) Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας με έδρα τη Λάρισα, για Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, 6) Πελοποννήσου, Ιόνιων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, με έδρα την Πάτρα για τις προαναφερθείσες περιφέρειες και 7) Κρήτης, με έδρα το Ηράκλειο, για την προαναφερθείσα περιφέρεια. Μετά το Μνημόνιο, υπήρξαν σημαντικές μεταβολές στον τομέα της υγείας, τόσο ως προς τους φορείς όσο κι ως προς το ανθρώπινο δυναμικό. Με βάση τον νόμο 3918/2011, το Υπουργείο Υγείας γίνεται το μόνο αρμόδιο σχετικά με όλες τις ενέργειες που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας.

#### 2.4.1 Οργάνωση Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο κατηγορίες αναφορικά με τις υπηρεσίες που προσφέρει ως προς την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών.

Η πρώτη κατηγορία είναι η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εδώ ανήκουν όλες οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται σε άτομα που δεν έχει κριθεί απαραίτητη η διαμονή τους στο νοσοκομείο για τον οποιονδήποτε λόγο. Πλέον την κύρια ευθύνη για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες την φέρει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, από ιδιωτικά ιατρεία κι από τα εξωτερικά ιατρεία τα οποία υπάρχουν στα νοσοκομεία. Στην ομάδα των ιδιωτικών ιατρείων εντάσσονται τα μικροβιολογικά εργαστήρια, τα διαγνωστικά κέντρα, καθώς επίσης και τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη αφορά στην παροχή υπηρεσιών σε άτομα τα οποία νοσηλεύονται είτε σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο, είτε σε ιδιωτική κλινική, είτε σε κάποιο μη κερδοσκοπικό θεραπευτήριο.

## 2.5 Τα νοσοκομεία

Ένα νοσοκομείο είναι αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής και ιατρικής οργάνωσης, η λειτουργία της οποίας είναι να παρέχει πλήρη υγειονομική περίθαλψη — τόσο προληπτική όσο και θεραπευτική — στον πληθυσμό. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ενός νοσοκομείου προσεγγίζουν τις κοινότητες σε μια περιοχή. Το νοσοκομείο επίσης χρησιμεύει ως κέντρο εκπαίδευσης εργαζομένων στον τομέα της υγείας και πραγματοποιεί βιοκοινωνικές έρευνες.



Εικόνα 2.4, Νοσοκομείο, <https://www.in.gr/>

Ένα νοσοκομείο είναι ένα σύστημα με διάφορα εξαρτήματα, που είναι ενσωματώνεται σε έναν κοινό σκοπό για την επίτευξη ενός συνόλου στόχων. Πρόκειται για τα εξής:

Κλινική και φροντίδα:

- Εξωτερικά ιατρεία/ εσωτερικός ασθενής.
- Επείγοντα και άλλες υπηρεσίες.

Υποστηρικτικές υπηρεσίες:

- Κλινικές υπηρεσίες.
- Μη κλινική υποστήριξη από βοηθό γενικών καθηκόντων.

Άλλες υπηρεσίες:

- Προσωπικό.
- Χρηματοδότηση.
- Διαχείριση υπηρεσιών.

Η απόδοση όλων αυτών των υπηρεσιών εξαρτάται από τη συνεργασία και τον συντονισμό διαφόρων εξαρτημάτων μέσα στο σύστημα. Ατομικά υποσυστήματα έχουν ανεξάρτητους στόχους για την παροχή την καλύτερη φροντίδα ασθενών. Μπορεί να συναχθεί ότι τα νοσοκομεία είναι εξαιρετικά περίπλοκοι, κοινωνικοί, οικονομικοί και επιστημονικοί οργανισμοί των οποίων η λειτουργία είναι να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτό εξηγεί την ανάγκη για υγιή διαχείριση ενός νοσοκομείου. Είναι η διαχείριση που βοηθά στη λειτουργία του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας. Το ενσωματώνει διάφορα τμήματα μιας μονάδας υγειονομικής περίθαλψης, όπως κλινικά, μη κλινικά και υποστηρικτικά τμήματα. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι ολοκληρωμένες, προληπτικές, θεραπευτικές και αποκαταστατικές.

### 2.5.1 Λειτουργίες νοσοκομείου

Ο σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι η αποτελεσματική κάλυψη όλων των αναγκών υγείας μιας κοινότητας. Τα νοσοκομεία παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των κοινοτήτων. Οι κύριες λειτουργίες των νοσοκομείων είναι ως εξής:

- Επανορθωτικές.
- Προληπτικές.
- Κατάρτιση και έρευνα στην υγεία και την ιατρική.

#### **Αποκαταστατικές λειτουργίες**

Οι διάφορες αποκαταστατικές λειτουργίες ενός νοσοκομείου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Διαγνωστική δραστηριότητα: Περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν ιατρικές, χειρουργικές και άλλες ειδικότητες, και συγκεκριμένες διαγνωστικές διαδικασίες.

- Θεραπευτική δραστηριότητα: Περιλαμβάνει τη θεραπεία όλων των παθήσεων ή ασθενειών.
- Δραστηριότητα αποκατάστασης: Περιλαμβάνει σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση.
- Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης: Περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης που απαιτούνται για αντιμετώπιση ατυχημάτων, φυσικών καταστροφών, επιδημιών.

### **Προληπτικές λειτουργίες**

Τα νοσοκομεία εκτελούν επίσης διάφορες προληπτικές λειτουργίες, που περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Επίβλεψη κύησης και τοκετού.
- Επίβλεψη της φυσιολογικής ανάπτυξης των παιδιών.
- Έλεγχος μεταδοτικών ασθενειών.
- Πρόληψη παρατεταμένης ασθένειας.
- Παροχή υπηρεσιών αγωγής υγείας.
- Υπηρεσίες υγείας στην εργασία.
- Προληπτικός έλεγχος υγείας.

### **Εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες:**

Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες ενός νοσοκομείου, γενικά, αναφέρονται στην εκπαίδευση ιατρικού, παραϊατρικού και λοιπού βοηθητικού προσωπικού (κλινικά ή μη). Η εκπαίδευση παρέχεται γενικά σε:

- Πτυχιούχους ιατρικής.
- Νοσοκόμες και μαίες.
- Ειδικούς και μεταπτυχιακούς.
- Ιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς.
- Παραϊατρικό προσωπικό.

Οι ερευνητικές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από τα νοσοκομεία είναι για την ενίσχυση της ιατρικής τεχνολογίας και υπηρεσιών στους παρακάτω τομείς:

- Σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές υγείας και ασθένειας.
- Κλινικό φάρμακο.
- Νοσοκομειακές πρακτικές και διοίκηση.

## 2.5.2 Προσωπικό

Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που συμβάλλουν στη φροντίδα των ανθρώπων στο νοσοκομείο. Πολυάριθμα άτομα και υπηρεσίες συνεργάζονται για να παρέχουν επιτυχημένη θεραπεία σε ένα νοσοκομείο, από ιατρικές αξιολογήσεις και καθημερινή θεραπεία μέχρι φαρμακευτική αγωγή και τροφοδοσία. Οι βασικοί ρόλοι του προσωπικού σε ένα νοσοκομείο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ευρέως σε τέσσερις τομείς:

- Γιατροί (ιατρικό προσωπικό).
- Νοσοκόμες.
- Συμμαχικούς επαγγελματίες υγείας.
- Προσωπικό υποστήριξης.

Όλοι αυτοί οι άνθρωποι θα παίξουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και την ανάρρωση.

### **Γιατροί (ιατρικό προσωπικό)**

Ο ασθενής μπορεί να λάβει θεραπεία από αρκετούς γιατρούς κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Μαζί αξιολογούν και διαχειρίζονται την ιατρική περίθαλψη. Ανάλογα με το νοσοκομείο στο οποίο βρίσκεται κανείς, μπορεί επίσης να λάβει θεραπεία από ασκούμενους και φοιτητές γιατρούς που εργάζονται υπό την επίβλεψη των ανώτερων γιατρών.

Οι γιατροί έχουν διαφορετικούς ρόλους και ευθύνες με βάση το επίπεδο εμπειρίας τους και την ιατρική τους ειδικότητα.

Αυτοί οι ρόλοι είναι:

- Ανώτεροι σύμβουλοι – ειδικοί γιατροί που επισκέπτονται ασθενείς σε συγκεκριμένες ώρες.
- Ανώτεροι γιατροί που επιβλέπουν ασκούμενους και φοιτητές κάτοικοι.
- Γιατροί που φροντίζουν ασθενείς στον θάλαμο και εκπαιδεύονται για εξειδίκευση
- Ασκούμενοι – έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους και τώρα τελειώνουν το τελευταίο έτος στο νοσοκομείο.
- Φοιτητές γιατροί – προπτυχιακοί φοιτητές ιατρικής.

Ο γιατρός που φροντίζει ασθενείς στον θάλαμο είναι συνήθως ο γιατρός που βλέπει κανείς πιο συχνά. Ο ανώτερος γιατρός του θαλάμου μπορεί να επικοινωνήσει επί τόπου, ενώ ο ανώτερος σύμβουλος (ή ειδικός) παρακολουθεί τους κύκλους και τις συνεδριάσεις του θαλάμου σε συγκεκριμένες ώρες.

### **Νοσοκόμες**

Οι νοσοκόμες διαχειρίζονται το μεγαλύτερο μέρος της συνεχούς φροντίδας και θεραπείας στο νοσοκομείο. Αξιολογούν, σχεδιάζουν και διαχειρίζονται την καθημερινή θεραπεία των ασθενών

και διαχειρίζονται τη γενική τους υγεία. Μαζί τους επικοινωνούν οι ασθενείς για τις άμεσες ανάγκες τους. Μπορούν επίσης να τους κατευθύνουν στα κατάλληλα άτομα για να μιλήσουν για συγκεκριμένα ιατρικά ζητήματα.

Όπως οι γιατροί, έτσι και οι νοσηλευτές έχουν διαφορετικούς ρόλους και ευθύνες με βάση την εμπειρία και τις ειδικότητες τους. Αυτοί οι ρόλοι είναι οι εξής:

- Διευθυντής μονάδας νοσηλευτών – διευθύνει τον θάλαμο.
- Συνεργάτης διευθυντής μονάδας νοσηλευτή – βοηθά τον διευθυντή της μονάδας νοσηλευτών να διευθύνει τον θάλαμο και ενεργεί ως διευθυντής όταν ο διευθυντής της μονάδας νοσηλευτών είναι εκτός έδρας.
- Νοσηλευτές – νοσοκόμες υψηλής ειδίκευσης με προηγμένο επίπεδο εκπαίδευσης ειδικευμένοι νοσηλευτές, όπως ειδικοί κλινικών νοσηλευτών, σύμβουλοι κλινικών νοσοκόμων, εκπαιδευτές κλινικών νοσηλευτών, νοσηλευτές διαλογής, νοσηλευτές τμημάτων επειγόντων περιστατικών.
- Εγγεγραμμένοι νοσηλευτές – παρέχουν υψηλό επίπεδο καθημερινής φροντίδας και εκτελούν κάποιες μικρές επεμβάσεις.
- Νοσηλευτές που παρέχουν βασική ιατρική φροντίδα υπό την επίβλεψη ανώτερων νοσηλευτών.

### **Σύμμαχοι επαγγελματίες υγείας**

Οι σύμμαχοι επαγγελματίες υγείας είναι επαγγελματίες με πανεπιστημιακή εκπαίδευση που εργάζονται ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Αξιολογούν, διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν καταστάσεις και εργάζονται για την πρόληψη ασθενειών και αναπηρίας. Μερικά παραδείγματα συμμαχικών επαγγελματιών υγείας είναι:

- Διαιτολόγοι.
- Εργοθεραπευτές.
- Φαρμακοποιοί.
- Φυσιοθεραπευτές.
- Λογοπαθολόγοι.

Μπορεί επίσης να υπάρχουν συμμαχικοί βοηθοί υγείας, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί για να βοηθήσουν μερικούς από αυτούς τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας σε ρόλο υποστήριξης.

### **Άλλο προσωπικό του νοσοκομείου**

Η διατήρηση ενός νοσοκομείου σε λειτουργία απαιτεί μεγάλη οργάνωση και διοίκηση. Κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, ο ασθενής θα δει ένα ευρύ φάσμα υποστήριξης και διοικητικού προσωπικού που φροντίζει τα πάντα, από το πλύσιμο ρούχων και τα γεύματα μέχρι τη μεταφορά και τη συντήρηση ασθενών. Το προσωπικό υποστήριξης του νοσοκομείου που μπορείτε να συναντήσει κάποιος κατά τη διάρκεια της διαμονής του, είναι:

- Κλινικοί βοηθοί – φροντίζουν για την καθαριότητα του θαλάμου.
- Βοηθοί εξυπηρέτησης ασθενών – φέρνουν γεύματα και ποτά.
- Αχθοφόροι – φροντίζουν για την ανύψωση και τη μεταφορά ασθενών.
- Εθελοντές – βοήθεια με τη συγκέντρωση χρημάτων και τις επισκέψεις σε θαλάμους.
- Υπάλληλοι θαλάμου – στελέχωση των ρεσεψιόν του θαλάμου.

### 2.5.3 Εξοπλισμός

Η διαχείριση των υλικών στην υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει δύο είδη συστάδων αντικειμένων: φάρμακα και ιατρικές συσκευές, που υπόκεινται σε διαφορετικούς κανονισμούς εναρμονισμένους από χώρες σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Οι ιδιότητες των φαρμάκων σε ένα νοσοκομειακό πληροφοριακό σύστημα μπορεί να είναι υποχρεωτικές ή προαιρετικές, ανάλογα με τη ροή εργασίας. Ένα θεμελιώδες «αναγνωριστικό» είναι το ATC (Ανατομικό – Θεραπευτικό – Χημικό) ταξινόμηση, διεθνώς αποδεκτή και διατηρούμενη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Επιπρόσθετα, οι χορηγήσεις φαρμάκων μπορούν επίσης να αναφέρονται σε εξατομικευμένα φάρμακα που παρασκευάζονται ως «Μείγμα» εμπορευματοποιημένων προϊόντων στο κρεβάτι, στο νοσοκομειακό φαρμακείο ή σε άλλη καθορισμένη ιατρική μονάδα. Παράλληλα, ιατρικές συσκευές, όπως χειρουργικό κιτ, μπορεί να διαχειρίζεται ως μεμονωμένα ή ομαδοποιημένα στοιχεία από φαρμακοποιούς. Η λίστα στοιχείων (με άλλα λόγια, το σύνολο των φάρμακα ή ιατρικές συσκευές που μπορεί να είναι χορηγείται/διανέμεται ή εμφυτεύεται σε ασθενείς σε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης) αλλάζει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, ανάλογα όχι μόνο με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που διαχειρίζονται, αλλά και σχετικά με την εμπειρία και τις προτιμήσεις του γιατρού και ακολουθώντας τις φαρμακοοικονομικές αρχές.



## 3 Το Μάρκετινγκ στις Υγειονομικές Υπηρεσίες

### 3.1 Το Μάρκετινγκ στην υγεία

Η υγειονομική περίθαλψη δεν υιοθέτησε προσεγγίσεις μάρκετινγκ σε σημαντικό βαθμό μέχρι τη δεκαετία του 1980, αν και ορισμένοι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης στο λιανικό εμπόριο και οι τομείς των προμηθευτών είχαν από καιρό χρησιμοποιήσει τεχνικές μάρκετινγκ για την προώθηση των προϊόντων τους. Μετά από άλλες βιομηχανίες που είχαν υιοθετήσει το μάρκετινγκ, αυτές οι δραστηριότητες ήταν ακόμα ασυνήθιστες μεταξύ των οργανισμών που εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών.



Εικόνα 3.1 Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας, <https://americanmarketing.gr/>

Ωστόσο, ορισμένοι πρόδρομοι του μάρκετινγκ ήταν καλά εδραιωμένοι στη βιομηχανία. Κάθε νοσοκομείο και πολλοί άλλοι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είχαν μακροχρόνιες λειτουργίες δημοσίων σχέσεων που διέδιδαν πληροφορίες σχετικά με την οργάνωση και ανακοίνωσε νέες εξελίξεις (π.χ. νέο προσωπικό, αγορές εξοπλισμού). Το προσωπικό δημοσίων σχέσεων εργαζόταν κυρίως με τα MME— διάδοση ανακοινώσεων τύπου, ανταπόκριση σε αιτήματα για πληροφορίες και ενασχόληση με τον Τύπο όταν συνέβαινε ένα αρνητικό γεγονός.

Οι περισσότεροι μεγάλοι οργανισμοί παρόχων είχαν επίσης λειτουργίες επικοινωνίας (συντά από την αιγίδα του τμήματος δημοσίων σχέσεων). Επικοινωνιακό προσωπικό θα αναπτύξει υλικό για τη διάδοση στο κοινό και στους εργαζόμενους τον οργανισμό, όπως εσωτερικά —και αργότερα, προσανατολισμένα στον ασθενή— ενημερωτικά δελτία και υλικό εκπαίδευσης ασθενών.

Ορισμένοι από τους μεγαλύτερους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ίδρυσαν επίσης γραφεία κυβερνητικών σχέσεων. Το προσωπικό των κυβερνητικών σχέσεων ήταν υπεύθυνο για την παρακολούθηση ρυθμιστικές και νομοθετικές δραστηριότητες που ενδέχεται να επηρεάσουν τον οργανισμό, που εξυπηρετούνται ως διεπαφή με κυβερνητικούς αξιωματούχους και ενεργούσε ως λομπίστες όταν χρειαζόταν. Τα γραφεία κυβερνητικών σχέσεων εμπλέκονταν συχνά στην αντιμετώπιση των απαιτήσεων των ρυθμιστικών φορέων.

Οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης όλων των τύπων συμμετείχαν σε άτυπες προωθητικές δραστηριότητες σε κάποιο βαθμό. Τα νοσοκομεία, διοργάνωσαν ανοιχτά σπίτια σε νέες εγκαταστάσεις ή υποστήριζαν κοινοτικές εκδηλώσεις. Νοσοκομεία διατίθενται στην αγορά των εγκαταστάσεών τους στην κοινότητα για δημόσιες συναντήσεις και άλλως προσπάθεια να είναι καλοί εταιρικοί πολίτες. Οι γιατροί διέθεταν εμπορικά μέσα από δραστηριότητες όπως η δικτύωση με συναδέλφους στη λέσχη της χώρας, αποστέλλοντας επιστολές εκτίμησης για να αναφερθούν ιατρών και παροχή υπηρεσιών σε αθλητικές ομάδες γυμνασίου.

### **Η δεκαετία του 1950**

Αν και η δεκαετία του 1950 θεωρείται συχνά ως η «εποχή του μάρκετινγκ», το μάρκετινγκ δεν εμφανίστηκε στην οθόνη του ραντάρ της υγειονομικής περίθαλψης πολύ αργότερα. Η αναδυόμενη φαρμακευτική βιομηχανία, ωστόσο, είχε αρχίσει να κυκλοφορεί στους γιατρούς και η νεοσύστατη ασφαλιστική βιομηχανία είχε αρχίσει να εμπορεύεται σχέδια υγείας στους καταναλωτές. Στα χαρακώματα υγειονομικής περίθαλψης, οι πάροχοι ήταν έτη φωτός μακριά από επίσημες δραστηριότητες μάρκετινγκ. Αυτό, ωστόσο, δεν εμπόδισε τα νοσοκομεία να προσφέρουν δωρεάν εκπαιδευτικά προγράμματα ή την υλοποίηση εκστρατειών δημοσίων σχέσεων, ούτε το έκανε αποτρέπει τους γιατρούς από το να προσεγγίσουν πιθανούς παραπέμποντες γιατρούς και δικτύωση με συναδέλφους στο country club. Τότε, αυτές οι δραστηριότητες δεν θεωρήθηκαν ως μάρκετινγκ.

Καθώς η νοσοκομειακή βιομηχανία ενηλικιώθηκε και πολλές νέες εγκαταστάσεις έγιναν, ο κλάδος συνέχισε να αντικατοπτρίζει παραγωγικό προσανατολισμό. Η ζήτηση για οι υπηρεσίες γιατρών και νοσοκομείων θεωρήθηκαν ανελαστικές και λίγη προσοχή πληρωνόταν για τα χαρακτηριστικά είτε των σημερινών ασθενών είτε των υποψήφιων πελατών. Η έμφαση δόθηκε στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και οι περισσότεροι πάροχοι κράτησαν μονοπώλια ή ολιγοπώλια που τους προστάτευαν από τον ανταγωνισμό στο εσωτερικό τους.

### **Η δεκαετία του 1960**

Καθώς ο τομέας των υπηρεσιών υγείας επεκτάθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, ο ρόλος των δημοσίων σχέσεων ενισχύθηκε.

Τα ενδιαφερόμενα μέρη αυτής της περιόδου ήταν κυρίως οι γιατροί που δέχθηκαν ή παρέπεμψαν ασθενείς σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και τους δότες που έκαναν φιλανθρωπικές συνεισφορές στον οργανισμό. Η χρήση των μέσων για την προώθηση και οι στρατηγικοί στόχοι μάρκετινγκ δεν είχαν εξελιχθεί και οι σχέσεις των μέσων ενημέρωσης σε αυτήν την εποχή συχνά συνίσταντο στην απάντηση σε ερωτήσεις δημοσιογράφων σχετικά με την κατάσταση των ασθενών.

Η εκτύπωση ήταν το μέσο επιλογής για τις επικοινωνίες σε όλο το διάστημα στη δεκαετία του 1960, παρά τον ολοένα και πιο επιδραστικό ρόλο που έχουν τα ηλεκτρονικά μέσα (τηλεόραση και ραδιόφωνο, εκείνη την εποχή). Αυτή η εποχή χαρακτηρίστηκε από εκλεπτυσμένες ετήσιες εκθέσεις, ενημερωτικά φυλλάδια και δημοσιεύσεις που απευθύνονται στην κοινότητα. Οι

επικοινωνίες για την υγειονομική περίθαλψη έγιναν καλά ανεπτυγμένη λειτουργία και τα νοσοκομεία συνέχισαν να επεκτείνουν τον ρόλο των δημοσίων σχέσεων.

Φαρμακευτικές εταιρείες και ασφαλιστικές εταιρείες σχεδιάζουν να δημιουργήσουν δυνάμεις πωλήσεων για να προωθήσουν τα φάρμακά τους στους γιατρούς και στην αγορά ασφαλιστικά σχέδια σε εργοδότες και ιδιώτες, αντίστοιχα.

### **Η δεκαετία του 1970**

Κατά τη δεκαετία του 1970, η επείγουσα ανάγκη άρχισε να αυξάνεται μεταξύ των νοσοκομείων όσον αφορά την προώθηση των υπηρεσιών τους εντός της κοινότητας. Πολλοί οργανισμοί διεύρυναν τις λειτουργίες δημοσίων σχέσεών τους για να συμπεριλάβουν μια ευρεία εντολή μάρκετινγκ.

Ο κερδοσκοπικός τομέας των νοσοκομείων αυξήθηκε επίσης σε σημασία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Τα νοσοκομεία διεύρυναν τις υπηρεσίες τους. Συνεχίστηκε η υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και το σταθερό σύστημα πληρωμών έκανε τη βιομηχανία ελκυστική για εταιρείες που ανήκουν σε επενδυτές. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εμφανίστηκαν αλυσίδες γηροκομείων.

Κάποιες πρώτες απόπειρες διαφήμισης υπηρεσιών υγείας έγιναν και το ενδιαφέρον για την έρευνα μάρκετινγκ είχε αρχίσει να εμφανίζεται. Στο κίνημα του μάρκετινγκ στην υγεία δόθηκε περαιτέρω ώθηση από αποφάσεις που χαλάωσαν τους περιορισμούς στη διαφήμιση, που επιβλήθηκαν από νωρίς από διάφορους ρυθμιστικούς φορείς, για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Για τα νοσοκομεία, η εποχή των πωλήσεων ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Στο πλαίσιο αποζημίωσης βάσει κόστους (π.χ. Medicare), ο ανταγωνισμός με άλλα νοσοκομεία δεν ήταν σημαντική ανησυχία. Τα νοσοκομεία είχαν αρκετούς ασθενείς και τα ποσοστά πληρότητας ήταν υψηλά. Η πρώτη προτεραιότητα ήταν να προσελκύσουν όσο το δυνατόν περισσότερους πελάτες, προσελκύοντας τους γιατρούς δέχονται τους ασθενείς τους. Για τον σκοπό αυτό, τα νοσοκομεία ανέπτυξαν σχέσεις με τους γιατρούς προγράμματα και πρόσφερε άλλα δελεάσματα για την ενθάρρυνση της αφοσίωσης των γιατρών.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, ορισμένα νοσοκομεία υιοθέτησαν στρατηγικές μαζικής διαφήμισης προωθούν τα προγράμματά τους, συμπεριλαμβανομένων των διαφημιστικών πινακίδων και της τηλεόρασης και ραδιοφωνικών διαφημίσεων που διαφημίζουν μια συγκεκριμένη υπηρεσία. Ο στόχος του μάρκετερ ήταν να πείσει τους υποψήφιους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν το νοσοκομείο του όταν τους παρουσιαστεί μια επιλογή μεταξύ ανταγωνιστικών νοσοκομείων. Η επικοινωνία οι προσπάθειες άρχισαν να στοχεύουν στους ασθενείς και στην ικανοποίηση των ασθενών κι η έρευνα απέκτησε σημασία. Ακόμα κι έτσι, το μάρκετινγκ με την έννοια της διαχείρισης και ροής των υπηρεσιών μεταξύ ενός οργανισμού και των πελατών του δεν ήταν ακόμα αναγνωρισμένη λειτουργία των περισσότερων οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

### **Η δεκαετία του 1980**

Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης είχε εξελιχθεί από αγορά πωλητή σε αγορά αγοραστή. Οι εργοδότες και οι καταναλωτές είχαν γίνει αγοραστές υγειονομικής περίθαλψης και ο ρόλος του γιατρού στην παραπομπή ασθενών για νοσοκομειακές υπηρεσίες είχε αρχίσει να ελαττώνεται. Η νοσοκομειακή βιομηχανία συνέχισε να αναπτύσσεται κατά τη δεκαετία του 1980, καθώς επεκτάθηκαν τα συστήματα υγείας με κεντρική διαχείριση (τόσο κερδοσκοπικού όσο και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα). και εθνικές αλυσίδες νοσοκομείων, γηροκομείων και υπηρεσιών υγείας στο σπίτι ιδρύθηκαν.

Οι έμποροι έπρεπε να αρχίσουν να εξετάζουν το κοινό-στόχο με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο και η σημασία των καταναλωτών αυξήθηκε. Τα νοσοκομεία άρχισαν να σκέφτονται την ιατρική περίθαλψη όσον αφορά τις σειρές προϊόντων ή υπηρεσιών και συνειδητοποίησαν ότι η αγορά απευθείας στους καταναλωτές για υπηρεσίες όπως η μαιευτική, η αισθητική χειρουργική, και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη θα μπορούσε να αποφέρει έσοδα και να ενισχύσει το μερίδιο αγοράς.

Αν και το μάρκετινγκ είχε αρχίσει να γίνεται αποδεκτό στην υγειονομική περίθαλψη, η βιομηχανία υπέφερε από έλλειψη επαγγελματικού προσωπικού μάρκετινγκ. Λίγοι έμποροι είχαν εμπειρία με την υγειονομική περίθαλψη και οι απόπειρες εισαγωγής τεχνικών μάρκετινγκ από άλλες βιομηχανίες ήταν γενικά ανεπιτυχείς.

Η διαφήμιση αυξήθηκε δραματικά κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας. Το 1983, τα νοσοκομεία ξόδεψαν 50 εκατομμύρια δολάρια για διαφήμιση. Μέχρι το 1986, ο αριθμός αυτός είχε αυξηθεί 500 εκατομμύρια δολάρια, δεκαπλάσια αύξηση σε τρία χρόνια.

Ένας αυξανόμενος αριθμός επαγγελματιών υγείας που βρέθηκαν ξαφνικά οι ίδιοι σε ανταγωνισμό για τους ασθενείς άρχισαν να βλέπουν το μάρκετινγκ ως το κλειδί για την ανταγωνιστική επιτυχία. Αυτή η αντίληψη οδήγησε σε αύξηση της διαφημιστικής δραστηριότητας από μεγάλους οργανισμούς υγείας. Δυστυχώς, μεγάλο μέρος της διαφήμισης από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1980 ήταν αναποτελεσματικό, λόγω της συντηρητικής κουλτούρας των νοσοκομείων που αποστρέφονται τον κίνδυνο.

Κατά τη δεκαετία του 1980, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισαν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Τα νοσοκομεία έψαχναν για περικοπές όπου έβρισκαν και οι δαπάνες μάρκετινγκ ήταν εύκολοι στόχοι. Οι προϋπολογισμοί περικόπηκαν και προσωπικό μάρκετινγκ απολύθηκε. Αν και η λειτουργία μάρκετινγκ δεν είχε ξαλειφθεί εντελώς, συχνά ενσωματώθηκε κάτω από την ομπρέλα των επιχειρήσεων για αναπτυξιακό ή στρατηγικό σχεδιασμό. Σε πολλούς οργανισμούς, το μάρκετινγκ ήταν αποσπτάται από τον προϋπολογισμό και διατηρείται ζωντανό από λίγους αφοσιωμένους επαγγελματίες του μάρκετινγκ. Σε ορισμένους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, το μάρκετινγκ εξαφανίστηκε ως εταιρική λειτουργία και δεν αποκαταστάθηκε ποτέ.

Η έρευνα των καταναλωτών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπήκε στο προσκήνιο κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας. Τα περισσότερα νοσοκομεία είχαν δείξει ικανοποίηση ασθενών για κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά η έρευνα των καταναλωτών ήταν σχεδόν άγνωστη μέχρι τη

δεκαετία του 1970. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, η πλειονότητα των νοσοκομείων διεξήγαγε έρευνα σε γιατρούς και καταναλωτές. Το τελευταίο ήταν κρίσιμο για την ανάπτυξη της διαφήμισης και την παρακολούθηση της επιτυχίας των προγραμμάτων μάρκετινγκ.

### **Η δεκαετία του 1990**

Η υγειονομική περίθαλψη κατευθύνθηκε περισσότερο από την αγορά τη δεκαετία του 1990 και το μάρκετινγκ απέκτησε σημασία στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Κάθε νοσοκομείο προσπαθούσε να κερδίσει τις καρδιές και τα μυαλά των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαφήμιση από οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης αναζωπυρώθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1990, υποκινούμενη από το τεράστιο κύμα συγχωνεύσεων νοσοκομείων. Η ενοποίηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε όλο και μεγαλύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οδήγησε στη δημιουργία μεγαλύτερων οργανισμών με διευρυμένους πόρους .

Ο καταναλωτής ανακαλύφθηκε ξανά κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας και ξεκίνησε η κίνηση απευθείας προς τον καταναλωτή. Η δημοτικότητα των σχέσεων με τους επισκέπτες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 εδραίωσε τη μετατροπή των ασθενών σε οι πελάτες. Το μάρκετινγκ όλο και περισσότερο ενσωματωνόταν στις λειτουργίες των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Οι καταναλωτές της δεκαετίας του 1990 ήταν καλύτερα μορφωμένοι και πιο διεκδικητικοί σχετικά με τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης από ό,τι οι καταναλωτές της προηγούμενης γενιάς. Η εμφάνιση του Διαδικτύου ως πηγή πληροφοριών για την υγεία συνέβαλε περαιτέρω. Οι πρόσφατα εξουσιοδοτημένοι καταναλωτές αναλάμβαναν ολοένα και περισσότερο σημαντικό ρόλο (αν και άτυπο) στην αναμόρφωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Σε ένα πιο εξειδικευμένο σώμα μάρκετινγκ εμφανίστηκαν επαγγελματίες που έφεραν φιλόδοξες αλλά ρεαλιστικές προσδοκίες. Οι φαρμακευτικές εταιρείες άρχισαν να διαφημίζονται απευθείας στους καταναλωτές, γεγονός που έκανε όλους στη βιομηχανία να γνωρίζουν καλύτερα το μάρκετινγκ. Επιπλέον, όλοι στην υγειονομική περίθαλψη γίνονταν πιο ευαίσθητα καταναλωτικοί και νέα δεδομένα έδωσαν στους επαγγελματίες υγείας μια καλύτερη κατανόηση του πελάτη της υγειονομικής περίθαλψης.

Η έρευνα μάρκετινγκ απέκτησε σημασία κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας. Η ανάγκη για πληροφορίες σχετικά με τους καταναλωτές, τους πελάτες, τους ανταγωνιστές και την αγορά απαιτούσε μια διευρυμένη ερευνητική λειτουργία. Η έρευνα ασθενών και καταναλωτών αυξήθηκε και οι νέες τεχνολογίες έφεραν την έρευνα δυνατότητες άλλων βιομηχανιών στην υγειονομική περίθαλψη.

Μέχρι το τέλος του εικοστού αιώνα, το μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης είχε αλλάξει ουσιαστικά. Έγινε νέα εστίαση στην ικανοποίηση των ασθενών και στις αυξημένες προσπάθειες για τη δημιουργία καταναλωτικών δεδομένων.

Η διαφήμιση εικόνας αποδόθηκε υπέρ των στοχευμένων προωθητικών ενεργειών για συγκεκριμένες υπηρεσίες, με αποτέλεσμα περισσότερο περιεχόμενο. Τεχνικές από άλλους

κλάδους, όπως το μάρκετινγκ πελατειακών σχέσεων, άρχισαν να διερευνώνται. Η νέα γενιά διαχειριστών υγειονομικής περίθαλψης φαινόταν να είναι πιο άνετα με το μάρκετινγκ και θεώρησαν αυτή τη λειτουργία ως εγγενή πτυχή του λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης.

Ο τομέας έγινε πιο εξελιγμένος συνολικά. Η αγορά ήταν από πολλές απόψεις περισσότερο ανταγωνιστική, ακόμη και το περιβάλλον διαχειριζόμενης φροντίδας είχε ευκαιρίες για διαφημιστικές δραστηριότητες. Επιπλέον, οι συγχωνεύσεις όχι μόνο δημιούργησαν περισσότερες δυνατότητες επιρροής μάρκετινγκ, αλλά συχνά εμπλέκονται και κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που ήταν εγγενώς περισσότερο προσανατολισμένοι στο μάρκετινγκ.

### **Η δεκαετία του 2000 κι έπειτα**

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1990, μια νέα ομάδα διοικητών υγειονομικής περίθαλψης είχε εισέλθει και άρχισε να επιδεικνύει μεγαλύτερη αποδοχή των επιχειρηματικών πρακτικών, συμπεριλαμβανομένου του μάρκετινγκ. Ο κλάδος είχε δει έναν τεράστιο κύκλο εργασιών στους διαχειριστές νοσοκομείων μέσω συνταξιοδότησης, συγχωνεύσεων και συρρικνώσεων. Πολλά από τα νέο κύμα διαχειριστών προήλθαν από άλλες, συχνά πιο κερδοσκοπικές βιομηχανίες, όπου το μάρκετινγκ θεωρούνταν κανονική εταιρική λειτουργία. Αυτοί οι διαχειριστές ενστάλαξαν μια νοοτροπία μάρκετινγκ που συνάδει με τον στρατηγικό προσανατολισμό που έφεραν στον κλάδο.

Αν και ορισμένοι εξακολουθούν να επικεντρώνονται στη διαφήμιση και τις πωλήσεις, τα στελέχη μάρκετινγκ έχουν επεκτείνει τις εργαλειοθήκες τους για να καλύπτουν όλο το φάσμα δραστηριοτήτων για την υποστήριξη της λειτουργίας μάρκετινγκ. Οι τεχνικές μάρκετινγκ έχουν προσαρμοστεί από άλλους κλάδους. Αξιόπιστες και αποτελεσματικές σχέσεις με το κοινό, τα μέσα ενημέρωσης, η εξυπηρέτηση πελατών, η φήμη και η διαχείριση σχέσεων επανέρχονται, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητα προσεκτικά σχεδιασμένων μεθόδων χαμηλού κόστους.

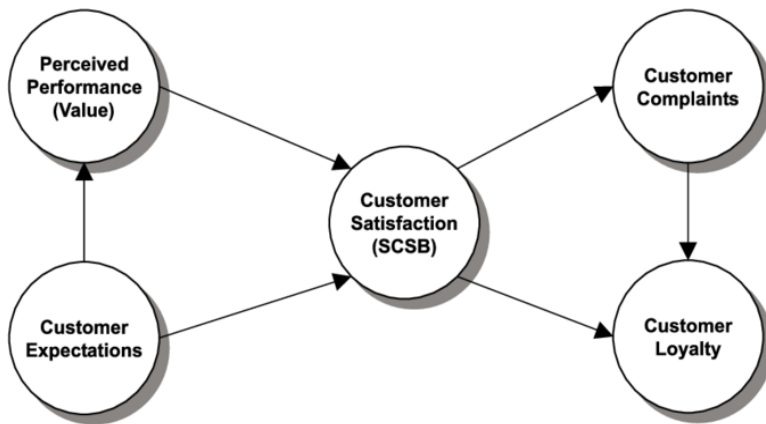
Ο καταναλωτής θεωρείται όλο και περισσότερο το κλειδί της επιτυχίας και έχουν τεθεί σε εφαρμογή διάφορες τεχνικές διαχείρισης δεδομένων και σχέσεων με τους πελάτες. Η δέσμευση των καταναλωτών είναι μια τρέχουσα λέξη-κλειδί στην υγειονομική περίθαλψη και οι προσπάθειες που στοχεύουν στο να κάνουν τους καταναλωτές υγειονομικής περίθαλψης να αγοράσουν μέσα αυξάνονται. Το νέο το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί ένα νέο προσέγγιση που περιλαμβάνει μια συνιστώσα πληθυσμού που δημιουργεί μετρήσιμα κοινοτικό όφελος. Καθώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πληρώνονται όλο και περισσότερο για απόδοση και όχι για όγκο, μια πιο προσεκτική προσέγγιση στο μάρκετινγκ θα είναι απαιτείται.

Θεωρείται από ορισμένους ως η κύρια εξέλιξη του εικοστού πρώτου αιώνα, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης διαδραματίζουν αυξανόμενο ρόλο στο μάρκετινγκ της υγείας. Μέχρι το τέλος του εικοστού αιώνα, σχεδόν όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είχαν δημιουργήσει μια παρουσία στο Διαδίκτυο. για πολλούς, αυτό δεν ήταν μόνο ένας πυρήνας της πρωτοβουλίας μάρκετινγκ αλλά και μέσο αλληλεπίδρασης με πελάτες και υποψήφιους πελάτες. Αυτή η ικανότητα ηλεκτρονικής επικοινωνίας έχει επεκταθεί με την έκρηξη των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Οι ασθενείς μπορούν να επικοινωνούν ακαριαία μεταξύ τους και, όλο και περισσότερο, με επαγγελματίες υγείας. Οι υποψήφιοι πελάτες μπορούν να αλληλεπιδράσουν με

τους υπάρχοντες πελάτες πριν χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας. Ο κατακλυσμός του κυβερνοχώρου από υγειονομική περίθαλψη απαιτεί στενή παρακολούθηση από τους εμπόρους.

### 3.2 Μοντέλο ικανοποίησης πελατών

Το Μοντέλο Ικανοποίησης Πελατών είναι ένα σύνολο αιτιακών εξισώσεων που συνδέουν την αντιληπτή ποιότητα, την αντιληπτή αξία και τις προσδοκίες των πελατών με την ικανοποίηση του πελάτη. Το μοντέλο ικανοποίησης πελατών συνδέεται, με τη σειρά του, με τις συνέπειές του όσον αφορά τα παράπονα των πελατών και την αφοσίωση των πελατών. Αυτό το μοντέλο βασίζεται στον Αμερικανικό Δείκτη Ικανοποίησης Πελατών (ACSI), ο οποίος είναι μία από τις καλύτερες λύσεις για τη μέτρηση της ικανοποίησης πελατών που συνδέεται άμεσα με την οικονομική απόδοση. Ο Αμερικανικός Δείκτης Ικανοποίησης Πελατών (ACSI) είναι ο κορυφαίος εθνικός δείκτης ικανοποίησης πελατών από αγαθά και υπηρεσίες στην οικονομία των ΗΠΑ. Το ACSI αναπτύχθηκε από τη Σχολή Επιχειρήσεων Stephen M. Ross του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν. Η εξαρτημένη μεταβλητή σε αυτό το εννοιολογικό μοντέλο είναι η ικανοποίηση του πελάτη, ενώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι η αντιληπτή ποιότητα, η αντιληπτή αξία και οι προσδοκίες των πελατών. Τα παράπονα πελατών και η πίστη των πελατών είναι τα αποτελέσματα (συνέπειες) αυτού του εννοιολογικού πλαισίου.



Εικόνα 3.2, Μοντέλο ικανοποίησης πελατών, <https://www.researchgate.net/>

Η αντιληπτή ποιότητα είναι ο πρώτος καθοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης του πελάτη, που είναι η αξιολόγηση της αγοράς, εξυπηρέτησης για την πρόσφατη εμπειρία κατανάλωσης και αναμένεται να έχει άμεση και θετική επίδραση στην ικανοποίηση του πελάτη.

Η αντιληπτή αξία είναι ο δεύτερος καθοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης των πελατών ή το αντιληπτό επίπεδο ποιότητας του προϊόντος σε σχέση με την τιμή που καταβλήθηκε. Η αντιληπτή αξία είναι ένα μέτρο ποιότητας σε σχέση με την καταβληθείσα τιμή. Αν και η τιμή είναι συχνά πολύ σημαντική για την πρώτη αγορά του πελάτη, συνήθως έχει κάπως μικρότερο αντίκτυπο στην ικανοποίηση του πελάτη για επαναλαμβανόμενες αγορές.

Οι προσδοκίες των πελατών είναι ο τρίτος καθοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης των πελατών, ο οποίος μετρά την προσδοκία του πελάτη για την ποιότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών μιας εταιρείας. Οι προσδοκίες αντιπροσωπεύουν τόσο την προηγούμενη εμπειρία κατανάλωσης, η οποία περιλαμβάνει κάποιες μη βιωματικές πληροφορίες, όπως διαφήμιση και από στόμα σε στόμα, όσο και μια πρόβλεψη της ικανότητας της εταιρείας να προσφέρει ποιότητα στο μέλλον.

### **Ικανοποίηση πελάτη**

Υπάρχουν διαφορετικές εννοιολογήσεις της ικανοποίησης των πελατών, αλλά οι δύο πιο δημοφιλείς προσεγγίσεις είναι: η συγκεκριμένη συναλλαγή και η σωρευτική ή συνολική ικανοποίηση.

Από την προσέγγιση της συγκεκριμένης συναλλαγής, η ικανοποίηση του πελάτη θεωρείται ως μια αξιολόγηση μετά την επιλογή μιας συγκεκριμένης περίπτωσης αγοράς (Anderson et al., 1994).. Αυτή η προσέγγιση ορίζει την ικανοποίηση του πελάτη ως μια συναισθηματική απόκριση του πελάτη στην πιο πρόσφατη συναλλακτική εμπειρία με έναν οργανισμό. Η σχετική απόκριση εμφανίζεται σε μια συγκεκριμένη στιγμή μετά την κατανάλωση, αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία επιλογής. Η συναισθηματική απόκριση διαφέρει σε ένταση ανάλογα με τις περιστασιακές μεταβλητές που υπάρχουν (Peterson & Yang, 2004).

Σύμφωνα με τους Andaleeb και Carolyn (2006) είναι μια κρίση ότι ένα χαρακτηριστικό προϊόντος ή υπηρεσίας, ή το ίδιο το προϊόν ή η υπηρεσία, παρέχει ένα ευχάριστο επίπεδο πλήρωσης που σχετίζεται με την κατανάλωση. Με άλλα λόγια, είναι το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης με μια εμπειρία υπηρεσίας/προϊόντος.

Η σωρευτική ικανοποίηση πελατών είναι μια συνολική αξιολόγηση που βασίζεται στη συνολική εμπειρία αγοράς και κατανάλωσης με ένα αγαθό ή μια υπηρεσία με την πάροδο του χρόνου (Anderson et al., 1994). Αυτή η προσέγγιση βλέπει την ικανοποίηση των πελατών με έναν τρόπο σωρευτικής αξιολόγησης που απαιτεί την άθροιση της ικανοποίησης που σχετίζεται με συγκεκριμένα προϊόντα ή υπηρεσίες.

Η σωρευτική ικανοποίηση πελατών είναι μια συνολική αξιολόγηση που βασίζεται στη συνολική εμπειρία αγοράς και κατανάλωσης με ένα αγαθό ή μια υπηρεσία με την πάροδο του χρόνου (Anderson et al., 1994). Αυτή η προσέγγιση βλέπει την ικανοποίηση των πελατών με έναν τρόπο σωρευτικής αξιολόγησης που απαιτεί την άθροιση της ικανοποίησης που σχετίζεται με συγκεκριμένα προϊόντα ή υπηρεσίες.

Ενώ η ικανοποίηση για συγκεκριμένη συναλλαγή μπορεί να παρέχει συγκεκριμένες διαγνωστικές πληροφορίες σχετικά με ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσίες, η σωρευτική ικανοποίηση είναι ένας πιο θεμελιώδης δείκτης της προηγούμενης, τρέχουσας και μελλοντικής απόδοσης της εταιρείας.

Σύμφωνα με τον Barve (2011), η ικανοποίηση του πελάτη είναι η αντίδραση του πελάτη στην αξία που λαμβάνεται από την αγορά ή τη χρήση της προσφοράς. Η ικανοποίηση του πελάτη



αντιπροσωπεύει την αντίδραση του πελάτη στην αντίληψή του για την αξία που έλαβε ως αποτέλεσμα της χρήσης ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας. Αυτή η αντίδραση θα επηρεαστεί από την επιθυμητή τιμή (ιδανικό πρότυπο) καθώς και από την αντιληπτή αξία των ανταγωνιστικών προσφορών (βιομηχανικά πρότυπα, προσδοκίες που βασίζονται στη χρήση ανταγωνιστικών προϊόντων). Έτσι, η ικανοποίηση του πελάτη επηρεάζεται από την αντίληψη της παραδοθείσας αξίας καθώς και από την αντίληψη της αξίας που προσφέρει ο ανταγωνισμός.

Η ικανοποίηση του πελάτη είναι μια κρίση μετά την κατανάλωση που συγκρίνει την αξιολογούμενη συνολική ποιότητα μιας προσφοράς με την απόρριψη ποιότητάς της.

Η απόρριψη ποιότητας είναι η συγκέντρωση μεταξύ των χαρακτηριστικών της αντιληπτής απόδοσης χαρακτηριστικών μιας προσφοράς σε σχέση με την προσδοκία «πρέπει» του πελάτη. Για καθολικά χαρακτηριστικά, η απόρριψη ποιότητας είναι θετική όταν η αντιληπτή απόδοση χαρακτηριστικών υπερβαίνει την προσδοκία «πρέπει» και αρνητική όταν η αντιληπτή απόδοση χαρακτηριστικών πέφτει κάτω από την προσδοκία «πρέπει». Για παράδειγμα, εάν η προσδοκία «πρέπει» για χώρο για τα πόδια είναι 15 ίντσες, ο χώρος για τα πόδια πάνω από (κάτω) 15 ίντσες θα οδηγήσει σε θετική (αρνητική) απόρριψη ποιότητας, ενώ οι 15 ίντσες δεν θα έχουν καμία απόρριψη ποιότητας (Golder, Mitra & Moorman, 2012).

Χρησιμοποιούνται οι προσδοκίες «πρέπει» ως το επίπεδο αναφοράς για τον προσδιορισμό της απόρριψης ποιότητας, επειδή οι προσδοκίες «πρέπει» καταγράφουν πρόσθετους κανόνες, όπως η αντιληπτή ισότητα και δικαιοσύνη. Αυτοί οι κανόνες είναι σημαντικοί για την ικανοποίηση των πελατών και εκτείνονται πέρα από τα πρότυπα που βασίζονται στο προϊόν σε «βούληση» και «ιδανικές» προσδοκίες. Επιπλέον, οι προσδοκίες «πρέπει» ενισχύουν τον αντίκτυπο της απόρριψης ποιότητας στην ικανοποίηση των πελατών, επειδή η απόδοση της ιδιότητας μιας προσφοράς είναι πιο πιθανό να αποκλίνει από τις προσδοκίες «πρέπει» για ανταγωνιστικές προσφορές σε μια κατηγορία παρά από μια συγκεκριμένη προσδοκία «θα» προσφοράς.

Έτσι, η ικανοποίηση του πελάτη είναι μια σύγκριση μεταξύ ποιότητας (δηλαδή, αξιολογούμενη συνολική ποιότητα) και ενός ποιοτικού προτύπου (δηλαδή, απόρριψη ποιότητας), ενώ κάθε κατάσταση ποιότητας είναι μια σύγκριση της απόδοσης χαρακτηριστικών με ένα πρότυπο απόδοσης (δηλ. σχεδιασμός χαρακτηριστικών ή «ιδανικές» προσδοκίες). Το επίπεδο συγκέντρωσης ενός πελάτη για την απόρριψη ποιότητας θα ταιριάζει με το επίπεδο συγκέντρωσης για την αξιολογούμενη συνολική ποιότητα, επομένως αυτές οι δύο έννοιες μπορούν να συγκριθούν εύκολα για να διαμορφώσουν την ικανοποίηση του πελάτη (Golder, Mitra & Moorman, 2012). Ωστόσο, οι συντελεστές βαρύτητας σημασίας που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις συναθροίσεις δεν χρειάζεται να είναι οι ίδιοι. Η αρνητική επιβεβαίωση της θετικής ποιότητας αυξάνει την ικανοποίηση. Η αρνητική επιβεβαίωση ποιότητας μειώνει την ικανοποίηση. Όταν τα αντιληπτά χαρακτηριστικά είναι ίσα με τις προσδοκίες «πρέπει», δεν υπάρχει αλλαγή στην ικανοποίηση των πελατών πέρα από την επίδραση του επιπέδου ποιότητας που ήδη υπάρχει (Oliver, 2009).

## **Αντιληπτή Ποιότητα**

Η ποιότητα είναι ίσως το πιο σημαντικό και σύνθετο στοιχείο της επιχειρηματικής στρατηγικής. Οι εταιρείες ανταγωνίζονται στην ποιότητα, οι πελάτες αναζητούν ποιότητα και οι αγορές μεταμορφώνονται από την ποιότητα. Είναι μια βασική δύναμη που οδηγεί σε ευχαριστημένους πελάτες, στην κερδοφορία των επιχειρήσεων και στην οικονομική ανάπτυξη των εθνών (Deming, 1982; Rust, Zahorik, & Keiningham, 1995). Η ποιότητα έχει τις ρίζες της στην επιχειρηματική πρακτική και σε πολλούς κλάδους, όπως το μάρκετινγκ, η διαχείριση, τα οικονομικά, η μηχανική, οι επιχειρήσεις, η στρατηγική και η έρευνα των καταναλωτών. Στην επιχειρηματική πρακτική, οι απόψεις για την ποιότητα έχουν εξελιχθεί τα τελευταία 30 χρόνια μέσω προγραμμάτων όπως το Total Quality Management, τα Baldrige Awards και το Six Sigma, τα οποία έχουν βοηθήσει τις επιχειρήσεις να βελτιώσουν την ποιότητα, ιδιαίτερα στα βιομηχανικά προϊόντα (Deming, 1982; Powell, 1995).

Η ακαδημαϊκή έρευνα συνέβαλε επίσης στην κατανόηση της ποιότητας. Για παράδειγμα, η εξήγηση του μάρκετινγκ για την ποιότητα των υπηρεσιών έχει βελτιώσει την κατανόησή μας για την αντιληπτή ποιότητα, τις προσδοκίες των πελατών και την ικανοποίηση (π.χ. Boulding et al., 1993 Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Η ποιότητα εξακολουθεί να αποτελεί συχνό επίκεντρο της έρευνας στο μάρκετινγκ και σε άλλους κλάδους. Μάλιστα, τα τελευταία πέντε χρόνια, 79 άρθρα σχετικά με την ποιότητα έχουν δημοσιευτεί στο Journal of Marketing and Management Science.

Για ένα παράδειγμα, οι μελετητές έχουν προτείνει εναλλακτικά πλαίσια ποιότητας για αγαθά ή υπηρεσίες, αλλά όχι μια ολοκληρωμένη άποψη και των δύο (Brady & Cronin, 2001 Brucks, Zeithaml, & Naylor, 2000). Σε ένα άλλο παράδειγμα, η ποιότητα έχει γίνει λειτουργική ή χρησιμοποιείται εναλλακτικά με την ικανοποίηση του πελάτη, παρόλο που αυτές οι έννοιες είναι διαφορετικές (Oliver 2009).

Ορίζουμε την ποιότητα ως ένα σύνολο τριών διακριτών καταστάσεων της σχετικής απόδοσης των χαρακτηριστικών μιας προσφοράς που δημιουργείται κατά την παραγωγή, την εμπειρία και την αξιολόγηση της προσφοράς. Δεν συνδυάζουμε αυτές τις καταστάσεις σε μια συνολική έννοια της ποιότητας. Κάθε κατάσταση ποιότητας είναι μια συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης του χαρακτηριστικού μιας προσφοράς σε σχέση με ένα πρότυπο αναφοράς που επιθυμούν είτε οι εταιρείες είτε οι πελάτες. Εδώ βασιζόμαστε σε μια βασική ιδέα στο μοντέλο κενών της ποιότητας υπηρεσιών (Parasuraman, Zeithaml και Berry 1985), δηλαδή ότι η ποιότητα δεν είναι απλώς η απόδοση ενός χαρακτηριστικού αλλά μάλλον μια αξιολόγηση της απόδοσης σε σχέση με ένα πρότυπο αναφοράς.

Κάθε διαδικασία ποιότητας σχετίζεται με τις άλλες δύο διαδικασίες μέσω σύγχρονων συνδέσμων και δυναμικών συνδέσμων και περιγράφεται σε επόμενες ενότητες. Οι σύγχρονοι σύνδεσμοι εμφανίζονται στην τρέχουσα χρονική περίοδο, ενώ οι δυναμικοί σύνδεσμοι είτε βασίζονται σε πληροφορίες από μια προηγούμενη περίοδο είτε τροφοδοτούν πληροφορίες στην επόμενη περίοδο.

Η ποιοτική διαδικασία παραγωγής συμβαίνει όταν οι επιχειρήσεις χρησιμοποιούν προδιαγραφές σχεδιασμού χαρακτηριστικών και σχεδιασμού διεργασιών για να μετατρέψουν τις εισροές πόρων

τους και αυτές από τους πελάτες σε παραγόμενα χαρακτηριστικά. Ο σχεδιασμός χαρακτηριστικών καθορίζει τις εισροές πόρων (από εταιρείες, πελάτες ή και τα δύο), την απόδοση των χαρακτηριστικών και την αξιοπιστία των χαρακτηριστικών που πρέπει να προσφέρει μια προσφορά. Ο σχεδιασμός διεργασίας υλοποιεί τον σχεδιασμό χαρακτηριστικών προσδιορίζοντας πώς οι εισροές πόρων μετατρέπονται σε παραγόμενα χαρακτηριστικά.

Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, η κατάσταση της παραγόμενης ποιότητας χαρακτηριστικών είναι η απόδοση του παραγόμενου χαρακτηριστικού μιας προσφοράς σε σχέση με τις προδιαγραφές σχεδιασμού χαρακτηριστικών της εταιρείας. Η ποιοτική διαδικασία παραγωγής λαμβάνει πολλαπλές πηγές ανατροφοδότησης, τις οποίες οι εταιρείες μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να βελτιώσουν τον σχεδιασμό των χαρακτηριστικών.

Η διαδικασία εμπειρίας ποιότητας συμβαίνει όταν οι εταιρείες (μόνες ή με πελάτες) παρέχουν χαρακτηριστικά στους πελάτες για να βιώσουν και οι πελάτες αντιλαμβάνονται αυτά τα χαρακτηριστικά μέσω του φακού της γνώσης και των κινήτρων μέτρησης, των συναισθημάτων και των προσδοκιών τους. Σε αυτή τη διαδικασία, υπάρχει μετάφραση από αυτό που βιώνει ο πελάτης (παραδιδόμενα χαρακτηριστικά) σε αυτό που αντιλαμβάνεται ο πελάτης (Hoch & Deighton, 1989). Οι πελάτες δεν θα αντιληφθούν με ακρίβεια όλα τα χαρακτηριστικά που αντιμετωπίζουν και θα παραβλέψουν εντελώς ορισμένα χαρακτηριστικά. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, η κατάσταση της έμπειρης ποιότητας των χαρακτηριστικών είναι η απόδοση χαρακτηριστικών που παρέχεται από την προσφορά σε σχέση με την «ιδανική» προσδοκία ενός πελάτη. Αν και οι πελάτες και οι εταιρείες μπορούν και οι δύο να μετρήσουν την ποιότητα των έμπειρων χαρακτηριστικών, υποστηρίζουμε ότι οι εταιρείες είναι πιο ικανές και πιο παρακινημένες να το κάνουν.

Η διαδικασία αξιολόγησης ποιότητας συμβαίνει όταν οι πελάτες συγκρίνουν τα αντιληπτά χαρακτηριστικά μιας προσφοράς με τις προσδοκίες τους για να σχηματίσουν συνοπτικές κρίσεις για την ποιότητα και, στη συνέχεια, την ικανοποίηση.

Αυτές οι προσδοκίες καθορίζονται από συσσωρευμένες πληροφορίες που αποτελούνται από αποθηκευμένες γνώσεις πελατών που συγκεντρώνονται από τις εμπειρίες του ίδιου του πελάτη, τις εμπειρίες άλλων πελατών, τις σταθερές στρατηγικές (π.χ. σχέσεις με τον πελάτη και τις στρατηγικές επωνυμίας), τις αναφορές μέσω και τα σήματα ποιότητας που σχετίζονται με κάθε χαρακτηριστικό (Kirmani & Rao, 2000). Σε αυτή τη διαδικασία, η κατάσταση της αξιολογούμενης συνολικής ποιότητας είναι η συγκέντρωση μεταξύ των χαρακτηριστικών της αντιληπτής απόδοσης χαρακτηριστικών μιας προσφοράς σε σχέση με την «ιδανική» προσδοκία του πελάτη (Zeithaml, 1988). Αν και αυτή η κατάσταση βρίσκεται στους πελάτες, οι επιχειρήσεις επωφελούνται από τη μέτρησή της.

Σύμφωνα με την Τσιότσιου (2005) η αντιλαμβανόμενη ποιότητα και η ικανοποίηση διαφέρουν με δύο τρόπους: η αντιληπτή ποιότητα είναι μια πιο συγκεκριμένη έννοια που βασίζεται σε χαρακτηριστικά προϊόντων και υπηρεσιών, ενώ η ικανοποίηση μπορεί να προκύψει από οποιαδήποτε διάσταση (π.χ. πίστη, προσδοκίες).

Επιπλέον, η αντιληπτή ποιότητα μπορεί να ελεγχθεί σε κάποιο βαθμό από μια εταιρεία, ενώ η ικανοποίηση δεν μπορεί. Έτσι, προτείνεται ότι όταν η αντιληπτή ποιότητα και η ικανοποίηση θεωρούνται ως συνολικές αξιολογήσεις, η αντιληπτή ποιότητα νοείται ως προηγούμενο της ικανοποίησης και επομένως προηγείται της (Llusar, Zornoza & Tena, 2001).

Το αποτέλεσμα της έρευνας που διεξήχθη από τον Caruana (2002) προκειμένου να επαληθευτεί εάν η αντιληπτή ποιότητα είχε τον προηγούμενο ρόλο ήταν ότι πρότεινε ότι υπάρχει άμεση επίδραση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας στην ικανοποίηση των καταναλωτών. Έτσι, αναμένεται ότι όσο υψηλότερη είναι η αντιληπτή ποιότητα ενός προϊόντος, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των καταναλωτών.

Ωστόσο, η ποιοτική παραγωγή ανήκει κατά κύριο λόγο στον τομέα των επιχειρήσεων. Η αξιολόγηση της ποιότητας είναι κατά κύριο λόγο τομέας των πελατών. και η εμπειρία ποιότητας είναι ο τομέας στον οποίο αλληλεπιδρούν εταιρείες και πελάτες.

Οι Frank και Enkawa, (2007) αποκάλυψαν ότι η ικανοποίηση των πελατών μπορεί να αυξηθεί με δύο τρόπους: είτε με την παροχή υψηλότερης ποιότητας αντιληπτής από τον πελάτη στην ίδια τιμή είτε με την παροχή της ίδιας ποιότητας σε χαμηλότερη τιμή, η οποία υποδεικνύει τη σχέση μεταξύ της αντιληπτής αξίας και του πελάτη. ικανοποίηση, αλλά και η αλληλεξάρτηση μεταξύ της αντιληπτής ποιότητας και της αντιλαμβανόμενης αξίας. Σύμφωνα με τους Turel και Serenko (2004) υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο δομών καθώς η αντιληπτή αξία περιλαμβάνει τη διάσταση της τιμής στην αντιληπτή ποιότητα και, ως εκ τούτου, είναι η αντίληψη της ποιότητας για τα χρήματα (Turel & Serenko, 2004).

### **Αντιληπτή Αξία**

Ο Eresey (2000) δήλωσε ότι η αντιληπτή αξία είναι μια αφηρημένη έννοια με έννοιες που ποικίλλουν ανάλογα με το πλαίσιο. Στο μάρκετινγκ η αντιληπτή αξία τυπικά ορίζεται από την οπτική γωνία του καταναλωτή. Η αντιληπτή αξία από τον πελάτη ορίζεται συνήθως στη βιβλιογραφία μάρκετινγκ υπηρεσιών ως η συνολική εκτίμηση του πελάτη για τη χρησιμότητα ενός προϊόντος με βάση τις αντιλήψεις για το τι λαμβάνεται και τι δίνεται. Σύμφωνα με τον ορισμό, η αντιληπτή αξία βασίζεται στις εμπειρίες των πελατών και θεωρείται ως συμβιβασμός μεταξύ οφελών και θυσιών ή μεταξύ της ποιότητας και των θυσιών, οι οποίες μπορούν να χωριστούν σε χρηματικές και ψυχολογικές θυσίες. Οι θυσίες περιλάμβαναν αρχικά κυρίως τις χρηματικές θυσίες όπως η τιμή και το κόστος απόκτησης, αλλά επεκτάθηκαν για να συμπεριλάβουν επίσης την αντιληπτή μη νομισματική τιμή και τον κίνδυνο της κακής απόδοσης. Επιπλέον, τέτοιοι ορισμοί αναπτύσσονται σύμφωνα με τις αλλαγές στη συμπεριφορά των καταναλωτών. Οι Cravens & Piercy (2003) υποστηρίζουν ότι η αντιληπτή αξία αποτελείται από τα οφέλη και το κόστος που προκύπτουν από την αγορά και τη χρήση των προϊόντων. Ένας άλλος ορισμός της αντιλαμβανόμενης αξίας, προτείνει ότι η αντιληπτή αξία αντιπροσωπεύει μια ανταλλαγή αυτού που λαμβάνεται και αυτού που δίνεται (Iglesias & Guillen, 2004). Ο Keller (1998) είναι της γνώμης ότι οι καταναλωτές συνδυάζουν την αντίληψη της ποιότητας με την αντίληψη του κόστους για να καταλήξουν σε μια εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης αξίας.

Οι δύο κύριες προσεγγίσεις για την εννοιολόγηση της αντιληπτής αξίας είναι οι εξής. Το πρώτο ορίζει την αντιληπτή αξία ως μια κατασκευή χωρισμένη σε δύο μέρη, ένα από τα οφέλη που έλαβε (οικονομικά, κοινωνικά και σχεσιακά) και ένα άλλο από τις θυσίες που έγιναν (τιμή, χρόνος, προσπάθεια, κίνδυνος και ευκολία) από τον καταναλωτή (Grewal, Monroe & Krishnan, 1998, Cronin, Brady & Hult, 2000).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Zeithaml (1988) η αντιληπτή αξία προκύπτει από την προσωπική σύγκριση των οφελών που αποκτήθηκαν και των θυσιών που έγιναν. Κατά συνέπεια, αυτή η έννοια είναι εξαιρετικά υποκειμενική και προσωπική (Parasuraman, Zeithaml & Barry, 1985). Άλλωστε είναι μια χρηστική αντίληψη που περιέχει τις συνιστώσες των οφελών και των θυσιών των καταναλωτών.

Η συνιστώσα του οφέλους που λαμβάνει ένας καταναλωτής από την αγορά περιλαμβάνει την αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσίας και τα ψυχολογικά οφέλη (Zeithaml, 1988). Οι θυσίες είναι τα νομισματικά και τα μη νομισματικά συστατικά: τιμή, χρόνος, ενέργεια, προσπάθεια, ταλαιπωρία. Έτσι, για να αγοράσει ο καταναλωτής την υπηρεσία ή να την αγοράσει ξανά, πρέπει να έχει αξία είτε ενσωματώνοντας οφέλη είτε μειώνοντας τις θυσίες. Η δεύτερη προσέγγιση βασίζεται σε μια πολυδιάστατη κατασκευή της αντιλαμβανόμενης αξίας (Woodruff, 1997, Sweeney & Soutar, 2001, Sánchez, Callarisa, Rodríguez & Moliner, 2006). Αυτή η έννοια περιλαμβάνει τη λειτουργική διάσταση και τη συναισθηματική διάσταση, εξετάζοντας την αγοραστική συμπεριφορά του καταναλωτή. Η λειτουργική αξία καθορίζεται από τις ορθολογικές και οικονομικές αποτιμήσεις των καταναλωτών και η ποιότητα των υπηρεσιών διαμορφώνει αυτή τη διάσταση. Η συναισθηματική διάσταση χωρίζεται σε συναισθηματική και κοινωνική διάσταση. Οι συγγραφείς (Sheth, Newman & Gross, 1991) ασχολούνται με την πολυδιάσταση της αντιληπτής αξίας και αναγνωρίζουν τις γνωστικές και συναισθηματικές πτυχές. Οι Sheth et al. (1991) προσδιόρισε πέντε διαστάσεις της έννοιας της αξίας: κοινωνική, συναισθηματική, λειτουργική, υπό όρους και γνωσιολογική. Όρισαν τη λειτουργική τιμή ως μια αντιληπτή χρησιμότητα των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας. Η συναισθηματική αξία αποτελείται από τα συναισθήματα ή τις συναισθηματικές καταστάσεις που δημιουργούνται από την εμπειρία της κατανάλωσης. Η κοινωνική αξία είναι η αποδοχή στο επίπεδο των σχέσεων του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Η γνωσιολογική αξία είναι η ικανότητα της υπηρεσίας να εκπλήσσει προκαλεί την περιέργεια ή ικανοποιεί την επιθυμία για γνώση. Τέλος, η υπό όρους τιμή αναφέρεται στους περιστασιακούς παράγοντες όπως η ασθένεια ή συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (Sheth et al., 1991).

Κατά συνέπεια, η κλίμακα της αντιλαμβανόμενης αξίας περιλάμβανε τέσσερις διαστάσεις: ποιότητα – απόδοση, τιμή-αξία για τα χρήματα, συναισθηματική αξία και κοινωνική αξία. Αυτή η κλίμακα δοκιμάστηκε με βάση τις αντιλήψεις των καταναλωτών για διαρκή καταναλωτικά αγαθά σε μια κατάσταση αγοράς λιανικής για να προσδιοριστεί ποιες αξίες κατανάλωσης καθοδηγούν την αγοραστική στάση και συμπεριφορά. Σε διαφορετικές καταστάσεις επιλογής, οι ερευνητές μπορούν να διερευνήσουν την απόφαση των καταναλωτών που σχετίζεται συγκεκριμένα με την αντιληπτή χρησιμότητα μιας επιλογής σε επίπεδο αγοράς (αγορά ή μη αγορά), επίπεδο προϊόντος (τύπος προϊόντος Α ή τύπος προϊόντος Β) ή επίπεδο επωνυμίας (μάρκα Α ή επωνυμία ΣΙ).

Σύμφωνα με τον Petrick (2002) οι διαστάσεις αυτού που λαμβάνουν οι καταναλωτές από τις υπηρεσίες αγοράς περιλαμβάνουν την ποιότητα, τη συναισθηματική ανταπόκριση, τη φήμη που αποκτάται από τις υπηρεσίες, τη χρηματική τιμή και την τιμή συμπεριφοράς.

Επιπλέον, πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα της υπηρεσίας επηρεάζει θετικά την αντιληπτή αξία (Cronin et al., 2000; Petrick, 2002; Sanchez et al., 2006). Η σύνδεση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης αξίας και της ικανοποίησης των καταναλωτών ή των μελλοντικών προθέσεων που συζητείται στη βιβλιογραφία του μάρκετινγκ υπηρεσιών. Η βιβλιογραφία φαίνεται να προτείνει ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από την αντιληπτή αξία (Anderson et al., 1994) και οι μελλοντικές προθέσεις καθορίζονται εν μέρει από την αντιληπτή αξία. Επίσης οι Sanchez et al., (2006), Sweeney και Soutar (2001) υποστηρίζουν ότι η αντιληπτή αξία είναι ένας θετικός προγνωστικός παράγοντας της ικανοποίησης των καταναλωτών.

### **Προσδοκίες πελατών**

Οι προσδοκίες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης. Ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία εκπληρώνει την ανάγκη και την επιθυμία ενός πελάτη μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση συναισθημάτων ικανοποίησης, λόγω του αντίκτυπου της επιβεβαίωσης ή της μη επιβεβαίωσης που έχουν στην ικανοποίηση.

Οι καταναλωτές αναμένουν να τους παραδοθούν ποιοτικά προϊόντα και υπηρεσίες. επομένως οι εταιρείες προσπαθούν να προσφέρουν ποιοτικά προϊόντα και υπηρεσίες. Ο όρος προσδοκίες έχει πραγματικά σημασία για τις εταιρείες επειδή θέλουν να γνωρίζουν ποιες είναι οι προσδοκίες των πελατών. Ο όρος «προσδοκίες» έχει διαφορετικές χρήσεις, στη βιβλιογραφία ικανοποίησης, θεωρείται ως μια πρόβλεψη που γίνεται από έναν καταναλωτή σχετικά με το τι είναι πιθανό να συμβεί κατά τη διάρκεια μιας ανταλλαγής ή μιας συναλλαγής. Σύμφωνα με τον Oliver (1981) οι προσδοκίες είναι οι πιθανότητες που καθορίζονται από τον καταναλωτή για την εμφάνιση θετικών και αρνητικών γεγονότων, εάν ο καταναλωτής εμπλέκεται σε κάποια συμπεριφορά.

Αντίθετα, στη βιβλιογραφία για την ποιότητα των υπηρεσιών ορίζεται ως επιθυμίες και επιθυμίες, τι πρέπει να προσφέρει ένας πάροχος υπηρεσιών αντί τι θα μπορούσε να προσφέρει. Οι πελάτες διαμορφώνουν τις προσδοκίες τους από την προηγούμενη εμπειρία τους, τις συμβουλές φίλων και τις πληροφορίες και τις υποσχέσεις των εμπόρων και των ανταγωνιστών (Kotler, 2000). Ως εκ τούτου, η αντιληπτή ποιότητα υπηρεσιών θεωρείται ως η διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών των καταναλωτών για την παρεχόμενη υπηρεσία. Οι οργανισμοί για να μην αυξάνονται οι προσδοκίες, πρέπει να εκτελούν τις υπηρεσίες σωστά από την πρώτη φορά (Parasuraman et al., 1988). Έτσι, οι προσδοκίες των πελατών για την υπηρεσία είναι πιθανό να αυξηθούν όταν η υπηρεσία δεν εκτελείται όπως είχε υποσχεθεί. Οι προσδοκίες χρησιμεύουν ως σημεία αναφοράς στην αξιολόγηση της απόδοσης από τον πελάτη (Cronin & Taylor, 1992). Έτσι, οι έμποροι λιανικής μπορούν να αυξήσουν την ικανοποίηση των πελατών μειώνοντας τις προσδοκίες των πελατών.

Το επίπεδο εξυπηρέτησης πελατών είναι επίσης ένας παράγοντας και ένας πελάτης μπορεί να αναμένει ότι θα συναντήσει αποτελεσματικότητα, εξυπηρετικότητα, αξιοπιστία, εμπιστοσύνη στο

προσωπικό και προσωπικό ενδιαφέρον για την προστασία του/της. Εάν το προϊόν ή οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών, τότε ο πελάτης θα είναι ικανοποιημένος.

Η συμβολή των προσδοκιών στην ικανοποίηση των πελατών θα πρέπει να είναι κυρίως με τη μορφή πρόβλεψης μελλοντικής ποιότητας. Εκτός εάν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με τη μελλοντική ποιότητα, η συμβολή των προσδοκιών στη συνολική ικανοποίηση των πελατών θα πρέπει να είναι ελάχιστη (Anderson et al., 1994).

Η προσδοκία είναι τα αποτελέσματα προηγούμενης εμπειρίας με τα προϊόντα της εταιρείας (TurkyImaz & O Zkan, 2007), αντιπροσωπεύει τόσο την προηγούμενη εμπειρία κατανάλωσης, η οποία περιλαμβάνει ορισμένες μη εμπειρικές πληροφορίες, όσο και μια πρόβλεψη της ικανότητας της εταιρείας να προσφέρει ποιότητα στο μέλλον. Η γνώση του τι περιμένει ο πελάτης είναι το πρώτο και πιθανό πιο κρίσιμο βήμα σε όλη τη διαδικασία παράδοσης προϊόντων και υπηρεσιών στους πελάτες, επειδή το λάθος με τις προσδοκίες των πελατών μπορεί να προκαλέσει απώλεια των πελατών ή ξόδεμα χρημάτων και χρόνου που δεν μετράνε οι πελάτες.

Σύμφωνα με τους Nasser, Salleh και Gelaidan (2012) το σχετικό ερώτημα είναι πώς και σε ποιο βαθμό οι πάροχοι προϊόντων και υπηρεσιών χρεώνουν τους πελάτες τους και τους παρέχουν αξία. Όλοι οι πελάτες αναμένουν οφέλη από άποψη αξίας.

Οι προσδοκίες είναι οι συνέπειες προηγούμενης εμπειρίας με τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες της εταιρείας. Αυτό αυξάνει τις προσδοκίες των πελατών για τη συνολική ποιότητα, την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών και για την εκπλήρωση προσωπικών αναγκών. Η κατασκευή των προσδοκιών των πελατών αναμένεται να έχει μια άμεση και θετική σχέση με την ικανοποίηση των πελατών (Anderson et al., 1994; Anderson & Fornell, 2000). Από την άλλη πλευρά, οι Nasser et al., (2012), ανέφεραν ότι η σχέση μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και της ικανοποίησης των πελατών είχε μια ασθενή και μη σημαντική σχέση σε κάποιες άλλες προηγούμενες μελέτες ικανοποίησης πελατών.

### 3.2.1 Ικανοποίηση πελατών στα νοσοκομεία

Στην πλειονότητα των μελετών, η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως μια αξιολόγηση ή ένα σύνολο αξιολογήσεων της ιατρικής παρέμβασης σε συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (Sitzia & Wood, 1997; Williams, 1994). Οι απόψεις του μεγάλου όγκου μελετών ικανοποίησης ασθενών έχουν δημιουργήσει ένα εύρος δυνητικά σχετικών διαστάσεων ικανοποίησης, πιο σωστά επισημασμένα συστατικά ή στοιχεία υγειονομικής περίθαλψης (Sitzia & Wood, 1997), που μπορεί να αξιολογηθεί από τους ασθενείς.

Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση σε συγκεκριμένα στοιχεία φροντίδας που μπορούν να ληφθούν υπόψη σε μελέτες ικανοποίησης ασθενών. Αν και τα ποικίλα συστατικά της φροντίδας που παράγονται και χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές μελέτες έχουν επικριθεί για μεταβλητότητα, αυτά μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με το συγκεκριμένο πλαίσιο φροντίδας στο

οποίο μετράται η ικανοποίηση και επίσης ανάλογα με τα άτομα και τους υποπληθυσμούς που τους μετρούν (Avis, Bond, & Arthur, 1995; Like & Zyzanski, 1987; Sitzia & Wood, 1997). Ωστόσο, υπάρχει επίσης σημαντική επικάλυψη στα εξαρτήματα φροντίδας όταν αυτά ομαδοποιούνται σε μεγάλες κατηγορίες.

Γενικά, μέσω της υιοθέτησης της διασφάλισης ποιότητας στο πλαίσιο Donabedian (Donabedian, 1980, 1988), σχετικά στοιχεία φροντίδας για οποιοδήποτε συγκεκριμένο πλαίσιο ιατρικής περίθαλψης μπορεί να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το εάν σχετίζονται με τη δομή (εγκαταστάσεις, προσωπικό), τη διαδικασία (τεχνική διαδικασία, διαπροσωπική διαδικασία) ή τα αποτελέσματα (σωματικά, ψυχοκοινωνική και οικονομική) της φροντίδας (Kravitz, 1996, Pascoe, 1983). Σε έρευνα μέχρι σήμερα, οι μετρήσεις των διαστάσεων της φροντίδας έχουν τάση να επικεντρώνονται σε μεταβλητές της διαδικασίας, ιδιαίτερα γύρω από τον διαπροσωπικό τρόπο του επαγγελματία υγείας (Kravitz, 1996; Pascoe, 1983). Επίσης, εκτός από τις διαστάσεις της περίθαλψης, ένα συνολικό μέτρο της ικανοποίησης λαμβάνεται συνήθως στην έρευνα ικανοποίησης ασθενών και πελατών και μελετά είτε απευθείας μέσω μιας ερώτησης τύπου κλίμακας Likert στο σύνολο την ικανοποίηση με μια υπηρεσία ή μέσω στάθμισης και άθροισης διαφόρων αξιολογήσεων σε στοιχεία φροντίδας.

Υπάρχουν αρκετές αδυναμίες στις τρέχουσες αντιλήψεις του ικανοποίηση και τις διαστάσεις της φροντίδας που βαθμολογούνται. Πρώτον, οι παραδοσιακές ταξινομήσεις των συστατικών της φροντίδας που σχετίζονται με την ικανοποίηση έχουν κατασκευαστεί σε μεγάλο βαθμό από παρόχους υπηρεσιών και αντιπροσωπεύουν τις ανησυχίες των παρόχων υπηρεσιών ή τις αντιλήψεις των παρόχων υπηρεσιών για τις ανησυχίες των πελατών.

Μέχρι πρόσφατα στους ασθενείς σπάνια τους ζητήθηκε να ορίσουν τις διαστάσεις της φροντίδας που σχετίζονται με ικανοποίηση από την υπηρεσία. Επομένως, αυτές οι διαστάσεις μπορεί να είναι ελλιπείς ή εσφαλμένα καθορισμένες (Wensing, Grol, & Smits, 1994), ιδιαίτερα από τη στιγμή που οι ασθενείς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης διαφέρουν ως προς τις αντιλήψεις τους για τις διαστάσεις της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (Jung, Wensing, de Wilt, Olesen, & Grol, 2000; Zandbelt, Smets, Oort, Godfried, & de Haes, 2004).

Δεύτερον, αμφισβητείται η εγκυρότητα μιας συνολικής κατασκευής ικανοποίησης. Στην παραδοσιακή έρευνα για την ικανοποίηση, τη συνολική ικανοποίηση με μια υπηρεσία βρίσκεται γενικά ότι είναι πολύ υψηλή, συχνά με 85% ή περισσότερους από τους ερωτηθέντες ισχυρίζονται ότι είναι γενικά ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες. Ωστόσο, εάν υποβάλλονται ερωτήσεις σχετικά με συγκεκριμένες διαστάσεις υπηρεσίας ή περιστατικά, εντοπίζονται πολύ χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Avis et al., 1997; Sitzia & Wood, 1997). Μια εξήγηση για αυτή τη διαφορά θα μπορούσε έγκειται στην εννοιολόγηση της ικανοποίησης ή μπορεί να οφείλεται σε μεθοδολογικές αδυναμίες στις έρευνες και τις μεθόδους ικανοποίησης, συμπεριλαμβανομένων ανεπαρκούς δειγματοληψίας, ιδιαίτερα των εγκαταλείψεων προγραμμάτων (Blais, 1990), μεροληψίας κοινωνικής επιθυμίας, μεροληψίας της κατάστασης του ερωτώμενου, κακής ερώτησης διατύπωσης, ανεπαρκούς στάθμισης των διαφόρων διαστάσεων της φροντίδας και ούτω καθεξής (Avis et al., 1997; Locker & Dunt, 1978).



Ίσως το πιο σημαντικό, τα μοντέλα στα οποία βασίζονται οι καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης είναι απλοϊκά και ανεπαρκή. Η παραδοσιακή θεωρία της ικανοποίησης των ασθενών βασίζεται στην κοινωνική ψυχολογική θεωρία και υποθέτει ότι η έκφραση της ικανοποίησης είναι μια έκφραση μιας στάσης (μια συναισθηματική απάντηση) που σχετίζεται τόσο στην πεποίθηση (προσδοκία) ότι η φροντίδα έχει ορισμένα αφιερώματα (διαστάσεις) όσο και στην αξιολόγηση αυτών των χαρακτηριστικών από τον ασθενή (πρώτα ορίστηκε στο Linder-Pelz, 1982, βασιζόμενος στους Fishbein και Διατύπωση στάσης Ajzen [Fishbein & Ajzen, 1975]). Μέτρα της ικανοποίησης, λοιπόν, δυνητικά παρέχει τόσο ένα μέτρο φροντίδας όσο και ένα μέτρο του ασθενούς ή του πελάτη που παρέχει την αξιολόγηση (Pascoe, 1983; Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983). Αυτή η γενική προσέγγιση έχει ονομαστεί το παράδειγμα αποκήρυξης (Zegers, 1968). Στα πλαίσια αυτή η προσέγγιση, η δυσaréσκεια υποτίθεται ότι αυξάνεται καθώς αυξάνεται η διαφορά μεταξύ ενός προτύπου φροντίδας και της αντιληπτής περίθαλψης. Αλλά τα μοντέλα ικανοποίησης περιλαμβάνουν τη θεωρία εκπλήρωσης και τον καταναλωτή ή θεωρίες μάρκετινγκ. Υπάρχει επίσης μια αναδυόμενη κοινωνιολογική προοπτική στην ικανοποίηση που τοποθετεί αυτές τις θεωρίες μέσα στην αλληλεπίδρασή τους πλαίσια. Καθένα από αυτά θα αναθεωρηθεί εν συντομία και θα συζητηθεί η συμβολή τους στη θεωρία της ικανοποίησης και τις ελλείψεις.

### 3.3 Βελτιώσεις ποιότητας

Η βελτίωση της φροντίδας των ασθενών έχει καταστεί προτεραιότητα για όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, με γενικό στόχο την επίτευξη υψηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού, η αυξανόμενη ζήτηση για καλύτερη περίθαλψη, ο πιο έντονος ανταγωνισμός, οι περισσότερες ρυθμίσεις περί υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση των αγωγών για ιατρικές αμέλειες και η ανησυχία για κακά αποτελέσματα είναι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτήν την αλλαγή.

Η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών καθορίζεται ουσιαστικά από την ποιότητα της υποδομής, την ποιότητα της εκπαίδευσης, την ικανότητα του προσωπικού και την αποτελεσματικότητα των λειτουργικών συστημάτων. Η θεμελιώδης απαίτηση είναι η υιοθέτηση ενός συστήματος που είναι «προσανατολισμένο στον ασθενή». Τα υπάρχοντα προβλήματα στην υγειονομική περίθαλψη σχετίζονται τόσο με ιατρικούς όσο και με μη ιατρικούς παράγοντες και πρέπει να εφαρμοστεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα που βελτιώνει και τις δύο πτυχές. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν μια ακόμη μεγαλύτερη πρόκληση, δεδομένου ότι η ποιότητα και η ανάκτηση κόστους πρέπει να εξισορροπούνται με ίσες ευκαιρίες στη φροντίδα των ασθενών.

#### **Μη ιατρικές πτυχές**

Το γεγονός ότι ο ασθενής είναι το πιο σημαντικό πρόσωπο σε ένα σύστημα ιατρικής περίθαλψης πρέπει να αναγνωρίζεται από όλους όσους εργάζονται στο σύστημα. Αυτός ο μοναδικός παράγοντας κάνει σημαντική διαφορά στη φροντίδα των ασθενών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι οικονομικοί περιορισμοί συχνά οδηγούν σε διακυβευμένη

ποιότητα της περίθαλψης. Αυτό μπορεί να διορθωθεί με την εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης που δίνουν έμφαση στην ανάκτηση κόστους. Μερικά από τα ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών παρατίθενται παρακάτω.

**Πρόσβαση.** Η προσβασιμότητα και η διαθεσιμότητα τόσο του νοσοκομείου όσο και του γιατρού πρέπει να είναι εξασφαλισμένη σε όλους όσους χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη.

**Αναμονή.** Οι χρόνοι αναμονής για όλες τις υπηρεσίες θα πρέπει να ελαχιστοποιηθούν. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, η υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες συχνά το καθιστά τεράστιο πρόβλημα. Ωστόσο, πρέπει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά μέσω της συνεχούς αναθεώρησης των απαντήσεων των ασθενών και άλλων δεδομένων και με τη χρήση αυτής της ανατροφοδότησης για την πραγματοποίηση των απαραίτητων αλλαγών στα συστήματα.

**Πληροφορίες.** Οι πληροφορίες και οι οδηγίες των ασθενών σχετικά με όλες τις διαδικασίες, τόσο ιατρικές όσο και διοικητικές, θα πρέπει να είναι πολύ σαφείς. Οι καλά εκπαιδευμένοι σύμβουλοι ασθενών σχηματίζουν έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο μεταξύ του ασθενούς και του προσωπικού του νοσοκομείου και κάνουν την εμπειρία του ασθενούς καλύτερη και το έργο των γιατρών πολύ πιο εύκολο.

**Διαχείριση.** Οι διαδικασίες check-in και check-out θα πρέπει να είναι «φιλικές προς τον ασθενή». Για παράδειγμα, για τους εσωτερικούς ασθενείς, χρειάζεται ένα σύστημα εξιτηρίου ασθενών στα δωμάτιά τους, εξαλείφοντας την ανάγκη ο ασθενής ή η οικογένεια να πηγαίνει σε άλλο γραφείο ή γκισέ στο νοσοκομείο και να περιμένει εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.

**Επικοινωνία.** Η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια για πιθανές καθυστερήσεις είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αποφύγει πολλή απογοήτευση και άγχος.

**Βοηθητικές Υπηρεσίες.** Άλλες υπηρεσίες όπως η επικοινωνία, η τροφή κ.λπ. θα πρέπει να είναι προσβάσιμες τόσο στους ασθενείς όσο και στις παρευρισκόμενες οικογένειες.

## **Ιατρικές πτυχές**

Εξαρτάται από την ποιότητα της ιατρικής και τεχνικής εμπειρογνωμοσύνης και τον εξοπλισμό και τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην πράξη. Οι ακόλουθοι παράγοντες συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών.

**Εκπαιδευμένο Προσωπικό.** Η έλλειψη επαρκούς προσωπικού και η έλλειψη κατάλληλων εγκαταστάσεων εκπαίδευσης για το διαθέσιμο προσωπικό είναι μεγάλα προβλήματα. Θα πρέπει να αντισταθεί στον πειρασμό να στρατολογηθούν μη εκπαιδευμένοι ή ανεπαρκώς εκπαιδευμένοι άνθρωποι. Πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των προγραμμάτων κατάρτισης και να βελτιωθούν τα υπάρχοντα προγράμματα. Η διάθεση ενός ενιαίου βασικού προγράμματος σπουδών για όλα τα ιδρύματα/προγράμματα κατάρτισης θα συμβάλει στην τυποποίηση.

Ποιοτική περιποίηση. Η ενσωμάτωση συστημάτων διασφάλισης ποιότητας σε κάθε πτυχή της φροντίδας των ασθενών είναι κρίσιμη. Για παράδειγμα, η τήρηση της ασηψίας στις χειρουργικές αίθουσες θα συμβάλει στη μείωση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας.

Εξοπλισμός. Όλος ο απαραίτητος εξοπλισμός πρέπει να είναι στη θέση του και να συντηρείται σωστά. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την απόδοση του ιατρικού συστήματος και συμβάλλει σημαντικά σε καλύτερα αποτελέσματα.

Χρήση κατάλληλων οργάνων. Όργανα καλής ποιότητας είναι πλέον διαθέσιμα με χαμηλότερο κόστος. Με την ανάπτυξη κατάλληλων συστημάτων ελέγχου αποθεμάτων για μια δεδομένη λειτουργία, το κόστος μπορεί να μειωθεί.

Χρήση κατάλληλων φαρμάκων. Η πρόσβαση σε φάρμακα χαμηλού κόστους είναι απόλυτη ανάγκη για την κατάλληλη φροντίδα.

Χρήση Νεότερων Τεχνολογιών. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται συνεχώς νεότερες τεχνολογίες που βελτιώνουν την ποιότητα της περίθαλψης. Φυσικά, αυτό πρέπει να γίνει με αναφορά στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Η βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών είναι μια δυναμική διαδικασία και θα πρέπει να είναι πάνω από όλα στο μυαλό του προσωπικού ιατρικής περίθαλψης. Η ανάπτυξη και η διατήρηση ενός συστήματος ευαίσθητου στον ασθενή είναι το πιο κρίσιμο για την επίτευξη αυτού του στόχου. Είναι σημαντικό να δίνεται προσοχή στην ποιότητα σε κάθε πτυχή της φροντίδας των ασθενών, τόσο ιατρική όσο και μη.

### 3.4 Δικαιώματα ασθενών

Η υγεία και η ευημερία των ασθενών εξαρτάται από μια συλλογική προσπάθεια μεταξύ ασθενούς και ιατρού σε μια συμμαχία αμοιβαίου σεβασμού. Οι ασθενείς συμβάλλουν σε αυτή τη συμμαχία όταν εκπληρώνουν τις ευθύνες που έχουν, να αναζητούν φροντίδα και να είναι ειλικρινείς με τους γιατρούς τους. Οι γιατροί μπορούν να συμβάλουν καλύτερα σε μια αμοιβαία σεβαστή συμμαχία με τους ασθενείς, υπηρετώντας ως συνήγοροι των ασθενών τους και σεβόμενοι τα δικαιώματα των ασθενών. Αυτά περιλαμβάνουν το δικαίωμα:



Εικόνα 3.3, Δικαιώματα ασθενών, <https://medandme.gr/>

- Στην ευγένεια, τον σεβασμό, την αξιοπρέπεια και την έγκαιρη, ανταποκρινόμενη προσοχή στις ανάγκες τους.
- Να λαμβάνουν πληροφορίες από τους γιατρούς τους και να έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τα οφέλη, τους κινδύνους και το κόστος των κατάλληλων εναλλακτικών θεραπειών, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων, των οφελών και του κόστους της διακοπής της θεραπείας. Οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να αναμένουν ότι οι γιατροί τους θα παρέχουν καθοδήγηση σχετικά με το ποια θεωρούν τη βέλτιστη πορεία δράσης για τον ασθενή με βάση την αντικειμενική επαγγελματική κρίση του γιατρού.
- Να κάνουν ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους ή τη συνιστώμενη θεραπεία όταν δεν κατανοούν πλήρως τι έχει περιγραφεί και να απαντηθούν οι ερωτήσεις τους.
- Το να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα που συνιστά ο γιατρός και να γίνονται σεβαστές αυτές οι αποφάσεις. Ένας ασθενής που έχει ικανότητα λήψης αποφάσεων μπορεί να αποδεχθεί ή να αρνηθεί οποιαδήποτε συνιστώμενη ιατρική παρέμβαση.
- Να σέβεται ο γιατρός και το άλλο προσωπικό το απόρρητο και το απόρρητο του ασθενούς.
- Να αποκτήσουν αντίγραφα ή περιλήψεις των ιατρικών τους αρχείων.
- Για να αποκτήσουν μια δεύτερη γνώμη.
- Να ενημερώνονται για τυχόν συγκρούσεις συμφερόντων που μπορεί να έχει ο γιατρός τους σχετικά με τη φροντίδα τους.
- Στη συνέχεια της φροντίδας. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να αναμένουν ότι ο γιατρός τους θα συνεργαστεί στο συντονισμό της ενδεικνυόμενης ιατρικής φροντίδας με άλλους επαγγελματίες υγείας και ότι ο γιατρός δεν θα διακόψει τη θεραπεία τους όταν ενδείκνυται ιατρικά περαιτέρω θεραπεία χωρίς να τους δώσει επαρκή ειδοποίηση και λογική βοήθεια για τη λήψη εναλλακτικών ρυθμίσεων για φροντίδα.

## ΕΡΕΥΝΑ

### 1. Μεθοδολογία

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε κατά τον μήνα Φεβρουάριο του έτους 2022 κι έλαβε χώρα σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας, τόσο εκτός, όσο κι εντός Αττικής. Στην έρευνα έλαβαν μέρος εργαζόμενοι σ' αυτά. Το μέσο υλοποίησής της ήταν το ερωτηματολόγιο. Για την ακρίβεια, το ερωτηματολόγιο εστάλη σε 72 εργαζόμενους σε νοσοκομειακές υπηρεσίες, εκ των οποίων απάντησαν οι 64, ενώ 8 ερωτηματολόγια έμειναν αναπάντητα.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Οι πρώτες αφορούν στα χρόνια εργασίας στην εκάστοτε επιχείρηση, στην τοποθεσία αυτής, καθώς επίσης και στην ειδικότητα στην οποία εργάζεται ο κάθε συμμετέχων. Στη συνέχεια υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με το πόσο ικανοποιητικές είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες, ποια είναι η σημαντικότερη βελτίωση αλλά και το κυριότερο πλεονέκτημα του χώρου εργασίας, πόσο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς. Στη συνέχεια οι ερωτήσεις έχουν να κάνουν με το τμήμα Μάρκετινγκ, αν υπάρχει οργανωμένο, πόσο σημαντικό είναι, καθώς επίσης και πού χρειάζεται βελτίωση.

### 2 Σκοπός

Σκοπός της παρακάτω έρευνας είναι να παρουσιάσει τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομειακών επιχειρήσεων με τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά τους, εάν οι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι από αυτές, καθώς επίσης και να περιγράψει το τμήμα Μάρκετινγκ και τη σημασία της δράσης του.

### 3 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών έχει πραγματοποιηθεί από το ΤΕΙ Πελοποννήσου στο Γ.Ν. Χίου (Μομάχος Χρήστος, Καθηγητής Νικολακόπουλος Γρηγόριος). Ως προς την εξυπηρέτηση, από τη συμπεριφορά του προσωπικού έμεινε ικανοποιημένο το 64%, μέτρια το 26%, πολύ ικανοποιημένο το 6% και δυσαρεστημένο το 4%. Έπειτα, ως προς την έγκαιρη εξυπηρέτηση ικανοποιημένο ήταν το 72%, μέτρια το 24%, πολύ ικανοποιημένο το 2% και δυσαρεστημένο το 2%.

Επιπλέον, έρευνα πραγματοποιήθηκε σχετικά με την πληρότητα των νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας το 2012, η οποία αφορά στα έτη 2009, 2010, 2011 στις επτά υγειονομικές περιφέρειες. Στην 1<sup>η</sup> το διάστημα 2009-2010 η πληρότητα παρουσίασε μεταβολή 4% και το 2010-2011 πάλι 4%, στη 2<sup>η</sup> το 2009-2010 η μεταβολή ήταν 15% και το 2010-2011 10%, στην 3<sup>η</sup> το 2009-2010 υπήρξε μεταβολή -8% και το 2010-2011 8%, στην 4<sup>η</sup> το 2009-2010, -5% και το 2010-

2011 0%, στην 5<sup>η</sup> το 2009-2010 16% και το 2010-2011 3%, στην 6<sup>η</sup> το 2009-2010 34% και το 2010-2011 4%, και τέλος στην 7<sup>η</sup> το 2009-2010 18% και το 2010-2011 2%.

## 4 Ανάλυση αποτελεσμάτων

- Η πρώτη ερώτηση αφορά στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι συμμετέχοντες στην έρευνα εργάζονται στη συγκεκριμένη νοσοκομειακή υπηρεσία. Το μεγαλύτερο ποσοστό και συγκεκριμένα το 28,1% έχει αυτή τη θέση εργασίας για χρονική περίοδο 10 έως 15 χρόνων, ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό όσων εργάζονται από 5 έως 10 χρόνια, καθώς φτάνει το 26,5%. Ένα ποσοστό 23,5% αντιστοιχεί σε όσους εργάζονται για περισσότερα από 15 χρόνια, ενώ, τέλος, το ποσοστό όσων εργάζονται για λιγότερα από 5 χρόνια, αγγίζει το 21,9%.
- Ακολούθως οι άνθρωποι οι οποίοι έλαβαν μέρος στην έρευνα καλούνται να απαντήσουν αναφορικά με την τοποθεσία στην οποία βρίσκεται η νοσοκομειακή υπηρεσία όπου εργάζονται και πιο συγκεκριμένα, εάν αυτή είναι εντός ή εκτός Αττικής. Οι περισσότεροι, σε ένα ποσοστό το οποίο αγγίζει το 57,8% δήλωσαν πως εκείνη βρίσκεται εντός Αττικής, ενώ για το 42,2% ήταν εκτός.
- Έπειτα, το ενδιαφέρον στρέφεται γύρω από το ποιος είναι ο τομέας στον οποίο εργάζονται στην υπηρεσία αυτή. Από τις απαντήσεις παρατηρούμε ότι το 31,3% των ερωτηθέντων ασκούν την ειδικότητα του γιατρού, ενώ έπονται με ποσοστό 26,5% οι νοσοκόμοι-νοσηλεύτες. Ενώ, από τους υπόλοιπους το 18,8% απάντησε πως δραστηριοποιείται ως σύμμαχοι επαγγελματίες υγείας και τέλος το 23,4% ως άλλο προσωπικό νοσοκομείου.
- Στην τέταρτη ερώτηση, οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες της οποίας παρέχει το εκάστοτε νοσοκομείο. Παρατηρούμε ότι οι πλειοψηφία, για την ακρίβεια το 32,8% τις χαρακτηρίζει ως πολύ ικανοποιητικές ενώ το 28,1% ως ικανοποιητικές. Λιγότεροι, με ποσοστό 20,4% ήταν όσοι τις έκριναν ως μέτριες μη ικανοποιητικές με 18,7%.
- Εν συνεχεία το ζητούμενο είναι ποιο θεωρούν οι ερωτηθέντες ως το κυριότερο σημείο το οποίο χρήζει βελτιώσεως. Για τον μεγαλύτερο αριθμό, σε ποσοστό που υπολογίζεται ως 37,5% είναι η εκπαίδευση προσωπικού, ενώ ακολουθεί η εξυπηρέτηση ασθενών για το 32,8%, ενώ τέλος, λιγότερες απαντήσεις συγκέντρωσε ο εξοπλισμός, σε ποσοστό που υπολογίζεται σε 29,7%.
- Το επόμενο ερώτημα έχει να κάνει γύρω από το πόσο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς της κάθε νοσοκομειακής υπηρεσίας από αυτήν. Διαπιστώνουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός και συγκεκριμένα το 28,9% δηλώνει αρκετά ικανοποιημένο, μέτρια, υποστηρίζει πως είναι το 28,3%, ενώ ακολουθούν το 23,4% που απάντησε πως είναι πολύ ικανοποιημένο και το 18,7% καθόλου ικανοποιημένο.
- Στην έβδομη ερώτηση, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν ποιο κατά τη γνώμη τους είναι το κυριότερο πλεονέκτημα του χώρου εργασίας τους. Το 39,1% υποστηρίζει πως το δυνατό σημείο του νοσοκομείου είναι το προσωπικό από το οποίο αποτελείται, το 32,9% η οργάνωση από την οποία διακατέχεται και τέλος το 28,1% επέλεξε την απάντηση άλλο. Ως το βασικότερο θετικό στοιχείο.
- Παρακάτω το ενδιαφέρον στρέφεται γύρω από το αν παρατηρείται η ύπαρξη οργανωμένου Τμήματος Μάρκετινγκ στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Η πλειοψηφία η οποία άγγιξε

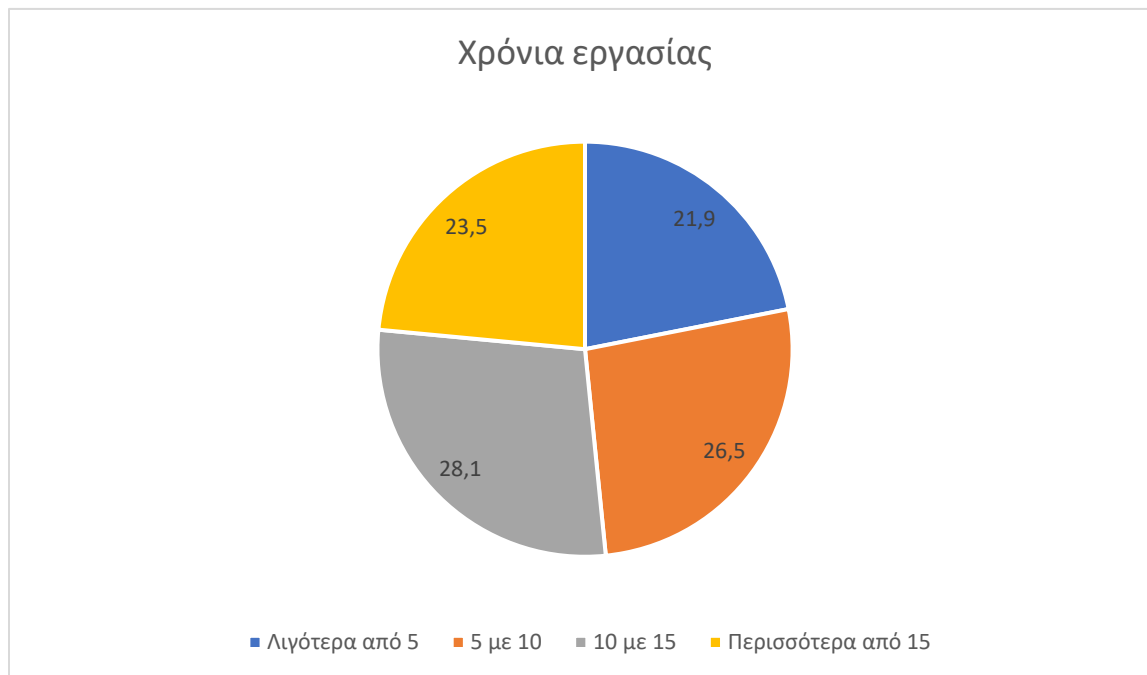
64,1% έδωσε θετική απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα, ενώ αντίθετα, το 35,9% απάντησε πως δεν υφίσταται κάτι τέτοιο.

- Η ένατη ερώτηση σχετίζεται με το εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική την ύπαρξη ενός Τμήματος Μάρκετινγκ στην υπηρεσία εργάζονται. Ένας πολύ μεγάλος αριθμός, το 70,3% συγκεκριμένα, απάντησε πως πράγματι αυτό είναι μεγάλης σημασίας, σε αντίθεση με το 29,7% που υποστήριξε ότι δεν το θεωρεί κάτι σημαντικό.
- Στο προτελευταίο ερώτημα, τα άτομα ερωτώνται ποια κατά την άποψή τους είναι η κυριότερη προσφορά ενός Τμήματος Μάρκετινγκ. Για το 54,7% αυτών, το κυριότερο είναι η αύξηση των κερδών, ενώ το 45,3% κρίνει ως βασικότερη την αύξηση της δυναμικής της επιχείρησης.
- Η ενδέκατη και τελευταία ερώτηση αυτής της έρευνας, έχει να κάνει με το ποιο θεωρούν οι ερωτηθέντες πως είναι εκείνο το σημείο του Τμήματος Μάρκετινγκ το οποίο χρειάζεται την περισσότερη βελτίωση. Οι περισσότεροι, με ποσοστό που αγγίζει το 31,2% υποστηρίζουν πως το κομμάτι αυτό είναι τεχνικές προώθησης, ενώ για το 25,1% του συνόλου αυτό είναι τα τεχνολογικά μέσα. Ακολουθούν η εκπαίδευση προσωπικού με 23,3% και η επιλογή άλλο με 20,4%.



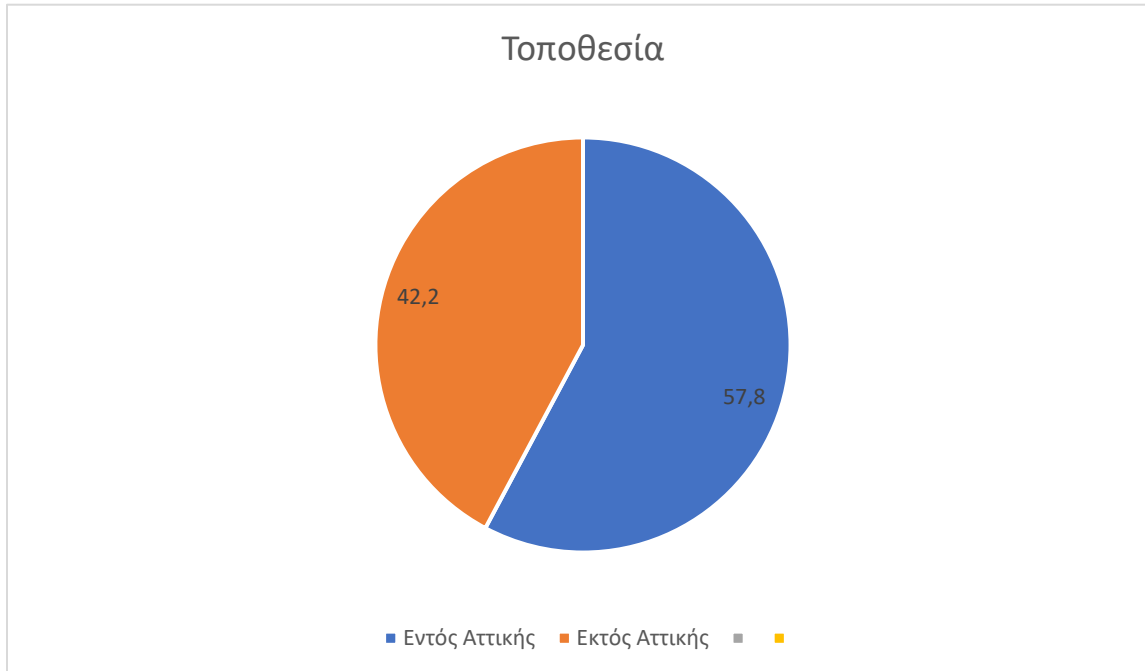
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα;



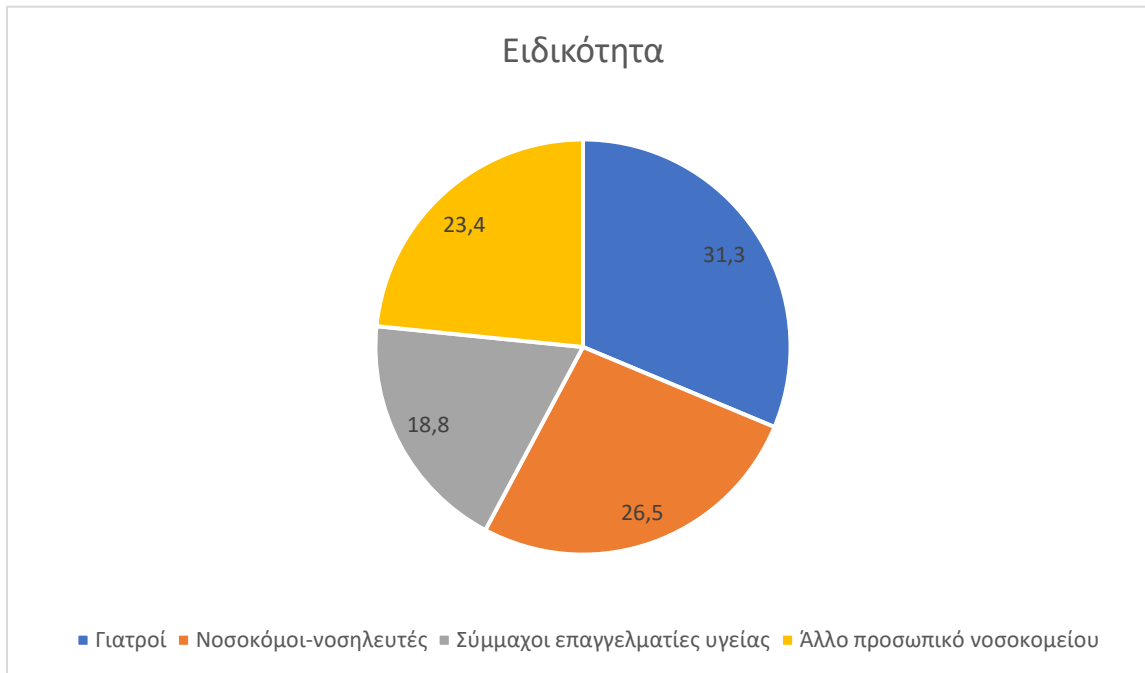
Ως προς τα χρόνια που εργάζονται στην εκάστοτε νοσοκομειακή επιχείρηση, για το 28,1% είναι 10-15 χρόνια, για το 26,5% 5 με 10 χρόνια κι ακολουθεί το 23,5% για περισσότερα από 15 χρόνια και το 21,9% για λιγότερα από 5 χρόνια.

2. Ποια είναι η τοποθεσία της;



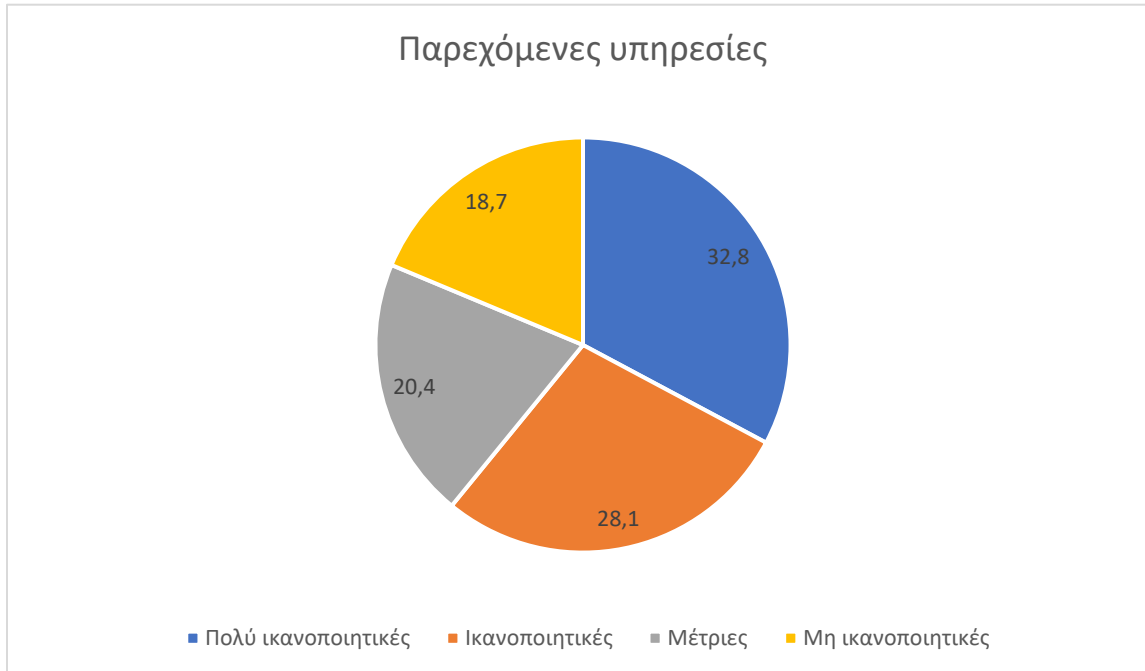
Σχετικά με την τοποθεσία του νοσοκομείου, το 57,8% απάντησε πως βρίσκεται εντός Αττικής και το 42,2% εκτός Αττικής.

3. Σε ποια ειδικότητα εργάζεστε;



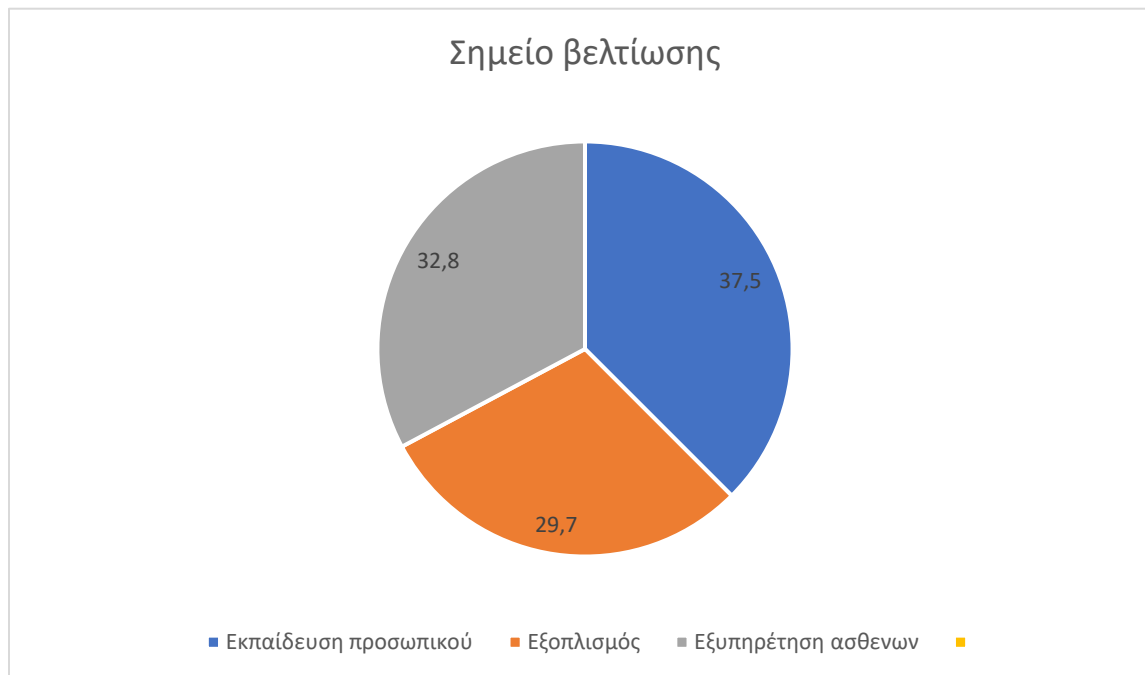
Αναφορικά με την ειδικότητα, το 31,3% είναι γιατροί, το 26,5% νοσοκόμοι-νοσηλεύτες, το 18,8% σύμμαχοι επαγγελματίες υγείας και το 23,4% άλλο προσωπικό νοσοκομείου.

#### 4. Πώς κρίνετε τις παρεχόμενες υπηρεσίες;



Σε ό,τι έχει να κάνει με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το 32,8% τις θεωρεί πολύ ικανοποιητικές, το 28,1% ικανοποιητικές, το 20,4% μέτριες και το 18,7% μη ικανοποιητικές.

5. Ποιο θεωρείτε ως το πιο σημαντικό σημείο βελτίωσης;



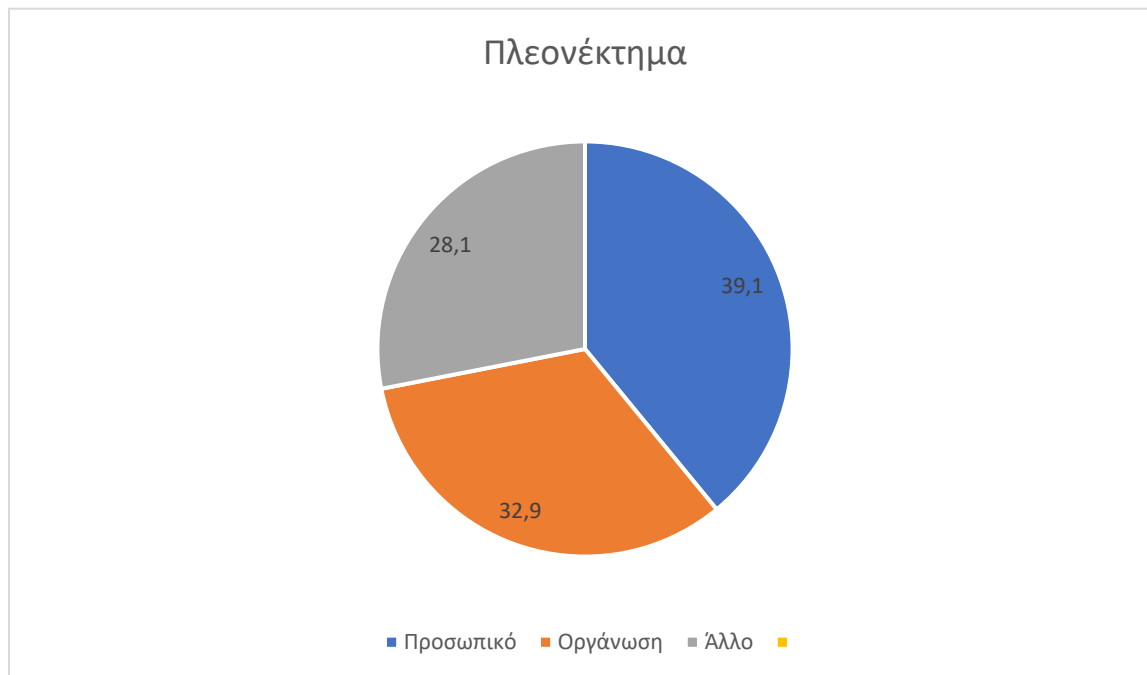
Σε σχέση με το σημαντικότερο σημείο βελτίωσης, για το 37,5% είναι η εκπαίδευση προσωπικού, για το 32,8% η εξυπηρέτηση ασθενών και για το 29,7% ο εξοπλισμός.

6. Οι ασθενείς σας δηλώνουν ικανοποιημένοι;



Σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών, το 28,9% δηλώνει αρκετά ικανοποιημένο, το 28,3% μέτρια, το 23,4% πολύ και το 18,7% καθόλου.

7. Ποιο κατά τη γνώμη σας είναι το κυριότερο πλεονέκτημα του χώρου εργασίας σας;



Ως προς το κυριότερο πλεονέκτημα του χώρου εργασίας, το 39,1% υποστηρίζει πως είναι το προσωπικό, το 32,9% η οργάνωση και το 28,1% άλλο.

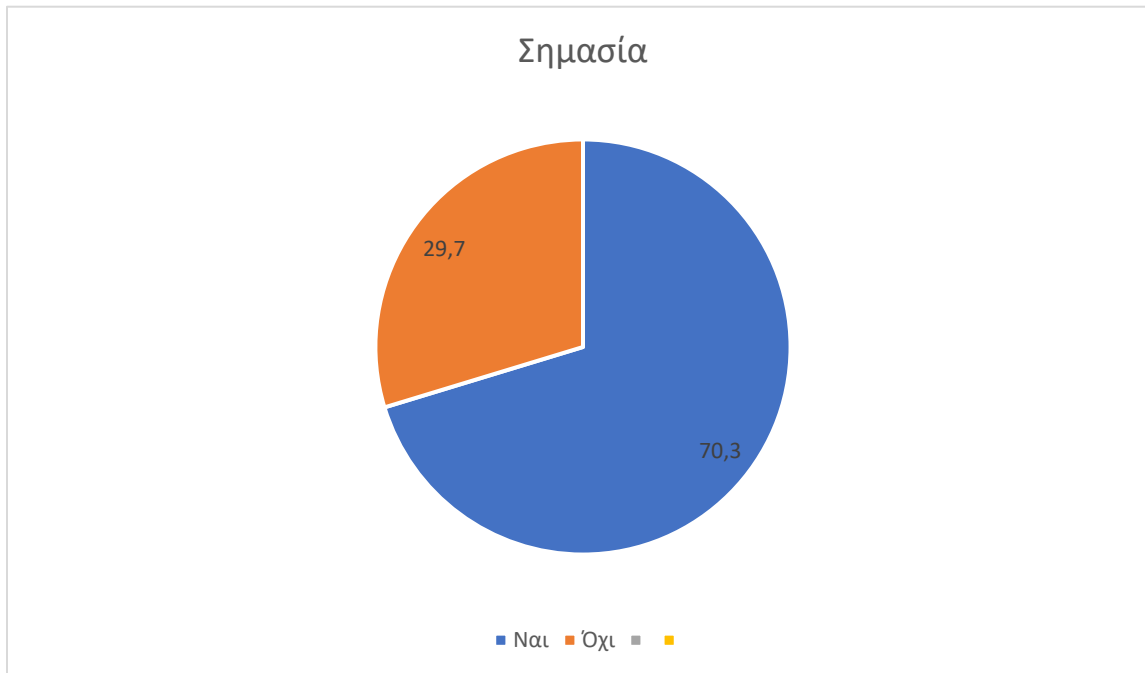
8. Υπάρχει οργανωμένο τμήμα Μάρκετινγκ;



Αναφορικά με την ύπαρξη οργανωμένου τμήματος Μάρκετινγκ, το 64,1% υποστηρίζει πως υπάρχει, ενώ το 35,9% πως δεν παρατηρείται κάτι τέτοιο.



9. Θεωρείτε σημαντική την ύπαρξη αυτού;



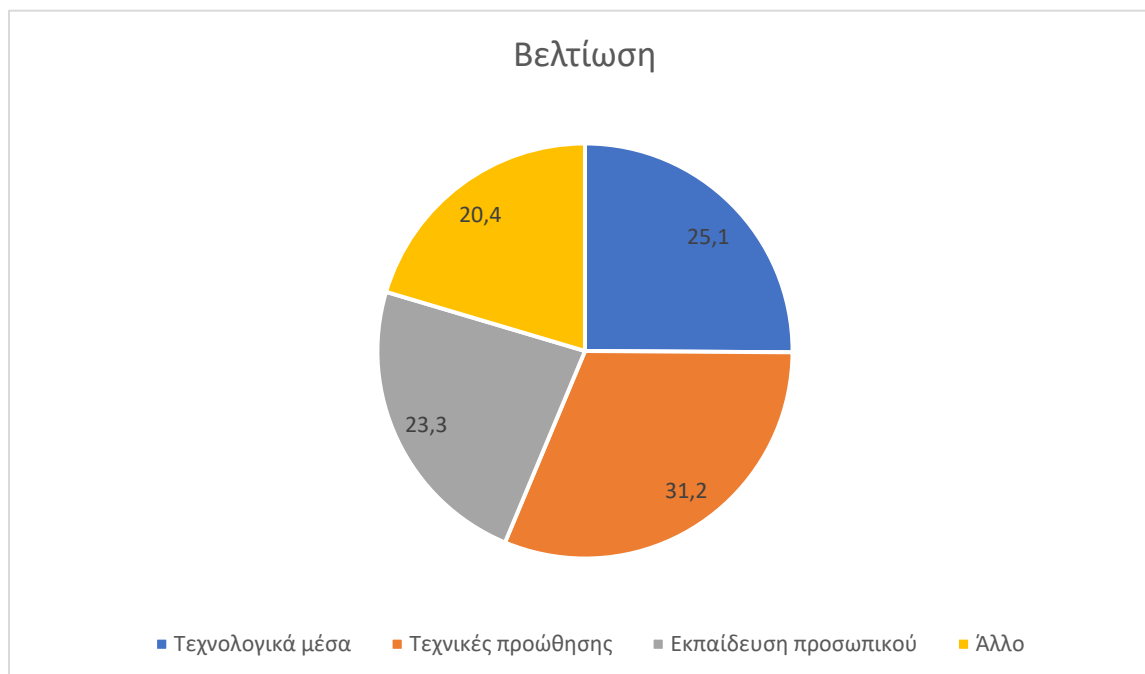
Ως προς το εάν κάτι τέτοιο είναι σημαντικό, το 70,3% απάντησε ναι, ενώ το 29,7% όχι.

10. Ποια θεωρείτε την κυριότερη προσφορά του;



Όσον αφορά την κυριότερη προσφορά του συγκεκριμένου τμήματος, για το 54,7% είναι η αύξηση των κερδών και για το 45,3% η αύξηση της δυναμικής της επιχείρησης.

## 11. Πού χρειάζεται περισσότερη βελτίωση;



Σχετικά με το πού χρειάζεται περισσότερη βελτίωση, το 31,2% λέει οι τεχνικές προώθησης, το 25,1% τα τεχνολογικά μέσα, το 23,3% η εκπαίδευση προσωπικού και το 20,4% άλλο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας της υγείας είναι διαχρονικός, καθώς δεν έπαψε ποτέ να απασχολεί τον άνθρωπο εδώ και πάρα πολλά χρόνια. Δεν σταματά ποτέ να προχωρά και να εξελίσσεται, με την προσφορά ολοένα και περισσότερων θεραπειών και υπηρεσιών, οι οποίες στόχο έχουν να βελτιώσουν αισθητά το επίπεδο της ανθρώπινης ζωής, καθιστώντας την καλύτερη και ποιοτικότερη. Η διασφάλιση της ανθρώπινης υγείας είναι από τα πλέον διαχρονικά ζητήματα σε όλο τον κόσμο, σε κάθε κοινωνία.

Προκείμενου να είναι εφικτό να επιτευχθεί αυτό, χρειάζεται ιδιαίτερη μέριμνα ώστε όλοι οι σχετιζόμενοι με την υγεία κλάδοι και όλοι οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται και να λειτουργούν σωστά και με τρόπο τέτοιο ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των ασθενών. Είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς να μείνουν ικανοποιημένοι από τις μονάδες υγείας και τους εργαζόμενους που θα εξυπηρετηθούν. Πρέπει οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται με φροντίδα, συνέπεια, έγκαιρη και σωστή εξυπηρέτηση.

Ένας τομέας ο οποίος μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην προώθηση όσο και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι το Τμήμα Μάρκετινγκ. Με το Τμήμα αυτό, μπορεί να αυξηθεί η ενημέρωση και η πληροφόρηση των ενδιαφερόμενων σχετικά με μια συγκεκριμένη μονάδα υγείας, καθώς με τη σειρά τους, λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού που παρατηρείται και οι ίδιες οι μονάδες μπαίνουν στη διαδικασία να αναβαθμίσουν και να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους, προκειμένου να καταφέρουν να επικρατήσουν και να έχουν ένα ισχυρό όνομα στην αγορά.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα;

A) Λιγότερα από 5

B) 5-10

Γ) 10-15

Δ) 15+

2. Ποια είναι η τοποθεσία της;

A) Εντός Αττικής

B) Εκτός Αττικής

3. Σε ποια ειδικότητα εργάζεστε;

A) Γιατροί

B) Νοσοκόμοι-Νοσηλεύτες

Γ) Σύμμαχοι επαγγελματίες υγείας

Δ) Άλλο προσωπικό νοσοκομείου

4. Πώς κρίνετε τις παρεχόμενες υπηρεσίες;

A) Πολύ Ικανοποιητικές

B) Ικανοποιητικές

Γ) Μέτριες

Δ) Μη ικανοποιητικές

5. Ποιο θεωρείτε ως το πιο σημαντικό σημείο βελτίωσης;

A) Εκπαίδευση προσωπικού

B) Εξοπλισμός

Γ) Εξυπηρέτηση ασθενών

6. Οι ασθενείς σας δηλώνουν ικανοποιημένοι;

- A) Πολύ
- B) Αρκετά
- Γ) Μέτρια
- Δ) Καθόλου

7. Ποιο κατά τη γνώμη σας είναι το κυριότερο πλεονέκτημα του χώρου εργασίας σας;

- A) Προσωπικό
- B) Οργάνωση
- Γ) Άλλο

8. Υπάρχει οργανωμένο τμήμα μάρκετινγκ;

- A) Ναι
- B) Όχι

9. Θεωρείτε σημαντική την ύπαρξη αυτού;

- A) Ναι
- B) Όχι

10. Ποια θεωρείτε την κυριότερη προσφορά του;

- A) Αύξηση της δυναμικής της επιχείρησης
- B) Αύξηση κερδών

11. Πού χρειάζεται περισσότερη βελτίωση;

- A) Τεχνολογικά μέσα
- B) Τεχνικές προώθησης
- Γ) Εκπαίδευση προσωπικού
- Δ) Άλλο

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Συγγράμματα Ελληνόγλωσσα

Βοζίκης Α., Κελέση Σταυροπούλου Μ., (Ελληνική έκδοση), «*Οικονομία της Υγείας, θεωρία, προοπτική & συστηματική μελέτη*», (Πρωτότυπη έκδοση Rexford E. Santerre, Stephen P. Neun), 2013

Ζιγκιρίδης Ε., «*Μάρκετινγκ*», 2018

### Συγγράμματα Ξενόγλωσσα

Figueras Josep, Mc Kee Martin, «*Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being*», 2012

Thomas K. Richard, «*Marketing Health Services*», 2005

### Έντυπα

«*The Canadian Journal of Program Evaluation*», Vol. 20, No. 3, P. 41-63, 2005

### Πτυχιακές

Μομάχος Χρήστος-Επιβλέπων καθηγητής Νικολακόπουλος Γρηγόριος, «*Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών του Γ.Ν. Χίου από τις παρεχόμενες σ' αυτούς υπηρεσίες μονάδων υγείας και πρόνοιας*»

### Ιστοσελίδες

<https://www.ama-assn.org/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

<https://www.researchgate.net/>

<https://hrcak.srce.hr/>

<http://ncert.nic.in/>

<https://www.betterhealth.vic.gov.au/>

<https://www.ukessays.com/>

<https://www.ukessays.com/>

<https://catmediatheagency.com/>

<http://www.uop.edu.pk/>

<https://en.wikipedia.org/>